

In questo riassunto troverete sintetizzati gli argomenti principali, con riferimento alle slides e ai due libri (Kazdin e intervista clinica) + alcune parti che ho trovato nel libro "Psicologo: verso la professione". Penso che sia utile per un ripasso dell'ultimo minuto!! :)

I sistemi classificativi

1735: Carlo Linneo espose i suoi criteri classificativi dei regni animale, vegetale e minerale nella prima edizione del "Sistema naturale".

Cosa vuol dire classificare?

E' un procedimento complesso e graduale che si basa sugli elementi condivisi rinunciando a priori alle individualizzazioni. Per questo è un sistema riduttivo. Classificare facilita però l'ordinamento e la registrazione cumulativa dell'esperienza ed è il primo passo verso l'uso della logica e del pensiero astratto generalizzato. Si può dire che CLASSIFICARE = FARE DIAGNOSI. E' impossibile non fare diagnosi perché la si fa anche implicitamente: quando ci si relaziona con gli altri elaboriamo una teoria e una rappresentazione del mondo in cui l'altro funziona e si relaziona.

Di cosa deve tener conto una buona diagnosi psicologica?

Di ricerche che validino la solidità empirica degli strumenti usati

Della letteratura clinica e applicativa che ne dimostri utilità e ne chiarisca peculiarità e contesti di applicazione.

Relazione tra diagnosi psicologica e tempo: le diagnosi cambiano nel tempo.

DIAGNOSI = IPOTESI APERTA.

Caratteristiche della diagnosi:

LA RELAZIONE è la base della diagnosi e la influenza.

La diagnosi è un'entità complessa che deve tener conto di molte dimensioni psichiche sia sane che patologiche, spesso ricorre a più informatori e a più strumenti: MULTIDIMENSIONALE e MULTISTRUMENTALE. Inoltre non può mai prescindere dal SENSO SOGGETTIVO.

Deve rispondere a requisiti di SPECIFICITA' (cosa caratterizza il soggetto) e GENERALIZZABILITA' (cosa lo accomuna agli altri).

A cosa serve la diagnosi psicologica?

- Condividere informazioni con linguaggio sintetico e comprensibile, che consenta di comunicare con altri operatori (universalizzazione dei risultati di una ricerca clinica o sperimentale).
- Elaborare un piano di trattamento e confrontare le proprie ipotesi con info presenti in letteratura.
- Fare ricerca per progredire.
- Informare il paziente. Questo si può sentire sollevato nel comprendere che la sua patologia è nota e che non è la sola persona a soffrirne. Clinico e paziente sono alleati e l'impresa diagnostica è un processo collaborativo.

I limiti di una diagnosi "classificazione"

Vista la notevole differenza tra un caso e l'altro, l'etichetta del disturbo può essere fortemente riduttiva e avere livelli bassi di attendibilità. Una diagnosi è spesso una previsione che tende ad autoavverarsi: affermare che un paziente soffre di ritardo mentale, o schizofrenia, non è privo di conseguenze. A questo infatti seguono trattamenti, schedature e aspettative che possono influenzare una vita intera. Per evitare questi problemi, la persona deve essere vista come tale e si deve essere consapevoli che la psicopatologia è un fenomeno che muta nel tempo.

I primi sistemi classificativi

Emil Kraepelin: modello categoriale. Quadri provvisori tipici.

Karl Jaspers: modello gerarchico: prendere in esame livello più grave raggiunto dal disturbo.

Sistemi classificativi attuali

PSYCHODINAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM)

Obiettivi:

- Fare diagnosi come formulazione del caso per usarla nella pianificazione di intervento.
- Classificare le PERSONE
- Identificare sindromi come tipi ideali (a cui pazienti reali possono avvicinarsi più o meno)
- Considerare gli aspetti spesso trascurati come esperienza soggettiva dei sintomi, personalità come contenitore di sintomi e sindromi, livelli di funzionamento mentale, dimensione evolutiva della diagnosi, possibile lettura sia categoriale che dimensionale.

Struttura:

Diagnostica degli adulti:

ASSE M: FUNZIONAMENTO MENTALE, misurato su una scala a 8 livelli.

ASSE S: ESPERIENZA SOGGETTIVA DEI PATTERN SINTOMATICI DEI VARI DISTURBI CLINICI: descritta in termini di stati affettivi, pattern cognitivi, stati somatici, pattern relazionali (es. di disturbi dell'asse S: adattamento, ansia, dissociativi, umore, somatomorfi, alimentazione, sessuali, dipendenze, psicotici...).

ASSE P: La personalità è descritta dagli autori come un insieme di modalità relativamente stabili di pensare (il pensiero comprende le credenze e significati dati alle esperienze, ma anche i valori morali e gli ideali), comportarsi, sentire e relazionarsi con gli altri. Tutta la discussione sulla macro-dimensione della personalità all'interno di questo asse si articola intorno a due prospettive: una è la collocazione generale della persona lungo un continuum di funzionamento (derivante dal modello di Kernberg) che va dall'organizzazione sana a quella borderline, passando attraverso l'organizzazione nevrotica; l'altra è la valutazione attraverso 15 configurazioni e disturbi di personalità, concepiti come prototipi per individuare pattern e problematiche centrali nella vita del paziente (es: dist. Schizoidi, paranoide, psicopatici, narcisistici, depressivi etc...).

Diagnostica degli adolescenti, bambini e neonati.

Parte uno: adolescenti e bambini: Uno dei punti di forza del PDM è l'importanza data alla dimensione evolutiva, solitamente poco trattata nei manuali diagnostici. Questa non è semplicemente considerata come il susseguirsi di fasi cronologiche, ma riguarda piuttosto le acquisizioni e i compiti di sviluppo relativi alle varie fasi; tali compiti possono ad esempio riguardare capacità regolative, come il ritmo sonno-veglia, la capacità di modulare i propri stati affettivi o di controllare i propri comportamenti. Pertanto la psicopatologia del bambino e dell'adolescente risulta diversa da quella adulta proprio a motivo di questa dimensione evolutiva, in quanto l'espressione del disagio può variare, o assumere significati differenti, a seconda delle varie fasi di sviluppo; la diagnosi viene ad essere così influenzata da alcune variabili come l'età e il genere sessuale. Anche in questa seconda parte la diagnosi si articola sulla base dei tre assi (le lettere CA poste dopo agli assi M, P ed S corrispondono a Children e Adolescents):

- Asse MCA, per la comprensione del profilo del funzionamento mentale del soggetto;

- Asse PCA, per la valutazione dei pattern e dei disturbi di personalità;
- Asse SCA, per la valutazione dei pattern sintomatici a partire dall'esperienza soggettiva del paziente.

Parte 2: neonati e prima infanzia.

Il modello a cui fa riferimento questa sezione è quello di Greenspan, descritto nell'ICDL-DMIC, tale modello sottolinea come le esperienze di tutto il ciclo vitale, ed in particolare quelle infantili, possano essere comprese solamente se inserite in un più ampio contesto relazionale, sociale, culturale: vengono quindi presi in considerazione il livello di sviluppo del bambino (emotivo, intellettuale, sociale), le sue caratteristiche individuali biologicamente determinate e tutte le sue relazioni col mondo. La classificazione che nasce dal modello di Greenspan è sulla base di cinque assi.

L'asse I include tre tipi di disturbi:

- disturbi interattivi
- disturbi regolatori dell'elaborazione sensoriale
- disturbi neuroevolutivi della relazione e della comunicazione

Insieme queste tre categorie vanno a costituire la diagnosi primaria.

L'asse II valuta i livelli dello sviluppo emotivo funzionale acquisiti e per ogni livello indica se è padroneggiato in modo adeguato all'età, se è limitato o deficitario.

L'asse III descrive la capacità regolazione dell'elaborazione sensoriale nel bambino (dall'assenza di compromissioni fino alla presenza di compromissioni gravi).

Sull'asse IV troviamo invece i pattern dei caregiver, della famiglia e dell'ambiente (dal sostegno all'interferenza fino a compromissioni gravi).

Infine l'asse V descrive altre diagnosi mediche o neurologiche.

Vantaggi del PDM:

- Coniuga clinica e ricerca
- Supera atteggiamento distruttivo e critico rispetto alla diagnosi di alcuni filoni psicoanalitici.
- Struttura multiassiale e politetica (valutazioni articolate e multidimensionali del funzionamento psichico).
- Valorizzazione diagnostica della soggettività del paziente.
- Attenzione a dimensione evolutiva.

Limiti del PDM:

- ASSE P e PCA necessitano di altre ricerche che sostengono utilità, validità e affidabilità di alcuni pattern/disturbi.
- Mancanza di protocolli di colloquio e strumenti di valutazione
- Forte influenza della diagnostica del DSM.
- Tende a sottovalutare alcuni aspetti psicopatologici come ipocondria, panico senza prendere posizione riguardo ad essi.
- Problematiche psicotiche, dissociative, relative a sintomi psicosomatici e disturbi alimentazione necessitano di trattazioni più articolate.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD)

Approccio diagnostico: categoriale. Disturbi suddivisi in base a set di criteri con caratteristiche descrittive.

Obiettivi:

- Fare diagnosi descrittiva
- Formulare quante più diagnosi possibili per avere descrizione clinica dettagliata.
- Se viene fatta più di una diagnosi, identificare quella principale e specificare le altre come sussidiarie o aggiuntive.
- Dare precedenza alla diagnosi più rilevante.

Struttura del manuale: Elenco delle patologie in ordine alfabetico.

Presentazione multiassiale del capitolo V sui disturbi psichici:

asse UNO (sindromi cliniche psichiatriche), asse DUE (disturbi da alterazione specifica dello sviluppo psicologico), asse TRE (livello intellettivo), asse QUATTRO (condizioni mediche riportate nell'ICD spesso associate con disturbi psichici e comportamentali), asse CINQUE (situazioni psicosociali anomale), asse SEI (valutazione globale del funzionamento psicosociale).

Vantaggi dell'ICD:

- Classificazione sistematica di tutte le patologie
- Molto usato a livello mondiale per documenti dei servizi del sistema sanitario nazionale.

Limiti dell'ICD:

- Poco usato per formulare diagnosi in contesto clinico
- Poco usato in ricerca

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF): La classificazione ICF completa la classificazione ICD-10, che contiene informazioni sulla diagnosi e sull'eziologia della patologia. Al contrario l'ICF non contiene riferimenti alla malattia, ma si riferisce al solo funzionamento. L'ICD-10 e l'ICF usati in modo complementare forniscono un quadro globale della malattia e del funzionamento dell'individuo.

L'ICF è strutturato in 4 principali componenti:

- Funzioni corporee
- Strutture corporee
- Attività (Attività e partecipazione in relazione a capacità e performance)
- Fattori ambientali

Il funzionamento e la disabilità sono viste come una complessa interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e l'interazione con i fattori ambientali e personali. La classificazione considera questi aspetti come dinamici e in interazione, non come statici. Inoltre essa non valuta solo la disabilità e l'handicap.

Siccome la disabilità è un'interazione con l'ambiente, l'ICF è applicabile a tutte le persone, anche quelle in perfetta salute. Il linguaggio nell'ICF è neutrale rispetto all'eziologia, enfatizzando la funzione rispetto al tipo di malattia. Esso è stato creato appositamente per essere utilizzato a livello internazionale e interculturale con obiettivi molto diversificati, da un utilizzo clinico fino a studi

epidemiologici e di politica della salute. Essendo neutrale, il linguaggio utilizzato è stato specificato fin nei minimi dettagli, per chiarire al meglio il significato della terminologia utilizzata nel contesto specifico della valutazione del funzionamento.

CLASSIFICATION OF HEALTH INTERVENTIONS (CHI): sistema di classificazione dei codici di procedure degli interventi sulla salute.

Classificazione dei motivi di incontro tra paziente e operatore della salute.

DIAGNOSTICAL AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM)

Obiettivi:

- Fare diagnosi descrittiva per pianificare interventi mirati
- Classificare i disturbi presentati da persone e non le persone. Per questo si evita di parlare di un depresso e si parla di un paziente con depressione. Si sottolinea quindi come il paziente mantenga la propria identità indipendentemente dall'etichetta diagnostica.
- Identificare le sindromi come cluster di sintomi costantemente congiunti.
- Formulare quante più diagnosi possibile per avere una descrizione clinica dettagliata (comorbidità = trovare nello stesso soggetto gli elementi caratteristici di più disturbi diversi).

Approccio diagnostico: categoriale.

Struttura del manuale:

- Lista sistematica dei codici e categorie ufficiali.

ISTRUZIONI PER L'USO: specificare la gravità e il decorso, la diagnosi principale (motivo della visita), possibile uso della diagnosi provvisoria (anche se al momento le info sono insufficienti), uso dei NAS, uso di criteri per escludere altre diagnosi e per suggerire diagnosi differenziali.

-Descrizione del sistema multiassiale:

ASSE I: disturbi clinici e altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica. Qui troviamo oltre 250 patologie. Per ogni classe patologica troviamo la descrizione delle seguenti categorie: caratteristiche diagnostiche (sintomi e criteri di inclusione ed esclusione + esempi illustrativi); sottotipi e/o specificazioni (episodi singoli o ricorrenti, livello di gravità, intensità, stato attuale...); manifestazioni e disturbi associati; caratteristiche collegate a cultura, età e genere; prevalenza statistica nella popolazione, decorso, familiarità, diagnosi differenziale (qui vengono forniti i criteri che permettono di distinguere una patologia da altre simili).

ASSE II: disturbi di personalità.

ASSE III: condizioni mediche generali.

ASSE IV: problemi psicosociali e ambientali

ASSE V: valutazione globale del funzionamento (considerare funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico continuum salute-malattia mentale. Non includere menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche o ambientali). Scala della VGF: da 100 (funzionamento superiore alla norma) a 0 (mancanza di informazioni).

- Criteri diagnostici di ogni disturbo con testo descrittivo.

Vantaggi del DSM:

-Classificazione sistematica delle patologie psichiatriche.

-Molto usato a livello mondiale nel contesto clinico.

-Molto usato anche in ricerca.

Limiti del DSM:

-Comorbilità

Proposte oltre il DSM:

-Approccio dimensionale: individuo anziché classificato in categoria viene caratterizzato da un profilo. Continuum normalità-patologia. Non è necessaria la distinzione dicotomica sano/malato. Limite: nella continuità potrebbe nascondere differenze qualitative.

-Approccio prototipico: si identifica un modello di riferimento e si valuta quanto il soggetto sia vicino ad esso.

-Attribuzione di un significato diverso al concetto di comorbilità (Feinstein).

Nuova classificazione del DSM-V:

-introduzione di nuove categorie per i disturbi dell'apprendimento e una categoria diagnostica unica per i disturbi dello spettro autistico, con inclusione di tutte le diagnosi dei disturbi autistici, sindrome di Asperger, disturbo dirompente dell'infanzia e disturbo pervasivo dello sviluppo (NAS). I membri del gruppo di lavoro inoltre raccomandano la modifica dell'etichetta diagnostica di "ritardo mentale", da tramutare in "disabilità intellettuale".

-Eliminazione delle attuali diagnosi di abuso da sostanze e dipendenza a favore della nuova categoria "dipendenze e disturbi correlati". Questi includono disturbi da abuso di sostanza, dove ogni tipo di sostanza viene definita con la propria specifica categoria diagnostica. In questo modo sarà più semplice distinguere tra la ricerca compulsiva di sostanze, nell'ambito della dipendenza ("craving"), e la normale risposta di aumento della tolleranza nei casi di pazienti che usano quei farmaci che alterano il sistema nervoso centrale.

-Creazione di una nuova categoria diagnostica per le "dipendenze comportamentali" in cui verrà inserito il "gambling". Alcuni specialisti hanno richiesto l'inclusione, all'interno di questa categoria, anche della dipendenza da internet, ma ancora non esistono dati sufficienti per rendere ufficiale tale inserimento. Al contrario, però, questa diagnosi verrà inserita in appendice, con lo scopo di promuovere studi sull'argomento.

-Inserimento di nuove scale per valutare il rischio suicidario in adulti e adolescenti, con lo scopo di aiutare i clinici ad identificare coloro maggiormente a rischio. Le scale includono criteri derivati da ricerche sull'argomento, come ad esempio l'impulsività e l'uso di alcol in adolescenza.

-Considerazione di una nuova categoria di "sindromi a rischio" ("risk syndromes"), per aiutare i clinici a identificare precocemente eventuali disturbi mentali gravi, come demenza e psicosi.

-Inserimento della categoria diagnostica di "disregolazione del temperamento con disforia" (temper dysregulation with dysphoria, TDD), all'interno della sezione dei Disturbi dell'Umore. I nuovi criteri saranno basati su studi precedenti con lo scopo di aiutare i clinici a distinguere i bambini con TDD da coloro i quali presentano un disturbo bipolare o un disturbo di oppositivo provocatorio.

-Riconoscimento del disturbo da Alimentazione Incontrollata e criteri più adeguati per le diagnosi di Anoressia (AN) e Bulimia Nervosa (BN).

