

A.Granieri (2010, a cura di). I test di personalità. Quantità e qualità. Seconda edizione. Utet. (+ slides) (SI)

## DIAGNOSI, PROGNOSI, RESTITUZIONE COME RISPETTO DEL PAZIENTE

A metà degli anni '70 il principio guida era non lasciare sole le persone assieme al proprio malessere psichico e quindi accogliere nell'immediato le richieste dei clienti. Dunque, se lo desideravano, venivano inserite in un percorso diagnostico col fine di indagare la loro personalità e i problemi cardine per cui avevano contattato il Servizio. La valutazione diagnostica comprendeva colloqui clinici e somministrazione di test. Lo scopo era giungere a un'ipotesi d'intervento, assieme al cliente, individuando bisogni e desideri e valutare quindi anche le effettive possibilità di cambiamento.

Il cliente è parte attiva del trattamento.

Particolare attenzione veniva data all'ascolto e all'analisi della motivazione alla terapia (preferenze e idiosincrasie, aspettative realistiche e non, paure e ansietà).

A fine percorso, una volta raccolte e integrate le informazioni dall'anamnesi, dai colloqui e dai test, lo convocava per una o più sedute di restituzione. Seguita/e da un ulteriore appuntamento di discussione e riflessione.

05/10/2015

*Password e matricola su e-learning*

*Chiave d'accesso: metodi2015*

*Modalità d'esame: orale*

*Orari: 15.15-16.45, 9.15-10.45, 13.30-15.00*

*Fine corso: 17/11/2015*

<http://www.giuntios.it/it/catalogo/QU403> -> MMPI-2-RF: adattamento italiano.  
Taratura, proprietà psicometriche e correlati empirici

<http://www.giuntios.it/it/catalogo/QU403> -> Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form. Manuale per la somministrazione. L'interpretazione e lo scoring.

Assessment psicologico e i suoi principali strumenti e le aree di valutazione clinica (es. personalità MMPI 2 RF), psicopatologia (es. SCID II -> per la valutazioni dei disturbi di personalità), funzioni intellettive e cognitive (es. Cognitive Assessment System, CAS).  
Assessment terapeutico, assessment anche come intervento, secondo Finn.

Il termine "assessment" deriva dall'inglese, che significa "valutazione", "perizia", "giudizio", in un approccio più medico, che psicologico. Il termine "valutazione" (che rimanda a un giudizio) è solo in parte applicabile in psicologia clinica.

Dobbiamo distinguere il "valutare" dall'"esplorare".

Nell'assessment psicologico si "inquadra" e si "accerta" la situazione della persona.

La valutazione clinica va intesa come conoscenza clinica.

L'assessment è quindi un processo di raccolta ed elaborazione di dati che ci informano sulle caratteristiche psicologiche (funzionamento mentale e personalità) di una persona.

La psicologia clinica si occupa del funzionamento umano (...)

E' un processo a più fasi: in contesti clinici può essere condotto per stilare una diagnosi per un disturbo o un problema, concettualizzare un caso, programmare un trattamento, monitorarlo e valutarlo. (...)

Il clinico è chiamato a svolgere continuamente valutazioni cliniche ed è necessario che gli strumenti siano coerenti rispetto agli obiettivi prefissati.

## **METODI/STRUMENTI**

-Colloquio psicologico

-Osservazione

-Test, questionari (interviste strutturate/semistrutturate)

Nel colloquio e nell'osservazione la raccolta delle informazioni è più flessibile e viene fatto maggior affidamento sul giudizio e le interpretazioni da parte del clinico.

Il colloquio, differentemente dai test, interviste e questionari, è uno strumento sia conoscitivo che di intervento.

Tuttavia, questi, nell'Assessment Terapeutico secondo Finn vengono usati anche come strumenti di intervento.

## **TEST/QUESTIONARIO**

Un insieme di prove (uno o più compiti da eseguire) → dizionario di Psicologia Dalla Volta (...)

Sono delle stime, non misure specifiche, soggetti quindi ad errori e deviazioni dalla norma.

Non può essere usato come unico strumento.

Perché in alcuni contesti nei quali lo psicologo opera (es. CTP nelle perizie per affidamento) è esplicitamente richiesto l'uso di test/questionari?

Per ridurre errori legati alla soggettività della rilevazione.

La risposta del soggetto sarà probabilisticamente sempre la stessa, indipendentemente da chi lo valuta, garantisce quindi attendibilità (accordo tra valutatori indipendenti).

(...)

E' anche vero che i risultati che otteniamo non possono essere usati nello stesso modo né con lo stesso grado di certezza di un ecografo o un radiologo.

Inoltre il soggetto può non aver risposto in modo veritiero e anche se il questionario utilizzato avesse scale di validità molto alte e risultasse che il soggetto non abbia collaborato non significa che non sia estroverso.

Per utilizzare un test bisogna: conoscere la teoria di riferimento, le proprietà applicative (metodo in cui è stato costruito), qualità psicometriche, l'adeguatezza rispetto alla popolazione target, la modalità e i tempi di somministrazione, vedere se ci sono scale di controllo.

