

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Università di Padova

Dipartimento di Psicologia Generale

Scuola di Dottorato in Scienze Psicologiche

Indirizzo: Psicologia Sociale e della Personalità

Ciclo: XXV

Validazione del CBA Young Form

Direttore: Ch.mo prof. Clara Casco

Coordinatore: Ch.mo prof. Egidio Robusto

Supervisore: Ch.mo prof. Ezio Sanavio

Candidato: Francesco Boz

Indice

0. Premessa: 1

1. Introduzione: 3

1.1 Cronistoria della batterie CBA: 5

2. Il CBA forma giovani: nascita e sviluppo di un nuovo questionario: 8

2.1 Cronistoria del CBA forma giovani: 11

2.2 CBA young form: il restauro del CBA forma giovani: 21

3. Differenze tra la modalità di risposta Checklist e vero o falso e somministrazione cartacea ed elettronica: 23

3.1 Introduzione: 23

3.2 Item a risposta dicotomica: 24

3.3 Assessment computerizzati e assessment carta e matita: 25

3.4 La ricerca: 26

3.4.1 Obiettivi: 26

3.4.2 Campione: 26

3.4.3 Strumenti: 26

3.4.5 Metodo: 26

3.4.6 Risultati: 28

3.5 Discussione: 34

4. Validazione del CBA young form (CBA-Y): 36

4.1 Il CBA Young form - la versione definitiva: 36

4.2 Le scale CBA-Y: 38

4.3 La ricerca: 49

4.3.1 Gruppo normativo: 49

4.3.2 Metodo: 49

4.3.3 Differenze di genere e di età tra le scale: 50

4.3.4 Coerenza interna: 53

4.3.5 Intercorrelazione tra le scale: 53

4.3.6 Validità convergente con il Minnesota Multiphasic Personality Inventory: 57

4.4 Discussione: 61

5. CBA-Y: Differenze nella modalità di risposta tra un campione italiano e un campione francese. Validità transculturale: 65

5.1 Introduzione: 65

5.1.1 Campione: 66

5.1.2 Metodo: 66

5.1.3 Risultati: 68

5.2 Discussione: 70

6. Validità di criterio: somministrazione del CBA-Y a un gruppo di pazienti: 71

6.1 Introduzione: 71

6.1.1 Campione: 72

6.1.2 Metodo: 73

6.1.3 Differenza tra campione normale e clinico: 74

6.1.4 Differenze tra i diversi cluster patologici: 75

6.2 Discussione: 77

7. Conclusioni: 79

7.1 Le scale del CBA-Y: considerazioni conclusive: 82

Bibliografia: 87

0. Premessa.

Gli strumenti utilizzati per l'indagine in psicologia e le differenti teorie o modelli di questa disciplina vivono da sempre un rapporto di influenza reciproca. Una tecnica di misurazione può essere pensata e sviluppata per operare un'indagine specifica verso un dato dominio o costrutto. In maniera analoga, può mettere in evidenza degli aspetti del sistema "psiche", i quali, proprio in virtù dell'essere misurabili, prendono vita. L'intelligenza, per fare un esempio, è un costrutto puramente statistico il cui sviluppo concettuale è da sempre legato alla storia delle tecniche di analisi dei dati. Al contrario, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) ha creato attorno al mutare delle patologie descritte al suo interno, una costellazione di strumenti di valutazione in costante aggiornamento. Nel mezzo di questi due poli c'è la necessità di collimare le teorie già esistenti con il miglioramento tecnico degli strumenti di indagine. Se avviciniamo la ricerca in psicologia seguendo il paradigma scientifico di Popper, affinare la capacità di raccolta dei dati significa creare la possibilità di rilevare qualcosa di nuovo e imprevisto che metta in crisi il modello. Tuttavia, la scelta di cosa misurare e in quale direzione convogliare gli sforzi tesi al miglioramento tecnico degli strumenti di misurazione avviene sotto la spinta di una teoria di riferimento. Queste considerazioni sono in primo piano nella neuropsicologia e nelle neuroscienze dove negli ultimi anni l'evoluzione tecnica ha permesso l'emanciparsi di queste discipline. La precisione crescente dei macchinari di indagine strutturale e funzionale delle aree cerebrali mette a dura prova le "teorie della mente".

Il pericolo maggiore, quando si opera nel settore della misurazione psicologica, sia essa di natura clinica, sperimentale o neuropsicologica, è dimenticare che non stiamo toccando con mano ciò che misuriamo ma tra noi e il costrutto c'è una relazione spesso difficile da comprendere. Nessun tipo di misurazione sfugge a questa regola, nemmeno peso e altezza hanno senso al di fuori di un dato sistema di riferimento. Ma le variabili che influenzano la misurazione del peso di un oggetto sono in gran parte conosciute e la loro influenza rimane comunque tale da non influenzare di molto il dato. In psicologia la variabilità di misura è spesso molto elevata. Pretendere di controllare tutte le variabili che influenzano la misurazione della mente umana sarebbe un obiettivo irrealistico. Allora cosa vogliamo ottenere dalla misurazione in psicologia? Ad oggi, quando lo psicologo adopera degli

strumenti di misura, lo fa perché vuole ottenere un'informazione utile per il suo lavoro. Per questo motivo bisogna chiedersi quale sia l'obiettivo della misurazione che si va a effettuare. La misurazione in un contesto di ricerca ha implicazione e finalità differenti da quella attuata nel contesto clinico. Di conseguenza anche gli strumenti che verranno utilizzati nelle differenti circostanze dovrebbero avere qualità diverse. Un questionario utilissimo nei contesti sperimentali potrebbe essere poco o per niente utile nei contesti clinici e viceversa. Il questionario perfetto non esiste quindi dobbiamo utilizzare il questionario più adatto.

1. Introduzione

Cognitive Behavioral Assessment, attraverso l'acronimo CBA non si vuole definire uno specifico test, questionario o strumento di assessment ma un metodo specifico di indagine psicologica (Sanavio, 1997; Sanavio, 2002). Secondo la filosofia CBA l'assessment è visto come un processo a esclusione che partendo da un quadro generale arriva, attraverso una serie di approfondimenti, a definire minuziosamente il problema in esame. Lo psicologo, all'interno di questo metodo, svolge la parte dell'ascoltatore attivo. Inizialmente il suo compito è formulare il maggior numero di ipotesi diagnostiche coerenti con il caso. Successivamente ogni singola ipotesi deve essere testata e falsificata. Alla fine di questo percorso dovrà rimanere la possibilità di una sola diagnosi e di un'eventuale diagnosi differenziale. Per svolgere questa indagine, il clinico, può raccogliere informazioni da tre tipi di canali (Sanavio & Cornoldi, 2010). Il canale verbale che rappresenta tutte le informazioni che il paziente ci fornisce attraverso il colloquio clinico, attraverso la compilazione di questionari, attraverso lo svolgimento di test proiettivi, l'uso di interviste strutturate o attraverso l'utilizzo di specifici diari. L'osservazione del comportamento che comprende tutte le informazioni che possiamo recuperare osservando il paziente, il comportamento non verbale durante il colloquio, la richiesta di simulare artificialmente situazioni di vita reale (role playing) e l'interazione con il coniuge. Oltre a tutte queste situazioni, inevitabilmente influenzate dal setting atipico, esiste anche una procedura di osservazione sul campo che prende il nome di "osservazione naturalistica". Il terzo canale comprende tutte le registrazioni strumentali dell'attività fisiologica dove la raccolta di informazioni avviene attraverso la registrazione di alcuni indici psicofisiologici (i più comuni sono: attività mioelettrica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura periferica cutanea, pressione sistolica e diastolica, conduttanza cutanea). Questi indici sono associati con determinati stati emotivi del paziente. L'interesse del clinico può essere duplice: da un lato verificare quale sia il tipo e il grado di attivazione fisiologica innanzi a determinati stimoli (per esempio nelle fobie) e dall'altro verificare se quanto il paziente riporta attraverso il canale verbale è coerente con la reazione fisiologica.

L'attenzione del gruppo CBA è focalizzata sullo sviluppo di questionari e strumenti di valutazione diagnostica. Coerentemente con la logica di ridurre gradualmente la complessità del caso, gli strumenti CBA sono organizzati per rispondere al primo screening del paziente. Di conseguenza attraverso l'utilizzo di questi strumenti il clinico raccoglie una grossa mole di

informazioni riguardo al caso valutato. A seguito delle criticità che emergono durante questa prima analisi vengono proposti una serie di test di approfondimento successivo utili per precisare la diagnosi. Occorre specificare che lo scopo degli strumenti CBA non è assegnare con un certo grado di probabilità il paziente a una classe diagnostica bensì sottolineare i suoi punti di forza e di debolezza e da questi organizzare una linea di trattamento (Sanavio et al., 1997).

Riassumendo la filosofia dell'assessment CBA prevede quattro nodi fondamentali. Per prima cosa il ruolo attivo del clinico. In seconda istanza l'integrazione verticale delle informazioni, vale a dire la precisione crescente nella definizione del caso. L'integrazione orizzontale rappresenta la necessità di raccogliere informazioni attraverso differenti canali di cui i questionari risolvono solo quello dell'autovalutazione e dell'autodescrizione. Il quarto punto indica la necessità di raccogliere informazioni utili a collocare il paziente nel suo ambiente così da formulare un quadro generale della sua realtà privata anziché collocarlo all'interno di una categoria diagnostica.

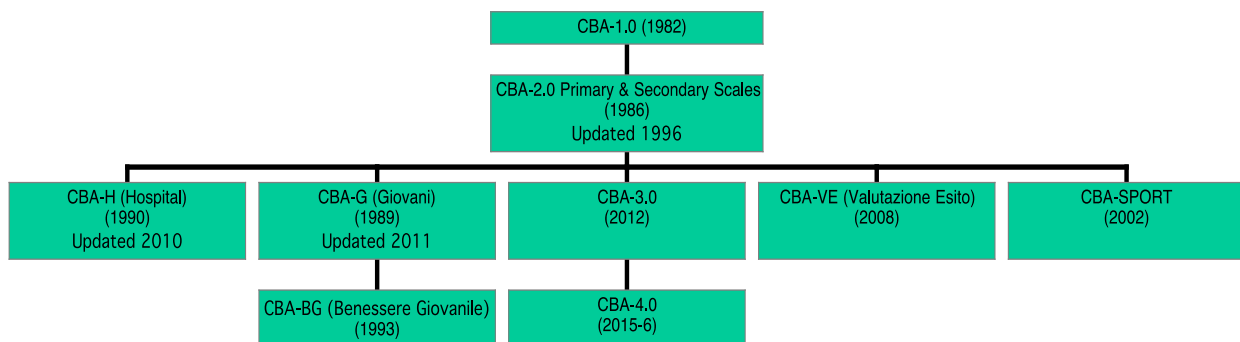
Esiste anche un quinto aspetto storicamente peculiare della filosofia CBA. Si tratta della volontà di fornire strumenti che semplificassero il lavoro del clinico. Per questo motivo fin dai primi progetti sono state pensate griglie di scoring o l'implementazione di programmi elettronici per snellire il computo delle scale e velocizzare l'acquisizione delle informazioni ricavabili dagli strumenti di assessment CBA.

1.1 Cronistoria della batterie CBA.

Il "progetto CBA" nasce nell'inverno tra il 1981 e il 1982. Un gruppo di psicologi insoddisfatti degli strumenti di assessment disponibili - in particolare MMPI e test proiettivi - decide di

sviluppare uno strumento adatto alle loro esigenze. Con queste motivazioni viene pensato il primo test ad ampio spettro di questa famiglia denominato "CBA-1.0 Scale Primarie" assieme a una serie di scale secondarie e alla possibilità di effettuare lo scoring computerizzato (Sanavio et al., 1992).

In figura 1 viene presentato l'albero genealogico della famiglia CBA a partire dal suo capostipite.



Di seguito riporto i momenti principali della storia del "Progetto CBA".

Inizio anni 80.

Viene sviluppata la prima versione di scale CBA: CBA-1.0. Si configura come test ad “ampio spettro” che contiene anche una serie di scale secondarie e una versione computerizzata.

1985.

Sulla base della versione CBA-1.0 viene messo a punto il CBA-2.0 scale primarie. Questo test indaga le principali aree di interesse clinico e per questo motivo la sua principale modalità d’impiego sono le fasi iniziali dell’assessment clinico e, tramite la somministrazione ripetuta a distanza di tempo, la valutazione del cambiamento.

La batteria CBA-2.0 è organizzata in 10 schede, ognuna rappresenta un argomento: 1) dati generali e anagrafici; 2) una misura dell’ansia di stato (STAI-X1); 3) una misura dell’ansia di tratto (STAI-X2); 4) cartella autobiografica e anamnestica; 5) la forma ridotta del questionario di personalità di Eysenck (EPQ/R); 6) il questionario psicofisiologico nella sua forma ridotta (QPF/R); 7) l’inventario delle paure nella sua forma ridotta (IP/R); 8) una misura della disforia e della depressione subclinica (QD); 9) la forma ridotta Maudsley Obsessional-Compulsive questionnaire (MOCQ/R); 10) la forma ridotta del questionario per valutare l’ansia di stato (STAI-X1/R)

1986.

Viene pubblicato il manuale che contiene le linee guida per l'utilizzo del CBA-2.0.

Inizio anni 90.

Viene messa a punto una versione del CBA adatta all'esplorazione della fascia d'età compresa tra i 14 e i 25 anni: CBA-forma giovani.

Questa versione che nella sua prima forma contiene 447 item viene ridotta tramite analisi fattoriale e arricchita di una serie di item che indagano aspetti del comportamento alla guida dando origine alla versione CBA-benessere giovanile. I 230 item rispetto ai 447 rendono questa versione dello strumento più adatta al contesto sperimentale.

1996.

La versione CBA-2.0 colloca il suo spazio di indagine prevalentemente sul versante clinico risultando inadatta per un'indagine in ambito sportivo. La versione CBA-SPORT viene creata per la valutazione specifica dello sportivo (sia professionista che dilettante) e rimane fedele alla divisione scale primarie e scale secondarie.

Nello stesso anno vengono definite le norme CBA-2.0 per la popolazione ultrasessantenne.

1997.

In seguito all'ampliamento del gruppo normativo a cui fa riferimento la batteria CBA-2.0 viene aggiornato il manuale di riferimento.

2000.

La specificità del contesto ospedaliero ha motivato lo sviluppo di una versione delle scale CBA adatta ad essere agilmente utilizzata in esso. Partendo dalla versione CBA-1.0 viene creato il CBA-H (H è l'iniziale di hospital) (Zotti et al., 2010). A differenza della versione CBA-2.0 questa versione contiene un numero ridotto di item (147) e la modalità di risposta è vero/falso per ogni sezione del test. Queste differenze considerano l'esigenza di lavorare con soggetti che a causa della situazione non risponderebbero adeguatamente ad un questionario lungo e/o di non immediata interpretazione.

I 147 item sono suddivisi in quattro sezioni che indagano rispettivamente: lo stato emotivo al momento dell'ospedalizzazione, lo stato emotivo nei mesi precedenti, le caratteristiche stabili di personalità e le informazioni bibliografiche relative al paziente.

Il CBA-H dispone di una versione denominata CBA-HF specifica per i follow up.

2007

L'ultimo strumento prodotto dal gruppo CBA è stato pensato per la valutazione degli esiti degli interventi psicologici, in particolare del counseling e della psicoterapia, il CBA-VE (Michielin et al., 2008). Il questionario è composto da 80 item su scala likert a cinque punti (da "per nulla" a "moltissimo"). Dalla somministrazione del CBA-VE otteniamo punteggi a cinque costrutti legati all'esito del trattamento: ansia, benessere, cambiamento, depressione, controllo degli impulsi.