ARGOMENTO DI RICERCA

Le fonti delle idee

- Curiosità
- Teoria
- Osservazione delle patologie cliniche
- Operazionalizzare i costrutti.
- Stimolazione derivante da altri studi.
- Studio del caso singolo.

Livelli di comprensione e l'idea di una ricerca

Scopo di solito è quello di incrementare la conoscenza. Importante conoscere tutta la letteratura possibile sino a quel momento sul dato argomento.

- Ricerca della direzione di influenza tra le variabili
- Meccanismi e processi che correlano le due variabili
- Influenza di altre variabili sulla relazione.

Teoria = concettualizzazione del fenomeno di interesse (natura, antecedenti, cause, correlati e conseguenze, relazione dei vari costrutti). Nella ricerca solitamente il ricercatore formula una predizione o ha una sua aspettativa circa la relazione tra le variabili.

Definire l'idea di una ricerca

- Definizione operativa (Operazionismo singolo): definizione di un concetto sulle basi delle operazioni specifiche usate nell'esperimento. Limiti: può essere incompleta o semplificare fortemente il concetto di interesse, può comprendere caratteristiche non rilevanti per il concetto originale, una misura singola non fornisce una valutazione completa del costrutto di interesse.
- Definizione operativa (operazionismo multiplo): uso di misure multiple può permettere a un ricercatore di essere più sicuro durante la fase di valutazione dei risultati. Variabile latente costrutto rappresentato da parecchie misure. Le misure sono dette variabili osservate e rappresentano il costrutto di interesse.

Variabili da studiare:

- Ambientali o situazionali: una data condizione viene fornita ad alcuni soggetti e non ad altri. Fornire ai soggetti condizioni qualitativamente differenti.
- Relative alle istruzioni: riguardano le info fornite ai soggetti relative allo svolgimento dell'esperimento e le modalità della loro eventuale partecipazione. Queste variabili hanno di solito lo scopo di alterare la percezione o la valutazione di una certa situazione o condizione del soggetto.
- Relative al soggetto o alle differenze individuali: relative a caratteristiche non manipolabili dei soggetti, degli intervistatori e degli sperimentatori.

Studio di variabili multiple:

la combinazione delle variabili tra diverse categorie è una strategia eccellente e permette di affrontare un gran numero di problematiche.

I tipi di ricerca

- Veri esperimenti: massimo controllo sulla VI o sulla manipolazione di interesse. Il ricercatore può assegnare i soggetti alle diverse condizioni in modo casuale e includere condizioni alternative e controllare possibili fonti non previste. La loro potenza è quella di dimostrare l'impatto della VI e le modalità attraverso le quali i controlli escludono spiegazioni alternative dei risultati ottenuti (anche se non fornisce la certezza).
- Quasi esperimenti: le condizioni di controllo classiche degli esperimenti veri sono considerate in modo più approssimativo.
- Studi passivo-osservazionali: relazioni tra variabili sono osservate e non manipolate. In psicologia clinica si usano nelle ricerche soggettivo-selettive (manipolazione variabile indipendente selezionando soggetti con caratteristiche diverse o variando livelli delle caratteristiche). Un altro tipo: ricercatore esamina relazioni tra diversi gruppi e misure.

Strategie del disegno sperimentale:

- Disegni sperimentali per gruppo: gruppo selezionato dal ricercatore il quale assegna i soggetti alle condizioni in modo casuale per creare gruppi equivalenti. Inter-soggetti (ogni gruppo riceve una sola condizione) o intra-soggetti (i soggetti ricevono tutte le condizioni).
- Disegni sperimentali per caso singolo: un solo individuo, pochi o un gruppo nel tempo. Le misure dipendenti di interesse sono studiate continuamente nel tempo.

Condizioni della sperimentazione

- Ricerca di laboratorio: es: valutazione prestazione di studenti universitari che ricevono istruzioni tali da alterare la loro prestazione, l'umore e la capacità di valutazione. Possono variare le caratteristiche dei soggetti, la natura della VD e i problemi che possono emergere dalla ricerca stessa.
- Ricerca applicata: es: effettuata nella clinica in cui è ricoverato paziente. Può valutare diversi tipi di trattamento o diverse popolazioni
- Ricerca analogica: ricerca che valuta il trattamento in condizioni che solo approssimativamente assomigliano alla situazione clinica. Incentrata di solito su una ricerca la cui problematica è stata definita molto attentamente in una condizione ben controllata.
- Ricerca comparativa

Tempo di attuazione di una ricerca:

- Studi trasversali: confronto di gruppi diversi nello stesso momento. Limiti: effetto gruppo (considera la possibilità che gruppi di soggetti di diversa età possano avere caratteristiche peculiari che potrebbero essere confuse con le variabili di interesse)
- Studi longitudinali: confronto lo stesso gruppo più volte nel tempo. Storia del gruppo è controllata. Limiti: difficile seguire gli stessi soggetti nel tempo. Logoramento o perdita soggetti riduce campione e potenza delle conclusioni.
- Molti studi non sono né trasversali né longitudinali, variano nella loro evoluzione nel tempo.

Assegnazione dei soggetti

- Selezione casuale : selezione di un campione rappresentativo della popolazione. Il campionamento deve essere effettuato sull'intera popolazione. Problema: i soggetti non possono essere selezionati da una popolazione a meno che questa non sia definita in termini molto ristretti.
- Assegnazione casuale: collocare soggetti nei gruppi in modo tale che ogni soggetto abbia le stesse possibilità di essere assegnato a uno dei gruppi. Ciò avviene di solito determinando il gruppo al quale il soggetto è assegnato attraverso una tabella di numeri random.
- Equivalenza del gruppo: assegnazione casuale ci permette di assicurarci che le variabili di disturbo siano distribuite in modo non sistematico tra i gruppi. Ma può anche produrre gruppi che differiscono in varie misure, quindi l'assegnazione casuale non produce necessariamente gruppi equivalenti, soprattutto quando il campione totale è relativamente piccolo (e quindi i test statistici non sono adeguati per rilevare le differenze). Uso di un campione più ampio può aumentare la certezza di aver ottenuto l'equivalenza tra gruppi.
- Matching: raggruppamento di soggetti con caratteristiche simili (anche solo una particolare). Riunire soggetti in base a questo e poi distribuirli casualmente ai gruppi. Metodo per riunire soggetti: ordinare per ranghi (es: dal livello più alto al più basso di depressione pre-test) ed estrarre i soggetti dai ranghi in blocchi da x , assegnandoli casualmente a uno degli x gruppi.
- Mismatching: raggruppo soggetti con caratteristiche diverse. Si tenta di rendere simili i gruppi formati sulla base di campioni diversi. Rischio: accoppiare soggetti che appartengono a gruppi pre-assegnati porta al fatto che i punteggi in ogni gruppo possono regredire verso una media differente. Regressione può essere fonte di preoccupazione per il ricercatore quando soggetti sono selezionati in base ai loro punteggi estremi. Se i soggetti sono assegnati casualmente ai gruppi ci si dovrebbe attendere che la regressione sia la stessa per ogni gruppo, così che le differenze tra i gruppi possano essere attribuite all'intervento e non alla regressione.

Disegni intersoggetti e condizioni pre-test e post-test

I soggetti sono testati prima e dopo l'intervento. I soggetti sono assegnati casualmente ai gruppi.

Pre-test. A cosa serve? Accomuna soggetti in base a diverse variabili e permette l'assegnazione casuale. Riduce la variabilità all'interno dei gruppi, permette al ricercatore di compiere precise affermazioni circa le variazioni osservate. Permette di identificare le persone che mostrano le modificazioni più ampie.

Post-test. A cosa serve? Valuta le differenze osservate in funzione dell'intervento.

Rischi: effetto di sensibilizzazione pre-test: non minaccia la validità interna ma significa che i risultati dello studio possono essere generalizzati solo a quei soggetti a cui è stato somministrato il pre-test. Se le valutazioni e l'intervento non sono vicini nel tempo, la sensibilizzazione appare con meno frequenza. Quindi, più il tempo e il luogo di somministrazione del pre-test sono diversi da quelli del post-test, meno adeguato potrebbe essere il pretest. Processi ed eventi che intervengono tra pre-test e post-test oscurano gli effetti che possono altrimenti essere attribuiti alla manipolazione sperimentale.

Disegni intersoggetti e post-test.

Non viene fornito nessun pre-test. È un disegno meno usato perché è importante conoscere il livello di partenza prima di un intervento e le differenze dopo l'intervento potrebbero derivare da differenze dei gruppi prima dell'intervento. Spesso però il pre-test non si può fare, ma la sua assenza rende il disegno molto meno affidabile.

Disegno sperimentale di Solomon per quattro gruppi

Nel disegno sperimentale con pre e post test esiste il rischio di sensibilizzazione. Nel disegno di Solomon l'effetto delle sedute pre test viene verificato direttamente. Si richiede un minimo di quattro gruppi, in due dei quali avviene il pre test.

Disegni fattoriali intersoggetti

Limitazioni nello studio di una variabile: spesso i quesiti rilevati circa variabile di interesse sono relativamente semplici.

Disegno fattoriale permette investigazione simultanea di due o più variabili in un solo esperimento. Nel più semplice ci sono due variabili ognuna delle quali ha due livelli (disegno 2X2). Un disegno fattoriale non è un disegno singolo, ma una famiglia di disegni che variano nel numero e nel tipo di variabili e nel numero di livelli che caratterizza ogni variabile. La variazione dei disegni fattoriali è determinata anche dall'uso o meno di un pre-test. Se viene somministrato, quella sessione può divenire una delle variabili o uno dei fattori con due o più livelli. Inclusione di variabili multiple per affrontare effetti separati e combinati delle diverse variabili (interazione effetto sinergico che risulta dalla combinazione delle variabili).

Pregi del disegno: economico, studia effetti combinati, affronta questioni complesse e sofisticate.

Preoccupazioni: numero di gruppi potrebbe aumentare così come il numero di fattori e di livelli di un fattore (questo rende tutto molto complesso). I risultati sono facili da interpretare quando le variabili risultano concettualmente correlate.

Disegno quasi sperimentale con condizioni pre e post test

Non è possibile dimostrare che gruppo di controllo è simile a quello sperimentale (essendo i gruppi già formati, questi potrebbero differire prima dell'inizio della ricerca). Quindi si dice "disegni per gruppi non equivalenti". Vengono confrontati soggetti non assegnati casualmente. La potenza del disegno dipende direttamente dalla similarità tra il gruppo di controllo e quello sperimentale. I risultati potrebbero non essere facilmente attribuibili a fattori che potrebbero variare tra i gruppi, ma è comunque possibile che queste minacce possano differire tra i gruppi. Anche se al pre test i soggetti offrivano prestazioni equivalenti, i fattori di selezione, storia, maturazione etc... potrebbero essere responsabili delle differenze osservate all'interno dei gruppi.

Disegno quasi sperimentale con condizione post test

Un disegno con un gruppo di controllo non equivalente non necessita di un pre-test. Il problema di questo disegno è che non può essere verificata l'equivalenza dei gruppi prima che venga somministrato l'intervento. In un quasi esperimento il gruppo potrebbe differenziarsi grandemente tra le varie dimensioni prima che venga somministrato il trattamento e attribuire all'intervento le differenze notate nel gruppo può essere poco convincente. Occasionalmente è però il disegno più attuabile: per esempio nella ricerca sulla valutazione di un programma per recupero di adolescenti con dipendenza da varie sostanze. Assegnazione casuale non era possibile (valutazione dei pazienti in trattamento e di quelli in lista d'attesa). Quasi esperimento è metodo per iniziare una investigazione.

Disegni a trattamento multiplo

Ad ogni soggetto vengono somministrati tutti i trattamenti considerati nello studio. Le versioni sono diverse e dipendono dal numero di trattamenti e dal modo in cui sono presentati.

-Disegni incrociati:

in un certo momento durante l'esperimento, di solito a metà, tutti i soggetti si incrociano (sono scambiati) tra le varie condizioni sperimentali. Questo disegno è usato con due diversi trattamenti. Attraverso assegnazione casuale sono formati due gruppi, che differiscono per l'ordine in cui ricevono i due trattamenti. Potrebbe essere fornito un pre-test che non è obbligatorio. Il comportamento viene verificato dopo ogni intervento.

-Disegni bilanciati a trattamento multiplo

Se aumenta il numero dei trattamenti le procedure di bilanciamento divengono più complesse:

-Assegnazione casuale della sequenza in cui i trattamenti vengono somministrati (effetto ordine e sequenza non controllati).

-Assegnazione tramite quadrato latino: scegliere alcune sequenze ed assegnarle casualmente ai gruppi in modo che ogni trattamento si presenti una sola volta in ogni posizione e per ogni gruppo ci siano tutti i trattamenti. Resta poco controllata la sequenza: ci può essere interazione tra effetti del trattamento e la posizione in cui il trattamento appare nella sequenza. In un disegno completamente bilanciato ogni trattamento viene presentato lo stesso numero di volte, in ogni ordine e ogni trattamento precede e segue tutti gli altri. Questo potrebbe richiedere però un numero proibitivo di trattamenti e soggetti.

Gli effetti

-Ordine: responsabile del risultato è il momento nel tempo in cui viene somministrato il trattamento, non il trattamento stesso.

-Sequenza (carry over): disposizione sequenziale dei trattamenti influenza risultati. Il passaggio da un trattamento all'altro non è mai uguale.

-Soffitto (ceiling) e pavimento (floor): limite massimo (minimo) di una misura definito nell'ambito della gamma di punteggi. A causa di questi limiti non possono manifestarsi ulteriori variazioni. Può non permettere la differenziazione tra gruppi che ricevono trattamenti diversi o non permette dimostrazione di ulteriori variazioni nell'ambito di un disegno a trattamento multiplo.

Gruppi di controllo

-senza trattamento: verifica la percentuale di base del miglioramento che si osserva nei clienti con trattamento. Controlla direttamente gli effetti delle minacce alla validità interna. È sottoposto alle stesse procedure di valutazione del gruppo sotto trattamento: divengono così meno plausibili gli effetti legati alle sessioni sperimentali e al deteriorarsi della strumentazione. Rischi di tipo pratico (tempo) ed etico.

-in lista d'attesa: trattamento ritardato. Durante la prima parte dello studio equivale a un gruppo senza trattamento. Limiti: non controlla effetti a lungo termine delle minacce alla validità interna.

-senza contatto: individui che non hanno nessun contatto con il progetto, selezionati tramite valutazioni effettuate di nascosto. Poco etico, richiede consenso per trattamento dati ma valuta influenza del sapere di partecipare a una ricerca.

-con placebo: somministrate sostanze senza effetto sotto forma di trattamento. Spesso si hanno miglioramenti. Affronta la validità di costrutto (quali aspetti dell'intervento portano a una variazione). Problemi concettuali: in ambito psicologico non si sa in anticipo se le proprietà di un trattamento sono inerti. Procedura deve essere logicamente credibile. Etica: scorretto se gruppo necessita di trattamento: perdita di fiducia.

-selezionato per una variabile: YOKED GROUP: fa sì che i gruppi siano simili in relazione a fattore concettualmente irrilevante ma potenzialmente importante perché potrebbe portare a differenze tra i

gruppi. YOKING: procedura di accoppiamento tra gruppo sperimentale e di controllo. Il comportamento del soggetto sperimentale determina ciò che accade al soggetto di controllo. Ricercatore controlla le variabili che possono potenzialmente confondere durante la fase di interpretazione dei dati.

-non assegnato casualmente: PATCHED UP. Aiuta lo sperimentatore a evitare specifiche minacce alla validità come la storia, la maturazione, strumentazione e altro. Questo gruppo può essere usato quando non è possibile formare un gruppo di controllo senza trattamento attraverso assegnazione casuale. Possono non essere adatti a modalità di confronto.

-con trattamento standard: confronto tra due trattamenti diversi, quello nuovo e quello standard. eticamente accettato, però devono essere monitorate le procedure prima dopo e durante il trattamento. Confronto tra trattamenti attivi: evitare effetti delle minacce alla validità interna. Assenza di un gruppo di controllo senza trattamento o in lista d'attesa o con placebo rende difficoltosa l'interpretazione delle variazioni osservate.

-Gruppi intatti negli studi con selezione dei soggetti: studi passivi-osservazionali in cui soggetti selezionati sulla base di caratteristiche particolari. Lo scopo è capire e descrivere caratteristiche della popolazione in relazione ad alcune dimensioni di interesse. In questo caso si possono includere uno o più gruppi di confronto, selezionati in modo da essere simili a quelli oggetto di interesse. Lo scopo di studi che valutano caratteristiche di gruppi identici è quello di identificare gruppo primario di interesse e poi un gruppo di confronto che sia simile per altre variabili che potrebbero interferire. È possibile che i gruppi differiscano anche per qualche caratteristica non misurata, quindi la ricerca è considerata ambigua.

Strategie di trattamento: quale trattamento è il più efficace per questo individuo che presenta questo problema in determinate circostanze?