#### COSTRUZIONE DI UN TEST

-Strategia logico-razionale (assegnazione dell'item a una scala in base a una scelta razionale inerente all'attinenza dell'item rispetto all'aspetto indagato.

-Approccio teorico (la scelta degli item è guidata da una teoria di riferimento

-Metodo basato sul criterio o sul confronto tra i gruppi (selezione degli item basata sulla loro capacità di discriminare tra categorie o gruppi diversi di soggetti, es. MMPI), però alcuni item posso ritrovarli in diversi disturbi, rendendo le diverse scale correlate e non riuscendo quindi a distinguere correttamente il disturbo o è possibile che lo stesso test somministrato ad un'altra popolazione dia diversi risultati.

-Metodo dell'analisi fattoriale (le scale sono composte da item correlati tra di loro (es. 16PF)

#### LETTURA DEI RISULTATI

-Confronto tra soggetti diversi: utilizzi di punteggi normativi (punteggi ottenuti dal campione nel quale il test è stato costruito o adattato)

-Valutazione del soggetto separatamente (in riferimento al punteggio della scala, non più del campione)

Esistono 2 tipi di intervista:

-Strutturata (SCID II) → il contenuto, la forma e la successione delle domande sono predeterminate

-Semistrutturata

I test servono per fare diagnosi e inquadrare la persona che ho davanti per capire come intervenire.

Il risultato deve sempre essere integrato con la valutazione che viene fuori dal colloquio clinico.

#### LA PERSONALITA'

La personalità è un insieme di caratteristiche, tratti (disposizione ad agire indipendentemente dal variare delle circostanze) stabili che differenziano gli individui. Mi garantiscono una coerenza interna e una differenziazione dall'altro.

Lo studio della struttura della personalità si riferisce da cosa essa sia composta. Lo studio dei processi come costruzione del sé.

Alcuni autori definiscono i tratti come geneticamente innati, altri come risultati dalle interazioni con l'ambiente.

Metodi di ricerca (clinico, correlazionale (...))

Freud, Jung, la psicoanalisi nelle relazioni oggettuali (...)

La psicologia umanistica e dei tratti.

Allport

The big five: estroversione, amicalità (altruismo), coscienziosità (autoregolazione), nevroticismo (instabilità emotiva), apertura mentale.

Su questo modello convergono 2 tradizioni di ricerca: lessicografica e fattorialista. I 2 questionari maggiormente utilizzati sono il NEO PI e il Big Five Questionnaire.

L'interazionismo è il reciproco influenzarsi tra la persona e l'ambiente.

I test oggettivi o inventari di personalità (lo stimolo è definito e ammette solo delle risposte limitate, consentono una rappresentazione anche quantitativa delle caratteristiche studiate, autoriferite, es: MMPI-2 RF) e test proiettivi (il soggetto proietta le proprie caratteristiche di personalità, orientamento psicodinamico, necessaria una specifica preparazione, es. test di Rorschach).

## TEST OGGETTIVI

Kraepelin fu il primo a proporre un sistema di classificazione delle malattie mentali: dalle variazioni dei tempi di risposta, dalle risposte mancate.

Il primo questionario carta e matita fu creato a scopi bellici per individuare gli inabili ad andare in guerra.

SVIB: primo questionario basato su un criterio empirico.

Perché in psicologia clinica ci interessa il sintomo e non il segno? Per vedere se il soggetto ha insight del proprio malessere.

A quali problematiche andiamo incontro con la somministrazione dei questionari? Interessi specifici, mancanza di introspezione, stato emotivo, motivi legati alla situazione testologica, desiderabilità sociale.

E' importante saper anche restituire correttamente le risposte ai test.

**06/10/2015**

## MMPI 2-RF

E' formato da 338 item selezionati dai 567 dell'MMPI 2.

Ha 51 scale nuove o empiricamente riviste e 9 di validità.

E' un metodo basato sul confronto di pazienti con diagnosi da non pazienti.  
Dal 1960 l'uso dell'MMPI cambia: non veniva più utilizzato esclusivamente per fare diagnosi, ma anche per individuare caratteristiche normali o anormali, sintomi di una psicopatologia o tendenze comportamentali (es: codici di tipo rec. 10').  
Dal 1980 diventa lo strumento più utilizzato per individuare la personalità e la psicopatologia.

08/10/2015

La revisione di alcuni item, lessicalmente, norme più rappresentative, scale cliniche rimaste invariate.

Dall'MMPI 2 al MMPI 2 RF → necessità che ogni scala misuri separatamente dimensioni identificate come componenti principali della stessa.

La demoralizzazione è un fattore non specifico che contribuisce alla validità delle scale stesse.

Le scale cliniche sono state ristrutturare per catturare la demoralizzazione, identificare componenti nucleari distintive delle varie scale cliniche.