2. Il CBA forma giovani: nascita e sviluppo di un nuovo questionario

Il CBA young Form è un questionario ad ampio spettro pensato per la valutazione della popolazione giovanile. L'obiettivo operativo del test è fornire un quadro esaustivo dei punti di forza e di debolezza del paziente valutato. Pensando agli assunti della filosofia CBA si colloca nelle prime fasi dell'assessment e la forma che viene proposta in questa tesi è il frutto di un lungo lavoro di modifiche e aggiornamenti. In questo capitolo ripercorriamo la storia dello strumento per capire meglio la natura del questionario.

All'inizio degli anni novanta il gruppo CBA decide di realizzare uno strumento aderente con la propria linea teorica per colmare una lacuna esistente nei questionari di quel periodo. Le scale CBA 2.0, utili con gli adulti, si erano dimostrate inefficaci nel processo diagnostico se somministrate a una popolazione sotto i 19 anni di età e di conseguenza si era reso necessario uno strumento diretto alla popolazione giovanile (Sanavio et al. 1992).

Nella sua prima formulazione il questionario è composto da 447 item organizzati in 16 argomenti dal contenuto apparentemente omogeneo: 1) valutazione dell'ansia di stato al momento della compilazione, 2) ricordi e valutazioni sull'infanzia e l'adolescenza fino all'età di 14 anni, 3) considerazioni sui rapporti familiari dall'età di 14 anni fino al momento attuale, 4) osservazioni sulla scuola superiore, eventualmente università, 5) se affrontate, osservazioni sulle esperienze lavorative, 6) riflessioni sui rapporti attuali con amici e conoscenti, 7) riflessioni sui rapporti affettivi e sessuali, 8) riflessioni sui rapporti con estranei, 9) indicazioni sui passatempi e interessi con particolare attenzione allo sport, 10) cenni sulle abitudini di vita quotidiana, 11) inventario delle paure più comuni, 12) informazioni sulle convinzioni importanti, 13) notizie su alcuni aspetti del carattere, 14) stima della condizione fisica e della propria salute, 15) informazioni su punti di vista e opinioni, 16) eventuali caratteristiche psicopatologiche.

La suddivisione proposta è solo formale e la sua utilità è strutturare il questionario in modo da fornire dei punti di riferimento per il compilante. In questo modo chi compila il CBA forma giovani capisce che la sua prova sta procedendo e riesce a collocarsi in continuum temporale di cui può intuire i minuti rimanenti. Queste sezioni non vengono analizzate singolarmente e non rappresentano delle scale di cui calcolare i punteggi.

Nella prima versione del CBA forma giovani (CBA-G) le informazioni fornite dal questionario sono di due tipologie. Per prima cosa ogni singolo item può veicolare un messaggio chiave o un indizio aggiuntivo utile nella formulazione della diagnosi. Essendo l'obiettivo ultimo della

compilazione ottenere un quadro generale del paziente la raccolta del maggior numero possibile di informazioni è molto importante. Inoltre fornire al clinico una lista esaustiva dei dettagli critici necessari per un buon assessment permette di colmare eventuali lacune rimaste dopo il colloquio verbale. In secondo luogo alcuni item presenti nel questionario sono raggruppati tra loro all'interno di 10 scale tematiche (in questa prima versione). La possibilità di ottenere dei punteggi rende lo strumento maggiormente fruibile per il clinico il quale viene automaticamente guidato verso determinate aree di criticità. Nel dettaglio il questionario del 1990 forniva 5 scale ricavate tramite l'analisi fattoriale: "rischio psichiatrico", "instabilità emotiva", "esperienze inusuali", "sensation seeking", "benessere psicofisico". Le restanti 5 scale erano state ricavate raggruppando tra loro item dal contenuto omogeneo: "adattamento psicosociale", "auto apertura", "aggressività, irritabilità, ostilità", "disturbi psicofisiologici", "ansia di stato".

Tutte le scale verranno analizzate in dettaglio nel paragrafo 4.2 e nelle conclusioni della tesi, per ora ci limiteremo a evidenziare due elementi che hanno caratterizzato il CBA forma giovani fin dalla prima versione. Le scale "Ansia di Stato", "Autoapertura" e "Esperienze Inusuali" sono le scale di validità del questionario. La prima indica uno stato di ansia elevato durante la compilazione del questionario che può virtualmente inficiare la veridicità dei dati raccolti. L'"Autoapertura" mostra la tendenza del compilante a rispondere in maniera sincera agli item. Nella scala "Esperienze Inusuali" è contenuta una serie di comportamenti che presi singolarmente rappresentano delle casistiche estremamente critiche ma la cui occorrenza plurima appare sospettosamente rara. In tal caso è possibile che chi compila il questionario voglia esagerare i propri sintomi.

In seconda istanza le scale "Adattamento psicosociale" e "Benessere Psicofisiologico" sono due scale, definite, di benessere. Come accennato in precedenza, il questionario non intende solo indagare le aree critiche per il paziente ma anche verificare quali siano i suoi punti di forza. La raccolta esaustiva di informazioni sia sul versante problematico sia su quello del benessere consente al clinico di programmare in maniera più accurata e specifica la terapia. Da subito sono state create due versioni del CBA forma giovani, la versione maschile e la versione femminile. La differenza principale consiste nell'accordo degli aggettivi, coerente con il genere di chi compila il questionario. Questo è una delle strategie utilizzate dal gruppo CBA per ottimizzare la relazione con pazienti considerata anche la criticità dell'età da cui provengono. Il principio è quello di rendere il questionario meno impersonale.

La versione maschile e quella femminile del CBA-G si distinguono inoltre per la presenza di alcuni item peculiari di uno o dell'altro genere. Gli item specifici per le ragazze sono: ho paura di rimanere incinta, ho le mestruazioni molto dolorose, l'idea di un aborto mi terrorizza, gli uomini cercano solo di portarti a letto. Parimenti gli item specifici per i ragazzi sono: farei volentieri il militare se vi fosse ancora l'obbligo, non mi dispiacerebbe fare il servizio militare volontario. Gli item inerenti il servizio di leva sono stati storicamente inseriti poiché il CBA-G è stato utilizzato all'interno di alcune ricerche che prevedevano la somministrazione del test tra le file dell'esercito (Vedi paragrafo 2.1) .

La modalità di risposta scelta nel CBA forma giovani è la checklist. Ogni item è affiancato da una casella la quale deve essere contrassegnata dal compilante qualora esso si identifichi con l'affermazione proposta. In caso contrario l'istruzione è di passare all'item successivo. Il vantaggio di utilizzare la checklist nella valutazione della popolazione giovanile è la percezione di un questionario meno intrusivo da parte del compilante rispetto al più classico vero o falso e/o scala likert. L'effetto è motivato dalla libertà di non rispondere all'item anziché dover necessariamente esprimersi a riguardo.

Al termine del questionario vengono raccolti dati socio-anagrafici cioè lo stato civile, la scolarità e la condizione professionale, il peso e l'altezza.

Viene chiesto di riportare l'ora di inizio e di fine compilazione. Per completare il questionario occorrono in media 30 minuti.

Parallelamente è stato sviluppato il CBA benessere giovanile (CBA-BG), una versione ridotta del CBA-G che non differisce da quello originale per le scale di cui si calcolano i punteggi ma solo per il numero di item. Questa versione del questionario è composta da 252 item estrapolati dalla forma intera. La selezione degli item è descritta nel lavoro di tesi di Luisa Spezzati riassunto nel paragrafo 2.1.

2.1 Cronistoria del CBA forma giovani.

In questo paragrafo sono riportate tutte le ricerche che negli anni hanno avuto come protagonista il CBA forma giovani. In maggioranza sono studi validativi contenuti all'interno di tesi di laurea non pubblicate. L'obiettivo di questo riassunto è fornire un quadro generale del progetto ripercorrendo temporalmente il suo percorso.

Contributo alla validazione del CBA giovani (Caterina Montali, 1989/90).

Campione: 100 individui maschi tra i 16 e 20 frequentanti le scuole superiori o l'università di torino.

Questionari utilizzati: CBA forma giovani.

Obiettivi: investigare il problema del suicidio e delle droghe nell'adolescenza.

Metodo: viene ipotizzata una gradualità nell'avvicinamento al suicidio utilizzando tre item di riferimento: ho pensato qualche volta al suicidio, vorrei avere il coraggio di togliermi la vita, ho tentato il suicidio.

Si è cercato di specificare il profilo del consumatore abituale di droghe "pesanti" o "leggere" utilizzando come riferimento gli item relativi all'abuso di sostanze.

Risultati: sono state individuate dei pattern di risposta specifici in relazione alla problematica del suicidio e dell'uso di droghe.

Contributo alla validazione del CBA-G (Luisa Spezzati, 1990/91).

Campione: 940 individui maschi di età media di 18 anni; 51 pazienti tossicodipendenti già inseriti in comunità o in fase di accettazione in comunità.

Questionari utilizzati: CBA forma giovani; MMPI forma abbreviata.

Obiettivi: fornire al CBA forma giovani un campione normativo costituito da soggetti normali e tossicodipendenti; confrontare le risposte ottenute al CBA forma giovanile con le scale dell'MMPI forma abbreviata in soggetti normali; indagare la struttura del CBA forma giovanile.

Metodo: 178 soggetti normali hanno compilato il CBA forma giovani e l'MMPI forma abbreviata e si è indagata la corrispondenza teorica tra le scale dell'MMPI e le singole sezioni del CBA.

È stata poi eseguita l'analisi fattoriale sul CBA forma giovani.

Risultati: emergono delle relazioni tra le scale dell'MMPI forma abbreviata e gruppi di item del CBA forma giovani; le analisi statistiche evidenziano nel CBA forma giovani una struttura fattoriale che ripercorre la divisione in sezioni del test; inoltre attraverso l'analisi fattoriale sono stati isolati gli item più rappresentativi per la struttura del test, si tratta di 252 che diventano spunto per una versione ridotta del test.

Aspetti evolutivi e disadattamento nei preadolescenti dai 10 ai 12 anni. Contributo alla validazione del CBA-G (Donatella Priola, 1990/91).

Campione: 19 femmine e 18 maschi di età compresa tra i 10 e i 12 anni.

Questionari: una versione del CBA forma giovani adattata all'età del campione.

Obiettivi: indagare il comportamento del questionario su una popolazione preadolescente.

Metodo: verificare 7 ipotesi attraverso lo studio delle risposte fornite al CBA forma giovanile.

Le ipotesi sono le seguenti: 1) se il preadolescente ha coscienza delle sue emozioni e dei suoi sentimenti e se è già in grado di dominarli, 2) se l'autostima lo stato di salute e l'esercizio di libere attività sono determinanti per il preadolescente a prendere decisioni autonome e responsabili e ad evitare atteggiamenti e comportamenti antisociali, 3) se le convinzioni del preadolescente recano già il segno dell'autonomia, 4) se la tendenza al suicidio è latente nel preadolescente, 5) se la situazione socio-economica, il clima dell'ambiente familiare e i rapporti interpersonali che il ragazzo ha vissuto e vive in famiglia sono determinanti nei confronti del comportamento delinquenziale, 6) se l'ambiente scolastico e la riuscita nello studio hanno rilievo in merito all'atteggiamento delinquenziale, 7) se l'amicizia, il gruppo e la banda favoriscono nel ragazzo l'affermazione della propria identità e un buon inserimento nella vita sociale.

Risultati: sulla base delle risposte al questionario tutte le ipotesi sono state confermate.

CBA-G: un'applicazione realizzata con un gruppo di studenti della provincia di Brescia (Daniela Comini, 1990/91).

Campione: 752 maschi e 787 femmine di età media attorno ai 18 anni.

Questionari: CBA forma giovani in versione maschile e femminile. Le due versioni differiscono per il genere in cui sono coniugati gli aggettivi, questo accorgimento ha il fine di creare un test meno impersonale agli occhi di chi lo compila. Al questionario sono stati aggiunti 89 item di contenuto eterogeneo.

Obiettivi: raccogliere dati normativi per il CBA forma giovani; indagare eventuali differenze tra la popolazione maschile e femminile.

Metodo: il test è stato somministrato ad un vasto campione e sono state condotte delle analisi fattoriali distinte per maschi e femmine e specifiche per le varie sezioni del test; è stata confrontata la distribuzione delle frequenze di risposta dei maschi e delle femmine.

Risultati: le analisi statistiche hanno evidenziato differenze tra maschie femmine in tutte le sezioni del test.

CBA forma giovani e valutazione del comportamento affettivo e sessuale (Sica, Comini, Spezzati, Sanavio, 1995).

Campione: 752 maschi e 787 femmine di età media attorno ai 18 anni; 940 soggetti maschi di età media di 18 anni; 51 tossicodipendenti già inseriti in comunità o in fase di accettazione in comunità; 33 tossicodipendenti femmine inserite in una comunità terapeutica di età media di 29 anni.

Questionari: CBA forma giovani.

Obiettivi: indagare le differenze tra maschi e femmine nel comportamento affettivo e sessuale in una popolazione giovanile normale e di tossicodipendenti.

Metodo: gli item relativi al comportamento affettivo e sessuale sono stati suddivisi in cinque categorie e sono state confrontate le frequenze di risposta nei vari gruppi. Le categorie in cui sono stati divisi gli item sono le seguenti: 1) atteggiamenti ed opinioni, 2) situazioni sessuali, 3) vita sessuale, 4) problemi relazionali e paure, 5) eterosessualità e masturbazione.

Risultati: nei soggetti normali tra maschi e femmine emergono più convergenze che divergenze per quanto riguarda la vita sessuale, gli atteggiamenti sul sesso e le preoccupazioni relazionali.

Nel campione di tossicodipendenti non emergono differenze tra i maschi e le femmine ma in generale si confermano più problematici sia in termini relazionali generali, sia nella vita sessuale.

Vie di sviluppo e nuovi strumenti psicologici per l'individuazione di soggetti a rischio (Vidotto, Sica, Baldo, 1995).

Campione: 752 maschi e 787 femmine di età media attorno ai 18 anni; 940 individui maschi di età media di 18 anni.

Questionari: CBA forma benessere giovanile. Si tratta di una versione ridotta del questionario CBA forma giovani i cui item sono stati definiti nel lavoro di L. Spezzati (1990/91). Il questionario così ridotto si adatta meglio al contesto sperimentale.

Al questionario sono stati aggiunti degli item che indagano l'autocontrollo e il locus of control nel comportamento alla guida.

Obiettivi: descrivere le caratteristiche psicometriche del questionario basate sul campione normativo raccolto nei lavori precedentemente descritti; indagare se il questionario è in grado di individuare soggetti a rischio di sviluppare patologia; indagare se il questionario è in grado di individuare soggetti adatti alla vita militare.

Metodo: sono state eseguite delle analisi statistiche sui dati raccolti fino a questo momento.

Risultati: l'analisi fattoriale condotta sul sottoinsieme degli item del CBA forma giovani ha evidenziato 5 fattori. Questi fattori rappresentano la scala di rischio psichiatrico (riferita a disturbi psicologici o psichiatrici), la scala di instabilità emotiva (riferita a stati d'ansia, sbalzi d'umore, pensieri ossessivi, etc.), la scala delle esperienze inusuali (riferita all'uso di sostanze, la presenza di disturbi psicofisiologici rari ed esperienze fuori dal comune), la scala del sensation seeking (riferita alla ricerca di stati di euforia) e la scala del benessere psicofisico (valuta lo stato di benessere generale).

Oltre a queste cinque scale sono state descritte cinque scale ricavate sulla base del contenuto omogeneo: la scala dell'adattamento psicosociale (misura lo stato di benessere del soggetto), la scala di auto apertura (misura l'atteggiamento di apertura verso l'auto descrizione), la scala dell'aggressività (segnala rabbia, ostilità o idee persecutorie del soggetto), la scala dei disturbi psicofisiologici (indaga la presenza di disturbi psicofisiologici) e la scala dell'ansia di stato (segnala la presenza di ansia al momento della compilazione).

Giovani, alcool e guida: ricerca sulla percezione del rischio nei giovani attraverso il CBA-BG (Anna Sara Armati, 1996).

Campione: 167 maschi e 168 femmine di età media di 18 anni.