-Trattamento a varie componenti (Package treatment): può essere multifaccettato e includere diverse componenti, che possono essere delineate concettualmente e operazionalmente. Di solito per evitare minacce alla validità interna viene incluso un gruppo di controllo senza trattamento in lista d'attesa, vengono assegnati i soggetti in modo casuale e viene condotto un pre-test. Questo tipo di intervento produce variazioni più evidenti di quanto faccia il passare del tempo e la partecipazione a sessioni che assomigliano al trattamento.

-Suddivisione del trattamento: analizzare singole componenti del trattamento. Per suddividerlo devono essere eliminate le componenti individuali. Suddivisione può aiutare a identificare le componenti sufficienti e necessarie del trattamento. Servono due o più gruppi in cui si effettua una variazione delle componenti e un gruppo di controllo in lista d'attesa. Intero trattamento offre però molto di più.

-Trattamento costruttivo (opposto a suddivisione): trattamento a componenti multiple alle quali se ne aggiungono altre per migliorarne i risultati. Opposto alla strategia della suddivisione. Cosa può essere aggiunto per rendere trattamento più efficace? Due o più gruppi con diversificazione delle componenti. Trattamento combinato non migliora risultati dei vari trattamenti che lo costituiscono.

-Trattamento parametrico: alterare aspetti specifici del trattamento per determinare come massimizzare la variazione terapeutica. Queste dimensioni non sono nuove componenti del trattamento, ma variazioni all'interno della tecnica che massimizzare la variazione. Un parametro di base ad esempio è la durata. Due o più gruppi con diversificazione di uno o più aspetti dello stesso trattamento.

-Trattamento comparativo: quale trattamento è meglio tra due o più? Due o più trattamenti diversi per un singolo problema clinico, più gruppo di controllo.

-Caratteristiche cliente e terapeuta: efficacia dei trattamenti varia in funzione di queste. Strategia è implementata selezionando clienti o terapeuti sulle basi di specifiche caratteristiche. Si può capire se trattamento è più efficace con clienti giovani, o con certe categorie di problemi etc...trattamento applicato separatamente a differenti casi, terapeuti etc...

-Processo di ricerca: affronta questioni sui meccanismi connessi alla variazione di terapia evidenziando le molteplici preoccupazioni riguardo ciò che succede tra somministrazione di un intervento e l'impatto sul cliente. Argomenti possono focalizzarsi su transazione tra terapeuta e cliente o impatto di eventi intervenienti momento per momento così come delle variazioni provvisorie. Capire quali sono i processi che intervengono nel trattamento e ne influenzano la riuscita. Gruppi di trattamento in cui le relazioni paziente-terapeuta sono valutate all'interno della seduta.

Disegni sperimentali sul caso clinico e il caso singolo

Disegni ripetuti all'interno dei soggetti (intrasubject), ricerca N=1, "disegni intensivi". La metodologia si focalizza sulle prestazioni di alcune persone nel tempo. Condurre sperimentazione con un solo soggetto.

ALLPORT: APPROCCIO IDEOGRAFICO: studio intensivo dell'individuo. APPROCCIO NOMOTETICO: studio intensivo dei gruppi.

Pregi della ricerca sul caso clinico:

- Fonte di idee e ipotesi per quanto riguarda la prestazione e lo sviluppo umano.
- Fonte per sviluppare tecniche psicoterapeutiche.
- Studio dei fenomeni rari.
- Valutabile nel fornire un riscontro per nozioni che sono considerate universalmente applicabili.
- Valore persuasivo e motivazionale. Spesso fornisce una dimostrazione drammatica e persuasiva e rende concreto e intenso ciò che altrimenti servirebbe solo come principio astratto.

Limitazioni della ricerca sul caso clinico:

- Possono essere fornite varie risposte alternative.
- In base alla pensante dipendenza dei casi clinici dall'informazione aneddotica, si può pensare che la presentazione sia pregiudizievole.
- Un altro problema è l'estensibilità delle osservazioni ad altri individui o situazioni.

Così come è stato concepito, lo studio del caso clinico fa riferimento a un individuo o a un gruppo di individui studiati in assenza di controllo sperimentale. Questo rende difficile l'esclusione delle interpretazioni alternative che potrebbero essere responsabili del comportamento del cliente.

Disegni sperimentali per lo studio del caso singolo

In assenza di disegni sperimentali non si può controllare la validità di costruito. Sono caratterizzati da un confronto nel tempo delle diverse condizioni presentate agli stessi soggetti.

Le caratteristiche di base sono:

- Valutazione continuata: È condizione fondamentale. Permette di esaminare la configurazione e la stabilità della prestazione prima dell'inizio del trattamento e durante. Gli effetti dell'intervento sono esaminati osservando gli effetti della somministrazione o della non somministrazione del trattamento, sulla prestazione di una o poche persone.

-Valutazione di base: ogni disegno sperimentale per lo studio sul caso singolo inizia con osservazione del comportamento parecchi giorni prima che l'intervento sia implementato. Questo periodo di osservazione viene definito "Baseline phase". Ha diverse funzioni: descrittiva (fornisce info circa la dimensione del problema del cliente), predittiva (serve per predire il livello di prestazione nell'immediato futuro, proiettando o estrapolando i dati dalla prestazione di base.).

-Stabilità della prestazione: una valutazione stabile della prestazione è caratterizzata dall'assenza di una 1)tendenza nei dati e da un basso 2)livello di variabilità.

1)Tendenza nei dati: fa riferimento a un aumento o diminuzione sistematica nel tempo. Assenza di tendenza evidenzia una situazione relativamente chiara. Occasionalmente la presenza di tendenza nei dati può non interferire con il trattamento. Presumibilmente una volta implementato l'intervento, sarà evidente una tendenza verso il miglioramento: si rileva in presenza di un livello di base che ha già evidenziato una tendenza che vada nella direzione del miglioramento.

2)Variabilità nei dati: fa riferimento anche alla fluttuazione o alla variabilità legata alla prestazione dei soggetti nel tempo. L'eccessiva variabilità dei dati può interferire con la possibilità di trarre conclusioni.

Disegni sperimentali alternativi

-Disegno ABAB: alterna condizione di base senza intervento, con la condizione di intervento. Valutazione continuata del comportamento. Si passa da una fase all'altra quando la situazione è stabile (no tendenza). Non è indicato per le situazioni cliniche. Talvolta il ritorno alla condizione di base viene definito fase di inversione, perché ci si aspetta che il comportamento torni o si avvicini di nuovo al livello di base. Se il livello di comportamento varia allora possiamo avanzare ipotesi che il trattamento sia responsabile di questo. Il fatto che questo disegno dimostri la relazione causale tra il trattamento e il comportamento, ne limita l'uso in ambito clinico. Un problema: non sempre la rimozione del trattamento porta a variazione del comportamento (speranza dei terapeuti è che una volta concluso l'intervento, i suoi effetti benefici continuino). Quello che in ambito clinico potrebbe essere un bene, dal punto di vista del disegno ABAB è una delusione. Inoltre, tornando al livello di base, il comportamento potrebbe anche peggiorare. Oltre a problemi etici, ci sono problemi pratici: è difficile assicurarsi che una volta raggiunti buoni risultati i ricercatori interrompano il trattamento come vuole il disegno.

-Livelli di base multipli: dimostra effetti di un intervento evidenziando che la variazione del comportamento è dovuta all'introduzione di quest'ultimo in momenti diversi. Ci sono diverse versioni, in ognuna i dati sono acquisiti continuativamente o simultaneamente attraverso due o più livelli di base e in momenti diversi del tempo. Queste versioni differiscono a seconda se i livelli di base forniscono risposte diverse per ogni individuo, la stessa risposta per ogni individuo, o la stessa risposta per ogni individuo in situazioni diverse. Dimostra l'effetto dell'intervento senza condizioni di regressione al livello di base e una perdita temporanea di alcuni dei vantaggi raggiunti. Il numero minimo di livelli di base è due, anche se di più è meglio. Il numero può dipendere dal problema che deriva dalla loro interdipendenza.

-Trattamenti simultanei: permette di confrontare diversi trattamenti all'interno dello stesso individuo. Un trattamento può essere più o meno efficace a causa delle sue specifiche caratteristiche o perché è seguito o preceduto da un altro trattamento. Effetto legato ad un ordine specifico si evita se si studia più di un individuo, anche se questo non equivale a testarli sullo stesso individuo. Il disegno in questione fornisce interventi diversi nella stessa fase, in modo tale che siano evitate una sequenza o una serie di trattamenti. Disegno inizia con osservazione di base. Completata questa, possono essere implementati due o più interventi, simultaneamente ma durante diversi periodi di osservazione. Sono variati giornalmente in modo che siano bilanciati tra periodi di tempo diversi e separati. La fase di intervento è continuata. Nella versione più semplice, interventi bilanciati solo tra i diversi periodi di tempo. Nella versione più complessa bilanciati anche tra le persone che

somministrano trattamento o tra altre condizioni. Quando viene somministrato intervento più efficace, il livello di prestazione dovrebbe aumentare di più rispetto alle fasi precedenti. Permette di evidenziare variazioni che si verificano durante le varie sessioni o periodi di tempo. Il comportamento deve modificarsi rapidamente in relazione alle modificazioni dell'intervento e in momenti diversi del tempo.

-Basato sulla variazione di criterio: dimostra effetto di un intervento mostrando che comportamento varia sino a uguagliare un determinato criterio di prestazione stabilito precedentemente. Così si dimostra relazione causale tra un intervento e il comportamento. La somministrazione del disegno inizia con una fase di acquisizione del livello di prestazione di base. Quando poi viene presentato intervento, viene scelto livello di prestazione specifico come criterio per il cliente. Criterio è variato ripetutamente attraverso la fase di intervento sino a che non è raggiunto l'obiettivo finale del programma. Per dimostrare che la prestazione si adegua al criterio, un criterio è continuamente proposto per almeno due giorni. Se la prestazione si attiene al criterio e mantiene quel livello per alcuni giorni, si può avanzare che sia l'intervento responsabile della variazione. Disegno meno potente, dato che effetti dovuti a eventi estranei potrebbero essere considerati per spiegare aumento o diminuzione generale del tipo di comportamento.

Caratteristiche essenziali dei veri esperimenti:

- Somministrazione controllata dell'intervento.
- Valutare continuamente la prestazione
- Attendere prestazioni stabili per testare predizioni.

Queste caratteristiche combattono le minacce alla validità interna.

Caratteristiche dei disegni quasi sperimentali per lo studio del caso singolo:

- Tipi di dati: informazione aneddotica o quantitativa.
- Sedute di valutazione: una o due sedute (minaccia alla validità interna). Con sedute continuative le minacce sono meno plausibili.
- Previsioni sulla prestazione passata e futura: fanno riferimento alla natura del problema o a un comportamento particolare. La storia del problema può dettare la probabilità con la quale eventi estranei al trattamento potrebbero essere considerati responsabili delle variazioni osservate. Previsione relativa a come potrebbe essere prestazione futura deriva dalla conoscenza della natura del problema. Inferenze sull'impatto dell'intervento.
- Tipo di effetto: immediatezza e grandezza della variazione: più è ravvicinata e grande, più è probabile che il trattamento ne sia responsabile.
- Omogeneità e numero dei soggetti: più sono i soggetti, più la base per le inferenze sugli effetti del trattamento è solida.
- Eterogeneità dei casi: se effetto si riscontra in soggetti che differiscono per qualche caratteristica, diminuiscono le minacce alla validità dell'esperimento.

Variazioni del disegno

-Primo tipo di studio su caso singolo: pre e post valutazione. Se avviene una variazione tra la pre e la post valutazione del trattamento, non si possono trarre inferenze valide riguardo al fatto se sia realmente il trattamento a determinare la variazione. È probabile che a causare la variazione siano stati eventi che accadono nel tempo, maturazione, sedute, strumentazione, regressione. Il caso

comprende una valutazione quantitativa in modo che vi sia una base più consistente per poter affermare che si siano evidenziate delle variazioni. Tuttavia le minacce alla validità interna non sono eliminate.

-Secondo tipo di studio sul caso singolo: valutazione ripetuta e variazioni marcate. In questo caso aumenta la qualità delle inferenze che possono essere tratte circa il trattamento. Le variazioni sono ampie ed immediate e nella maggior parte dei casi la storia e la maturazione possono essere eliminate.

-Terzo tipo di studio sul caso singolo: casi multipli, la valutazione continuata e la stabilità dell'informazione. Casi possono essere trattati uno alla volta o allo stesso tempo come un singolo gruppo. La valutazione continuata e la conoscenza della stabilità del problema eliminano le minacce alla validità interna.

LA VERIFICA DELLA MANIPOLAZIONE SPERIMENTALE

È importante verificare che la VI o l'intervento sia stato implementato nelle modalità previste. Il miglior modo per testare gli effetti della variabile indipendente è osservare variazioni della dipendente. Controllare la manipolazione è necessario quando tra i gruppi non si verifica nessuna differenza. I tipi diversi di manipolazione dipendono dal tipo di variabili e dalle precise condizioni stabilite dal ricercatore.

Tipi di manipolazione

-Variazione nell'informazione: diverse info date ai soggetti riguardo le condizioni sperimentali. Si controlla che l'informazione venga data in modo corretto e che i gruppi siano distinguibili. Si somministra test auto-valutativo.

-Variazione nel comportamento del soggetto e dell'esperienza. Si chiede al soggetto di fare qualcosa e si verifica che il compito venga eseguito.

-Variazione delle condizioni dell'intervento: non è relativa a ciò che il soggetto sa o compie, ma a ciò che viene somministrato e come (es. terapie). Il successo della manipolazione è fuori dal controllo del soggetto. Variazioni delle condizioni di intervento e nei comportamenti dello stesso sperimentatore possono essere facilmente monitorate. Queste ultime devono essere controllate bene.

Situazioni particolari nella ricerca clinica

-Studi sulla selezione del soggetto: manipolazione si effettua in base alla formazione di gruppi. Si deve massimizzare la certezza che i soggetti siano classificati correttamente e in accordo col costrutto di interesse.

-Integrità del trattamento: misura in cui il trattamento è svolto in modo corretto. Si deve specificare il criterio specifico, le procedure, i compiti e le caratteristiche del cliente e del terapeuta. I terapeuti possono essere addestrati a usare tecniche in modo competente. Importante fornire una supervisione.

Configurazioni alternative di dati

-Caso A (+ +): intervento ha avuto effetti desiderati sulle misure. VI ha avuto effetto su quella Dipendente. Procedure corrette, risultati positivi.

-Caso B (+ -): controllo della manipolazione rivela che soggetti sono influenzati dall'intervento ma la variabile dipendente non riflette nessun effetto. Intervento ben manipolato ma ipotesi originale

non è verificata. Non esclude che le due variabili siano collegate. Forse per vedere effetti serve potenziamento della manipolazione.

-Caso C (- +): fallimento del controllo della manipolazione ma si riscontrano comunque effetti sulla variabile dipendente. Crea ambiguità perché di solito si dà importanza alla variabile dipendente. Ipotesi è che la VD cambi per motivi estranei alla manipolazione, o per caso. Forse il fallimento della manipolazione riflette inadeguatezza delle misure.

-Caso D: (- -): VI non raggiunge impatto desiderato. Manca variazione su VD. Serve lavoro per migliorare intervento.

Gli strumenti: Attendibilità riferita alla consistenza delle misure.

-Attraverso test-retest: concerne la stabilità dei risultati nel tempo.

-Alternata: correlazione tra le diverse forme di una stessa misura, quando gli elementi delle due forme sono rappresentativi della stessa popolazione.

-Consistenza interna: consistenza o omogeneità degli elementi all'interno di una scala di valutazione (coefficiente alfa).

-All'interno dei punteggi: misura in cui i diversi somministratori sono d'accordo con i punteggi che assegnano (correlazione di Pearson e Kappa).

Gli strumenti: Validità riferita a contenuto (se le misure verificano argomento di interesse)

-Di costrutto: grado di precisione con cui la misura riflette il costrutto di interesse. Incentrata sulla relazione della misura con altre misure e con gli ambiti di funzionamento dei quali fa parte il concetto di base che caratterizza la misura.

-Di contenuto: evidenza che il contenuto degli elementi rifletta il costrutto di interesse.

-Concorrente: correlazione di una misura con la prestazione ottenuta nello stesso momento per un'altra misura o criterio.

-Predittiva: correlazione di una misura nello stesso momento con la prestazione futura di un'altra misura o criterio.

-In rapporto a un criterio: correlazione della misura con un altro criterio specifico (comprende validità predittiva e simultanea).

-Esteriore: misura in cui una misura sembra adatta alla valutazione del costrutto di interesse.

-Convergente: grado in cui due misure verificano costrutti simili o correlati.

-Discriminante: verifica che le misure non siano simili né correlino fra loro.