## INTERPRETAZIONE DEL MMPI-2-RF

### VALIDITA' DEL PROTOCOLLO

Possono invalidare l'interpretabilità del protocollo: lo stile di risposta che non considera il contenuto, l'esagerazione dei sintomi e la minimizzazione (L-r, K-r).

Si parte sempre dallo stile di risposta che non considera il contenuto, perché può compromettere gli altri 2 aspetti.

Le scale che valutano lo stile di risposta sono:

CNS (non so)

VRIN-r

Non conteggiabili sono gli item in cui viene data doppia risposta, un punteggio uguale o superiore a 15 prospetta la possibilità di una validità compromessa.

Perché ci possono essere molte risposte non conteggiabili? Mancanza di cooperazione, eccessiva ossessività, mancanza di consapevolezza.

La scala VRIN-r si basa sulle risposte a 53 coppie di item di contenuto simile. Un punteggio T uguale o superiore a 80 indica che il protocollo non è valido.

Può essere intenzionale o meno (errori, disattenzione, difficoltà di lettura).

La scala TRIN-r valuta le risposte date a 26 coppie di item con contenuto opposto.

Se il punteggio è superiore a 80T il protocollo non è valido.

Punteggi comunque elevati, tra 70T, indicano comunque una non volontà di partecipazione al test, quindi vanno presi con cautela.

### ESAGERAZIONE DEI SINTOMI

L'esagerazione dei sintomi viene valutati dalle scale: F-r (frequenza), Fp-r (Frequenza-Psicopatologia), Fs (Frequenza Risposte Somatiche), RBS (Scala di Distorsione delle Risposte).

La scala F-r ha 32 item, punteggi superiori a 79 (fino a 120) indicano la possibilità di esagerazione dei sintomi.

La scala Fp-r ha 21 item, più è basso il punteggio, meno è probabile che rifletta un'esagerazione dei sintomi. Puntaggi uguali o superiori a 100 non rende il protocollo valido.

La scala FS ha 16 affermazioni su contenuti somatici riferiti da persone con problemi fisici. Un punteggio fino a 99 segna un tipo di risposta incoerente.

La scala FBS-r ha 30 item.

La scala RBS ha 28 item.

### MINIMIZZAZIONE DEI SINTOMI

La minimizzazione dei sintomi viene valutata dalle scale: L-r (virtù rare), K-r (Validità dell'adattamento).

La scala L-r è composta da 14 item e valuta le virtù rare.

La scala K-r è composta da 14 item e valuta l'adattamento superiore alla media.

### SCALE SOSTANZIALI

Sono interpretabili sia punteggi alti che bassi (uguale o inferiore a 80).

### SCALE SOVRA-ORDINATE

La scala EID (funzionamento emotivo: nevroticismo e introversione) ha 41 item rappresenta il codice tipo 27/72 (ansiosi e depressi, bassa autostima, tratti ossessivi-compulsivi, tratti psicosomatici). Infatti nell'MMPI-II si cerca di individuare più un profilo che la presenza/assenza di malattia.

La scala THD (disfunzione del pensiero) rappresenta il codice tipo 68/86 che abbina la paranoia e la schizofrenia, umore depresso, deliri, esame di realtà povero. Le disfunzioni del pensiero sono allucinazioni, allucinosi.

La scala BXD rappresenta il codice tipo 49/94 (impulsività, acting out, narcisismo, abuso di sostanze).

### SCALE CLINICHE RISTRUTTURATE

Con punteggi bassi probabilmente il paziente ha mentito e minimizzato i sintomi.

La scala RCD (demoralizzazione) serve in quanto transnosografica, serve poco alla diagnosi.

Le scale SUI e HLP valutano l'ideazione suicidaria e i comportamenti autolesivi. Servono a valutare la presenza di un disturbo nell'area della depressione.

La scala RC 2 ha 17 item valuta la bassa emotività positiva.

Se il punteggio a questa scala è alto, lo stile di risposta è dare molte risposte "false", devo quindi valutare anche la scala TRIN, che valuta che le coppie vero-vero siano non discordanti tra loro.

La scala RC3 valuta il cinismo, non autoreferenziale, si pensa che gli altri siano egoisti e non pensino a se stesse, di natura.

Disturbo paranoide, antisociale, schizoide vengono valutati dalle scale IPP, SAV, SHY (timidezza) DSF.

La scala RC4 valuta il comportamento antisociale.

La scala RC6 valuta le idee di persecuzione, sono a contenuto critico perché rispecchia l'emergenza, la pericolosità e la necessità di intervenire.

La scala RC7 valuta le emozioni negative disfunzionali.

La scala RC8 valuta le esperienze aberranti

Disturbi neurologici, come tumori al lobo frontale o l'epilessia.

La scala RC9 misura l'attivazione ipomaniacale: esaltazione del tono dell'umore, accelerazione del pensiero, eccitazione psicomotoria, elevata tendenza alla ricerca di sensazioni eccitanti, aggressività.

Punteggi bassi alla RC9 può portare a una depressione vegetativa.

Disturbi dell'umore: maniacale, ipomaniacale, ciclotimico, disturbo narcisistico di personalità.