Questionari: CBA forma benessere giovanile; domande tratte dal "questionario per un sondaggio su conoscenze, atteggiamenti, comportamenti dei giovani nei riguardi della salute" ideato dalla Cattedra di Igiene Ambientale dell'università degli studi di Brescia con il patrocinio della regione Lombardia (Azienda U.S.S.L n.12 di Bergamo servizio per le

tossicodipendenze e l'alcolologia, Provveditorato agli Studi di Bergamo Servizio Educazione alla Salute e Prevenzione, 1996).

Obiettivi: indagare l'atteggiamento dei giovani verso le bevande alcoliche; indagare quanto secondo i giovani si può bere prima di mettersi alla guida; indagare eventuali fattori che influenzano la percezione del rischio legata alla guida.

Metodo: sono state analizzate le risposte di un campione di neopatentati ai questionari sopra citati.

Risultati: in generale i maschi sottovalutano più delle femmine i rischi corsi da coloro che guidano dopo aver bevuto e più in generale sottovalutano i rischi del bere sulla salute; le femmine pur non precludendo l'assunzione di bevande alcoliche a chi deve guidare sembrano più consapevoli del pericolo e in generale percepiscono le bevande alcoliche come dannose per la salute.

CBA-BG: valutazione dei militari di leva (Simona Rezzola, 1996).

Campione: 90 militari ricoverati in ospedale, 45 per disturbi psicologico psichiatrici e 45 per problemi estranei a questi ambiti.

Questionari: CBA forma benessere giovanile; diagnosi ottenute attraverso la SCID (strumento per la diagnosi psichiatrica secondo la classificazione del DSM-IV).

Obiettivi: somministrare il CBA-BG all'interno del contesto militare per indagare la capacità discriminante del test tra soggetti sani e patologici; confrontare il CBA forma benessere giovanile con la SCID; indagare la capacità del CBA-BG di discriminare tra i disturbi.

Metodo: il CBA-BG è stato somministrato ad un gruppo di soggetti normali e ad un gruppo di soggetti psichiatrici precedentemente valutati con la SCID. In sede di analisi sono stati operati dei confronti tra normali e psichiatrici e tra i punteggi al CBA e i referti della SCID.

Risultati: Le media raggiunte dal campione non psichiatrico al CBA-BG (tabella 2) si accordano con quelle ottenute dal campione normativo (tabella 1) fatta eccezione per le scale di auto apertura e di adattamento psicosociale che probabilmente riflettono la tendenza a presentarsi sotto una buona luce.

Nel gruppo psichiatrico è stata confrontata la diagnosi ottenuta attraverso la SCID con i punteggi raggiunti nel CBA-BG. I soggetti a cui la SCID attribuiva un disturbo d'ansia presentavano punteggi alti alla scala di instabilità emotiva e punteggi medi più alti nelle scale

cliniche; i soggetti con disturbi depressivi avevano punteggi medi più alti alle scale cliniche rispetto alle scale di benessere e punteggi più bassi alle scale di "Benessere psicofisico", "Sensation seeking" e "Esperienze inusuali"; i soggetti con disturbo della personalità erano i più eterogenei, ottenevano punteggi aderenti al tipo disturbo che presentavano.

I risultati ottenuti attraverso il test di Kruskal Wallis hanno confermato la capacità del test di discriminare tra i disturbi.

CBA-G: un approfondimento di alcune scale cliniche con soggetti tossicodipendenti (Vio, Marin, 1996).

Campione: 26 maschi con storia di tossicodipendenza di età compresa tra i 18 e i 32 anni tutti in condizione "drug free" accertata attraverso almeno 3 esami urinari.

Questionari: CBA forma benessere giovanile; Adjective Check List di Gough (1980).

Obiettivi: verificare la validità concorrente tra i due strumenti utilizzati per l'indagine; individuare quali variabili consentono di caratterizzare lo stile comportamentale del soggetto e di caratterizzare il suo disagio psicologico; individuare i gruppi di pazienti con diverse caratteristiche psicologico comportamentali.

Metodo: sono stati somministrati i due questionari succitati. Per il CBA forma benessere sono state predisposte 22 scale di valutazione ricavate dalle precedenti analisi fattoriali: 1) ansia di stato, 2) adattamento familiare fino ai 14 anni, 3) noia, 4) adattamento scolastico, 5) adattamento familiare dopo i 14 anni, 6) adattamento lavorativo, 7) adattamento socio affettivo, 8) leadership, 9) introversione estroversione, 10) simulazione, 11) interessi culturali, ludico ricreativi, 12) paure sociali, 13) altre apure: fobie, 14) alienazione emotiva, 15) ansia di tratto, 16) depressione, 17) suicidio, 18) rapporti sessuali e affettivi, 19) interessi omosessuali, 20) valutazione del grado di farmacodipendenza, 21) qualità del sonno, 22) eccitabilità.

Risultati: 11 delle 22 scale del CBA-G correlano con l'Adjective check list. Dall'analisi puntuale delle correlazioni è stato possibile definire particolari modalità attraverso cui il tossicodipendente manifesta il proprio disagio. Per esempio, emerge che 6 scale del CBA-G ("Ansia di stato", "Noia", "Ansia di tratto", "Depressione", "Suicidio", e "Sonno") correlano con due scale dell'ACL ("Aggettivi sfavorevoli", "Richiesta di aiuto"). Da questa relazione possiamo inferire che il tossicodipendente nel momento in cui esprime un giudizio negativo

su di se e riesce a manifestare la richiesta di aiuto, appare poco interessato alla realtà circostante, depresso, in ansia e con problemi relativi al sonno.

Meiante l'analisi dei cluster i pazienti sono stati divisi in sei gruppi sulla base delle risposte fornite al CBA forma giovanile: 1) ragazzi incostanti nel trattamento con scarsa consapevolezza della propria condizione, 2) ragazzi per i quali da un certo periodo di tempo sono in atto interventi terapeutico riabilitativi, 3) ragazzi che riescono a mantenere un buon controllo sull'uso di sostanze stupefacenti, 4) ragazzi con importanti problematiche di tipo familiare, 5) ragazzi che hanno usato droghe pesanti in modo intenso ma solo per un breve periodo e ora risultano autonomi ed efficienti nel lavoro, 6) ragazzi che abusano di diverse sostanze e che hanno ottenuto i risultati più gravi dal punto di vista psicopatologico.

Psychopathology and addictions: study of different drug addicted groups by means of the CBA young form questionnaire. (Sica, 1996).

Campione: 140 individui maschi divisi in tre gruppi: dipendenti dall'eroina, dipendenti dall'eroina con disturbo di personalità e sieropositivi di pendenti dall'eroina.

Questionari: CBA forma benessere giovanile.

Obiettivi: indagare se i sieropositivi mostrano livelli più alti di psicopatologia e minori livelli di benessere rispetto ai non sieropositivi; indagare se i non sieropositivi con disturbo di personalità mostrano livelli più elevati o differenti di psicopatologie rispetto ai non sieropositivi senza disturbo di personalità.

Metodo: viene somministrato il CBA-BG e vengono confrontati i punteggi tra i gruppi a 7 scale del test, 5 scale cliniche (rischio psichiatrico, instabilità emotiva, esperienze inusuali, sensation seeking, rabbia-irritabilità-ostilità) e 2 scale di benessere (adattamento psico-sociale e benessere fisico) (tabella 6).

Risultati: emerge che solo le scale "rischio psichiatrico" e "instabilità emotiva" discriminano tra i tre diversi gruppi. La generale incapacità del CBA-G di discriminare questi soggetti è probabilmente da attribuire a un "effetto pavimento". Il livello di benessere è così basso da non permettere ulteriori classificazioni tra i gruppi.

Giovani a rischio di sviluppo dei disturbi alimentari: applicazione del BAT, EAT, EDI-2 e CBA-BG ad un campione clinico e di controllo (Alessandra Pallavicini, 1997).

Campione: 200 individui normali di sesso femminile; 40 pazienti clinici di sesso femminile, 14 che soddisfano la diagnosi di anoressia nervosa e 26 che soddisfano la diagnosi di bulimia nervosa.

Questionari: CBA forma benessere giovanile; body attitude test (BAT); l'eating attitude test (EAT); l'eating disorder inventory-2 (EDI-2).

Obiettivi: confrontare i risultati dei questionari specifici sui disordini alimentari per verificare la presenza di profili costanti nei pazienti; trovare conferma della capacità di screening del CBA-BG fra individui a rischio patologia alimentare e campione normativo; verificare la validità concorrente degli strumenti utilizzati attraverso la correlazione delle scale che gli costituiscono.

Metodo: lo studio è stato condotto in due fasi, in un primo momento la batteria di test è stata somministrata ad un campione di studentesse. In un secondo momento la medesima batteria è stata somministrata ad un campione clinico di soggetti con disturbi dell'alimentazione per vedere se da un confronto con il primo gruppo potesse delinearsi un particolare profilo atto a identificare i soggetti a rischio di sviluppare anoressia e bulimia nervosa.

Risultati (relativi al CBA forma benessere): 5 scale del CBA-BG discriminano tra i partecipanti sani e i due gruppi clinici (anoressiche e bulimiche): "Rischio psichiatrico", "Instabilità emotiva", "Benessere psicofisico", "Ansia di stato" e "Adattamento psicosociale"; 2 scale discriminano tra i due gruppi clinici, l'"adattamento psicosociale" e il "locus of control" entrambe più alte nelle anoressiche rispetto alle bulimiche (tabella 8); si è visto che le scale del CBA-BG di "Rischio psichiatrico" e "Instabilità emotiva" correlano positivamente con le scale "Familiarità del proprio corpo" del BAT, "Dieta" e "Bulimia nervosa e preoccupazione per il cibo" dell'EAT e con la maggior parte delle scale dell'EDI-2.

Assessment of young people and HIV pandemic: result from an original Italian questionnaire (Sica et al., 1998).

Campione: un primo campione di 549 partecipanti (maschi e femmine) che fanno uso di eroina e sono seguiti da un SERT o da altre comunità terapeutiche. 98 sono sieropositivi e 451 non sono sieropositivi; un secondo campione di 22 tossicodipendenti sieropositivi asintomatici reclutati in due ospedali italiani durante i test di routine.

Questionari: CBA forma benessere giovanile; coping orientation to problems experience (COPE); medical outcome study HIV-health status questionnaire (MOS-HIV, A. W. Wu, 1996).

Obiettivi: indagare le differenze tra eroinomani sieropositivi e non sieropositivi (campione 1); valutare le strategie di coping, la qualità della vita e la psicopatologia in sieropositivi asintomatici con dipendenza da droghe (campione 2).

Metodo: sono stati analizzati i dati raccolti con i tre questionari sopra citati indagando differenze tra i gruppi e analogie tra i test.

Risultati: dall'analisi delle risposte al CBA forma benessere giovanile emerge che i sieropositivi ottengono punteggi mediamente più alti alle scale di "Rischio psichiatrico", "Instabilità emotiva", "Ansia" e "Sintomi psicofisiologici" (scale psicopatologiche) mentre presentano punteggi mediamente più bassi alle scale del benessere e della socievolezza; dall'analisi delle risposte al COPE emerge che i tossicodipendenti sieropositivi con alti livelli di psicopatologia adottano strategie di coping non adattive o orientate all'emozione anziché al problema; dall'analisi delle correlazioni tra il CBA-BG e il MOS-HIV che il livello di psicopatologia espresso dalle scale del CBA-BG non solo è correlato con misure simili espresse nel MOS-HIV ma anche con l'indebolimento generale del fisico e il dolore. Inoltre i partecipanti che ottengono alti punteggi alla scala del "Sensation seeking" soffrono maggiormente le limitazioni causate dalla malattia e quelli con bassa salute mentale ed energia ottengono punteggi più alti alla scala della rabbia.

2.2 CBA young form: il restauro del CBA forma giovani.

Nel 2008, dopo dieci anni di pausa il progetto CBA giovani viene riaperto. Il questionario così come era stato pensato inizialmente necessitava di alcune modifiche prima di essere adoperabile in un contesto socio-culturale così differente da quello di inizio anni novanta.

Il lavoro di revisione dello strumento è stato motivato da due obiettivi: semplificazione e aggiornamento. In riferimento al contenuto di alcuni item il CBA forma giovani risultava obsoleto e anacronistico, basti pensare agli item concernenti il servizio di leva obbligatorio. Tutti gli item di questo genere sono stati eliminati dalla checklist. Una seconda categoria di modifiche operate sul questionario ha interessato tutti quegli item la cui formulazione non era chiara o ne appesantiva la lettura. Alcuni di questi item sono stati eliminati altri sono stati riformulati migliorandone la forma. Una terza categoria di modifiche riguarda l'aggiunta di item per colmare alcune lacune argomentative dovute al periodo di stesura del questionario originale. Tra queste modifiche, portiamo da esempio l'aggiunta di affermazioni attinenti l'utilizzo di internet.

La revisione è avvenuta su base teorica, è stato formato un *focus group* tra clinici esperti e tesisti. Ogni modifica proposta è stata poi valutata attentamente e successivamente approvata dal "Gruppo CBA"; qualsiasi cambiamento alla forma originale dello strumento è stato il frutto di un assiduo lavoro coordinato teso a rispondere sia alle esigenze cliniche dei suoi fautori, sia alle problematiche emergenti nell'adolescenza e nella prima età adulta.

Da questa revisione nasce una forma intermedia del CBA-G formata da 563 item, differenziata per maschi e femmine e che oltre alla 10 scale originale elencate, presenta altre 4 scale create sulla base del contenuto degli item: "Dipendenza da internet", "Comportamento di aggregazione", "Comportamento alimentare" e "Comportamento antisociale".

I primi lavori a partire dal 2008 motivati a validare il questionario sono stati svolti utilizzando la forma intermedia del questionario. Nel capitolo 3 studio i cui obiettivi sono stati indagare la presenza di eventuali differenza tra la modalità di risposta checklist e la modalità di risposta vero o falso e le eventuali differenze tra la somministrazione cartacea e la somministrazione a computer della versione intermedia del questionario.

Successivamente nel 2010 si è deciso di ridurre il numero degli item a 500. La riduzione è avvenuta su base teorica da parte di un *focus group* ed è stata successivamente approvata dal "gruppo CBA". La versione definitiva è stata chiamata CBA Young Form (CBA-Y) e si configura come una checklist di 500 item e declinata per genere. Il CBA-Y rappresenta la versione definitiva del questionario e verrà descritto accuratamente nel capitolo 4.

3. Differenze tra la modalità di risposta Checklist e vero o falso e somministrazione cartacea ed elettronica.

3.1 Introduzione.

Negli ultimi anni, in ambito testistico, ha acquisito un ruolo sempre più importante la validità di facciata. Secondo la definizione di Argentero (2006) questo costrutto non fa riferimento alla validità in senso stretto del questionario ma riguarda come esso si presenta agli occhi di chi lo deve compilare. In questo senso, la validità di facciata influenza la motivazione a rispondere alle domande proposte e per estensione la bontà dei risultati.

Il CBA forma giovani sceglie di presentarsi in forma di Checklist. Un sistema di risposta atipico ma non nuovo in psicodiagnostica, già negli anni 60 l'Adjective Checklist di Gough (1960) proponeva questa modalità di risposta. La Checklist è stata preferita alla scala likert perché più rapida ed essendo il CBA forma giovani composto da un ingente numero di item era determinante mantenere entro certi limiti il tempo di compilazione; è stata preferita alla

modalità vero o falso perché viene considerata meno intrusiva da parte di chi compila il questionario poiché permette di omettere la risposta.

In secondo luogo è stata considerata la possibilità di compilare il questionario sia in formato cartaceo sia in formato elettronico. La compilazione elettronica presenta numerosi vantaggi. Il primo, a beneficio del clinico, consiste nel fornire lo scoring del questionario in maniera rapida e automatica, perciò esente da errori. L'interfaccia grafica permette inoltre un maggiore grado di adattamento ergonomico verso chi deve compilare il questionario. Per esempio la possibilità di ingrandire i caratteri per pazienti con problemi di vista.