Gli strumenti: Sensibilità (al tipo e alla grandezza della variazione che il ricercatore si attende)

Si deve fare riferimento a ricerche passate. Questo permette di filtrare molte misure che probabilmente non rifletterebbero variazioni nell'intervento. La sensibilità deve essere verificata in anticipo o con studi precedenti o attraverso uno studio esplorativo.

Utilizzo di misure standardizzate: caratteristiche psicometriche in parte già definite. Sono verificate e utilizzate già in precedenza e per questo attendibili e di facile interpretazione. Aumentano la credibilità.

Variazione di una misura esistente: per adattarle a un nuovo contesto sperimentale. Servono evidenze che dimostrino la sua efficacia per il costrutto di interesse.

Utilizzo di nuove misure: sono richieste evidenze che attestino validità di costrutto. Differenze tra gruppi in base alla misura usata devono essere consistenti con quanto asserisce il costrutto valutato. Misura correla con altre standardizzate e la misura della correlazione è consistente con i costrutti delle misure nuove e standardizzate. Nuova misura non è correlata fortemente con misura standard di un altro costrutto. Prestazione della misura può o non può cambiare a seconda della natura del costrutto.

Le modalità della valutazione

-Valutazione globale: sforzi per quantificare le impressioni che riguardano le caratteristiche generali, le impressioni complessive o una serie di affermazioni che riguardano il costrutto di interesse. Pregi: valutazione flessibile, riassuntiva, adatta per avere un consulto. Difetti: troppo generale, non generalizzabile a un ipotetico secondo studio, mancanza di sensibilità.

-Strumenti auto ed etero somministrati: riguardano gli aspetti specifici di una particolare funzione. Pregi: molti stati sono definiti da ciò che il soggetto dice o prova, in questi strumenti si può direttamente riportare uno stato; verifica ambiti di funzionamento difficilmente esplorabili con altre tecniche; facile somministrazione. Limiti: distorsione delle risposte da parte dei soggetti a causa della desiderabilità sociale e dell'effetto Hello-Goodbye (esagerazione e minimizzazione del problema).

-Tecniche proiettive: rivelano caratteristiche intrapsichiche, intenzioni, processi, stili, tematiche alla base della personalità. Limitazioni: si affidano quasi completamente all'interpretazione e all'inferenza. A volte sono inconsistenti. Si rifanno a un preciso modello teorico psicodinamico.

-Le misure comportamentali: valutazione tramite osservazione diretta del comportamento. Le misure possono essere adattate a ogni soggetto. Osservazione in ambiente naturale o simulato (quando nell'altro modo non si può). Limitazioni: è probabile che il campione osservato del comportamento non sia uguale al comportamento non osservato. Nelle situazioni simulate il comportamento può essere diverso dalle situazioni naturali.

-Le misure psicofisiologiche: Quantificare eventi biologici in relazione agli stati psicologici. Verifica di stati di attivazione legati ad esempio all'ansia. Viene usato nel BIOFEEDBACK scopo di alterare la prestazione del funzionamento psicofisiologico. Limitazioni: ipersemplificazione (sistemi di risposta misurabili fisiologicamente non sono isomorfi rispetto a stati psicologici); necessità di attrezzature costose; artefatti possono influenzare livello di responsività delle misure.

-Valutazione neurobiologica: lo scopo è quello di comprendere se vi è un deficit di natura organica.

-dosaggio dei neurotrasmettitori

-Valutazione neuropsicologica. Studio del rapporto mente-cervello. Settore specifico delle generali neuroscienze cognitive (valutazione neurobiologica). Batterie di test neuropsicologici: valutano aspetti diversi delle funzioni cognitive (attenzione, linguaggio, memoria, visuo-percezione). Batteria standard per la valutazione neuropsicologica: BATTERIA DI HALSTEAD-REITAN: test di percezione tattile (tempo e memoria) + test di percezione fonetica.

A cosa servono? Test neurologici valutano deficit delle funzioni superiori dovuti a lesioni cerebrali. Test psicologici e psichiatrici misurano in modo quantitativo i disturbi funzionali, confrontano punteggi dei test con quelli standardizzati per classi d'età, come scala Wechsler. Possiamo

somministrare i test durante la seduta o al termine di questa. Prima del test, spieghiamo al paziente cosa vogliamo testare e utilizziamo una successione gerarchica dalla funzione più complessa a quella inferiore. Solitamente le disfunzioni hanno a che fare con le funzioni più complesse. I deficit nelle funzionalità inferiori sono indice di maggiore gravità.

misure multiple: limiti

l'uso di misure multiple è consigliato per valutare un costrutto. Tuttavia anche questo ha dei limiti, ovvero ragioni per aspettarsi che non vi sia accordo tra le misure multiple.

-Variazione del metodo di valutazione: mancanza di forte correlazione tra le misure potrebbe essere causata dalla variazione del metodo.

-Molteplici aspetti che caratterizzano la natura della personalità e del comportamento: caratteristiche della personalità possono avere parecchie componenti diverse che si sovrappongono pur non essendo intercambiabili, ridondanti o isomorfe. Misurare diversi aspetti del problema può essere causa di bassa correlazione.

-Entità della caratteristica: misure diverse disegnate per verificare una stessa caratteristica possono covariare in funzione della condizione del cliente in relazione a una certa caratteristica.

Corrispondenza tra le varie misure è relativa all'intensità di attivazione e alla soglia di risposta che può variare a seconda del dispositivo di misurazione.

-Decorso della variazione comportamentale: è possibile che aspetti diversi varino in percentuali diverse o in momenti diversi nel tempo. Rachman e Hodgson hanno introdotto la nozione che variazioni nel tempo tra le misure multiple relative a una data caratteristica potrebbero o no essere correlate. Quando vi è corrispondenza tra le variazioni delle diverse misure si dice che c'è sincronia. Quando non vi è corrispondenza c'è asincronia. In questo caso le varie misure potrebbero variare indipendentemente o anche in modo inversamente proporzionale.

L'APPROCCIO CLINIMETRICO:

La clinimetria è una disciplina finalizzata allo sviluppo e alla validazione delle valutazioni cliniche.

PSICOMETRIA (ricerca dell'omogeneità delle componenti, che può ridurre capacità di rilevamento del cambiamento dello stato psicologico, ovvero la sensibilità) SENSIBILITA' (capacità di una scala di discriminare tra gruppi sofferenti della stessa diagnosi clinica. Importante soprattutto per sintomi lievi e sottosoglia. Due scale possono avere contenuto in comune, quindi correlazione positiva, ma items che non condividono possono determinare una diversa sensibilità (ridondanza item=riduzione capacità di sottolineare cambiamenti). CLINIMETRIA.

Cosa misura la clinimetria?

Tipo, gravità, sequenza dei sintomi, stadio di malattia, gravità dei disturbi in comorbilità, capacità funzionale, processo decisionale da parte dei clinici, benessere/malessere e altre importanti differenze prognostiche e/o terapeutiche tra i gruppi di pazienti che se no sarebbero del tutto simili per diagnosi, risultati di laboratorio e caratteristiche demografiche.

Indici clinimetrici (es. criteri di Jones, metodo di Apgar...) non sono sempre chiamati indici ma anche scale, punteggi, fattori, stadi, classi, sistemi, criteri.

Sono classi di informazioni cliniche espresse in una scala di categorie. Classi di informazioni: presenza/assenza di una diagnosi, livello di gravità, formulazione prognostica (in gradi categorici: eccellente, buono etc...).

CLINIMETRIA = TEORIE DI MISURAZIONE + TEORIE DELLA FENOMENOLOGIA CLINICA.

Costruzione delle scale di valutazione

Secondo BECH la psicomètria moderna dovrebbe mirare a CONCORDANZA TRA LA COERENZA CLINICA DEI SINTOMI (valutata in base all'autovalutazione globale di psichiatri esperti) E LA COERENZA STATISTICA DEI SINTOMI.

Per dimostrare la coerenza statistica dei sintomi si usa l'ANALISI DELLA TEORIA DI RISPOSTA ALL'ITEM (IRT) di Rasch.

Proprietà dell'Item Response Theory

I modelli dell'IRT hanno l'obiettivo di calcolare la probabilità che un soggetto ha di rispondere correttamente a ciascun item del test somministrato, in funzione del livello di abilità posseduto dal soggetto stesso e dei parametri dell'item analizzato; i parametri variano anche in funzione del modello preso in considerazione; di conseguenza, il punteggio che un soggetto ottiene ad un determinato item dipende sia dal livello d'abilità posseduto dal soggetto, sia dalle caratteristiche dell'item stesso, oltre che dal modello utilizzato che determina quali parametri degli item includere nelle analisi stesse.

Feinstein afferma che vi è un problema psicosociale negli studiosi: questi, quando mettono a punto una scala di valutazione non hanno solida esperienza clinica e sono affascinati dai coefficienti di correlazione che spesso hanno validità statistica e non clinica.

Scelta degli strumenti

VALIDITA' INCREMENTALE: contributo accrescitivo delle abilità predittive di un test. Effetto dovuto all'inclusione di uno specifico strumento di valutazione nel processo diagnostico clinico. (selezione di strumenti all'interno di una batteria psicomètrica).

Nel processo di costruzione di una scala di valutazione:

inclusione di item ridondanti (per non trascurare nulla) esclusione di item considerati troppo divergenti (ma a volte sono fondamentali per discriminare cambiamenti di distress) violazione di validità incrementale e capacità discriminante.

LA CATEGORIZZAZIONE DIAGNOSTICA:

La clinimètria suggerisce un approccio longitudinale e non trasversale: molteplici osservazioni durante il decorso del disturbo.

MACROANALISI: si stabilisce relazione fra sindromi in comorbilità.

MICROANALISI: analisi dettagliata dei sintomi. Definizione nel dettaglio del problema.

Engel affermava che le etichette diagnostiche sono modalità per organizzare le informazioni inerenti i pazienti. Un'etichetta diagnostica difficilmente, se non mai, può essere in grado di definire pienamente una malattia (piuttosto assume valore statistico e predittivo). Concetto sottostante la diagnostica categoriale è di tipo psicomètrico: tutti gli item hanno lo stesso valore (criterio politetico) e la gravità della sindrome si deduce dal numero di sintomi e non dall'intensità (criterio quantitativo).

Il colloquio clinico

Colloquio orientato al sintomo: i disturbi psichiatrici si manifestano con segni, comportamenti e sintomi, hanno un andamento prevedibile, una risposta al trattamento e spesso una ricorrenza a livello familiare. SCOPO: classificazione dei disturbi del paziente in accordo con le categorie diagnostiche definite. Aiuta a predire il decorso e a selezionare trattamento adeguato.

Lettura dei segni e sintomi per diagnosi descrittiva. Si valuta: comportamento, modalità di coping, livello di adattamento, atteggiamento verso il disturbo, eventuali problemi psicosociali.

Colloquio orientato all'insight: i conflitti profondi si traducono in agenti patogeni cronici, interferendo con le azioni, distorcendo percezioni e conducendo allo sviluppo di sintomi, comportamenti maladattivi e sofferenza mentale. SCOPO: portare alla luce questi conflitti e renderli consapevoli. Spesso però questo viene ostacolato dai meccanismi di difesa.

NB: i due tipi di colloquio dovrebbero essere usati in maniera integrativa, in un approccio a due tempi.

Le 4 componenti dell'intervista clinica

- Relazione: come paziente e intervistatore entrano in rapporto. Il colloquio orientato all'insight è basato su relazione di transfert e controtransfert; quello orientato al sintomo è basato su interazione che va da una conoscenza iniziale alla fiducia.
- Tecniche: quello orientato all'insight usa tecniche per illuminare conflitti inconsci come interpretazione, confrontazione e libera associazione, mentre quello orientato al sintomo usa tecniche per valutazione di segni e sintomi.
- Stato mentale del paziente mentre parla con il clinico. Orientato a insight: intervistatore si concentra su identificazione meccanismi di difesa e conflitti. Orientato al sintomo: intervistatore si concentra su funzionamento, parola, pensiero, umore, memoria etc...
- Diagnosi: orientato a insight identifica conflitti e pattern di comportamento gestiti inconsciamente. Orientato a sintomo: identifica segni e sintomi che soddisfino criteri diagnostici.

Le tre fasi dell'intervista clinica

- Introduttiva: accoglienza, introduzione del problema, valutazione del problema.
- Centrale: follow up delle impressioni preliminari, storia psichiatrica.
- Conclusiva: diagnosi e restituzione, prognosi e contratto terapeutico. Preparazione del paziente alla conclusione, ricapitola e da uno sguardo sul futuro.

Strategie per la relazione

- Presentarsi: prima fase per sentirsi a proprio agio. Presentazione (nome e cognome), trattare tematiche poco impegnative per stabilire terreno comune.
- Raccogliere informazioni socio-demografiche del paziente: è possibile valutare l'atteggiamento generale del paziente, la sua tendenza a rilassarsi etc...
- Riconoscere e rispondere ai SEGNI (linguaggio verbale o non verbale): NON VERBALI:

locomozione (segno territoriale, come il paziente si muove nello spazio. Si capisce già al suo ingresso nella stanza), psicomotricità (segno comportamentale, conforme a quello locomotorio.), espressività (segno emotivo: movimenti del corpo, sorride o no, tensione, evita lo sguardo etc...).

VERBALI: uditivo, cinestetico, visivo, astratto, scelta delle parole (soprattutto se metafore). Se clinico acquisisce il linguaggio del paziente si avvicina molto a lui. Instaurazione della fiducia.

ESEMPIO DI RISPOSTA AL SEGNO: inizialmente si può decidere di osservarli e basta. La risposta deve rispecchiare il segno, deve far sì che il paziente si senta compreso e ascoltato. Es: se il paziente evita di avvicinarsi, stare fermi o muoversi lentamente.

-Identificare il problema ed esprimere comprensione: VALUTARE LA SOFFERENZA: descrizione della sofferenza, paziente parla liberamente: valutazione di affettività e umore, mostrare interesse per i suoi sentimenti. RISPONDERE CON EMPATIA: Comunicargli comprensione e interesse. Farlo in modo spontaneo, genuino, naturale. Pazienti sono infastiditi dai manierismi e dal linguaggio specifico.

-Valutare l'insight: COMPLETO O PARZIALE (riconoscono il problema ma attribuiscono le cause a circostanze esterne), ASSENTE (in genere arriva accompagnato, non riconosce di avere problemi, rifiuta colloquio. Rispondere con empatia). RIVOLGERSI ALLA PARTE SANA DEL PAZIENTE : in caso di insight parziale è difficile trovare l'osservatore sano nel paziente. Bisogna cercarlo accettando la sua realtà. In caso di insight assente non c'è osservatore sano ma solo una parte spaventata e preoccupata. DEFINIRE GLI OBIETTIVI TERAPEUTICI: sono di due tipi: uno condiviso con il paziente e uno di cui si occupa il terapeuta. In caso di Insight completo possono coincidere. Più i due obiettivi differiscono tra loro, più il paziente avrà bisogno del nostro supporto.

-Mostrare competenza: 1) VEDERE PROBLEMA DA PROSPETTIVA PIU' AMPIA (non è il solo a soffrire di questo disturbo), 2) MOSTRARE COMPETENZA PROFESSIONALE, FAMILIARITA' CON PROBLEMA, FUGARE DUBBI SU COMPETENZA. 3) CREARE SPERANZA.

-Assumere la leadership: capacità di fare da guida. Intervistatori autoritari a volte non si rendono conto della mancanza di empatia (di solito sono soggetti insicuri che usano autorità per celare i loro dubbi). Ruolo autoritario talvolta viene dato dal paziente, mettono intervistatore su piedistallo: dopo protestano, hanno timore e ci considerano come idolo da imitare e ammirare.

-Equilibrare i ruoli: RUOLI DEL CLINICO: 1) ascoltatore empatico: mette il paziente a proprio agio. Attenzione a non estremizzare, porre sempre dei confini. 2) esperto: manifestazione di empatia è perdita di tempo. Paziente ha bisogno di capacità pratica. 3) conduttore (autorità): intervistatore che sin dall'inizio mantiene posizione di comando a cui il paziente si deve adeguare. RUOLI DEL PAZIENTE: 1) portatore di malattia: si considera solo temporaneamente indebolito. Vede la causa in qualcosa di specifico e vuole essere aiutato. Rapporto facilitato. 2) sofferente: i suoi problemi invadono tutta la sua vita. Tende a esagerare, porre richieste insostenibili, affranto. Si aspetta compassione piuttosto che il consiglio di un esperto. 3) V.I.P.: si reputa privilegiato, si aspetta trattamento preferenziale e attenzione continua.

Tecniche per ottenere informazioni nel colloquio

Il paziente COLLABORANTE:

solitamente è in grado di parlare di ciò che lo ha spinto a chiedere aiuto. Si aspetta una diagnosi e una proposta di trattamento.

Tecniche di apertura: condurre soggetto a raccontare la propria storia per ottenere informazioni necessarie alla formulazione della diagnosi. Iniziare con domande più ampie poi andando via via sempre più nello specifico.