**12/10/2015**

**13/10/2015**

## ESERCITAZIONE

Il sig.B è un uomo, sposato e ha 47 anni.

La sig.ra D è una donna nubile di 27 anni. Indirizzata alla terapia da un amico per affrontare un abuso sessuale subito da bambina. Numerose esperienze fallimentari di trattamento. Abuso di alcool e droga nel passato e prostituzione.

Analisi dettagliata:

Protocollo valido e interpretabile.

Scale sostanziali del funzionamento psicologico.

presenta comportamenti esternalizzanti, quando è annoiata presenta comportamenti di acting out, che potrebbero aver causato problemi.

problemi di condotta.

Descrizione del profilo, considerazioni diagnostiche e trattamento non devono mai mancare.

Si va per aree tematiche, non per come vengono presentate.

Dobbiamo usare “riporta, riferisce”, ma “è così”, perché non abbiamo gli strumenti sufficienti per dirlo.

**19/10/2015**

La signora V

C'è una disfunzione del pensiero, è probabile che abbia pensieri deliranti.

**22/10/2015**

## **PROSOPAGNOSIA**

E' un deficit nel riconoscimento di volti, sebbene possa essere riconosciuta attraverso altre modalità (es: modo di camminare, postura, voce).

E' variabile: pazienti non riescono a dire se 2 volti sono uguali (forma appercettiva, problema visuo-spaziale “sono uguali o no questi 2 volti?”) o diversi e pazienti che non riescono a individuare l'identità (a livello associativo, non sanno se è familiare o meno).

C'è anche la possibilità che non riesca semplicemente a recuperare il nome della persona.

Un problema può riguardare un livello intermedio tra quello associativo e appercettivo.

Contributi italiani ('50,'60,'70):

De Renzi ha individuato che nell'emisfero destro (analisi visuo-spaziali, area occipito-parietale, dorsale) vengono identificate le facce sconosciute, nel sinistro quelle conosciute.

Berlucchi, dipende dal tipo di compito richiesto, se riconoscimento di una faccia più veloce la risposta se presentato nell'emisfero di sinistra (emisfero di destra).

Chi aveva una lesione a livello parietale aveva un problema per le facce sconosciute (prevalenza nell'emisfero destro).

Caso descritto da Pallis (1955) → (estremo) lesione occipitale bilaterale. Aveva difficoltà a riconoscere se stesso. Aveva una memoria straordinaria, leggeva benissimo, non era agnosico (riconosceva tutti gli oggetti)

Caso descritto da Hecaen (1962) → commentando una foto del suo matrimonio “una dovrebbe essere mia moglie, l'altra dovrei essere io”

Propagnosia appercettiva = incapacità di compiere una corretta analisi delle caratteristiche visuo-percettive della faccia

Prosopagnosia associativa = incapacità di associare ad una faccia quelle conoscenze che ne consentono il riconoscimento

Uno dei primi casi di prosopagnosia descritti è quello del soldato S. studiato da Bodamer (1947) → riusciva a differenziare una faccia da un oggetto, ma a volte si confondeva

Il viso lo vedeva piatto, come un ovale con gli occhi neri (problema appercettivo).

Il signor W. Studiato da Bruyer (1983) era in grado di identificare sulla base di una descrizione verbale una faccia, ma non quelle familiari (problema associativo).

### **MODELLO COGNITIVO DI BRUCE E YOUNG (1986)**

Organizzato gerarchicamente.

Stadio 1 = codifica strutturale (descrizione della struttura della faccia, es: grandezza, colore, forma → soldato di Bodamer)

Stadio 2 = unità di riconoscimento della faccia (confronto tra la descrizione e la descrizione depositata nella memoria a lungo termine, senso di familiarità, esiste la rappresentazione di quella faccia)

Stadio 3 = nodo di identità personale (informazioni semantiche, identità della persona)

Stadio 4 = attribuzione del nome (accesso al nome della persona)

Deficit:

a livello di codifica strutturale → incapacità di valutare se 2 facce sono uguali, l'età e il sesso e l'espressione (singoli elementi ma non l'intera struttura)

a livello di unità di riconoscimento → incapacità di distinguere una faccia familiare da una sconosciuta (può distinguere 2 facce e valutare se sono uguali, da altri oggetti, sesso e espressioni facciali)

a livello di identità personale (la riconosce, ma non sa dire di chi è)

a livello di attribuzione (non riesce solo a recuperare il nome)

Valutazione della prosopagnosia

Test dei volti di Benton → valutare la capacità di accoppiare per confronto volti visti da prospettive differenti

Riconoscimento inconscio delle facce

Può succedere che sia preservata la componente implicita di riconoscimento: benché ci dica il paziente "non so chi sia" possiamo vedere se facendo vedere al paziente facce conosciute col riflesso psicogalvanico che ci indica un'attivazione, quindi un riconoscimento implicito (registrazione di risposte autonome di tranel e damasio, 1985)

test di apprendimento di facce (è più rapido l'apprendimento di facce note rispetto a quelle sconosciute)

Potenziamenti evocati → attività elettrica rilevata dei neuroni, mentre il soggetto sta svolgendo un compito o in presenza di uno stimolo (quali sono le parti che si attivano maggiormente e indice temporale di quando avviene il processo)  
c'è una maggiore attività rispetto a stimoli old, che new e anche in quanto tempo.