Nel presente studio verranno confrontate le due modalità di risposta (checklist e vero o falso) e i diversi sistemi di somministrazione (cartaceo e elettronico) per evidenziare eventuali peculiarità o differenze.

3.2 Item a risposta dicotomica.

Gli item a risposta dicotomica hanno il vantaggio di essere semplici da scrivere e, cosa ancora più importante, veloci da compilare. Nella semplicità dell'item rientra anche la semplicità delle istruzioni per eseguirlo. Occorre che il compilante comprenda esattamente quello che deve fare e che gli venga chiesto di compilarlo il più velocemente possibile (Kline, 1996).

Per fare un esempio tratto dal CBA forma giovani utilizziamo l'item "mi creano ansia o paura gli insuccessi". Quello che si vuole far emergere è la reazione immediata di certe persone all'idea di affrontare un insuccesso. L'istruzione propria della checklist, segnare o meno l'item dopo averlo letto, sotto intende la necessità di avere una risposta immediata. Se il soggetto si fermasse a riflettere sul contenuto dell'item la risposta diventerebbe virtualmente impossibile per le infinite specificazioni che si possono dare all'item: che tipo di insuccesso, in che ambito, di fronte a chi, con che conseguenze.

Nel manuale d'uso dell'Adjective Checklist (Gough, 1980) vengono illustrati due vantaggi delle risposte in formato checklist: la rapidità di compilazione e la possibilità di ricavare dei punteggi basati sul numero di item utilizzati dalla persona per descriversi all'interno dei differenti gruppi tematici di item.

Prendiamo ora in esame i limiti di questa modalità di risposta. In generale sono gli stessi comuni a tutte le tipologie di risposta dicotomica descritti minuziosamente da Kline (1996) e

ripresi da Cioffi (1999): le risposte dicotomiche (si/no, vero/falso) obbligano a esasperare la scelta.

Chi si trovasse a rispondere a un item come quello inerenti gli insuccessi citato in precedenza, sarebbe costretto a rispondere in direzione “positiva” o “negativa” anche se idealmente si collocasse nel mezzo o solo parzialmente in una delle due direzioni.

Un secondo problema specifico della dicotomia espressa nella “checklist” è l'impossibilità di controllare le omissioni. Poiché il soggetto è istruito a segnare l'item o altrimenti passare al successivo non è possibile stabilire se un item non segnato esprima il disaccordo del soggetto piuttosto che una svista o la volontà esplicita a non rispondere a quella domanda.

3.3 Assessment computerizzati e assessment carta e matita.

Noyes e Garland in una review del 2008 elencano le principali ricerche che trattano il problema dell'assessment elettronico confrontato con quello cartaceo.

I risultati a cui pervengono sono misti, alcuni studi evidenziano dei benefici dell'assessment computerizzato, altri favoriscono l'assessment cartaceo ma la maggior parte non rivela differenze significative tra le due modalità.

Anche se sembra impossibile stabilire a priori quale tipologia di somministrazione sia più indicata nel dato contesto, gli autori elencano una lista di pro e contro da considerare quando si sceglie di ricorrere all'assessment computerizzato.

Vantaggi.

- La ricchezza dell'interfaccia. È possibile creare una presentazione dinamica che presenti diversi livelli di difficoltà o che si adatti alle diverse necessità del soggetto esaminato aumentando l'efficienza del questionario. Inoltre è possibile ipotizzare dei feedback legati alle risposte fornite.
- La popolazione esaminata. Un assessment computerizzato può essere somministrato via internet. In questo modo è possibile raggiungere un campione più vasto e più eterogeneo.
- Lo scoring online. I risultati vengono immediatamente calcolati dal computer facilitando tutta la fase di scoring.

Svantaggi.

- Mancanza di controllo ambientale. Ipotizzando la possibilità di rispondere, ad esempio, da casa emerge il problema di controllare la condizione in cui il soggetto compila l'assessment.
- Computer hardware e software. I computer sono soggetti a problemi che possono compromettere la riuscita dell'assessment o la raccolta dei dati.
- Lo schermo del computer. Per molti compilare un questionario elettronico risulta più faticoso che compilarlo in forma cartacea.

3.4 Ricerca.

3.4.1 Obiettivi.

Si vuole indagare la presenza di eventuali differenze tra la modalità di risposta "checklist" e la modalità di risposta "vero o falso".

Si vuole verificare se la compilazione elettronica del questionario mostra delle differenze rispetto a quella cartacea.

3.4.2 Campione.

Il campione è costituito da 100 partecipanti equamente divisi in due gruppi tutti di sesso femminile.

Il gruppo 1 (questionario cartaceo) è composto da 50 ragazze nubili, provenienti principalmente dalle zone del nord est d'Italia o regioni del centro nord quali l'Emilia Romagna. Sono tutte studentesse a tempo pieno ovvero dichiarano di non svolgere una attività lavorativa. La loro età media è di 21.19 anni (SD 2.12). Il gruppo 2 (questionario elettronico) è composto da 50 ragazze nubili. Anche in questo caso provengono dalle zone del nord est d'Italia o da aree del centro nord. Sono tutte studentesse a tempo pieno tranne due che dichiarano di essere studentesse lavoratrici. La loro età media è di 23.22 anni (SD 1.53).

3.4.3 Strumenti.

Tutti i partecipanti hanno compilato il CBA forma giovani nella versione intermedia composta da 563 item. Il questionario è stato descritto nel 2.

3.4.4 Metodo.

La ricerca è stata condotta su due distinti gruppi di partecipanti: il gruppo 1 a cui è stata somministrata la versione cartacea (C) del questionario e il gruppo 2 che ha compilato la versione elettronica (E) (tab 1).

A tutti i partecipanti prima della compilazione veniva offerta una breve descrizione del questionario. Inoltre veniva chiarito loro che non erano tenuti a compilare le voci relative a dati personali, fatta eccezione per il peso, l'altezza, la data di nascita. Prima della somministrazione a tutti gli studenti è stato fatto firmare il consenso informato.

Il primo gruppo ha compilato il questionario due volte in forma cartacea, la prima rispondendo in modalità "checklist" e la seconda rispondendo in modalità "vero o falso". L'ordine di somministrazione delle due modalità è stato bilanciato entro i partecipanti. Tra le due somministrazioni sono passati 28 giorni.

Nel secondo gruppo, il quale ha compilato la versione elettronica del test, la procedura era la medesima. Vi è da segnalare una differenza è legata al tempo trascorso tra le due somministrazioni. Il 62% ha effettuato la seconda compilazione a distanza di 12 giorni e il restante 38% ha aspettato 7 giorni prima di rispondere nuovamente al questionario. Essendo la somministrazione della versione elettronica vincolata alla disponibilità delle aule informatiche non è stato possibile procedere diversamente.

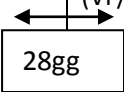
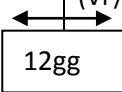
Gruppo 1 (50 N)		Gruppo 2 (50 N)	
Modalità: Checklist Versione: cartacea (CL/C)	Modalità: Vero o Falso Versione: cartacea (VF/C)	Modalità: Checklist Versione: elettronica (CL/E)	Modalità: Vero o Falso Versione: elettronica (VF/E)
			

Tabella 1: suddivisione del campione in due gruppi; ogni soggetto compila nelle due modalità previste la sua versione del test

Per equiparare le due differenti tipologie di risposta abbiamo considerato la risposta segnata nella modalità checklist alla stregua delle risposta vero scelta nella modalità vero o falso. Allo stesso modo gli item lasciati vuoti nella checklist sono codificati come gli item falsi appartenenti all'altra dicotomia. In seguito faremo riferimento al primo tipo di risposta con il termine "risposta positiva" e al secondo con la dicitura "risposta negativa".

Il primo fattore considerato è il gruppo; fattore tra i soggetti a due livelli: somministrazione cartacea e somministrazione elettronica.

Il secondo fattore considerato è la modalità di risposta; fattore entro i soggetti a due livelli: modalità di risposta checklist e modalità di risposta vero o falso.

3.4.5 Risultati

Tempi di compilazione.

Per completare una "checklist" in forma elettronica (CL/E) occorrono in media 29 minuti (SD 6.27) contro i 40 minuti medi della modalità "vero o falso" (VF/E) (SD 8.12). La differenza non cambia nella forma cartacea in cui occorrono in media 30 minuti per compilare la "checklist" (CL/C) (SD 7.27) contro i 37 richiesti dal "vero o falso" (VF/C) (SD 7.27). Considerando le due versioni del questionario non differenziate per tipologia di somministrazione servono in media 30 minuti (SD 6.75) per completare la "checklist" contro i 39 (SD 7.82) necessari in media per la compilazione del "vero o falso". Non differenziando per modalità di risposta i partecipanti impiegano una media di 35 minuti (SD 9.13) per completare la somministrazione elettronica e 34 minuti (SD 8.08) per quella cartacea.

L'analisi di varianze rivela che tra il fattore tipo di somministrazione e il fattore modalità di risposta non vi è interazione significativa. Non è risultato significativo l'effetto principale tipo di somministrazione. L'effetto principale modalità di risposta è significativo ($F=107.6504$; $p<0.01$); serve meno tempo per completare la checklist.

Analisi delle frequenze di risposta nelle diverse versioni del questionario.

In tabella 2 sono riportate le percentuali di risposte positive suddivise tra le varie sezioni del questionario e differenziate tra modalità di risposta checklist e modalità vero o falso.

Dall'analisi del Chi quadrato eseguita su ogni singola sezione del questionario sono risultate significative tutte le sezioni eccetto la prima. In virtù del fatto che i totali di riga sono uguali per le due modalità la significatività è da attribuire alla differente percentuale di risposte positive/negative. Esaminando le percentuali riportate vediamo che nella modalità vero o falso il numero di risposte positive è maggiore.

Modalità risposta	Sezione 1	Sezione 2	Sezione 3	Sezione 4	Sezione 5	Sezione 6	Sezione 7	Sezione 8
CL	19.24%	28.40%	27.03%	27.59%	13.30%	27.86%	13.09%	29.72%
VF	18.90%	31.92%	33.40%	34.62%	19.10%	35.65%	17.21%	41.18%
	Sezione 9	Sezione 10	Sezione 11	Sezione 12	Sezione 13	Sezione 14	Sezione 15	Sezione 16
CL	27.44%	20.66%	28.81%	23.59%	22.29%	16.62%	22.56%	12.19%
VF	34.53%	23.70%	38.59%	30.86%	30.76%	23.23%	31.86%	16.42%

Tabella 2 percentuali di risposte positive suddivise tra le varie sezioni del questionario e differenziate tra modalità di risposta

La variabile modalità di risposta è entro i soggetti quindi è stato possibile eseguire l'analisi delle concordanze di risposta tra i due livelli attraverso il test di McNemar. Come si può vedere in tabella 3 i risultati del Chi Quadrato sono stati confermati.

Sezione	Chi quadro	Significatività	Sezione	Chi quadro	Significatività
1	0.0201	.8873	9	220.8242	.0001
2	49.2834	.0001	10	53.9646	.0001
3	125.0365	.0001	11	201.2462	.0001
4	132.129	.0001	12	218.9845	.0001
5	97.9363	.0001	13	315.8926	.0001
6	184.4622	.0001	14	206.0362	.0001
7	90.2228	.0001	15	160.6877	.0001
8	178.7961	.0001	16	55.7604	.0001

Tabella 3 Valore del test Chi quadrato e significatività ottenuto applicando il test di McNemar alle varie sezioni del questionario

In tabella 4 sono riportate le percentuali di risposte positive suddivise tra le varie sezioni del questionario e differenziate tra la somministrazione cartacea e la somministrazione elettronica.

Dall'analisi del Chi quadrato eseguita su ogni singola sezione del questionario sono risultate significative la sezione 1, la sezione 13 e la sezione 16. In virtù del fatto che i totali di riga sono uguali per le due modalità la significatività è da attribuire alla differente percentuale di risposte positive/negative. Esaminando le percentuali riportate vediamo che nella sezione 1 la percentuale di risposte positive è maggiore nella somministrazione elettronica mentre nelle sezioni 13 e 16 è maggiore nella somministrazione cartacea.

Versione questionario	Sezione 1	Sezione 2	Sezione 3	Sezione 4	Sezione 5	Sezione 6	Sezione 7	Sezione 8
Elettronico	21.19%	30.66%	30.6%	30.81%	17.20%	31.14%	14.18%	35.63%
Cartaceo	16.95%	29.66%	29.83%	31.40%	15.20%	32.38%	16.12%	35.27%
	Sezione 9	Sezione 10	Sezione 11	Sezione 12	Sezione 13	Sezione 14	Sezione 15	Sezione 16
Elettronico	30.56%	21.62%	33.35%	26.46%	25.47%	19.43%	26.78%	12.46%
Cartaceo	31.42%	22.74%	34.05%	27.98%	27.57%	19.92%	27.65%	16.15%

Tabella 4 percentuali di risposte positive suddivise tra le varie sezioni del questionario e differenziate per tipo di somministrazione

Analisi delle scale del CBA forma giovani.

Le analisi condotte sulle scale del CBA forma giovani hanno evidenziato delle differenze tra le condizioni sperimentali. Esse sono state indagate attraverso l'analisi delle varianze a due fattori.

In generale con questa analisi viene confermata la tendenza delle medie a crescere in modalità "Vero o falso".

Vi sono alcune eccezioni tra cui la scala dell'"Ansia di stato" in cui la tendenza è significativamente opposta a quella generale del questionario. Le medie in questa scala crescono nella modalità "Checklist".

Nella scala delle esperienze inusuali risulta significativo l'effetto del tipo di somministrazione. I soggetti ottengono punteggi più elevati compilando il test in forma cartacea.

Nelle scale "Autoapertura" e "Adattamento psicosociale" non è stato trovato nulla di significativo.

In tabella 5 sono riportate tutte le medie e le deviazioni standard.

Scale	E_CL	E_V/F	C_CL	C_V/F
Comportamento alimentare	3,86 (2.60)	5,31 (3.00)	3,98 (2.46)	4,79 (2.79)
Comportamento antisociale	5,68 (3.05)	7,20 (3.66)	5,46 (2.62)	7,44 (3.65)
Comportamento di aggregazione	1,70 (1.05)	2,11 (0.99)	1,80 (1.63)	2,30 (1.40)
Dipendenza da internet	1,26 (1.52)	1,67 (1.68)	1,12 (1.36)	1,65 (1.50)
Ansia di stato	2,06 (1.87)	1,44 (1.94)	2,08 (2.07)	1,14 (1.72)
Auto apertura	4,74 (1.93)	5,21 (2.43)	4,66 (1.88)	5,00 (2.04)
Rischio psichiatrico	1,98 (2.17)	3,07 (3.44)	2,88 (3.20)	3,89 (3.63)
Instabilità emotiva	3,76 (3.67)	5,83 (4.62)	4,50 (4.32)	6,20 (5.08)
Esperienze inusuali	0,20 (0.53)	0,30 (0.58)	0,44 (0.67)	0,38 (0.67)
Sensation seeking	1,92 (1.98)	3,14 (2.37)	2,18 (1.78)	3,08 (2.27)
Aggressività	3,54 (2.04)	5,31 (2.90)	2,78 (1.94)	4,48 (2.64)
Disturbi psicofisiologici	0,70 (0.81)	1,00 (1.08)	0,09 (0.91)	1,28 (1.14)
Adattamento psicosociale	16,28 (4.37)	18,30 (3.12)	15,82 (3.54)	18,18 (3.07)
Benessere psicofisico	7,24 (3.18)	9,97 (2.73)	7,42 (2.53)	9,60 (2.65)

Tabella 5 Medie (deviazione standard) di ogni scala suddivise per tipo di somministrazione e modalità di risposta

Legenda: E_CL: forma elettronica e risposta Checklist; E_V/F: forma elettronica e risposta vero o falso; C_CL: forma cartacea e risposta Checklist; C_V/F: forma cartacea e risposta vero o falso

La scala del comportamento alimentare non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l'effetto principale della modalità di risposta ($F=19.1588$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello "checklist" al livello "vero o falso". L'effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala del comportamento antisociale non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l'effetto principale

della modalità di risposta ($F=18.5442$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello “checklist” al livello “vero o falso”. L’effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala del comportamento di aggregazione non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l’effetto principale della modalità di risposta ($F=13.0568$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello “checklist” al livello “vero o falso”. L’effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala della dipendenza da internet non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l’effetto principale della modalità di risposta ($F=18.7294$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello “checklist” al livello “vero o falso”. L’effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala dell’ansia di stato non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l’effetto principale della modalità di risposta ($F=13.2246$; $p<0.01$) con un andamento decrescente dal livello “checklist” al livello “vero o falso”. L’effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala dell’autoapertura non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. L’effetto principale modalità di risposta non è significativo. L’effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala del rischio psichiatrico non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l’effetto principale della modalità di risposta ($F=17.7434$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello “checklist” al livello “vero o falso”. L’effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala dell’instabilità emotiva non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l’effetto principale della modalità di risposta ($F=14.7952$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello “checklist” al livello “vero o falso”. L’effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala delle esperienze inusuali non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. L’effetto principale modalità di risposta non

è significativo. È significativo l'effetto principale tipo di somministrazione ($F=11.420$; $p<0.01$) con la tendenza ad ottenere punteggi più alti nella versione cartacea.