Tecniche di chiarificazione delle risposte:

- Specificare: se domande aperte non portano info chiare, passare a domande chiuse o racconto di un episodio recente.
- Generalizzare: se paziente tende a partire da un evento specifico bisogna indagare per giungere a un problema complessivo
- Verifica dei sintomi: se paziente è vago, si può fare un elenco di stati d'animo e sintomi per capire se paziente ci si rispecchia.
- Domande guida: suggeriscono risposta specifica. Se si vogliono ottenere info valide occorre evitarle.
- Sondare: per identificare la logica sottostante il pensiero del paziente. Si usa se c'è un sospetto di delirio.
- Correlazioni: approfondire le connessioni illogiche.
- Riassumere: utile per soggetti che danno risposte vaghe o circostanziate, che mostrano deboli associazioni o fuga di idee. I riassunti indirizzano l'attenzione del paziente e danno un'idea di come la pensa l'intervistatore.

Tecniche di conduzione del colloquio:

- Continuazione: incoraggia il paziente a proseguire il racconto e indica che la strada è quella giusta. Nessun suggerimento.
- Enfatizzare: ripetere la parte di risposta che si vuole che il paziente elabori. Invito ad approfondire.
- Ridirezionare: sottolinea necessità di non divagare. Invito a tornare sui binari del discorso iniziale.
- Transizione: portare il paziente su argomenti diversi. Graduale: si passa facilmente da un argomento all'altro tramite relazioni causa/effetto o relazione temporale. Accentuata: accantonare argomento a favore di un altro. Improvvisa: introduzione di un nuovo argomento senza preavviso. Utile con chi mente o simula dei sintomi.

Il paziente RESISTENTE

Tenta volontariamente di evitare alcuni argomenti, tramite aperto rifiuto, sminuendo, facendo espressioni di disapprovazione e parlando d'altro. C'è desiderio di mantenere una propria immagine e una paura della relazione con il terapeuta.

Tecniche di conduzione

- Espressione dell'accettazione: astensione da giudizio morale, mostrare interesse. Si usa spesso nei pazienti fobici.
- Confrontazione: focalizza attenzione del paziente sulla resistenza, accrescendo consapevolezza e invitando a dare spiegazioni.
- Confrontazioni sulle conseguenze: occorre conoscere le intenzioni del paziente, in quanto ci si propone di considerare i suoi obiettivi ed usarli. Se il paziente non ha speranza di risolvere il problema, proporgli qualche obiettivo più limitato può essere d'aiuto per superare la resistenza.
- Spostamento: affrontare un argomento ostico da diverse angolazioni, più vantaggiose. Vantaggio: fa sentire più libero il paziente e lo prepara a discutere di un argomento che verrà introdotto più tardi.

- Esagerazione: paragonare un'azione che preoccupa il paziente a un danno maggiore può essere fonte di sollievo.
- Induzioni a vantarsi: per comunicare l'accettazione delle debolezze. Specialmente con pazienti sociopatici.

Il paziente DIFESO

Le difese non possono essere osservate direttamente. Costituiscono un substrato alla base dei pattern di comportamento osservabili. Ma avere familiarità con questi aiuta a comprendere alcuni aspetti del paziente. Il DSM elenca 31 meccanismi di difesa.

Identificazione delle difese: I meccanismi di difesa sono formati da tre componenti: comportamento manifesto (sintomo) + impulso o intenzione non accettabile, alla base del conflitto + processo che lega i primi due.

Gestione delle difese: meccanismi difesa distorcono la percezione che il paziente ha di sé e del suo ambiente. Il colloquio orientato all'insight e il terapeuta cercano di rendere il paziente consapevole delle sue difese.

Tecniche di gestione dei meccanismi di difesa:

- Aggiramento: spesso, almeno all'inizio, è necessario. Nonostante questo i meccanismi possono essere inseriti nella relazione che faremo del caso.
- Rassicurazione: attenuare l'ansia e accrescere la fiducia grazie all'offerta di un sostegno. Guardare la difesa dal punto di vista del paziente.
- Distrazione: aggirare le difese con uno stimolo abbastanza forte da attirare l'attenzione del paziente.
- Confrontazione: condurre attenzione del paziente su un particolare comportamento nella speranza che egli riesca a correggerlo.
- Interpretazione: dichiarazione di comprensione della difesa. Spiega in modo soddisfacente il comportamento del paziente se lo colloca nel contesto di tutti gli altri. Viene usata per coinvolgere il paziente. Ci sono 4 aspetti: TIMING (tempestività dell'interpretazione), PROSPETTIVA (modalità di interpretazione: utile per il paziente o per il terapeuta), AMPIEZZA (interpretazione di un argomento ristretto o ampio), IMPATTO SUL PAZIENTE (positivo o negativo).

Valutare lo stato mentale

In questa valutazione è importante il "qui e ora", la valutazione del funzionamento attuale. Ci sono tre metodi per valutare lo stato mentale.

1) L'osservazione:

- Aspetto: si osservano il sesso e l'età perché ci sono psicopatologie la cui insorgenza è legata a queste variabili. Si osservano la razza e l'etnia, perché ci si deve informare sulle diverse interpretazioni dei sintomi. Si osserva stato nutrizionale, corporatura, igiene personale, abbigliamento (rivela molto delle persone. Se è inadatto indica quadro anomalo), contatto visivo (se lo mantiene, se si distrae, se lo evita).
- Coscienza: in genere non è molto osservabile, tranne in stati di letargia, stupor psicogeno etc...
- Comportamento psicomotorio: Postura (forza del tono muscolare e cambiamenti di postura)

indicano livello di energia e agitazione. Manierismi, catalessi, posture inappropriate possono segnalare schizofrenia di tipo catatonico), movimenti psicomotori (in quelli finalizzati si valuta se obiettivo viene raggiunto. Poi ci sono quelli espressivi ed esplicitivi: i primi rafforzano i messaggi verbali, i secondi lo completano. Movimenti simbolici: sostituiscono messaggio verbale.), movimenti che esprimono stato affettivo-emotivo (si verificano nella conversazione), movimenti complessi anomali (stupor, eccitamento, atti impulsivi che indicano mancanza di insight e di capacità di giudizio. Possono avere origine neuropatologica: sindrome di Gilles de la Tourette, adhd, catatonia, depressione agitata...).

2) La conversazione:

- **Attenzione e concentrazione:** si indagano con una conversazione iniziale. Valutare se sono attenti o se si perdono, se danno risposte dettagliate etc... **ADHD:** disappunto quando viene misurata l'attenzione. Distrazione data da rumori nella stanza. Questo può indicare anche depressione, dipendenza da sostanze e lesioni del lobo frontale.

- **Linguaggio:** per i disturbi del linguaggio bisogna ascoltare articolazione, ritmo e flusso delle parole. Per i disturbi di pensiero: parole, grammatica e sintassi. Per lo stato emotivo indicatori sono la latenza della risposta, la velocità, il tono, la durata, il volume, l'inflessione. Stile telegrafico (poco fluente), afasia espressiva (di Broca: non si trovano parole giuste e si usano perifrasi), parafasia (insalata di parole. Afasia dell'area di Wernicke): c'è quella semantica (parola corretta sostituita da una corretta ma inappropriata), letterale fonemica (sostituzione di lettere o sillabe), da approssimazione (parola sbagliata ma attinente). Neologismi.

- **Pensiero:** senso delle parole (se è alterato, le parole sono usate in modo troppo concreto o iperinclusivo). salti logici (deficit dei nessi associativi, porta a incapacità di finalizzazione). Circostanzialità: associazioni strettissime che raggiungono la meta ma attraverso un percorso tortuoso. Tangenzialità: risposte perdono di vista la meta e finiscono nelle immediate vicinanze.

Vi sono 10 disturbi in cui le associazioni sono alterate:

verbigerazione (paralalia: ripetizione automatica di parole o frasi)

assonanza (associano parole in base a somiglianza del suono)

blocco (flusso si interrompe e dopo la pausa riprende con pensiero del tutto nuovo deragliamento)

fuga di idee (discorso non finalizzato causato da facile distraibilità)

non sequitur (risposta non legata alla domanda)

frammentazione (frasi slegate tra loro con non sequitur in frasi successive)

rambling (divagazione con gruppi di frasi legate tra loro seguite da altre senza scopo)

driveling (parlare a vanvera, a volte anche con neologismi).

Insalata di parole (persa la capacità di connessione. Linguaggio incomprensibile).

- **Orientamento:** SPAZIALE (chiedere com'è arrivato...), TEMPORALE (chiedere quando ha preso l'appuntamento, quando ha fatto esami...)

- **Memoria:** verificare se ricorda nome intervistatore, introdurre argomenti facilmente verificabili come film, partite etc... Se si sospetta simulazione amnesia, poche battute fanno abbassare la guardia. Disturbi psichiatrici possono alterare la memoria (depressione, mania, disturbo antisociale, schizofrenia). Ci sono falsi ricordi in caso di disturbo dissociativo.

- **Stato emotivo affettivo:** risposte involontarie (impallidire, arrossire, tremare...), postura (vedi prima), mimica della muscolatura facciale, degli occhi; movimenti reattivi del volto e di tutto il

corpo esprimono vigilanza, sorpresa e interesse. Movimenti di grooming riguardano spetto esteriore: sistemarsi, grattarsi, toccarsi il naso. Aiutano a mantenere la calma. Come valuto l'emozione? Osservo la gestualità, mimica, tono voce, modulazione, scelta parole. Chi reprime le emozioni con il volto può non farlo con il resto del corpo. L'intensità delle emozioni mostra il coinvolgimento del paziente in un argomento; attenzione alla durata, all'adeguatezza, alla "belle indifferenza" (perdita di interesse in pazienti con fenomeni di conversione), all'ampiezza delle emozioni (predominanza di alcuni stati emotivi su altri).

3) L'inchiesta

Occorre che il paziente collabori e parli di sé. Valutazione a fondo del significato racchiuso dietro le parole. Cosa devo valutare inizialmente?? S.O.A.P. (tendenze Suicide e omicide, condizioni Organiche, Alcol e droga, fenomeni Psicotici).

Cosa si deve inquadrare durante l'inchiesta?

1) Umore: stato emotivo-affettivo a lungo termine attraverso cui vengono filtrate le esperienze. Non necessariamente evidente. A volte c'è discrepanza tra umore e stato emotivo. Si osserva la qualità (umore sviluppa contenuti adatti al suo stato), stabilità (umore stabile porta a tranquillità), reattività (mancanza è tipica di depressione maggiore), intensità e durata (conferisce valore diagnostico).

2) Livello di energia: quante volte cambia argomento, quanto li elabora, se inizia azioni e le porta a termine, indagare le ultime 24 ore.

3) Percezione (allucinazioni): cinque livelli di insight: nel primo ha un certo insight su natura patologica delle allucinazioni, nel secondo non soffre più di allucinazioni ma crede che fossero vere, nel terzo si rifiuta di parlarne, nel quarto ne parla ma non obbedisce loro, nel quinto obbedisce loro e risponde.

4) Contenuto del pensiero: ideazioni suicide o omicide. Deliri (le domande devono indagare le seguenti 4 aree: cosa succede? Perché? Come andrà a finire? Cosa ha intenzione di fare? Possono avere temi depressivi, di grandezza, di passività, persecuzione, gelosia). Idee prevalenti (persistenti, la loro importanza viene esagerata. Paziente si accorge dell'investimento emotivo ma lo giustifica). Fobie (vanno ricercate paure eccessive e irragionevoli con o senza agorafobia, fobia sociale o specifica). Ossessioni (pensieri realmente intrusivi e inopportuni). Compulsioni (messe in atto per prevenire evento fonte d'ansia e paura).

5) Sintomi somatici non di pertinenza medica: disturbo di somatizzazione. Attenzione a precedenti ricoveri e trattamenti.

6) Sintomi di conversione: sintomi neurologici inspiegabili dal punto di vista medico, che compaiono da soli o insieme ad altri sotto stress, ricevono di solito un vantaggio secondario dall'esterno.

7) Dissociazione: sconnessione delle funzioni di memoria, identità. Percezione e coscienza. Amnesie dissociative, fughe, disturbo dissociativo di personalità, depersonalizzazione, n.a.s. etc...

8) Attacchi parossistici (attacchi di panico, epilessia...): svenimento, attacco narcolettico, crisi di grande male, pseudocrisi, amnesie, depersonalizzazione e derealizzazione, fuga psicogena, switch dissociativo, attacco ischemico transitorio...

9) Funzioni esecutive: capacità di programmazione, organizzazione, sequencing e astrazione. Si basano su attenzione, concentrazione e memoria.

10) Insight: focus sulle risorse permette di individuare confine tra le funzioni integre e quelle alterate. Consapevolezza dei propri sintomi come patologici.

11) Capacità di giudizio: saper scegliere obiettivi e mezzi adatti per raggiungerli. Legata all'esame di realtà, intelligenza ed esperienza. Prima indagine su cultura generale e problem solving, poi

progetti futuri, poi valutare se nel passato gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti.

Le cinque fasi del processo diagnostico

1) Indizi diagnostici: instaurare una relazione con il paziente. Osservare il paziente ricercando nel suo comportamento indizi utili per la diagnosi. Farsi un'opinione sulla motivazione alla consultazione. Fatto questo si può entrare nel merito del problema prioritario lamentato dal paziente. L'obiettivo della prima fase è quella di creare tre liste di disturbi: nella lista 1 verranno scritti i disturbi psichiatrici da includere, ovvero un elenco di tutte le diagnosi possibili, con classificazione delle osservazioni, dei sintomi e dei comportamenti anomali. Nella lista 2 ci sarà un elenco dei disturbi da escludere e nella lista 3 l'elenco dei disturbi non indagati. In pratica inizialmente ci sarà una lunga lista 3 di disturbi non indagati, dalla quale deriverà una lista 1 di disturbi inclusi e una 2 di quelli esclusi. La lista 3 va quindi via via esaurendosi. Da dove iniziare? Inizialmente si valuta il racconto del paziente e il problema prioritario. I pazienti vengono in consultazione per svariati motivi: alcuni per questioni burocratiche (avere un certificato), altri sono inviati dal tribunale, altri vogliono avere una valutazione richiesta da terzi, altri una valutazione clinica richiesta da loro stessi. Successivamente si valutano gli indizi diagnostici che orientano verso le principali categorie diagnostiche (sintomi psicotici, umore, difficoltà cognitive, ansia, sintomi fisici). Si devono valutare eventuali problemi psicosociali, ambientali, pattern di disadattamento cronico e poi si devono organizzare le informazioni raccolte nella lista 1 che può comprendere disturbi psichiatrici, di personalità, problemi psicosociali e ambientali. Quali potrebbero essere i modi di procedere? Dare al paziente spazio e tempo necessari per stabilire relazione, per acquisire fiducia e parlare spontaneamente di sé e dei suoi problemi. Utilizzare domande iperinclusive che di solito hanno buona sensibilità anche se scarsa specificità per disturbi psichiatrici. La lista 1 contiene tutte le possibili opzioni diagnostiche per la diagnosi differenziale. Questo elenco si allunga durante la prima parte del colloquio (mentre la lista 3 si accorcia).

Differenti modalità di esprimere un problema (che corrispondono a tre diversi tipi di paziente):

- > Disagio: il paziente può essere teso e a disagio, può rifiutare di parlare, può parlare di altre persone, esprimere la sua opinione riguardo a sanità, politica, arte o altri argomenti; può parlare in modo vago di cambiamenti nella sua vita, sentire "che le cose non vanno bene" senza saper descrivere cosa succede. Cosa si fa? Scegliere se prolungare la conversazione mantenendo un approccio non direttivo o se indagare più a fondo facendo domande sul problema principale confrontandolo sul comportamento o discutendo le sue affermazioni. L'obiettivo: mettere gradualmente a fuoco il problema prioritario.
- > problema principale: sono pazienti collaboranti che parleranno in modo spontaneo e si aspetteranno domande dirette. Cosa chiedere? Motivi che l'hanno spinto, in cosa posso essere utile, cosa lo preoccupa. Quale può essere problema principale? Il problema principale consiste in 4 aspetti: sintomatologia (sintomi nucleari e accessori), comportamenti disadattivi (rispecchiano pattern di disadattamento della vita intera), stressor (evento solitamente esterno), conflitti interpersonali.
- > Segni: talvolta osservando paziente si possono cogliere segni o indizi apprezzabili del suo stato mentale. Comportamenti anomali si riscontrano sin dall'inizio del colloquio. Indagare sul segno osservato se sembra utile ad avvicinarsi a problema principale. Se paziente non vuole parlarne, trovare modo di confrontarlo con segni obiettivi osservati. Esempi di segni: parlare sottovoce (paura che qualcuno mi senta...), sospettosità, delirio, comportamento dipendente o stravagante, istrionico.