Tecniche meno impegnative, sono il cogliere indizi durante il colloquio.

Sterling (1999): "bellissimi occhi" aspetto emotivo parlando della foto della moglie, che non ha riconosciuto; "ha bisogno di una vacanza...ha le occhiaie" parla della sua immagine, senza saperlo, quindi c'è un'elaborazione implicita probabilmente.

Facce verso altri stimoli

E' un disturbo specifico? Registrazione cellule del solco temporale superiore (si attiva in presenza di un movimento della faccia, es. apro e chiudo gli occhi), nelle scimmie hanno registrato l'attività dei singoli neuroni: quando veniva presentata la faccia di un'altra scimmia, i neuroni avevano più attività.

Warrington ha descritto il caso di un infarto cerebrale che come conseguenza ha avuto la prosopagnosia. Riconosceva le mucche, tutte, a cui aveva dato un nome, ma non le facce.

Perché una faccia è peculiare? Secondo Farah (1990) è il tipo di elaborazione richiesto per analizzare una faccia. Elaborazione globale (riconoscimento del volto) e analitico (delle parti), lettura (analitico)

Chi aveva un problema a livello del riconoscimento di volti aveva anche un problema nel riconoscimento di oggetti, chi quello di oggetti anche di alessia (lettura).  
Ciò che altera la lesione è il tipo di elaborazione.

Giro fusiforme inferiore (OFA)

Metanalisi = analisi dell'analisi (es. analizzare articoli che analizzano a loro volta quello che cerco)

Prosopagnosia acquisita e congenita (o evolutiva).

La seconda ha un 2-3% d'incidenza: deficit nel face processing presente dalla nascita, in assenza di danno o lesioni cerebrali e in assenza di difetti alle funzioni sensoriali e cognitive

Prosopagnosici, cattivi riconoscitori, i good (bravissimi a riconoscere i volti)

Sindrome di Capgrass (illusione del sosia) = il paziente crede che la persona che si presenta come familiare sia un impostore (è un delirio)

Cognitivamente la riconosce, non a livello affettivo (manca il covert processing)

Ramachandran (1998): mancata attivazione delle aree deputate all'elaborazione dell'emozione. Disconnessione tra regione anteriore temporale (cognitiva) e amigdala (destra, emotivamente)

Quando si conosce una persona è elaborata a livello cognitivo e inconsciamente emotivo. E non c'è componente emotiva, c'è un riconoscimento cognitivo, ed ecco il delirio: "è lui, ma non è lui, è un sosia".

Una signora credeva di essere stata "posseduta" da un'altra perché si accattivasse suo marito.

Il figlio di un diplomatico del Venezuela non credeva che i suoi genitori fossero i suoi veri genitori, solo al telefono lo ammetteva.

**26/10/2015**

### **ESERCITAZIONE:**

F., 25 anni, studente di architettura. Ha già intrapreso vari percorsi di psicoterapia in

passato, tutti interrotti dopo pochi mesi. Riferisce un senso di esaurimento legato al suo continuo sforzarsi di fare cose che non desidera fare, alternato a momenti o periodi in cui si lascia completamente andare e non esce neanche di casa.

**27/10/2015**

## I DISTURBI DI PERSONALITA'

Sono i più frequenti nella pratica clinica.

La patologia di personalità è presente in clinica e solitamente difficile da trattare.

E' organizzata per prototipi caratterizzati da elementi comuni che si condensano in modalità riconoscibili di funzionamento intrapsichico e interpersonale. Al mutare del prototipo cambiano i problemi clinici.

**29/10/2015**

La SCID2 è la più usata in clinica ad oggi.

I disturbi di personalità si manifestano come assetti problematici del sé e si esprimono tramite patologie relazionali con gli altri.

Sia nel disturbo borderline di personalità, che dipendente c'è la paura dell'abbandono.

### CASI CLINICI:

1) CLUSTER A → disturbo di personalità schizotipica → nessun amico stretto o confidente, pensiero magico (preoccuparsi che i suoi pensieri cattivi possano danneggiare il fratello), affettività coartata ("vago" durante il colloquio) isolamento sociale, sospettosità continua, pensieri aggressivi, eccessiva ruminazione, ansia, DOC di personalità, perfezionismo)

2) CLUSTER B → disturbo narcisistico di personalità → discredita gli altri, non ha rimorso, narcisista, non ha amici, crede che il suo talento teatrale si sottovalutata (se fosse antisociale mancherebbero le condotte antisociali in questo caso) (criteri 1,7 grandiosità e insensibilità, 3 gelosia nei confronti dei fratelli, 6 diffusione di voci su un ragazzo con cui era in competizione o sugli insegnanti, 8 idea che gli altri lo invidino, 5 problemi con le autorità riguardo al conformarsi alle regole della scuola, 4 drammatica presentazione, del DSM-IV TR)

3) CLUSTER C → disturbo ossessivo-compulsivo →

La categorizzazione mira a vedere la presenza/assenza di tratti, quella dimensionale valuta i tratti.