La scala del sensation seeking non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l'effetto principale della modalità di risposta ($F=25.6656$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello "checklist" al livello "vero o falso". L'effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala dell'aggressività non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l'effetto principale della modalità di risposta ($F=46.8248$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello "checklist" al livello "vero o falso". L'effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala dei disturbi psicofisiologici non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l'effetto principale della modalità di risposta ($F=46.8248$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello "checklist" al livello "vero o falso". L'effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala dell'adattamento psicosociale non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. L'effetto principale modalità di risposta non è significativo. L'effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

La scala dei disturbi psicofisiologici non presenta effetto interazione tra la variabile modalità di risposta e la variabile tipo di somministrazione. È significativo l'effetto principale della modalità di risposta ($F=35.4125$; $p<0.01$) con un andamento crescente dal livello "checklist" al livello "vero o falso". L'effetto principale tipo di somministrazione non è significativo.

3.5 Discussione.

Dai risulta emerge chiaramente la tendenza dei partecipanti di fornire un minor numero di risposte positive quando compilano il questionario nella modalità di risposta checklist piuttosto che in quella vero o falso. Una minore frequenza di risposte positive genera come conseguenze dei punteggi più bassi alle scale del CBA forma giovani. Una possibile linea interpretativa del fenomeno può essere sviluppata a partire dalle considerazioni di Kline (1996) e Cioffi (1999) sugli item a risposta dicotomica. Gli studiosi sostengono che un item dicotomico rispetto a una scala likert obbliga il compilante a forzare la sua risposta in direzione della polarità che più si avvicina al suo giudizio soggettivo sulla questione. In questo senso, il partecipante che legge l'item si sente "più in accordo che in disaccordo" con quanto letto, non potendo scegliere un gradino intermedio tra le due polarità, siglerà l'item come vero. La nostra ipotesi è che la checklist rappresenti un caso particolare di item dicotomico la quale condivide con essi la possibilità di scelta limitata a due casi ma elimina il bias della forzatura. Potremmo pensare agli item marcati nella checklist come a un sottoinsieme degli item a cui il partecipante ha risposto vero nella modalità vero o falso. Sottoinsieme formato da tutte quelle affermazioni verso cui il partecipante si sente pienamente d'accordo. La checklist concede la possibilità di raccogliere solo quelle informazioni ipoteticamente rappresentative del paziente escludendo quelle che lo sono solo parzialmente. Nella pratica questo fenomeno non cambia l'orientamento delle scale e i conseguenti elementi di criticità ad esse legate. Tuttavia facendo esplicito riferimento al CBA forma giovani, di cui la lettura dei singoli item critici è uno degli elementi chiave, ottenere una selezione puntuale degli item maggiormente rappresentativi appare come un elemento cruciale.

Tra la somministrazione cartacea e quella elettronica non sono emerse differenze significative. A priori esse non erano ipotizzabili considerata l'omogeneità del setting di compilazione e l'età dei partecipanti. I cartacei sono stati compilati a lezione e le versioni elettroniche in aula computer e in entrambi i casi l'anonimato è stato garantito. Il problema

classico riscontrabile nelle somministrazioni elettroniche è che il compilante risponda da casa sua. In questa circostanza è plausibile che non presti completa attenzione alla prova, che la interrompa per poi riprenderla, che sia distratto da terzi o che si rivolga a questi per dei suggerimenti. Eliminando tutti questi possibili bias rimane solo la mera differenza del mezzo. Poiché la popolazione a cui è stato somministrato il questionario appartiene tutta a una generazione la quale possiede un ottimo grado di dimestichezza con il computer come conseguenza non dovrebbe trovare alcuna difficoltà verso questo di compilazione.

4. Validazione del CBA young form (CBA-Y)

4.1 Il CBA Young form - la versione definitiva.

La versione definitiva del questionario è composta da 500 item (appendice 1). La versione maschile e quella femminile si differenziano per la declinazione degli aggettivi in accordo con il genere del compilante e contengono gli stessi item. Rispetto alle versioni precedenti sono spariti gli item specifici per uno dei due generi (vedi capitolo 2).

All'inizio del questionario è prevista la raccolta dei dati anagrafici e di peso e altezza per ricavare l'indice di massa corporea (BMI; WHO, 1995) utile all'identificazione dei problemi alimentari o nel caso dei follow up a rilevare le oscillazioni nel peso del paziente. Questo dato è rilevante per diversi tipi di diagnosi, non solo per quanto riguarda i disturbi alimentari ma si pensi come esempio ai disturbi dell'umore dove uno dei criteri del DSM-IV è significativa **perdita di peso** (Kendler & Gardner, 1998), senza essere a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese).

Viene inoltre chiesto di riportare l'ora di inizio e di fine compilazione per ottenere la misura del tempo impiegato per rispondere a tutto il questionario. Questa informazione è utile per valutare la bontà delle risposte in quanto un tempo troppo breve potrebbe indicare una lettura superficiale degli item mentre il contrario potrebbe essere indice di disattenzione o di una impostazione del partecipante ponderare eccessivamente le risposte anziché basandosi sulla prima impressione dell'item, come necessario nella modalità di risposta checklist (vedi capitolo 3.2).

I 500 item sono raccolti in 16 sezioni dal contenuto omogeneo.

Sezione 1, riguarda lo stato emotivo al momento della compilazione del test: ansia, collera, disforia; es. "Sono abbastanza tranquillo".

Sezione 2, riguarda fatti salienti dalla nascita ai 14 anni con particolare attenzione alle relazioni di attaccamento, es. "I ricordi della mia infanzia sono molto belli".

Sezione 3, indaga la percezione dello stile genitoriale ed i rapporti attuali con genitori, fratelli ed altri familiari, es. “Nella mia famiglia ognuno può parlare liberamente dei suoi problemi”, “Vorrei tanto somigliare a mia madre”.

Sezione 4, esplora la sfera scolastica, es. “Vado d’accordo con i miei compagni di scuola”.

Sezione 5, riguarda atteggiamenti verso il lavoro e eventuali esperienze di lavoro occasionale o abituale, es. “Cercherò di lavorare il meno possibile”, “Penso che i figli intralcino la carriera professionale”.

Sezione 6, esplora la sfera amicale, es. “Mi è abbastanza facile farmi degli amici”.

Sezione 7, riguarda sia la sfera sentimentale sia quella propriamente sessuale, es. “E’ bello avere avventure con molti ragazzi”, “Se una persona mi piace prendo io l’iniziativa”, “La mia vita sessuale è fatta soltanto di fantasie”.

Sezione 8, indaga le competenze sociali in rapporto ad estranei e persone con le quali non si ha confidenza, es. “Non sopporto che qualcuno mi dia ordini”, “I rapporti con gli altri sono spesso per me fonte di tensione”.

Sezione 9, esplora la sfera ludica, gli hobby, gli interessi e le attività sportive, es. “Mi piace molto viaggiare e conoscere posti nuovi”, “Passo molto tempo davanti al computer”.

Sezione 10, esamina le abitudini di vita e possibili comportamenti a rischio, es. “Mi sveglio spesso durante la notte e fatico a riaddormentarmi”, “La maggior parte dei miei amici si droga”, “A volte bevo per stordirmi un po’”.

Sezione 11, indaga esperienze comuni che possono provocare ansia o paura, es. “Dormire al buio”, “Sentirmi respinto o rifiutato dagli altri”.

Sezione 12, esamina convinzioni e stereotipi comuni, es. “La vita merita di essere vissuta”, “Il successo nella vita si misura dai soldi”.

Sezione 13, valuta tratti di personalità, es. “Sono una persona molto insicura”, “Ho frequenti sbalzi d’umore”.

Sezione 14, riguarda l’attenzione per la propria salute e la condizione fisica, es. “Mi sentirei meglio se fossi più magra”, “A volte ho la sensazione che il cuore perda battiti”.

Sezione 15, approfondisce opinioni e punti di vista, es. “Anche se si è bevuto un po’ si può guidare bene”, “Mi piace indossare vestiti che attirino l’attenzione”.

Sezione 16, riguardano esperienze particolari o inusuali che potrebbero rappresentare indicatori di rischio, es. “Sono stato molto vicino al suicidio”, “Ho rubato degli oggetti più per il piacere di farlo che per necessità”.

La suddivisione in sezioni serve solo a dare una struttura al questionario ma non vengono calcolati dei punteggi relativi a esse.

4.2 Le scale CBA-Y

Il CBA-Y prevede il calcolo dei punteggi per 11 scale. Si tratta delle scale già citate nel capitolo inerente il CBA forma giovani. Il nome è stato cambiato perché le etichette precedentemente assegnate a queste scale sembravano poco rappresentativi del loro contenuto. Di seguito vengono descritte le singole scale e nelle tabelle relative a ciascuna di esse viene presentata la distribuzione dei punteggi suddivisa per genere.

Scala 1 – Stato emotivo. E' composta da 11 item, i primi 11 della Sezione 1; indica lo stato emotivo del soggetto al momento della compilazione del test (ansia, collera, preoccupazione, tensione, tranquillità, tristezza). E' una scala di controllo e assolve al medesimo ruolo della Scheda 2 della Batteria CBA-2.0 (STAI-X1); questa nuova ci pare preferibile e più evoluta perché esplora più polarità emozionali e non solo l'ansia.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 1; un punteggio basso indica che il test è stato compilato in una situazione di serenità, dunque nelle condizioni ottimali. Un punteggio elevato deve portare ad interrogarsi sul perché di uno stato emotivo alterato ed autorizza il sospetto che molte risposte nel corso del test possano essere poco accurate.

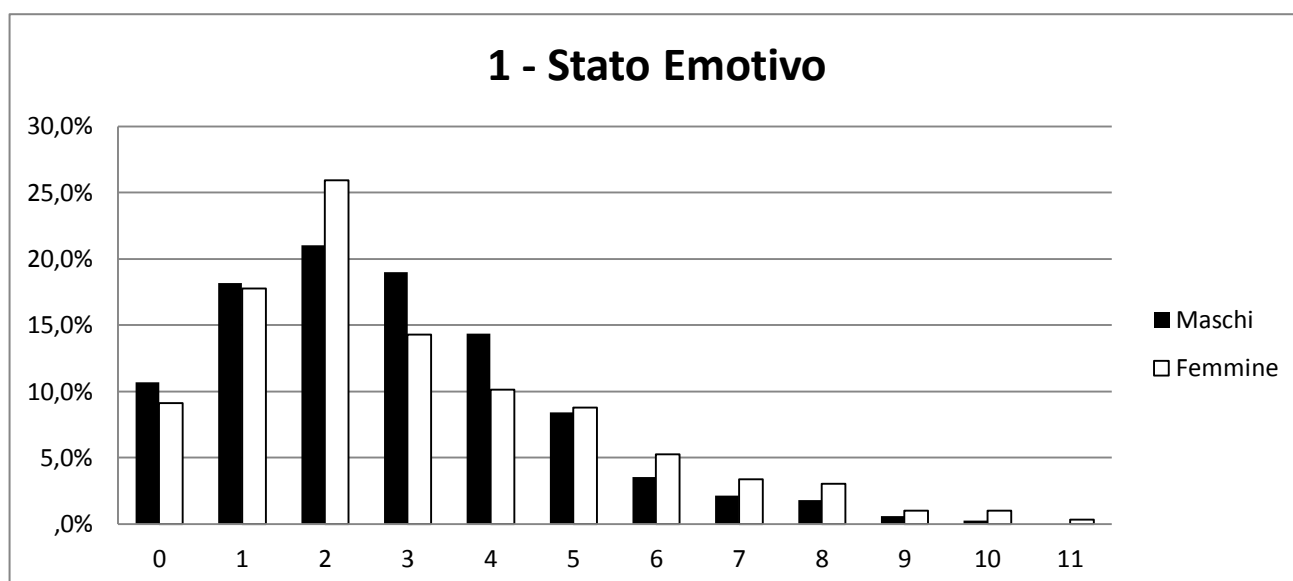


Figura 1 CBA – G - Scala 1 – Stato emotivo: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 2 – Indice di autoapertura. L'indice è costituito da 7 item, disseminati in varie sezioni del test. Ognuno degli item descrive comportamenti estremamente comuni, ma deplorabili sul piano etico o sociale (es. 120 – "Pur di ottenere ciò che desidero qualche volta mento"). Si tratta di una scala che misura quanto la persona che compila il questionario sia disposta a fornire informazioni personali che potrebbero metterla sotto una cattiva luce; sostituisce la scala EPQ-L della Batteria CBA-2.0, rispetto alla quale ci pare più moderna e adeguata alla popolazione giovanile.

Un punteggio molto basso autorizza il sospetto che il soggetto menta o risponda in maniera reticente per presentarsi in luce favorevole. Sarà dunque opportuno considerare non valido il test o almeno prendere le risposte con 'beneficio d'inventario'. Il consiglio è di riconsiderare le modalità tradizionali di esame psicodiagnostico e procedere ad un assessment che o ignori o moderi il peso delle informazioni fornite dal paziente nei colloqui clinici e nei test psicodiagnostici.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 2.