Come indagare il problema principale? Allargare= ampliare campo di indagine e cercare di scoprire

altre aree problematiche. Avvalersi principalmente di **DOMANDE A RISPOSTA APERTA** (portano alla luce esperienze inusuali), come “Ci sono altri problemi?”. Quando si decide di allargare il campo di indagine si possono indagare nuove aree diagnostiche come deficit cognitivi, abuso di sostanze, sintomi psicotici, disturbi umore, dissociativi, sessuali, alimentari, del sonno, difficoltà controllo impulsi, di adattamento, ansia irragionevole etc... Focalizzare= fissare attenzione su quanto già scoperto. In questo caso le domande a risposta aperta sono usate per avere più dettagli. Le aree da indagare riguardano la gravità, il decorso e gli stressor riferiti al problema. A questo punto del processo abbiamo due approcci: includere, ovvero trovare prove a favore di una diagnosi ed escludere, ovvero trovare prove per eliminarne una. Quando si esegue la diagnosi differenziale **NON CI SI DEVE ATTACCARE AD UNA DIAGNOSI**, ma considerare più di una opzione diagnostica (meglio includerne troppe che escluderne!).

2) Criteri diagnostici: chi ha condotto l'intervista di solito sa cosa ha funzionato nel primo contatto e vaglia le proprie impressioni iniziali ricercando conferme a segni e sintomi osservati: segnalare tutti i segni e sintomi associati a un disturbo, determinarne la durata, valutare eventuale disagio funzionale conseguente al sintomo, elencare fattori stressogeni precedenti, valutare relazione temporale tra vari sintomi. Questo approccio è esauriente e permette di raccogliere sufficienti info per avviare il procedimento diagnostico. Esaminiamo i disturbi della lista:

-Disturbi di ASSE I: indagare sintomi essenziali (necessari ma non sufficienti per la diagnosi di un disturbo). Si riferiscono alla specifica funzione compromessa nel rispettivo disturbo e si associano anche alla compromissione del funzionamento sociale. Una volta individuati dobbiamo indagarne la durata e la gravità. Quest'ultima si indaga osservando reazioni della gente, le sensazioni sociali, i disturbi generali di salute, il livello globale di funzionamento. Ricordare di cercare sintomi essenziali di cui paziente non parla, perché il problema principale che il paziente porta riflette solo ciò che lui decide di dire e questo potrebbe essere incompleto. Se si sono riscontrati sintomi essenziali indaghiamo quelli accessori (sintomi frequentemente associato al disturbo la cui presenza non è necessaria per fare diagnosi). Questi sono spesso vegetativi, oppure dolori o sensazioni somatiche. Attenzione a riferimento temporale. Successivamente si escludono patologie organiche o si fa diagnosi di disturbo n.a.s.

-disturbi di asse II: verificare innanzitutto la presenza dei 6 criteri diagnostici per il disturbo di personalità: modalità rigida e disadattiva, cronica, di affrontare la realtà, sentimenti, relazioni significative, pensiero, atteggiamenti impulsivi che causano disfunzioni significative in aree sociali e personali, disagio soggettivamente avvertito. Dopo, valutare la presenza di un pattern specifico di disadattamento che riconduce la diagnosi a uno dei dieci disturbi descritti. Questo pattern è cronico e si presenta per tutto l'arco della vita. Riguarda 3 aree: rapporti intimi, sessuali e familiari; rapporti con gruppi sociali organizzati; rapporti con colleghi di lavoro. Tutte devono essere indagate. Bisogna inoltre valutare la presenza di problemi psicosociali e ambientali e di eventi stressanti in relazione con il disturbo psichiatrico. Questa relazione può avvenire in 5 modi: indicatore temporale, amplificatore di un sintomo, conseguenza del disturbo, evento scatenante, causa di un disturbo. La reazione disadattiva deve verificarsi entro tre mesi dall'evento stressante e non deve durare più di sei mesi. Nel disadattamento possiamo trovare gli stessi sintomi della depressione maggiore, dell'ansia, del disturbo antisociale : vanno esclusi.

3)Anamnesi: aree da indagare: personalità premorboza costituisce il primo punto di riferimento per valutare il funzionamento attuale del paziente. È importante chiedere al paziente e ai suoi familiari di quanto il paziente si discosta dal suo stato normale. La personalità premorboza va così a confermare la diagnosi ed è in grado di determinare gli obiettivi terapeutici e valutare oltre quale limite il trattamento non darebbe più risultati positivi. Decorso dei disturbi clinici: indagare la durata (variabile), la gravità (cronica e stabile, cronica e progressiva, cronico con deterioramento progressivo, con deterioramento ed esacerbazioni) la cadenza (regolare o imprevedibile) degli episodi e se questi sono unipolari o bipolari. decorso dei disturbi di personalità: valutare amicizie, relazioni sessuali, vita familiare, professionale, di comunità e nel tempo libero. Se è grave, sono compromesse le tre aree di lavoro, sentimenti e divertimento. Anamnesi farmacologica: per

ricostruire precedenti diagnosi, valutare risposta a trattamenti e confermare diagnosi. Anamnesi sociale: indagare abilità scolastiche (lentezza apprendimento, problemi disciplinari, iperattività fobie, frequenza scolastica, scontri con insegnanti), verificare carriera professionale e livello di funzionamento prima e dopo la malattia. Disturbi fisici: possono essere la causa di alcuni sintomi psichiatrici (malattie neuro, endocrinologiche, cardiovascolari, immuno-reumatologiche). Sintomi psichiatrici possono essere segno di una malattia organica o essere causati da farmaci, quindi fare attenzione! Anamnesi familiare: dato che nei disturbi psichiatrici maggiori e anche in quelli di personalità c'è una componente ereditaria, serve per confermare diagnosi e prevedere decorso.

4) Diagnosi: fare una diagnosi etichetta il disturbo e non il paziente. Permette di comunicare velocemente e facilmente e di essere compresi in modo più o meno universale. Il giudizio diagnostico esprime la nostra ipotesi e le nostre congetture sul paziente. Dovrebbe essere formulato in base a queste caratteristiche:

- valutazione della condizione attuale del paziente e delle sue risorse: considera il lato positivo della situazione. Consente di considerare cosa è ancora in grado di fare il paziente una volta che il disturbo ha preso il sopravvento. Tutto ciò ha ruolo importante per programma terapeutico e giudizio prognostico. Risorse da valutare: cultura, interessi, obiettivi, abilità, esperienza, educazione, occupazione.

- giudizio diagnostico completo dei fattori biologici, psicologici e sociali: ipotesi eziologiche. Valutare tutti i fattori che possono aver contribuito all'insorgenza del disturbo. Fattori biologici: familiarità positiva per patologia psichiatrica, patologie organiche pregresse o in atto, uso di sostanze, eventuali danni fetali, condizioni mediche generali di ritardo sviluppo. Fattori psicologici: per i cognitivi comportamentali si tratta di idee irragionevoli, intenzionalità autodenigratoria, comportamenti disadattivi appresi. Per gli psicodinamici si tratta invece di analisi dell'Io, Es e Super-Io, di comportamenti consci e inconsci. Fattori sociali: famiglia (perdite, separazioni, abusi), istituzioni religiose, rapporto con i vicini, scuola, servizio militare, lavoro e carriera, matrimonio: descrizione dell'ambiente sociale.

- diagnosi multiassiale. Assi I e II: si usa criterio gerarchico per escludere alcune diagnosi a favore di altre in caso di disturbo psichiatrico dovuto a condizione medica generale e nei casi i cui i sintomi di un disturbo sono tipicamente associati anche ad un altro (es. paziente schizofrenico con sintomi depressivi: diagnosi di schizofrenia e non anche di depressione). Si fanno in sostanza una diagnosi principale, una provvisoria, una precedente (in parziale e completa remissione, residuo) e si traccia profilo diagnostico rappresentando sulla linea del tempo i vari disturbi. Asse III: patologie di interesse medico (compresa gravidanza e malattie trasmesse sessualmente). Asse IV: disagio psicosociale e ambientale. Asse V: funzionamento globale.

5) Prognosi: fare una restituzione delle ipotesi diagnostiche. Rendere partecipi i pazienti delle proprie ipotesi e dei propri dubbi, senza usare questo come minaccia per ottenere maggiore collaborazione. Discutere le proprie ipotesi è un facile metodo per affrontare passaggio successivo del colloquio, cioè la discussione delle opzioni terapeutiche.

Come integrare le 5 fasi e le 4 componenti

Fase 1: approccio e analisi del problema

- Obiettivo: usare tono rilassato e mettere paziente a suo agio. Mostrare empatia, riconoscere segni e sintomi essenziali dei disturbi.
- Relazione: dare al paziente il tempo di familiarizzare con noi e ambiente. Essere accoglienti e comprensivi, ma se paziente è aggressivo definire regole.
- Tecnica: seguire indizio se paziente tende a divagare o fare domande iperinclusive.

-Stato mentale: prima si fa conversazione osservando atteggiamento, attività psicomotoria, eloquio, affettività etc... Verificare livello di insight e comprensione problema.

-Diagnosi: cominciare a delineare ipotesi per lista 1: siate iperinclusivi! Non perdere mai di vista le tre liste.

Fase 2: follow up delle ipotesi preliminari

-Obiettivo: arrivare a formulare diagnosi, verificare diagnosi probabili ed eliminare quelle da escludere.

-Relazione: proporre domande dettagliate per fornire info precise.

-Tecnica: ruolo direttivo, ricondurre paziente su argomento se si dilunga, cambiare argomento anche all'improvviso.

-Stato mentale: contenuto pensiero, memoria, insight, contenuto discorso, capacità di finalizzazione pensiero, validità nessi associativi, velocità pensiero.

-Diagnosi: accorciare e rinsaldare lista 1, allungare lista 2.

fase 3: anamnesi e raccolta dati

-Obiettivo: conoscere storia e decorso disturbo, personalità premorbosa, anamnesi familiare, patologica e sociale.

-Relazione: verificare e comprendere storia paziente. Eventualmente spiegare necessità di fare alcuni test, chiarire aspetti confusi.

-Tecnica: proporre nuove prospettive e favorire nuovi insight. Attenzione a eventuali percezioni distorte della realtà e resistenze.

-Stato mentale: memoria remota. Esplorare progetti futuri

-Diagnosi: valutare decorso, eventuali relazioni fra disturbi di asse I e II, valutando anamnesi patologica, familiarità. Passare in rassegna lista 3.

È il momento di chiarire eventuali discrepanze fra anamnesi, nostre impressioni e trattamenti precedenti. Favorire flusso naturale delle info piuttosto che approccio sistematico e rigido.

fase 4: diagnosi e restituzione

-Obiettivo: spiegare qual è il problema

-Relazione: paziente diviene fiducioso verso nostre capacità e nostri consigli. Cercare di riconoscere tratti personalità che possono intralciare relazione.

-Tecnica: incoraggiare chiarimenti. Spiegare ipotesi e cosa si può fare per remissione.

-Stato mentale: valutare reazione alla restituzione per verificare collaborazione, insight e capacità di giudizio.

-Diagnosi: dopo 45 minuti di colloquio. Comunicare diagnosi. Feedback aumenta possibilità di comprensione del paziente.

fase 5: prognosi e contratto terapeutico

-Obiettivo: dare giudizio prognostico, avviare strategia terapeutica, accordarsi su contratto terapeutico.

- Relazione: ruolo direttivo. Fare previsione prognostica in caso di adesione o no a trattamento.
- Tecnica: valutare alternative terapeutiche. Precisi nel comunicare dettagli, non creare aspettative eccessive, assicurarsi di essere accettati come terapeuta, formalizzare contratto.
- Stato mentale: aiutare a capire che ricaduta fa parte della malattia, guarigione richiede tempo e impegno. Ottimismo realistico.

Le interviste

-Intervista libera: una serie di argomenti trattati nel corso del colloquio lasciando libero chi conduce di organizzarlo in funzione dell'andamento del colloquio stesso, con domande aperte e/o chiuse. Conduttore può avere atteggiamento non direttivo o direttivo, attenzione rivolta a contenuti e come essi sono espressi e alle modalità relazionali. Evitare domande composite, domande che suggeriscono la risposta, evitare giudizi, evitare di suggerire la propria opinione. Si deve dare all'intervistato la possibilità di pensare e stare in silenzio (quindi non parlare per riempire i vuoti). Si deve cercare di avere sempre maggiori informazioni. Usare strumenti aggiuntivi, come fare esempi o usare metafore. PRO: procura info molteplici e inattese. CONTRO: può portare fuori strada e far perdere info utili, difficile da analizzare e replicare.

-Intervista semistruutturata: sebbene siano standardizzate e codificate, di solito mantengono la struttura del colloquio clinico. Intervistatore segue domande standard ma è incoraggiato a personalizzare a seconda della situazione e del soggetto. Conduttore ha atteggiamento direttivo, attenzione rivolta a contenuti e può essere usata solo da chi ha esperienza clinica.

-Intervista strutturata: vengono fatte domande secondo ordine, forma e sequenza stabiliti. PRO: domande pianificate in precedenza e indagini che permettono valutazione non nota ma sistematica. Di solito sono SI/NO, riformulazione non consentita. Conduttore ha atteggiamento direttivo, attenzione ai contenuti, può essere usata anche senza esperienza clinica, da persone adeguatamente addestrate. PRO: replicabile e riproducibile, risposte precise. CONTRO: può trascurare informazioni chiave dato che le domande sono prestabilite.

La valutazione reattiva

Si dice così quando la prestazione è alterata dalla consapevolezza del tipo di misura usato.

Problemi:

-Reattività come fattore metodologico: contribuisce alle risposte individuali nell'ambito di un dispositivo di valutazione. L'interpretazione delle misure psicologiche può essere fortemente migliorata usando misure multiple che variano per il loro livello di reattività.

-Validità esterna: valutazione reattiva non fornisce l'informazione necessaria per studiare il comportamento del quotidiano, a meno che le misure acquisite in laboratorio non correlino con l'esperienza quotidiana verificata senza imposizioni. Inoltre c'è problema della sensibilizzazione: pre-test diminuisce la validità esterna aumentando la sensibilizzazione. Riduce anche generalizzabilità dei risultati a chi non ha avuto pre-test. Questo può essere evitato se il pre-test viene effettuato con misure non intrusive.

-Motivazione dei soggetti: la consapevolezza dei soggetti influenza la prestazione.

-Influenza dello sperimentatore: per limitare questo problema si devono usare tipi di valutazione non reattiva.

Tipi di soluzioni:

- Istruzioni: evidenziare la verità e ridurre reattività.
- Assicurazione di anonimato
- Domande complementari, per rendere misure meno provocatorie o intrusive (mascherare reale obiettivo).
- Rispondere rapidamente e variare modalità di risposta. Aiuta a non soffermarsi su ciò che viene misurato.
- Uso del computer (preferito da alcuni)
- Osservazione diretta (dare tempo di abituarsi)
- Rispondere onestamente.
- Auto-monitoraggio e auto-osservazione. Non ha effetto costante come tecnica, ma l'osservazione reattiva contribuisce alle risposte ottenute.

Le misure non reattive

Per essere tale deve avvenire senza essere percepita.

- Osservazione semplice: in ambiente naturale, per comprendere personalità, comportamenti e interazioni. Osservatore non deve influenzare situazione. Problema: situazione naturale non è standardizzabile, spesso ci sono fattori incontrollabili.
- Osservazione in situazioni simulate: situazione naturale ma preparata (tipo candid camera), assicurarsi che non si accorgano.
- Dati d'archivio: elimina timore che azione sperimentatore influenzi il dato grezzo. Attenzione perché dati possono essere selettivi.
- Tracce fisiche. Uso selettivo o deposito di certi materiali. Problemi: variazioni nel tempo, deposito selettivo, reattività.

Valutazione degli interventi

- Criteri relativi al soggetto: confronto tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Analisi statistica e conclusioni su efficacia intervento.
- Variazione: significatività clinica della variazione osservata (se miglioramento è osservabile nella vita quotidiana). Utile quando si valuta l'efficacia di un metodo.
- Percentuale dei soggetti che migliorano
- Ampiezza della variazione, compresi anche gli effetti collaterali. Utile per confrontare vari trattamenti.
- Durata del miglioramento
- Impatto del trattamento sugli altri significativi, specialmente quando il trattamento mira ad alcune aree della vita del soggetto.
- Durata del trattamento
- Somministrazione del trattamento (terapia individuale, di gruppo, autosomministrazione etc...)
- Costi (per il professionista, per il soggetto, analisi costi-benefici, che confronta costo monetario con benefici e costo-efficacia, che esamina costi del trattamento relativi a un esito particolare).

-Accettabilità del trattamento: procedure sgradevoli sono meno accettabili di altre.

Valutazione catamnestic

Diversa da valutazione post trattamento, che avviene immediatamente dopo. Questa avviene dopo un periodo che va da settimane a anni.

-Il problema dell'abbandono: più passa il tempo, più è difficile valutare: se non c'è tutto il campione, i dati catamnestici potrebbero non essere validi.