Il livello di funzionamento della personale si divide in funzionamento del sé (identità, me e gli altri e l'autodirezionalità, quanto persegua gli scopi che per me sono importanti) e quello interpersonale (empatia e intimità) → si valuta con la scala del livello di funzionamento della personalità

Tratti di personalità patologici → PDI-5 Personality inventory per il DSM 5

La valutazione della gravità è presa più in considerazione.

02/11/2015

## TADDEI: CAS (Cognitive Assessment Scale: nella valutazione dell'intelligenza)

Le scale WISC nascono nel 1939 e si occupava della selezione per i militari per valutare se fossero in grado.

Esistono 4 versioni della WISC e stanno lavorando alla 5a, le prime 3 sono le stesse, la 4a si differenzia.

Questi test sono rimasti stabili per un secolo.

L'intelligenza è ciò che è misurata con le scale Weschler → definizione operativa (definisco un fenomeno in funzione dell'attività che intendo fare)

Lurja inizia a studiare i reduci di guerra e si accorge che esistono aree funzionali atte alla cognizione:

- Area dell'attenzione (tronco dell'encefalo, l'arousal)
- Area sequenziale o successione e simultaneo (lobi parietali)
- Area della pianificazione (lobi frontali) → la capacità di proiettarsi nel futuro, l'oggi e il domani

Abbiamo bisogno di attivare tutte e 3 le aree funzionali in ogni nostra azione. I test classici prendono atto dell'insuccesso, sono test prestazionali, è importante studiare il processo di questa prestazione.

Pianificazione, attenzione, simultaneità e la successione → test messo a punto per valutare questi 4 processi cognitivi, il CAS (Cognitive Assessment System)

Mi permette di valutare dei processi cognitivi dove ho dette difficoltà e avere un'idea sul funzionamento del sistema cognitivo.

Prevede 4 scale e un punteggio totale:  
sono 12 subtest (3 sottoscale per ogni scala)

Sono somministrati in ordine di difficoltà, segue l'acronimo PSIASS, abilità a maggior assorbimento emotivo.

La pianificazione si suddivide in:

- confronto di numeri (es: in una stringa di numeri trovarne uno in particolare) → devo elaborare una strategia per essere più efficiente possibile in minor tempo possibile
- connessione pianificata (es: collega in ordine dei numeri sparsi)

Le matrici non verbali di Ravel: si propongono 6 immagini geometriche con un vuoto e cogliere quella che ci sta bene. → la simultaneità è cogliere le connessioni, mettere insieme

La pianificazione è l'efficienza di fare piani.

Lurja è allievo e collaboratore di Vjgokski: l'esterno va verso l'interno (è un organizzatore del pensiero).

Le relazioni verbali spaziali → deve identificare le connessioni logiche, quelle che le lega, devo fare attenzione alle relazioni

La memoria di figure → faccio vedere una figura e la deve ritrovare in un altro disegno

Il test di Stroop → richiede attenzione selettiva e sostenuta (focalizzare l'attenzione su un aspetto e non su altri, es: leggere il colore senza leggere il nome del colore)  
attenzione espressiva → per i bambini è con gli animali (es: prima dire qual è quello grosso anche se sono rappresentati di ugual grandezza o anche al contrario rispetto alla realtà)

“Il giallo imbrunì il verde al nero” → chi imbrunì il verde? Il giallo

individuazione di numeri → dentro un panel di numeri che lo nasconde

L'attenzione recettiva → riconoscere la “t” indipendentemente dal carattere (devo disgiungere il maiuscolo dalla “t”) o identificare la “t” indipendentemente se è maiuscola o minuscola

Linguaggio rapido o frase-domanda

In relazione a certi quadri clinici noti (1° e 2° tipo disturbi di apprendimento, autistici, asperger, del linguaggio, problemi tiroidei).  
Posso notare anche delle comorbilità.

03/11/2015

## SCID

Intervista clinica strutturata per la diagnosi di S2. La formulazione delle domande è standard e viene utilizzata per fare diagnosi (presenza/assenza di un determinato disturbo di personalità).

In ambito clinico può essere usata come integrazione al colloquio clinico o come primo strumento, come screening, o ancora come intervista clinica.

Ha un questionario autosomministrato, che può venire usato come no, composto da 159 domande a risposta dicotomica. E può essere usato prima dell'intervista per vedere quali aspetti approfondire durante l'intervista.

Se la persona lascia un intero blocco, rispondendo a tutti “no” può esserci da campanello d'allarme per fare le domande alle risposte in cui ha messo “no” (potrebbe averlo fatto apposta, visto che viene indagato disturbo di personalità in disturbo di personalità).