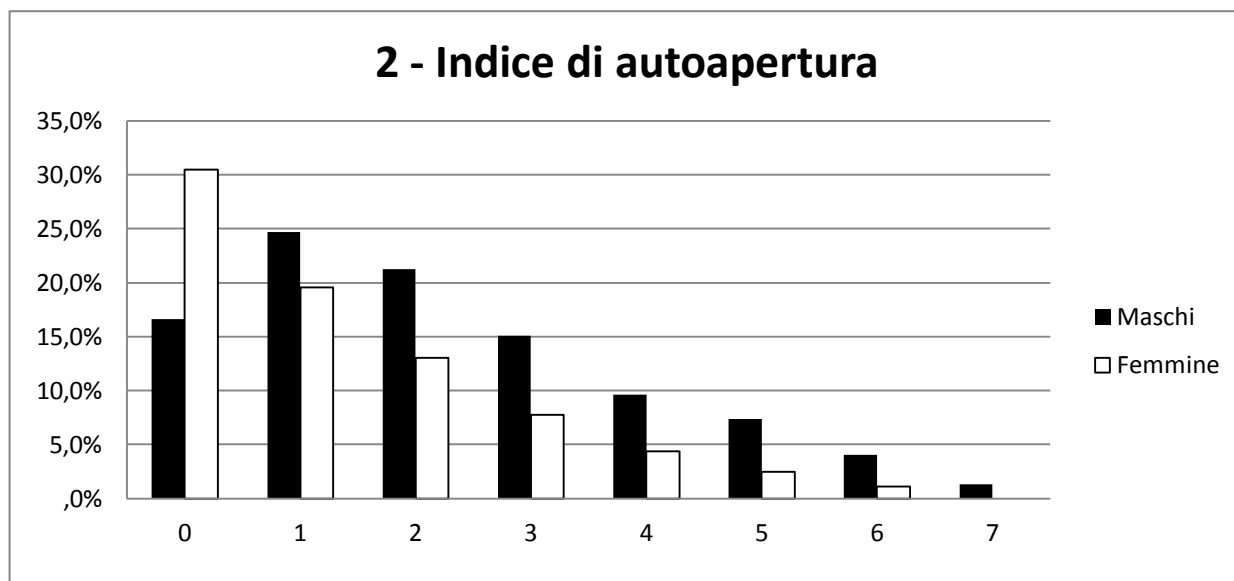


Figura 2 Scala 2 – Indice di autoapertura: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 3 – Uso di droghe ed esperienze inusuali. E' composta da 13 item, disseminati lungo diverse sezioni del test. Gli item descrivono esperienze molto poco frequenti, alcune indicative di sofferenza e disagio psicologico, altre di atteggiamenti e comportamenti forieri di rischi (es. 27 - Sono scappato di casa per almeno una notte; 231 - Ho provato delle droghe pesanti; 479 - In questo periodo mi accadono cose spaventose). Ciascuno di tali item può meritare approfondimenti. Non ha corrispondenti nelle scale della Batteria CBA-2.0 ed assolve in parte alla funzione dell'indice Item Critici.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 3; come si può vedere è fortemente asimmetrica: due terzi dei soggetti non dichiara nessuna delle esperienze descritte e pochi hanno un punteggio superiore all'unità. Il punteggio 3 (corrispondente al 95° percentile) deve essere considerato un segnale di allarme; ciò non toglie che qualsiasi punteggio diverso da zero meriti attenzione ed approfondimento nel corso dei colloqui successivi.

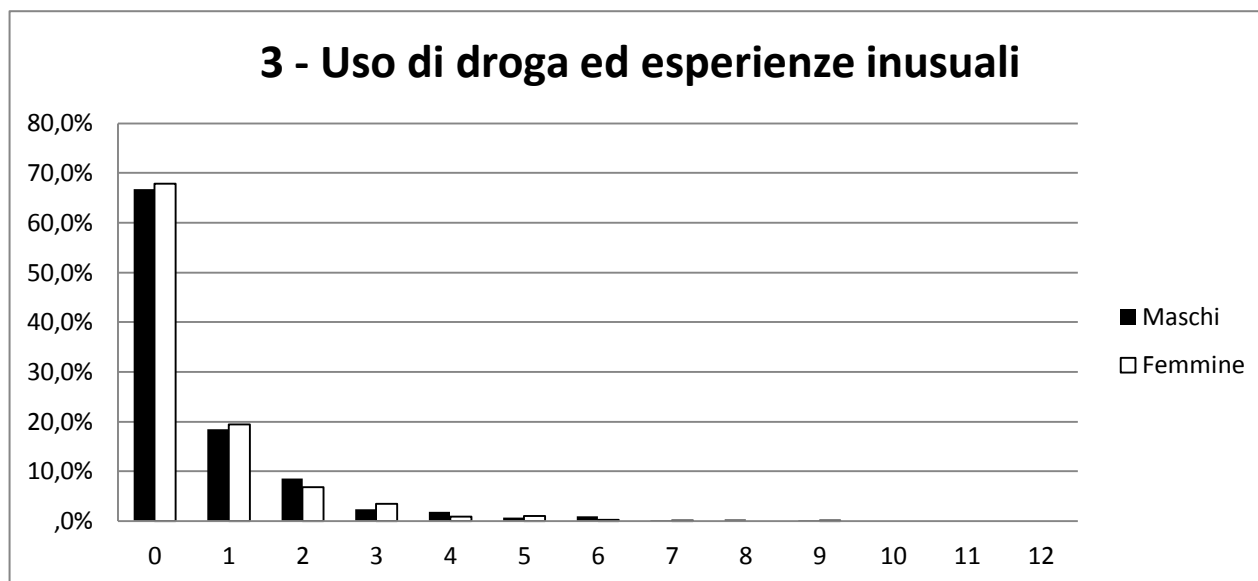


Figura 3 Scala 3 - Uso di droghe ed esperienze inusuali: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 4 – Rischio psicopatologico. E' composta da 30 item, che ammettono la presenza di problemi psicologici, disforia, ideazione suicidaria, ideazione persecutoria, esperienze dissociative (es. 322 - Nella mia vita ho sbagliato quasi tutto; 366 - Credo di avere dei problemi psicologici; 486 - Sono stato molto vicino al suicidio). Un punteggio elevato deve indurre ad approfondimenti in relazione al rischio o alla presenza dei disturbi psicologici e psichiatrici frequenti a tale età.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 4; come è logico attendersi, anche in questo caso la distribuzione è fortemente asimmetrica e costringe a preferire il ricorso ai ranghi percentili per lo scoring.

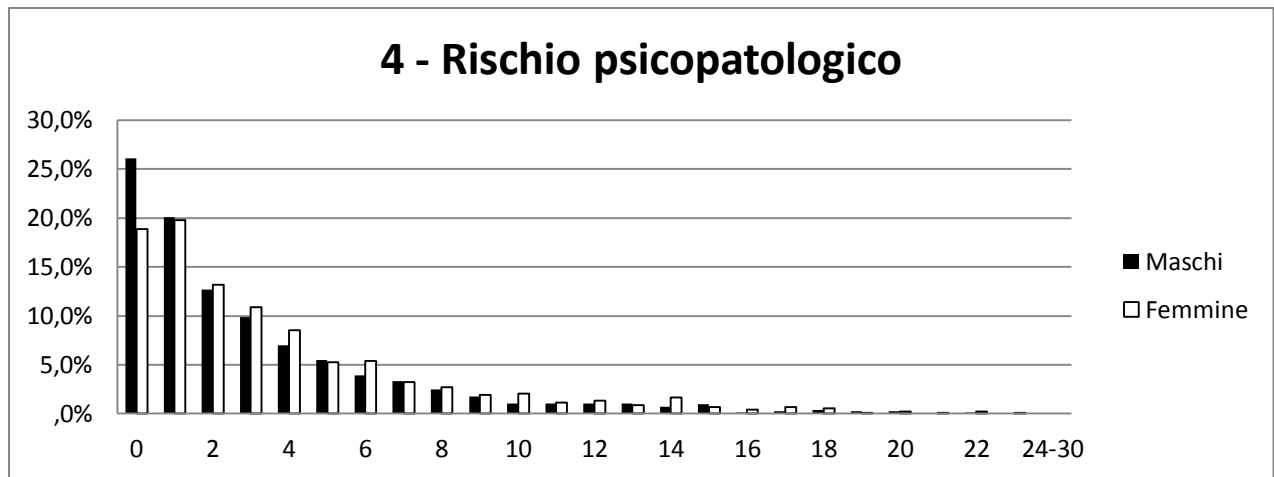


Figura 4 Scala 4 – Rischio psicopatologico: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 5 – Amore per il rischio e ricerca di sensazioni forti. E' composta da 16 item, che descrivono amore per l'azzardo e il proibito, la tendenza alla ricerca di forti sensazioni e stati d'euforia, l'uso strumentale di alcol e sostanze (es. 358 - Certe cose mi piacciono proprio perché proibite; 458 - Le cose rischiose sono anche le più divertenti). Non ha corrispondenti nella Batteria CBA-2.0 e valuta un costrutto rilevante particolarmente nell'adolescenza e nella prima età giovanile, giacché connesso con lo sviluppo di condotte imprudenti (ad es. alla guida), trasgressione di regole sociali, assunzione di sostanze euforizzanti. Non rappresenta una vera e propria condizione problematica ma può suggerire la presenza di comportamenti che mettono a rischio il paziente o chi lo circonda. Punteggi elevati devono essere interpretati con attenzione e devono indurre lo psicologo ad approfondimenti appropriati.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 5.

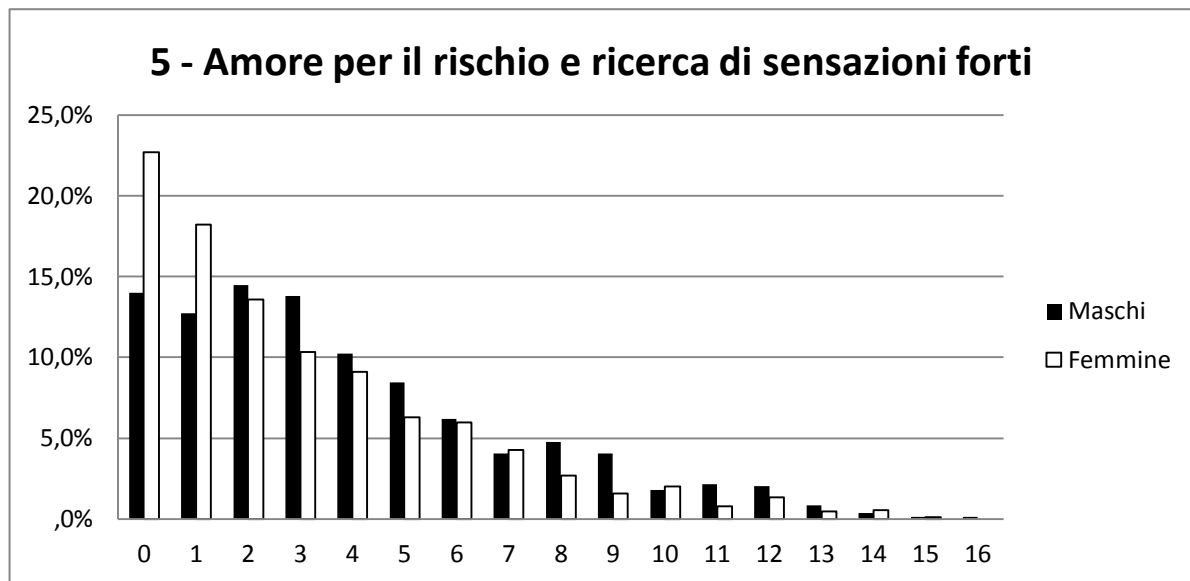


Figura 5 Scala 5 – Amore per il rischio e ricerca di sensazioni forti: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 6 – Benessere. E' composta da 16 item, che descrivono benessere psicologico e fisico, serenità e senso di sicurezza (es. 361 - Mi sento in forma; 369 - Ho fiducia in me). Questa scala fa riferimento alla percezione soggettiva di stare "bene con se stessi".

E' una scala di benessere e pertanto un punteggio elevato esprime un grado elevato di benessere, mentre un punteggio particolarmente basso deve suscitare attenzione e stimolare approfondimenti psicologici opportuni.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 6. Il punteggio 4 corrisponde al 25° percentile; punteggi 4 (o più bassi) possono essere considerati indicativi di livelli insufficienti di benessere psicologico o fisico.

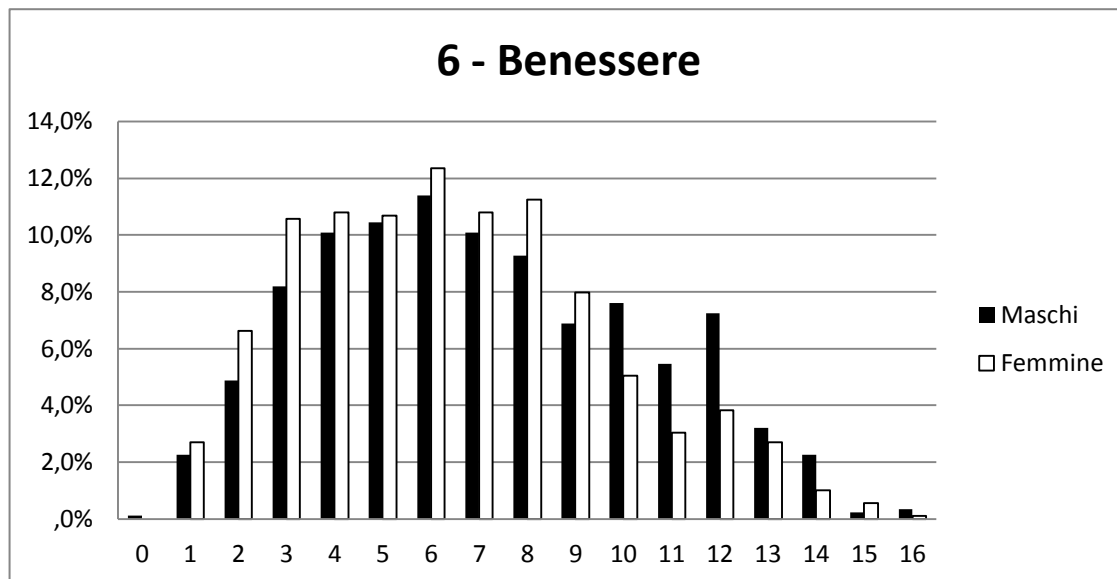


Figura 6 Scala 6 – Benessere: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 7 – Adattamento psicosociale. E' composta da 20 item, che descrivono un clima familiare sereno, buone relazioni con i pari, un buon rapporto con la sessualità (38 - Nella mia famiglia ognuno può parlare liberamente dei suoi problemi; 111 - Mi è abbastanza facile farmi degli amici; 326 - La vita merita di essere vissuta). Anche in questo caso un punteggio elevato indica un buon adattamento psicologico e sociale, mentre un punteggio basso può determinare allarme.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 7. Punteggi corrispondenti al 10° percentile (o più bassi) corrispondono al cut-off di attenzione, per un livello di adattamento problematico, che suggeriamo.

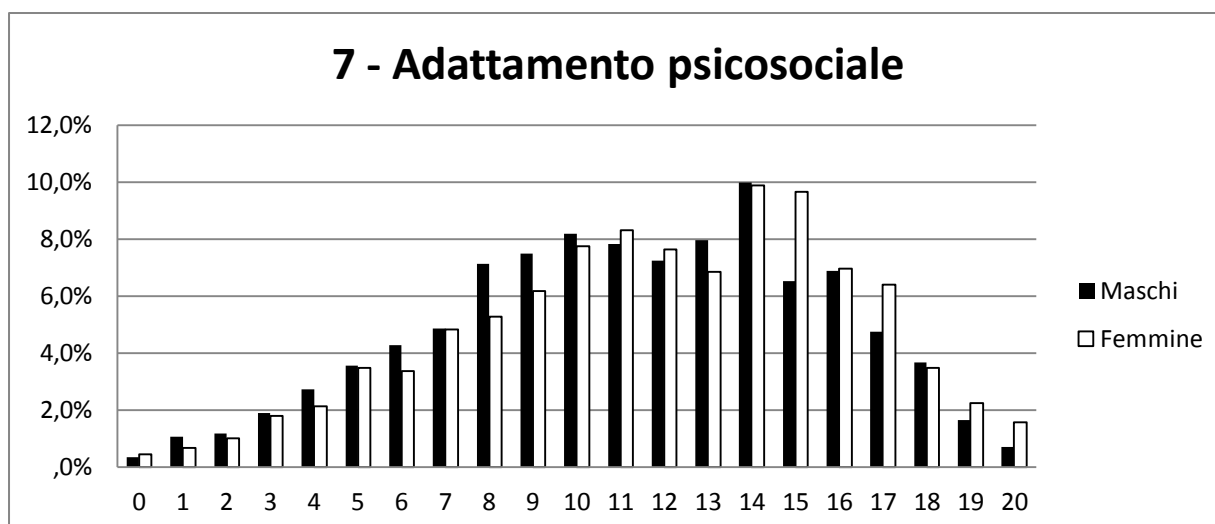


Figura 7 Scala 7 – Adattamento psicosociale: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 8 – Ansia e instabilità emotiva. E' composta da 24 item, che descrivono svariate forme di attivazione emozionale (es. 351 - Sono facilmente irritabile; 375 - Mi agito anche per cose di poco conto; 446 - Spesso mi sento un nodo in gola). Fa le veci della scala N dell'EPQ nella Batteria CBA-2.0. Un punteggio elevato fa temere la presenza di disturbi emozionali sul versante dell'ansia o dell'umore oppure il rischio che possano svilupparsi facilmente nel futuro, a fronte di eventuali difficoltà di vita.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 8. Il punteggio 15 corrisponde al 95° percentile e deve essere interpretato come cut-off critico e promuovere appropriati approfondimenti, mentre già punteggi oltre il 75° percentile meritano attenzione.