-I metodi di valutazione: questionari mandati per posta (problema: soggetti possono assumere atteggiamenti diversi nel rispondere), interviste per telefono o faccia a faccia (anche qui problema dell'atteggiamento), comportamento (osservazione naturale, in laboratorio non standardizzata). Ostacoli come l'ansia, dati d'archivio non reattivi.

-Fonti di informazione: soggetto, informatori, sperimentatori. Inviare qualcuno dal cliente oppure fare intervista telefonica introduce reattività nella situazione e allora i risultati possono derivare da variazione della situazione naturale.

-Metodi per contattare il paziente: faccia a faccia (in clinica alcuni non tornano, a casa in visita), per posta (problemi: gamma di misure deve essere ristretta, misure saranno completate in situazioni diverse, dati mancanti o incompleti), telefono (minore sforzo da parte di tutti).

Fonti di distorsione

McGuire: tre stadi degli artefatti: ignoranza, fronteggiamento, sfruttamento (come variabile indipendente). Possono derivare dal ricercatore (chi disegna la ricerca) e dallo sperimentatore (chi la esegue).

Fonti di distorsione derivanti dal ricercatore

Le potenziali fonti di distorsione sono le istruzioni, i metodi e le procedure sperimentali. Il ricercatore deve specificare molto chiaramente tutto allo sperimentatore se si sbaglia possono insorgere molti problemi: il primo deriva dalla conoscenza frammentaria di ciò che lo sperimentatore sta facendo. Un secondo problema emerge quando le richieste sperimentali non sono ben specificate (inconsistenza nel modo in cui si forniscono le istruzioni ai soggetti).

Una fonte di variabilità è come gli sperimentatori rispondono alle domande che gli vengono poste dai soggetti. Allora è necessario inferire la gamma di domande che potrebbero essere formulate e preparare delle risposte standard. Gli sperimentatori devono essere addestrati tutti insieme, per ottenere comportamento più omogeneo. Un modo per controllare l'operato è introdurre tra i soggetti degli informatori o intervistare i soggetti dopo l'esperimento sul comportamento dello sperimentatore e sul modo di somministrazione delle procedure. Se si vuol monitorare comportamento sperimentatore allora si procede a video e audio registrazione delle sue interazioni con i soggetti.

Fonti di distorsione derivanti dallo sperimentatore

-Le aspettative: influenza determinata da conoscenze e desideri riguardo esiti dell'esperimento, specialmente quando potrebbe trarre giovamento da determinati risultati o quando è l'unico responsabile. Raccomandazioni: esperimento con metodo "cieco". No info su condizioni di

trattamento che il soggetto sta ricevendo.

-Caratteristiche: età, sesso, simpatia, ansia, etnia etc... possono modificare le risposte date dai soggetti nelle misure di autovalutazione, test proiettivi, test intellettivi e compiti di laboratorio. Raccomandazioni: informare delle caratteristiche all'interno dell'articolo.

-Comportamento

-Acquisizione e analisi dei dati: errori di acquisizione e/o calcolo, selezione tendenziosa dei dati, analisi condotta con dati fraudolenti. Raccomandazioni: controllo sui dati, istruire sulla responsabilità, sulla necessità di riportare differenze significative. Minaccia di espulsione dalla comunità scientifica. Necessità di replicare lavori.

Altre fonti di distorsione

-Trasparenza degli obiettivi: controllo della distorsione da parte dei fattori che sono concettualmente irrilevanti per la variabile di interesse e che potrebbero determinare certi tipi di prestazione.

-Caratteristiche della richiesta sperimentale: per valutare le possibili influenze di queste sono state suggerite tre procedure: 1) domande post-sperimentali: per capire se il soggetto era al corrente dello scopo della ricerca (limitazioni: il soggetto potrebbe non dire tutto, domande possono stimolare percezioni che non erano presenti al momento dell'esperimento). 2) informazioni non sperimentali: raccolta di info prima dell'esperimento. Soggetti immaginano loro stessi nella situazione sperimentale. 3) simulatori: soggetti che agiscono come se stessero ricevendo trattamento inferiscono cosa il soggetto potrebbe fare.

-Ruoli dei partecipanti alla ricerca: buon soggetto (da risposte tali da confermare ipotesi del ricercatore), soggetto negativo (rifiuta ipotesi), soggetto fedele (segue istruzioni e non si lascia influenzare da sospetto), soggetto apprensivo (timore di essere giudicati per le proprie abilità e intelligenza. Per limitare assunzione di questo ruolo si deve assicurare al soggetto che non ci sono risposte giuste o sbagliate e che c'è l'anonimato.

-Uso di campioni alternativi: studenti, campioni per convenienza, volontari. Raccomandazioni: aumentare gamma di persone tra le quali ricercare volontari.

-Drop out, ovvero abbandono della situazione sperimentale. Altera la composizione casuale dei gruppi e la loro equivalenza (validità interna), limita generalità risultati a soggetti abituali (validità esterna), rende possibile che intervento, combinato a caratteristiche soggetto sia responsabile dei risultati (validità esterna e di costruito), riduce grandezza del campione e potenza (validità statistica). Per evitare: interviste pre-trattamento, deposito in denaro, identificare variabile correlata con abbandono per inferire soggetti che continueranno o no, procedure specifiche.

Valutazione statistica

Verifica se le differenze ottenute nella variabile dipendente dopo la somministrazione della VI sono causali o dovute al caso.

-Significatività (p): si stabilisce un livello di confidenza. Se la differenza è statisticamente significativa il livello di probabilità è uguale o inferiore a quello di confidenza.

Livello di significatività alfa. Grandezza del campione: più è grande, minore è la differenza tra gruppi necessaria per raggiungere il livello di significatività. Variazione del livello di significatività: ci sono circostanze in cui si vuole selezionare un livello diverso di alfa. Quali sono? 1) flessibilità razionale (diminuzione livello di alfa, ridurre la probabilità di un errore di primo tipo. Lo sperimentatore può anticipare i limiti che attenuano la probabilità: imperfetta classificazione e non attendibilità delle misure; se ci si aspetta differenza molto piccola si aumenta grandezza del

campione, se non si può si varia il livello di alfa.) 2) Flessibilità di convenienza

-Potenza: rilevare una differenza tra gruppi quando questa esiste realmente.

Per calcolare la potenza si devono stabilire la significatività statistica, che è influenzata dalla diversità dei soggetti (varianza d'errore, che va in funzione della variazione delle procedure. Una meccanizzazione di queste assicura una maggiore coerenza), l'effetto dimensione (una stima è fornita dalla meta analisi. Usato come metro comune per combinare ricerche che usano diverse VD. Tende ad essere 0.70.) e grandezza del campione. Questi concetti sono interrelati.

Per aumentare la potenza: fare pre e post test. Come aumenta la correlazione r fra pre e post test, l'errore diminuisce e aumenta la potenza dell'analisi. Usare test a una coda: ipotesi da rifiutare è unidirezionale. Il ricercatore non vuole sapere che ES è diverso da zero ma se una condizione di trattamento è meglio di un'altra. Spesso si assume che i ricercatori li usino perché altrimenti i loro risultati non sarebbero significativi.

-La grandezza dell'effetto: fa riferimento alla rilevanza della variabile indipendente in rapporto alla prestazione sulla variabile dipendente. È l'ammontare della varianza relativa alla VI oppure la correlazione tra variabile dipendente e indipendente. EFFETTO DIMENSIONE: grandezza delle differenze tra i gruppi.

-I confronti multipli: aumenta la probabilità di incorrere in un errore di primo tipo. Questo incremento viene definito PROBABILITÀ PIRAMIDALE, nel senso che l'aumento della reale probabilità di un errore di primo tipo aumenta con il numero dei test. Di quanto aumenti il livello di p dipende dal numero di confronti. Per limitare questo errore si usa PROCEDURA BONFERRONI: aggiusta il livello di alfa alla luce del numero di confronti eseguiti. Divide il livello alfa per il numero di confronti. Necessario quando per una certa misura sono eseguiti molti confronti. L'esito della prestazione rispetto a misure multiple può essere: 1) le misure sono concettualmente correlate: riflettono un insieme che il ricercatore vede come unitario. 2) le misure sono empiricamente correlate (correlano significativamente)

-Analisi univariate: test separati per ogni misura, non tengono conto della possibile ridondanza delle misure e la loro relazione. Vengono eseguite successivamente, se la multivariata è risultata significativa. Sono utili se il ricercatore non vede possibilità di relazione tra le misure. (tipi di relazioni?)

-Analisi multivariate: quando vi sono misure ad esito multiplo i dati sono considerati come multivariati. Considera parecchie misure all'interno della stessa analisi. Si usa se ricercatore vuol scoprire relazioni tra le misure dipendenti

-Disegno fattoriale: possono essere studiate simultaneamente due o più variabili. possiamo osservare l'effetto principale (della variabile indipendente sulla variabile dipendente) e quello di interazione (effetto di una VI in combinazione con altre).

Valutazione non statistica

La ragione principale del suo rifiuto è la preoccupazione che il giudizio dei soggetti influenzi le decisioni su quali effetti sono veri e significativi e quali no. Determinare se un intervento ha effetto a livello di ispezione visiva è rischioso. Viene effettuata di solito nella ricerca sul caso singolo, nella quale i dati sono disponibili in modo continuativo da uno o più soggetti.

-Ispezione visiva: esame a occhio degli effetti, dipende da grandezza e rapidità della variazione. Se con dati pre e post trattamento osserviamo brusca variazione, possiamo inferire che sia prodotta da intervento.

-Caratteristiche relative alla grandezza: variazione della media (base per decidere se il tipo di dati è conforme ai criteri stabiliti nel disegno. Fa riferimento alla variazione osservata nella prestazione media). Variazione di livello (variabilità o discontinuità della prestazione dal momento in cui termina una fase al momento di inizio di un'altra fase. Indipendente da variazione media).

-Caratteristiche relative alla rapidità: variazione della tendenza (o andamento. Aumento o diminuzione sistematica dei dati nel tempo. Passaggio da situazione senza tendenza al livello di base a situazione che mostra una certa tendenza). Latenza della variazione (periodo che intercorre tra inizio e fine di una condizione e variazioni nella prestazione. Minore è il periodo, più facile è inferire sul fatto che è merito dell'intervento).

-Quando queste 4 caratteristiche si presentano insieme, i dati non si sovrappongono: i valori dell'acquisizione di base non si avvicinano a quelli raggiunti durante intervento.

-Critiche: mancano regole concrete, considera come significativi i dati marcati.

Significatività clinica

Fa riferimento al valore pratico o all'importanza dell'effetto di un intervento. Una differenza statisticamente significativa può non essere clinicamente significativa.

Ci sono due metodi di confronto:

-Campioni normativi: confronto gruppo sperimentale con un gruppo di controllo formato da soggetti normativi (ad es. un campione sano). Vedo se effetto trattamento è tale da far rientrare soggetto in un livello normativo.

-Campioni relativi alla disfunzione: confronto tra prestazione post trattamento e prestazione di un gruppo non ancora trattato. Variazione è clinicamente significativa se è di due deviazioni standard.

Valutazione soggettiva: se variazioni comportamentali cambiano il modo in cui il soggetto è visto dagli altri. È un dato supplementare.

Impatto sociale delle misure: valutazione degli esiti ottenuti per certe misure nell'ambito della vita quotidiana e della società. Evidenzia se la variazione influenza il funzionamento nella vita. A volte sono grossolane e non adatta per valutare effetti intervento.

Risultati negativi (o nessuna differenza nei risultati)

Non vi sono differenze statisticamente significative tra gruppi che ricevono trattamenti diversi o queste non rispecchiano ciò che ricercatore aveva previsto.

-Ambiguità : manipolazione inadeguata, scelta dei livelli della VI che non sono sufficientemente discrepanti per rilevare differenze, relazione non lineare, eterogeneità del campione, incapacità dello sperimentatore, dispositivi con prestazione troppo variabile, dimensioni del campione, potenza del test.

-Interpretabilità: nei programmi di ricerca; risultati negativi replicati (significa che ricerca originaria era stata compiuta con artefatti e in situazione particolare); sono risultati negativi previsti: specialmente nei disegni fattoriali, quando non ci sono differenze ad alcuni livelli della VI ma ad altri sì.

-Importanza: dati negativi possono essere informativi e socialmente utili.

-Riproducibilità diretta: tentativo di ripetere esperimento tale e quale. Sistematica: variazione volontaria di alcuni aspetti ricerca originale. Per capire dov'era errore è meglio farla diretta, anche se è difficile che venga riprodotta totalmente uguale.

Problemi etici

-Inganno: attivo (rappresentazione errata della situazione sperimentale), passivo (non specificare alcuni dettagli importanti). Il ricercatore deve decidere se l'inganno è giustificato e se porta un danno esiguo o nullo in confronto ai potenziali benefici. Spesso però non si possono dare info complete ai soggetti perché potrebbero influenzare comportamento.

-Resoconto sperimentale: se c'è stato un inganno, si spiega la vera natura dell'esperimento subito dopo la somministrazione, per minimizzare degli ipotetici effetti negativi. Problemi: soggetto può pensare che sia una continuazione dell'esperimento o un altro inganno. Può non essere efficace e mantenere l'idea che il soggetto si era fatto durante il test. Per fare resoconto bisogna aspettare di aver testato tutti i soggetti, se no info si potrebbe trasmettere.

-Consenso: competenza (capacità di ragionare e prendere decisione assennata), conoscenza (comprensione della natura dell'esperimento e aspetti che potrebbero influenzare decisione di dare consenso), volontà (decisione libera e senza costrizioni).

-Integrità scientifica: la negazione del trattamento al gruppo di controllo deve essere strettamente necessaria. Si deve sempre ritardare la somministrazione. Frode nella scienza: inganno esplicito e volontario di colleghi e soggetti. Mina le fondamento del sistema scientifico. Serve controllo, enfasi sull'importanza dell'integrità. Assegnazione del credito: plagio e uso di materiale altrui senza citare la fonte, credito accordato a chi agisce all'interno della ricerca. Scambio di dati e materiale: per permettere la ripetizione e la replica degli esperimenti, i ricercatori mettono a disposizione dei colleghi articoli sulle loro ricerche, con strumentazione, procedure, materiali e dati.

-Impact factor: misura che riflette il numero di citazioni di articoli scientifici pubblicati su determinate riviste. Riflette quindi anche l'importanza della rivista stessa. Si calcola con rapporto tra numero di articoli pubblicati e numero di articoli citati.

-Clinical factor: il grado in cui una rivista clinica da informazioni utili ai clinici.

Efficacia degli interventi psicoterapeutici

Per efficacia si intende la sua capacità di modificare in senso favorevole il decorso di una malattia o di un problema o di produrre esiti di salute migliori di quanto non possa avvenire durante il decorso spontaneo della malattia. I miglioramenti devono inoltre essere maggiori rispetto agli effetti collaterali o indesiderati.

Efficacia teorica o sperimentale (efficacy): studiata in condizioni sperimentali su soggetti selezionati. Valuta la forza delle dimostrazioni sul legame causale tra trattamento e problema trattato.

Efficacia nella pratica (effectiveness): si osserva nel lavoro quotidiano di routine con soggetti non selezionati, cioè tutti quelli che giungono all'attenzione, senza particolari accorgimenti, con le risorse di cui si dispone. Valuta la generalizzabilità nella pratica clinica, la facilità di applicazione e i costi-benefici del trattamento.

Fattori che ostacolano attribuzione del successo di casi singoli al trattamento svolto:

-Miglioramento o remissione spontanea (esempio: più di un terzo degli episodi depressivi si risolve così).

-Regressione verso la media: fenomeni estremi tendono di solito col passare del tempo a modificarsi verso i valori medi.

-Effetto placebo: miglioramenti potrebbero essere la conseguenza non del trattamento in sé ma delle

reazioni positive del paziente a sentirsi curato e sostenuto. Si verifica anche con i farmaci (miglioramenti anche con pillole inattive se siamo convinti che queste ci faranno bene).

-Effetti aspecifici legati ad elementi peculiari della buona pratica clinica: fattore legato al precedente. Instaurazione di un buon rapporto e di un'alleanza, mostrarsi interessati al problema. Secondo autori di impostazione cognitivo comportamentale si possono annoverare tra i fattori aspecifici anche la ripresa di attività costruttive e piacevoli nella depressione, uso di tecniche di respirazione lenta e rilassamento muscolare nell'ansioso, adozione di approccio pragmatico nella soluzione dei problemi.

-Selezione dei casi: quando un terapeuta illustra un caso clinico ci si può chiedere se è rappresentativo di tutti i pazienti trattati o solo di coloro che hanno continuato la cura perché soddisfatti del suo andamento.

-Soggettività nell'interpretazione degli esiti: esiti possono essere valutati in modo più favorevole da chi ha svolto l'intervento e crede nella sua efficacia rispetto a un osservatore indipendente o a chi non crede nella sua efficacia.

Principi di valutazione dell'efficacia (le dieci C)

-Confronto: efficacia di un trattamento non si giudica su casi singoli ma confrontando gli esiti osservati in gruppi di pazienti trattati in modo diverso. Per verificare efficacia di un trattamento va confrontato con il trattamento migliore disponibile. Confronto serve a non farsi ingannare da effetto placebo. Se si confrontano due o più trattamenti si parla di studi controllati.