Non può essere usato come unico strumento, ma solo come integrazione dell'intervista.

La seconda parte della SCID è il modulo “visione d'insieme dei disturbi di personalità” per valutare come una persona si descrive, con domande aperte, come: “Che tipo di persona pensa di essere? Come si descriverebbe?”.

L'intervista è divisa in 3 colonne, in quelle di sinistra ci sono le domande, in quella centrale i criteri diagnostici del DSM IV e in quella di destra le valutazioni degli item. Ad ogni domanda numerata corrisponde un criterio diagnostico del DSM. La valutazione viene data per la presenza/assenza del criterio.

## CASO CLINICO DI SILVIA

“Ho sempre visto tutto nero, non sono solare, sono pessimista, non credo di essere brillante, sono una persona mediocre”

“Penso che gli altri direbbero che sono una persona disponibile, paziente, non particolarmente intelligente, interessante”

“Le persone importanti della mia vita sono la mia famiglia, il mio ragazzo e il mio collega”

“No, non credo di aver creato problemi a queste persone, perché sono sempre disponibile e pronta ad aiutare infatti”

“Non ho tanto tempo libero, quando sono a casa faccio le pulizie, a volte vado a passeggiare nel bosco, mi piace molto o sistemo il giardino, sì mi piace molto”

“Vorrei avere più fiducia in me stessa, non sono felice ora come ora. Vorrei riuscire ad avere degli obiettivi, degli scopi”

“Non credo di essere all'altezza, non ho mai sostenuto nessun altro colloquio.

No, non farei mai il primo passo per conoscere qualcuno, ho paura di fare una figuraccia, non credo di dire cose interessanti.

Ho paura di essere giudicata negativamente anche per le mie scelte. Il mio ragazzo mi criticerebbe sicuramente.

Mi sento sempre un gradino sotto tutti i miei colleghi, ho sempre bisogno di confrontarmi comunque, so fare solo quello che devo fare niente di più, non sono brillante.

Non faccio mai niente di nuovo perché non credo di essere capace.”

1) 1

2) 3

3) 2

4) 3

5) 3

6) 3

7) 2 → per dare un 3 avrei avuto bisogno di aver fatto più domande

DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITA' → PRESENTE 4

**05/11/2015**

“Mi sento insicura, soprattutto sul lavoro ho bisogno di sapere che c'è qualcuno che può fare le cose insieme a me. Cerco di accontentare il mio compagno, anche dal punto di vista sessuale. Cioè, io non provo niente per lui, ma cerco di accontentarlo. Cerco di essere sempre disponibile con tutti, perché non voglio che gli altri pensino che me ne fregghi...anche in campagna i miei parenti mi chiedono in continuazione di fare delle cose e io le faccio.

Ho paura di non farcela da sola, di prendere le decisioni da sola.”

DOC → NON PRESENTE (solo 2 domande da indagare a cui aveva risposto “sì”, anche se non importava perché servono minimo 4 domande con valore 3 per diagnosticarlo)

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA' → 7 PRESENTE

“Non avevo voglia di andare in campagna dai parenti, l'ho detto al mio ragazzo, che mi ha detto di tutto e di più e mi ha trattata male, allora alla fine per accontentarlo ci sono

andata.”

OSSESSIVI-COMPULSIVO → NO  
DISTURBO PASSIVO-AGGRESSIVO → NO

“Non sono contenta, mi sento triste, piango spesso. Mi sento intrappolata in questa situazione, ma allo stesso tempo non so nemmeno cosa voglia.

Penso di non essere abbastanza. Quando faccio le cose cerco sempre di comportarmi al meglio. Penso siano gli altri alla fine che non riconoscano quello che faccio, io ci metto tutto il mio impegno, non mi sento sempre colpevole. Non sono contenta del lavoro e della relazione, ma ormai sono quasi 20 anni, mi devo accontentare.”

- 1)3
- 2)3
- 3)1
- 4)3
- 5)3

DISTURBO DEPRESSIVO → 5 PRESENTE

DISTURBO PARANOIDE → NO

09/11/2015

### TADDEI: pratica dei CAS

Attraverso i 3 subtest di base per ciascuno (nella versione base, 2 per ognuno) misuriamo 4 processi: la pianificazione, la successione, l'attenzione e la simultaneità.

Le valutazioni ipsative (come si caratterizzano rispetto ai propri indicatori personali): una misura è sempre in rapporto alla distribuzione cosa misuro, vedo lo scostamento dalla media rispetto alla distribuzione. Non ci dice niente sulla funzione della persona, ma quanto e come si discosta dalla media.

Passare da una valutazione di prestazione (WISC) a una di processo (CAS) è un salto rilevante.

La Teoria PASS indica lo scostamento medio rispetto alla distribuzione (se positivo, indica una forza, se negativo una debolezza).

Il CAS diventa uno strumento estremamente utile in fase diagnostica, mi aiuta a capire se è riconducibile o meno a un quadro clinico.