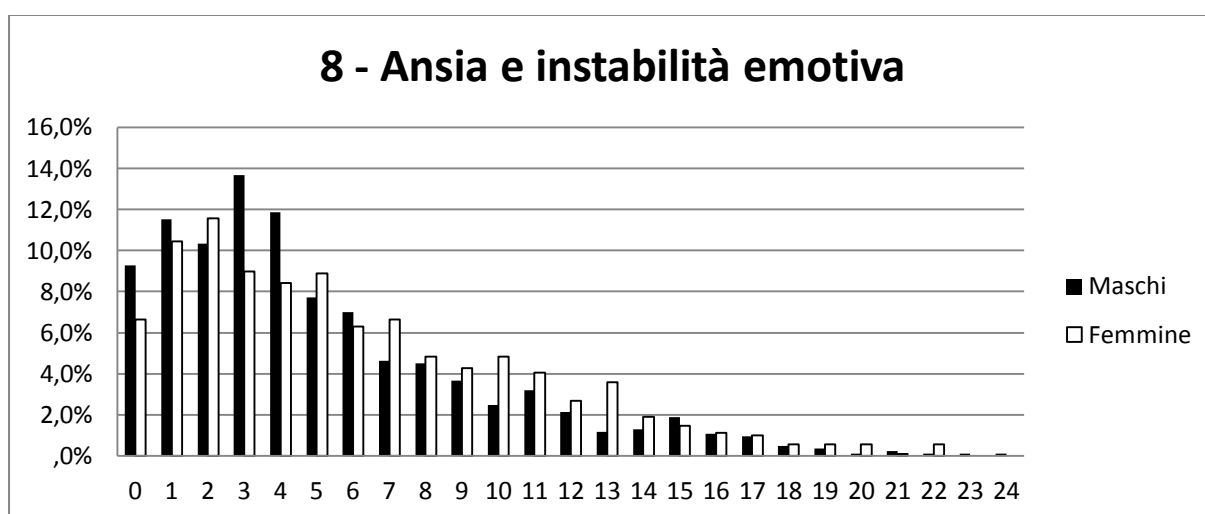


Figura 8 Scala 8 – Ansia ed instabilità emotiva: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 9 – Caratteristiche e comportamenti antisociali. E' composta da 38 item attinenti ad insofferenza per le regole e l'autorità, scarsa empatia e prosocialità, prepotenza e condotte aggressive (es.167 - Qualche volta provo gusto a far del male alle persone a cui sono affezionato; 312 - Per sopravvivere bisogna essere furbi e non farsi fregare; 393 - Mi piace commettere piccoli furti). Un punteggio elevato merita approfondimenti, anche attraverso il ricorso ad osservatori credibili. Si tratta di caratteristiche che comunemente regrediscono con l'età o si evolvono in direzioni adattive, tuttavia esiste il rischio che, a fronte di eventuali difficoltà di vita futura o di un milieu sociale inadeguato, possano dar luogo a comportamenti aggressivi, a condotte antisociali, a problemi di disadattamento scolastico, lavorativo e sociale.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 9.

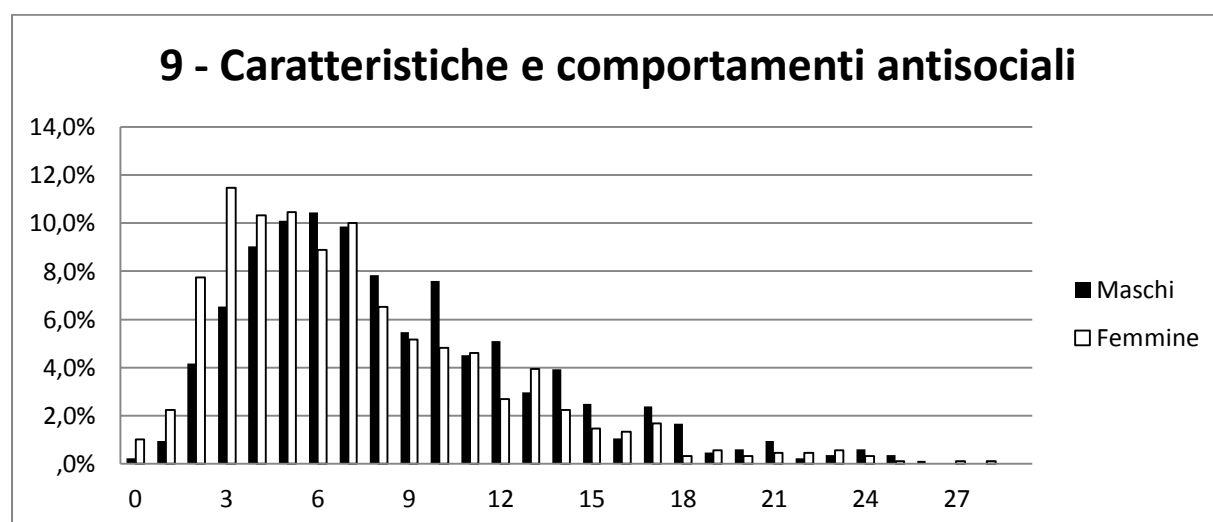


Figura 9 Scala 9 - Caratteristiche e comportamenti antisociali: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere

Scala 10 – Irritabilità, aggressività e ostilità. E' composta da 14 item e descrive caratteristiche di facile irritabilità, suscettibilità alla collera e scarso controllo su comportamenti aggressivi (es. 126 - Quando qualcuno non si comporta come vorrei, vado su tutte le furie; 186 - Perdo facilmente la pazienza con quelli che vogliono comandare; 357 - Basta poco per farmi esplodere).

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 10.

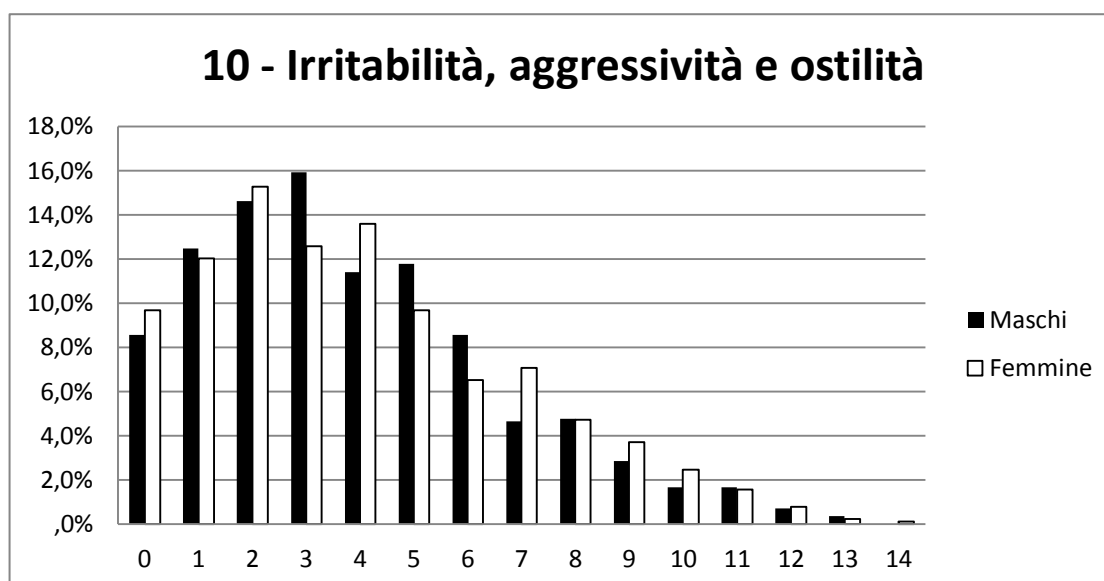


Figura 10 Scala 10 – Irritabilità, aggressività e ostilità: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

Scala 11 – Manifestazioni psicofisiologiche. E' composta da 10 item, che descrivono comuni manifestazioni di attivazione psicofisiologica e disturbi psicofisiologici (es. 423 - Ho spesso bruciori o acidità di stomaco; 436 - Mi gira spesso la testa). Si possono ravvisare corrispondenze con la scheda 6 (QPF) della Batteria CBA-2.0.

Un punteggio elevato deve indurre a considerare, da una parte, l'eventualità di una insufficiente capacità di elaborazione dello stress e delle emozioni conflittuali, dall'altra caratteristiche di iper-reattività psicosomatica.

La distribuzione dei punteggi è raffigurata nella Figura 11; come si vede la distribuzione è fortemente asimmetrica e più della metà dei soggetti non indica alcun item. Un punteggio 0 va dunque interpretato a conforto di un punteggio di alto benessere (Scala 6) mentre punteggi elevati dovrebbero stimolare l'approfondimento nei colloqui successivi e attenzione alla condizione medica.

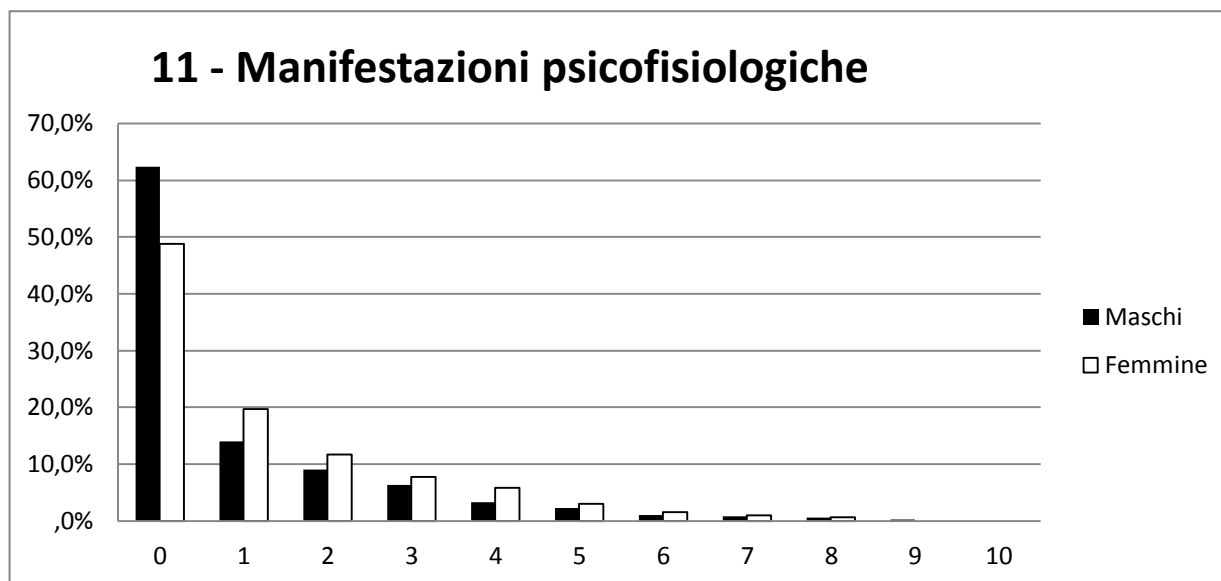


Figura 11 Scala 11 – Manifestazioni psicofisiologiche: distribuzione dei punteggi del gruppo di riferimento distinto per genere.

4.3 La ricerca

4.3.1 Gruppo normativo.

Il gruppo di riferimento, per la versione attuale del CBA-Y, è composto da 1732 ragazzi, 842 maschi (48,6%) e 890 femmine (51,4%) di età compresa tra 14 e 25 anni (Tabella 6). E' un gruppo di comunità, reclutato su base volontaria in scuole, luoghi di lavoro e altri contesti presumibilmente 'normali'; il 92% risiede nel Nord-Italia.

Età	14-16	17-19	20-22	23-25	Totale
Maschi	195 (24,3%)	450 (56,1%)	106 (13,2%)	51 (6,4%)	802 (48,4%)
Femmine	187 (21,8%)	455 (53,2%)	100 (11,7%)	114 (13,3%)	856 (51,6%)
Totale	382 (23,0%)	905 (54,6%)	206 (12,4%)	165 (10%)	1658 (100%)

Tabella 6 Gruppo di riferimento: distribuzione dei soggetti per genere e 4 classi di età (numerosità e percentuali).

4.3.2 Metodo.

I questionari sono stati somministrati individualmente o in gruppo. Durante la compilazione di tutti i questionari, sia che questa fosse individuale o collettiva, era presente almeno un operatore per chiarire eventuali dubbi e raccogliere eventuali critiche che avessero come soggetto il CBA-Y. La partecipazione di ogni intervistato è avvenuta su base volontaria e prima della somministrazione esso era tenuto a compilare il consenso informato. Ogni questionario era anonimo e i partecipanti potevano rifiutare di compilare la scheda relativa ai dati anagrafici, peso, altezza e percorso scolastico. Ove necessario per operare il confronto con l'MMPI (Hathaway & McKinley, 1967) i partecipanti erano istruiti a siglare il questionario con un codice che non permetteva in alcun modo di risalire all'identità del compilante ma solo di appaiare i due questionari.

I dati raccolti durante le differenti sedute di somministrazione sono stati successivamente raggruppati per costituire un unico data base su cui sono state effettuate le seguenti analisi.

4.3.3 Differenze di genere e di età tra le scale.

Attraverso l'analisi della varianza è stata calcolata la presenza di eventuali differenze di genere all'interno delle varie scale. Allo stesso modo si è misurato se vi fossero differenze tra le varie fasce d'età prese in esame. I fattori indagati sono il genere e l'età suddivisa nei gruppi dai 14 ai 16 anni, dai 17 ai 19 anni, dai 20 ai 22 anni e dai 23 ai 25 anni. Entrambe sono variabili tra i soggetti. La statistica utilizzata è l'analisi della varianza a due fattori a due livelli (2X2).

Dall'analisi emerge che la scala "Stato Emotivo" presenta punteggi differenti tra le varie fasce d'età rappresentate ($F_{(3,1658)}=8.32$; $p<0.001$; $\eta^2=0.02$). In dettaglio l'analisi Post Hoc LSD rivela che i partecipanti tra i 14 e i 16 anni ottengono punteggi significativamente più bassi di quelli compresi tra i 17 e i 19 anni. I partecipanti tra i 17 e i 19 anni ottengono punteggi significativamente più alti anche rispetto la fascia d'età compresa tra i 23 e i 25 anni.

L'"Indice di autoapertura" è significativamente maggiore nei maschi rispetto al campione femminile ($F_{(1,1658)}=11.30$; $p<0.001$; $\eta^2=0.01$).

L'"Uso di droghe e le esperienze inusuali" sono significativamente maggiori nei maschi ($F_{(1,1658)}=4.65$; $p<0.05$; $\eta^2=0.01$).

Il "Rischio psicopatologico" non è differente tra i generi ma si differenzia tra le fasce d'età ($F_{(3,1658)}=4.84$; $p<0.01$; $\eta^2=0.01$). In dettaglio l'analisi Post Hoc LSD rivela che i partecipanti tra i 14 e i 16 anni soffrono un rischio maggiore di quelli compresi tra i 23 e i 25. I partecipanti tra i 17 e i 19 soffrono un rischio maggiore rispetto a quelli tra i 20 e i 22 e quelli tra i 23 e i 25.