-Confrontabilità dei gruppi che si paragonano: i gruppi a confronto dovrebbero essere simili per tutti i fattori di significato prognostico (capaci di influire sull'esito). Per migliorarla è stata introdotta negli anni Quaranta la randomizzazione, assegnazione casuale dei pazienti ai vari trattamenti.

-Confrontabilità delle rilevazioni: rilevazioni della diagnosi, dei fattori prognostici e degli esiti dovrebbero essere condotte con gli stessi criteri per ciascun gruppo a confronto, per non farsi condizionare dalle aspettative sulla maggiore o minore efficacia di un trattamento. Rilevazione degli esiti non deve essere svolta da chi ha condotto la terapia ma da osservatori che dovrebbero essere in condizione di "cecità" (non devono sapere quale trattamento è stato somministrato a quale soggetto).

-Completezza degli esiti: dovrebbero essere valutati gli esiti importanti per la qualità della vita del paziente e non solo gli esiti biologici e fisiologici come modificazione di un valore nell'esame del sangue etc... importante anche accertarsi eventuale presenza di tutti i possibili effetti collaterali soggettivi e obiettivi.

-Completezza del follow up (catamnesi): monitoraggio dei pazienti nel tempo. Importante anche che lo studio abbia una giusta durata: 1 anno per molti disturbi psichici, 5 anni per terapie antitumorali... per evitare che ai benefici iniziali seguano dei peggioramenti. Importante conoscere numero di persone che non portano a termine il trattamento e dei pazienti trattati di cui non si conosce l'esito.

-Congruenza dei trattamenti: il termine congruenza, usato per mantenere la C, risulta un po' forzato. Si vuole indicare che trattamento devono essere ben descritti, in modo che siano replicabili anche da altri autori in altri contesti. Un trattamento deve essere definito nel numero di sedute e descritto precisamente specificando seduta per seduta gli obiettivi. Contenuti, procedure, possibili problemi e come affrontarli. Ci si dovrebbe guardare dai Cointerventi, ossia dal fatto che i gruppi di pazienti a confronto ricevano altri trattamenti diversi oltre a quelli principali.

-Casualità: nell'interpretare i risultati va data importanza alla variabilità casuale, al fatto che le differenze potrebbero essere dovute al caso. Bisogna ricorrere alla statistica per sapere qual è la probabilità che una differenza sia stata prodotta dal caso e non dal trattamento.

-Congruenza tra pazienti valutati e pazienti visti nella realtà: si vuole indicare che i pazienti sui quali è stata valutata l'efficacia della terapia dovrebbero essere simili non solo per diagnosi ma anche per età, sesso, durata della malattia, presenza di altre condizioni morbose, trattamenti precedenti, alle persone che sono in carico nei servizi di chi legge l'articolo. Valuta la validità esterna dello studio.

-Continuità dello studio: è opportuno continuare a osservare il trattamento anche dopo la verifica iniziale della sua efficacia, per indagare i suoi effetti in pazienti diversi da quelli studiati e per accertare su numero maggiore di persone la presenza di effetti collaterali o rari (come ad es. il suicidio).

-Costi: vanno considerati tutti. In caso di eventi psicologici e psicosociali soprattutto quelli in termini di tempo impegnato dagli operatori, dai familiari e dai volontari.

La macroanalisi

Analisi attraverso cui si stabilisce una relazione tra le sindromi in comorbilità, per facilitare terapeuta a determinare quale problema dovrebbe essere affrontato per primo.

Cosa si fa?

- 1) Si raggruppano sintomi, problemi, disturbi del paziente in macroaree. All'interno di una stessa macroarea si stabilisce una configurazione gerarchica (quali sintomi hanno maggiore importanza rispetto agli altri).
- 2) Si effettua una configurazione gerarchica delle macroaree.

La microanalisi

Analisi attraverso cui si effettua una dettagliata analisi dei sintomi, una definizione precisa del problema lamentato, il tipo, le circostanze al momento dell'esordio, il decorso e lo stato attuale. La microanalisi riguarda la completa e dettagliata qualificazione di un sintomo o di un cluster sintomatologico definito dalle macroanalisi.

Per proporre il trattamento è necessario conoscere:

- 1) I motivi dell'insorgenza dei sintomi del paziente
- 2) Le conseguenze dei sintomi stessi.

Infatti i disturbi che rientrano nella stessa categoria diagnostica possono essere causati e mantenuti da differenti fattori nei diversi pazienti.

Si possono usare scale di etero e autovalutazione.

Non si deve credere che una valutazione iniziale del paziente possa dar luogo a un programma terapeutico di lunga durata. È necessario effettuare valutazioni successive per evidenziare le caratteristiche psicopatologiche mascherate dalle manifestazioni acute, la stadiazione della malattia secondo un modello longitudinale (fase prodromica, acuta e residua), adattare ingredienti della terapia alle caratteristiche e alle fasi del disturbo.

TEST E QUESTIONARI

Beck Depression Inventory: Secondo l'autore la depressione è determinata da un modo di pensare viziato da una generale propensione a interpretare gli eventi in modo negativo. Le modificazioni del tono dell'umore sono quindi secondarie a quelle che Beck definisce "distorsioni cognitive". Quest'ultime sono qui di seguito brevemente descritte:

- L'inferenza arbitraria è una conclusione tratta in assenza di prove sufficienti.
- L'estrapolazione selettiva è una conclusione tratta in base a uno solo degli elementi che contribuiscono a determinare una situazione.
- L'ipergeneralizzazione è una conclusione tratta in base ad un unico evento.
- L'amplificazione e la minimizzazione portano il soggetto depresso a valutare in modo esagerato la propria prestazione.

Gli schemi negativi e le distorsioni cognitive portano a quella che Beck definisce "triade negativa", una visione negativa di sé del mondo e del futuro.

A partire da queste elaborazioni teoriche l'autore arriva a definire un raggruppamento nosografico della sindrome depressiva. Tale raggruppamento è formato da 21 aree d'indagine, che corrispondono rispettivamente ai 21 item di cui si compone il BDI.

Gli aspetti indagati dal test sono: tristezza, pessimismo, senso di fallimento,

insoddisfazione, senso di colpa, aspettativa di punizione, delusione verso sé stessi, autoaccusa, idee suicide, pianto, irritabilità, indecisione, dubbio, ritiro sociale, svalutazione della propria immagine corporea, calo dell'efficienza lavorativa, disturbo del sonno, faticabilità, calo dell'appetito, calo ponderale, preoccupazioni somatiche, calo della libido.

Gli item compresi tra la domanda numero uno e la domanda numero tredici confluiscono nella subscale cognitivo-affettiva, i restanti item sono invece raggruppati nella subscale dei sintomi somatici e prestazionali.

Il paziente ha la possibilità di scegliere tra quattro risposte alternative secondo gradi di gravità crescente. Questa soluzione è resa necessaria dallo scopo del test che abbiamo detto essere quello di misurare l'intensità della depressione esperita dal paziente con particolare riferimento all'ultima settimana.

Il calcolo del punteggio richiede l'esecuzione di una semplice addizione, in quanto non è necessaria la standardizzazione dei valori grezzi.

Per questa sua caratteristica, il BDI risulta particolarmente utile nel monitoraggio delle variazioni dell'intensità della depressione nel tempo.

A seguito della pubblicazione del DSM IV è stata redatta una seconda versione del BDI dove molti item sono stati modificati o cambiati del tutto. Inoltre il punteggio di allarme clinico non corrisponde più al valore sedici ma a diciassette.

Il BDI-II (Beck, 1996) presenta una elevata corrispondenza con la versione precedente, e rispetto a questa risulta ancora più sensibile, in quanto i valori di riferimento sono meglio discriminativi.

State Trait Anxiety Inventory: La STAI è l'inventario di ansia stato-tratto; si compone di due brevi subtest (20 items ognuno), a ciascuno dei quali si risponde su una scala a quattro livelli d'intensità:

- 1. il subtest X-I si riferisce allo "stato" d'ansia nel momento in cui il test viene somministrato ed è stato costruito scegliendo items che ottenevano punteggi medi più alti in una situazione stressante (per esempio: un esame) e punteggi medi più bassi in situazione di rilassamento;

•2. il subtest X-2 misura l'ansia come "tratto", cioè la tendenza del soggetto a produrre reazioni ansiose in condizioni specifiche; è stata costruita selezionando items altamente correlati con la scala di Ansia Manifesta di Taylor (vedi MMPI) e la Scala d'Ansia dell'IPAT. Successivamente è stata pubblicata una forma Y, anch'essa articolata in due sezioni, di cui è stato recentemente pubblicato un adattamento italiano.

Hamilton Rating Scale For Depression: Scala che indaga 21 diverse aree che sono determinanti per la valutazione dello stato depressivo del soggetto. Le aree sono: umore depresso, senso di colpa, idee di suicidio, insonnia iniziale, insonnia intermedia, insonnia prolungata, lavoro e interessi, rallentamento di pensiero e parole, agitazione, ansia di origine psichica, ansia di origine somatica, sintomi somatici gastrointestinali, sintomi somatici generali, sintomi genitali, ipocondria, introspezione, perdita di peso, variazione diurna della sintomatologia, depersonalizzazione, sintomatologia paranoide, sintomatologia ossessiva. Ciascuna delle 21 aree rappresenta un singolo item della scala, ad ognuno dei quali l'esaminatore, durante il colloquio, deve attribuire un punteggio che va da 1 (assente) a 5 (grave), o da 1 (assente) a 3 (chiaramente presente), a seconda degli items e della gravità dei sintomi.

Successivamente, l'esaminatore attribuirà un valore complessivo ad ogni area indagata, utilizzando un punteggio di 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderata), 3 (grave), o 4 (molto grave) punti. Il punteggio totale, è calcolato sommando i punti (da 0 a 4), di ognuna delle 21 aree indagate. Il punteggio così ottenuto, è indice di una possibile depressione se è compreso tra 10 e 15 punti, di una depressione lieve se è compreso tra 16 e 25 punti, di depressione moderata se è compreso tra 26 e 28 punti, e di depressione grave se è maggiore di 28 punti.

Anxiety Sensitivity Inventory: L'Anxiety Sensitivity Index - ASI valuta la misura in cui il soggetto giudica i sintomi ansiosi come minaccianti (segni di gravi malattie, fonti di imbarazzo, perdita di controllo, eccetera); può essere usato sia come strumento di screening per i disturbi panico-agorafobici, sia come misura della gravità, sia, infine, come valutazione degli effetti del trattamento.

MMPI: E' il questionario di personalità più comunemente usato. L'inventario consta di 587 affermazioni che il soggetto viene invitato a classificare in una delle tre seguenti categorie: vero, falso, non so. Esiste una versione per adolescenti formata da 487 item. Nella forma individuale del test, le affermazioni sono stampate su cartoncini distinti, che il soggetto raccoglie nei tre gruppi. Successivamente venne elaborata una forma per la somministrazione collettiva, nella quale le affermazioni sono stampate in un opuscolo e le risposte vengono annotate dal soggetto su un apposito modulo per le risposte.

Le prove dell'MMPI coprono un'ampia gamma dal punto di vista del contenuto, poichè includono aree come le seguenti: condizioni di salute, sintomi psicosomatici; disturbi neurologici e disturbi motori; atteggiamenti sessuali, religiosi, politici e sociali; problemi relativi alla professione, l'istruzione, la famiglia e il matrimonio; molte ben note manifestazioni del comportamento nevrotico o psicotico, come stati ossessivi e compulsivi, idee deliranti, allucinazioni, idee di riferimento, fobie, tendenze sadiche e masochistiche, e così via. Normalmente l'MMPI permette di ricavare dei punteggi rispetto alle dieci "scale cliniche" che sono le seguenti:

- 1. HS: Ipocondria
- 2. D: Depressione
- 3. HY: Isterismo
- 4. Pd: Deviazione psicopatica
- 5. Mf: Mascolinità-femminilità
- 6. Pa: Paranoia

- 7. Pt: Psicastenia
- 8. Sc: Schizofrenia
- 9. Ma: Ipomania
- 10. Si: Introversione

È stato revisionato sia per migliorare gli aspetti linguistici, sia per eliminare gli aspetti religiosi e sessisti. È coperto da copyright e oltre alle 10 scale che la compongono, ci sono 3 scale per attestare la veridicità delle risposte: Scala l, scala f che registra la frequenza di risposte attese e la scala k per dire quanto la risposta data è socialmente conveniente. Possiede un'elevata validità rispetto al criterio, ovvero c'è concordanza tra gli aspetti clinici dell'mmpi e le diagnosi dei clinici. La numerosità degli item è giustificata dalla volontà di chiedere la stessa informazione con diverse modalità per attestare la veridicità delle risposte e dall'intento enciclopedico di fare una valutazione della psicopatologia intesa come disturbo o come tratto.

Hamilton Anxiety Rating Scale o HAR-S

(Hamilton, 1959).

Scala di valutazione dell'ansia che indaga 15 diverse aree che sono determinanti per la valutazione dello stato d'ansia del soggetto. Le aree sono: stato d'ansia (preoccupazioni, previsioni pessimistiche, atteggiamento apprensivo, irritabilità), tensione (stato d'animo teso, esauribilità fisica, incapacità a rilassarsi, facilità al pianto, irrequietudine psichica), fobie, insonnia, disturbi della sfera intellettuale (difficoltà di concentrazione, riduzione della memoria), umore depresso (perdita di interessi, incapacità a divertirsi), sintomi somatici a carico dell'apparato muscolare, sintomi somatici a carico dell'apparato sensorio (ronzio auricolare, visione confusa, vampate improvvise di caldo e di freddo, atteggiamento astenico), sintomatologia cardiocircolatoria (tachicardia, palpitazioni), sintomatologia respiratoria (senso di oppressione toracica, sensazione di soffocamento, dispnea), sintomi gastrointestinali, sintomi a carico dell'apparato uro-genitale, a carico del sistema nervoso autonomo (secchezza delle fauci, rossori, pallori, tendenza a sudare, capogiri, cefalea), comportamento del soggetto durante l'intervista, e il comportamento dal punto di vista fisiologico (movimenti di deglutizione, eruttazioni, frequenza del respiro, tremori, pupille dilatate).

Ciascuna delle 15 aree è composta da un minimo di tre ad un massimo di otto items ad ognuno dei quali l'esaminatore, durante il colloquio, deve dare un punteggio con valore da 0 (assente) a 6 (gravissimo), a seconda della gravità dei sintomi. Successivamente, l'esaminatore attribuirà un valore complessivo ad ogni area indagata, utilizzando un punteggio di 0 (assente), 1 (lieve), 2 (moderata), 3 (grave), o 4 (molto grave) punti, in base alla gravità complessiva dei sintomi che indagano ogni specifica area. Il punteggio totale, che è stato definito "intero", è calcolato sommando i punti di ognuna delle 15 aree indagate.

M.I.N.I.

Una scala di valutazione diagnostica strutturata molto interessante è il *Mini-International Neuropsychiatric Interview - M.I.N.I.*, messa a punto congiuntamente dai gruppi di Sheehan (USA) e di Lecrubier (Francia) (Sheehan et al., 1994) e oggi tradotta in numerose lingue (oltre 35).

Gli Autori, nella progettazione del M.I.N.I., si erano posti come obiettivo di creare un'intervista

diagnostica che fosse:

- breve, semplice, chiara e facile da somministrare;
- altamente sensibile, in grado, cioè, di identificare la massima percentuale possibile di soggetti con un determinato disturbo;
- specifica, capace di escludere, cioè, i soggetti senza disturbi;
- compatibile con i principali sistemi internazionali di classificazione diagnostica, l'ICD-10 ed il DSM-III-R (inizialmente) ed il DSM-IV successivamente;
- in grado di cogliere le più importanti varianti subsindromiche;
- utilizzabile tanto nella pratica clinica routinaria (sia psichiatrica che di medicina generale) che in ambito di ricerca.

Per evitare un eccesso di "falsi negativi", gli Autori progettarono il M.I.N.I. in modo che fosse lievemente iperinclusivo, ritenendo più opportuno avere qualche "falso positivo" piuttosto che perdere dei casi di malattia. Come nella maggior parte delle precedenti interviste diagnostiche, anche nel M.I.N.I. ogni disturbo indagato corrisponde ad un "modulo" autonomo; la maggior parte dei moduli prevede una o due domande preliminari di screening, che noi chiameremo "domande d'ingresso", la cui negatività consente di omettere il completo excursus della sintomatologia relativa a quel disturbo e di passare direttamente al modulo successivo. Quando il paziente risponde positivamente alla/e domanda/e di screening, si passa, invece, alla rilevazione dei sintomi, che dovrebbe essere completata da domande sulla disabilità associata a quei sintomi, sull'eventuale concomitanza con patologie somatiche e/o uso di sostanze, su eventuali lutti recenti.