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività riguarda bambini e adulti, sono maggiormente impulsivi.

In uno studio è stato visto che gli ADHD, gli Asperger e gli autistici tutti e 3 avevano un calo nell'attenzione, con diversi gradi di gravità.

I disturbi del neurosviluppo sono riconducibili alle funzioni esecutive.

Sono abilità cognitive evolute, che riguardano i processi di pianificazione e attenzione.

Dobbiamo porre attenzione alle caratteristiche della persona. Ti dico come funziona il motore, non la velocità. Ti spiego il perché agisce in una determinata maniera.

La WISC non ha teorie di riferimento, nasce ateorica, è uno strumento differenziale. La

WISC IV già prova meglio a ricollegare il perché di certe risposte.

La sfida di oggi è aggiornare la tecnologia psicologica (i test sono la nostra tecnologia).

Sono stati messi a punto dei materiali per valutare le prestazioni di bambini da parte di adulti come genitori e insegnanti, in futuro sarà la messa a punto di strumenti per bambini che hanno difficoltà di apprendimento.

12/11/2015

SCHIZOTIPICO → 51)1  
58)2

NO

SCHIZOIDE → 63)3  
65)3

NO

NARCISISTICO → 79)2

NO

BORDELINE → 90)3  
97)2  
100)

NO

La paziente sembra quindi soddisfare i criteri per i disturbi di tipo evitante, dipendente e depressivo, maggiormente per il dipendente, benché ci sia una comorbilità tra questi 3 disturbi.

### **EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE REVISED (EPQ-R)**

Il modello dei Big Five è quello maggiormente accreditato, ma quello più parsimonioso (4 requisiti), in quanto definisce la presenza dei tratti, è quello di Eysenck (EPQ-R).

Il modello PEN è dimensionale, in cui si colloca tanto la normalità quanto la patologia. Ciò che caratterizza l'estroversione e l'introversione sono aspetti fenotipici, osservabili. Qui si tratta di predisposizioni di rischio per sviluppare poi dei disturbi, ma siamo sempre nella fascia di "normalità".

La forma ridotta dell'EPQ-R è formato da 48 item, 12 per ogni scala (psicoticismo, estroversione, nevroticismo, lie = tendenza ad offrire un'immagine positiva di Sé).

16/11/2015

L'assessment psicologico può essere tradizionale o terapeutico (collaborativo o non collaborativo e strutturale o semi-strutturale).

L'assessment è l'insieme di pratiche cliniche finalizzate alla produzione di una conoscenza psicologica

I test sono somministrati per la conoscenza della diagnosi.

Nell'assessment terapeutico, invece, il fine non è la semplice raccolta d'informazioni, ma per aiutare il paziente in maniera diretta, producendo in lui elementi di cambiamento, positivi.

Molti clinici condividono questo assetto.

L'assessment collaborativo comporta il coinvolgimento del paziente nelle diverse fasi del processo di assessment (definizioni delle ragioni, osservazione delle risposte ai test, scoperta del significato di tali risposte, elaborazione dei suggerimenti)

L'assessment semi-strutturato è caratterizzato da una metodologia sistematica e una struttura esplicitata.

Lo schema generale di un assessment terapeutico è la seduta iniziale, la raccolta di test standardizzati, intervento, discussione e riepilogo, invio di una lettera di riepilogo di risultati al cliente, follow up.

La scelta dei test non è predeterminata, ma è determinata dalla natura delle domande di assessment del cliente, l'ordine di somministrazione dei test è determinato dalle domande centrali di assessment del cliente (es: mi sta dicendo che il suo problema principale riguarda le relazioni, potrei somministrargli la SCID).

Nella seduta di discussione e riepilogo ci sono informazioni di I livello (ciò che è coerente con la tua visione di te stesso), di II livello (informazioni che allargano o modificano il modo di pensare a se stessi senza minacciare la percezione del sé), di III livello (informazioni nuove e discrepanti, che se presentate per prime potrebbero essere rifiutate perché minacciate dalla percezione di sé (teoria dell'autoverifica).

La durata di un assessment terapeutico va dalla 3 alle 5 settimane, è applicabile in diversi contesti, svolto con molti clienti in vari contesti diversi, particolarmente indicato quando è svolto volontariamente dai clienti ma utile anche in altri ambiti come quello forense.

Gli obiettivi sono l'acquisire consapevolezza, mettere alla prova le ipotesi formulate e fornire un'opportunità per affrontare in modo più adattivo i problemi della vita.

I passaggi sono: pianificare in anticipo (chiedendosi "come si può far emergere in vivo il comportamento problematico?"), presentare la seduta al cliente, far emergere, osservare e dare un nome al comportamento problematico.

Bender Visual Motor Gestalt Test (BVMGT)

[www.therapeuticassessment.com](http://www.therapeuticassessment.com)

**19/11/2015**

**Caso di Silvia (SCID) → seduta di discussione e riepilogo**

Disturbo di personalità EVITANTE, DIPENDENTE E DEPRESSIVO.