L'"Amore per il rischio" è maggiore nei maschi ($F_{(1,1658)}=27.32$; $p<0.001$; $\eta^2=0.02$). L'interazione tra il genere e le fasce d'età è significativa ($F_{(3,1658)}=3.56$; $p<0.05$; $\eta^2=0.01$).

All'aumentare dell'età i punteggi cambiano in relazione al genere dei partecipanti.

Il "Benessere psicofisico" è maggiore nei maschi ($F_{(1,1658)}=8.70$; $p<0.01$; $\eta^2=0.01$). Questa scala inoltre si differenzia tra le fasce d'età ($F_{(3,1658)}=8.18$; $p<0.001$; $\eta^2=0.02$). In dettaglio i partecipanti tra i 14 e i 16 anni di età ottengono punteggi superiori a quelli di età compresa tra i 17 e i 19. I partecipanti tra i 17 e i 19 anni inoltre ottengono punteggi più bassi rispetto a quelli tra i 20 e i 22 e quelli tra i 23 e i 25.

L'"Adattamento psicosociale" è maggiore nelle femmine ($F_{(1,1658)}=8.59$; $p<0.01$; $\eta^2=0.01$). Questa scala inoltre si differenzia tra le fasce d'età ($F_{(3,1658)}=21.77$; $p<0.001$; $\eta^2=0.04$). In dettaglio i partecipanti tra i 14 e i 16 anni d'età ottengono punteggi maggiori rispetto a quelli

compresi tra i 17 e i 19 anni e minori di quelli con età compresa tra 23 e 25 anni. I partecipanti tra i 17 e i 19 inoltre ottengono punteggi minori rispetto ai partecipanti tra i 20 e i 22 e tra i 23 e 25. Infine i partecipanti tra i 20 e i 22 anni ottengono punteggi minori rispetto ai partecipanti tra i 23 e i 25 anni. Vi è interazione tra il genere l'età dei partecipanti ($F_{(3,1658)}=3.69$; $p<0.05$; $\eta^2=0.01$). Al crescere dell'età i punteggi cambiano in maniera diversa tra maschi e femmine.

L'"Instabilità emotiva" è maggiore nelle ragazze ($F_{(1,1658)}=6.04$; $p<0.05$; $\eta^2=0.01$). Vi è differenze per quanto riguarda i punteggi ottenuti nelle diverse fasce d'età ($F_{(3,1658)}=7.54$; $p<0.001$; $\eta^2=0.01$). In dettaglio i partecipanti tra i 14 e i 16 anni ottengono punteggi maggiori rispetto a quelli di età compresa tra i 23 e i 25 anni. I partecipanti tra i 17 e i 19 anni ottengono punteggi più alti rispetto a quelli tra i 20 e i 22 anni e quelli tra i 23 e i 25 anni.

Le "Caratteristiche e comportamenti antisociali" sono più marcate nei maschi ($F_{(1,1658)}=23.67$; $p<0.001$; $\eta^2=0.01$). I punteggi differiscono tra le fasce d'età ($F_{(3,1658)}=9.21$; $p<0.001$; $\eta^2=0.01$). In dettaglio i partecipanti tra i 14 e i 16 anni ottengono punteggi maggiori rispetto a quelli tra i 23 e i 25 anni. I partecipanti tra i 17 e i 19 ottengono punteggi maggiori rispetto a quelli tra i 20 e i 22 e tra i 23 e i 25. I partecipanti tra i 20 e i 22 ottengono punteggi maggiori rispetto a quelli tra i 23 e i 25. Tra il genere e l'età vi è un'interazione significativa ($F_{(3,1658)}=3.44$; $p<0.05$; $\eta^2=0.01$). Al crescere dell'età i punteggi cambiano diversamente tra i due generi.

L'"Irritabilità, l'aggressività e l'ostilità" dei partecipanti varia tra le fasce d'età considerate ($F_{(3,1658)}=5.61$; $p<0.001$; $\eta^2=0.01$). In dettaglio i giovani tra i 14 e i 16 anni e quelli tra i 17 e i 19 ottengono punteggi maggiori rispetto a quelli compresi tra i 20 e i 22 e i 23 e 25 anni.

Le "Manifestazioni psicofisiologiche" sono maggiori nelle ragazze ($F_{(1,1658)}=8.68$; $p<0.01$; $\eta^2=0.01$). I punteggi variano nelle diverse fasce d'età ($F_{(3,1658)}=2.96$; $p<0.05$; $\eta^2=0.01$). In dettaglio l'analisi post hoc LSD rivela che i partecipanti tra i 17 e i 19 anni ottengono punteggi più alti rispetto a quelli tra i 20 e i 22 anni.

In tabella 7 sono riportare le medie e le deviazioni standard divise per genere e per fasce d'età.

	Maschi								Femmine							
	14-16		17-19		20-22		23-25		14-16		17-19		20-22		23-25	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
1 - Stato Emotivo	2,40	1,87	2,95	1,95	2,74	1,81	2,45	2,09	2,63	2,19	3,24	2,22	2,93	2,11	2,68	2,40
2 – Indice di autoapertura	2,17	1,85	2,25	1,75	2,27	1,75	1,82	1,44	2,03	1,81	1,87	1,59	1,61	1,43	1,60	1,46
3 – Uso di droghe e esperienze inusuali	0,60	1,11	0,64	1,21	0,75	1,61	0,51	0,78	0,56	0,96	0,60	1,10	0,37	0,84	0,38	0,70
4 - Rischio psicopatologico	3,09	3,84	3,27	3,85	2,85	3,91	2,51	2,98	3,85	4,39	4,10	4,36	3,00	3,78	2,52	2,97
5 – Amore per il rischio	3,53	3,30	4,00	3,32	4,19	3,58	4,00	2,79	3,42	3,39	3,22	3,28	2,49	2,48	2,39	2,14
6 - Benessere	7,70	3,59	6,72	3,27	7,48	3,21	7,16	3,25	6,65	3,32	6,03	3,02	6,84	3,22	7,16	2,83
7 - Adattamento psicosociale	11,86	3,96	10,67	4,40	11,97	3,87	12,00	4,44	12,39	3,88	10,81	4,35	11,83	4,35	14,54	3,29
8 – Ansia e instabilità emotiva	5,21	4,57	5,35	4,41	5,10	4,61	3,80	3,22	6,28	4,50	6,54	4,98	4,90	4,19	4,55	4,23
9 – Caratteristiche e comportamenti antisociali	8,29	4,79	8,65	4,74	8,83	5,41	6,94	3,68	7,95	5,12	7,76	4,74	6,03	4,18	5,26	3,03
10 – Irritabilità, aggressività e ostilità	4,01	2,90	3,97	2,74	3,85	2,87	3,55	2,70	4,32	3,00	4,25	2,96	3,26	2,67	3,02	2,25
11 – Manifestazioni psicofisiologiche	1,02	1,54	0,98	1,69	0,98	1,79	0,49	1,08	1,30	1,85	1,39	1,79	0,89	1,29	1,12	1,48
Numero Risposte	113.76	40.77	110.86	41.77	114.78	37.63	105.82	32.06	119.80	42.63	116.22	43.18	105.66	34.81	112.62	32.58

Tabella 7 medie e le deviazioni standard divise per genere e per fasce d'età

4.3.4 Coerenza interna.

Per valutare la coerenza interna delle scale del CBA-Y è stato utilizzato l'indice alfa di Cronbach. In tabella 8 sono riportati i valori ottenuti in ciascuna singola scala.

	N. item	Maschi	Femmine	Totale
1 - Stato emotivo	11	.70	.78	.74
2 – Indice di autoapertura	7	.66	.67	.67
3 – Uso di droghe e esperienze inusuali	13	.65	.57	.61
4 - Rischio psicopatologico	30	.84	.86	.85
5 – Amore per il rischio	16	.79	.81	.80
6 - Benessere	16	.75	.70	.73
7 – Adattamento psicosociale	20	.79	.79	.79
8 – Ansia e instabilità emotiva	24	.84	.84	.84
9 – Caratteristiche e comportamenti antisociali	38	.80	.81	.81
10 – Irritabilità, aggressività e ostilità	14	.73	.75	.74
11 - Manifestazioni psicofisiologiche	10	.78	.74	.76

Tabella 8 Numero di item che compone le scale, valori dell'alfa di Cronbach suddivisi per genere e totali

I valori delle alfa misurate per ciascuna delle singole scale sono mediamente buoni o molto buoni. Le scale "Indice di autoapertura", "Uso di droghe e esperienze inusuali" registrano i valori più bassi di tutto il questionario. "Rischio patologico", "Amore per il rischio", "Ansia e instabilità emotiva" e "Caratteristiche e comportamenti antisociali" presentano delle alfa superiori a .80, sinonimo di ottima affidabilità di queste scale.

4.3.5 Intercorrelazioni tra le scale.

Per indagare il contenuto delle scale in rapporto alle altre scale del questionario sono state calcolate tutte le varie intercorrelazioni tra le variabili del CBA-Y. Attraverso il calcolo dell'indice r di Pearson abbiamo stabilito la forza dell'associazione tra i punteggi che vengono calcolati. Secondo i criteri di Cohen del 1988 la forza dell'associazione tra due variabili è da considerarsi debole se il valore di r è inferiore a 0.30, moderato se il valore di r è compreso tra 0.30 e 0.50 e forte se il valore è superiore a 0.50.

Dall'analisi dell'intercorrelazione tra le scale emerge che lo **"Stato emotivo"** correla positivamente con tutte le altre scale fatta eccezione delle due scale di benessere, con le quali correla negativamente. Si registrano correlazioni di media intensità con le scale "Rischio psicopatologico" e "Ansia e instabilità emotiva", con tutte le altre la correlazione,

per quanto significativa, è debole. La scala "**Indice di auto apertura**" correla in maniera forte con le scale "Amore per il rischio" e "Caratteristiche e comportamenti antisociali"; presenta una correlazione moderata con la scala "Irritabilità, aggressività e ostilità" e correlazioni deboli con tutte le altre scale. "**Uso di droghe e esperienze inusuali**" correla in maniera moderata con tutte le scale; fanno eccezione le scale "Stato emotivo" e "Indice di autoapertura". Inoltre vi è una correlazione debole e inversa con il "Benessere psicofisico" e non vi è correlazione con l'"Adattamento psicosociale". La scala "**Rischio psicopatologico**" correla fortemente con la scala di ansia e instabilità emotiva e in maniera moderata con tutte le altre scale. Questa scala presenta anche una correlazione debole e inversa con le due scale di benessere. La scala "**Amore per il rischio**" correla fortemente con le scale "Indice di autoapertura" e "Caratteristiche e comportamenti antisociali"; moderatamente con le scale "Uso di droghe e esperienze inusuali", "Rischio psicopatologico", "Ansia e instabilità emotiva" e "Irritabilità aggressività e ostilità"; debolmente con le scale stato emotivo, benessere psicofisico, adattamento psicosociale e manifestazioni psicofisiologiche. La scala "**Benessere psicofisico**" correla fortemente con la scala di "Adattamento psicosociale". La correlazione di questa scala con le altre è debole e negativa con tutte eccetto con lo "Stato emotivo" con cui correla in maniera negativa ma moderata; presenta correlazioni deboli e positive con le scale "Indice di autoapertura", "Amore per il rischio" e "Irritabilità, aggressività e ostilità". La scala di "**Adattamento psicosociale**" presenta un pattern di correlazioni simile a quello dell'altra scala di benessere ma non correla, oltre che con la scala "Caratteristiche e comportamenti antisociali" nemmeno con la scala "Ansia e instabilità emotiva" e "Uso di droghe e esperienze inusuali". L'"**Ansia e instabilità emotiva**" correla fortemente con "Rischio psicopatologico" e con "Irritabilità, aggressività e ostilità"; correla moderatamente con tutte le altre scale cliniche e inversamente con la scala del "Benessere psicofisico". "**Caratteristiche e comportamenti antisociali**" correla fortemente con le scale "Indice di autoapertura", "Amore per il rischio" e "Irritabilità, aggressività e ostilità". Fatta eccezione per le scale di benessere, con cui non vi è correlazione, con tutte le altre scale la correlazione è lieve o moderata. "**Irritabilità, aggressività e ostilità**" correla fortemente con l'"Ansia e instabilità emotiva" e con le "Caratteristiche e comportamenti antisociali"; con tutte le altre scale la correlazione è lieve o moderata. Le "**Manifestazioni psicofisiologiche**" correlazioni moderatamente con

le scale "Uso di droghe e esperienze inusuali", "Rischio psicopatologico" e "Ansia e instabilità emotiva"; debolmente con tutte le altre con le eccezioni delle scale di benessere, verso la scala "Benessere psicofisico" la correlazione è debole e inversa mentre verso l'"Adattamento psicosociale" non vi è correlazione.

Indice di Auto Apertura	,081 **									
Uso di droghe e Esperienze Inusuali	,182 **	,259 **								
Rischio psicopatologico	,417 **	,300 **	,463 **							
Amore per il rischio	,113 **	,645 **	,477 **	,384 **						
Benessere Psicofisico	-,332 **	,182 **	-,069 **	-,172 **	,122 **					
Adattamento Psicosociale	-,203 **	,171 **	-,043	-,106 **	,116 **	,508 **				
Ansia e instabilità Emotiva	,439 **	,308 **	,341 **	,725 **	,332 **	-,188 **	-,034			
Caratteristiche e comportamenti Antisociale	,176 **	,721 **	,500 **	,455 **	,755 **	,037	-,025	,402 **		
Irritabilità, aggressività e ostilità	,188 **	,457 **	,333 **	,462 **	,495 **	,105 **	,201 **	,565 **	,608 **	
Manifestazione psicofisiologiche	,239 **	,144 **	,376 **	,473 **	,220 **	-,149 **	-,022	,487 **	,235 **	,279 **
	Stato Emotivo	Indice di Auto Apertura	Uso di droghe e Esperienze Inusuali	Rischio psicopatologico	Amore per il rischio	Benessere Psicofisico	Adattamento psicosociale	Ansia e instabilità Emotiva	Caratteristiche e comportamenti Antisociale	Irritabilità, aggressività e ostilità

Tabella 9 Indice di correlazione tra le scale del questionario; ** p<0,002; * p<0,01

4.3.6 Validità convergente con il Minnesota Multiphasic Personality Inventory .

Per verificare la validità convergente un sottoinsieme degli intervistati ha compilato oltre al CBA-Y anche l'MMPI (Hathaway & McKinley, 1967). L'MMPI è uno strumento molto utilizzato nella pratica clinica e si colloca idealmente nello stesso momento dell'assessment ovvero durante la prima raccolta di informazioni sul paziente.

L' MMPI è provvisto di tre principali misure per determinare se lo stile di risposta di un adolescente può compromettere la validità del suo protocollo. La scala "*Menzogna*" (L) è composta da 15 item che indicano tutti quei tentativi ingenui da parte di un giovane di porsi sotto una luce socialmente favorevole, con particolare riferimento all'etica personale e al comportamento sociale. Le persone con alto punteggio nella scala L tentano, talvolta inconsciamente, di rispondere a tutti gli item del MMPI in modo da negare il più piccolo difetto o scorrettezza. La scala "*Atteggiamento Difensivo*" (K) fu sviluppata per identificare i tentativi di negare una psicopatologia e presentare un quadro eccessivamente favorevole da parte di quelle persone dal cui test non emergeva una psicopatologia manifesta (ovvero pazienti già in un *setting* clinico). La scala "*Frequenza*" (F) misura uno stile di risposta casuale o che esagera i sintomi.

Le scale cliniche dell'MMPI sono 10 e di seguito andiamo a illustrarne gli aspetti principali. Elevazioni nella scala "*Ipocondria*" (Hs) indicano individui che lamentano un'ampia varietà di disturbi fisici riguardanti varie parti del corpo, e sono associate a diversi descrittori del comportamento e della personalità come difficoltà scolastiche, problemi alimentari, tendenza a sentirsi in colpa.

La scala 2, "*Depressione*" (D), misura, a detta degli autori, la depressione, sia negli adolescenti che negli adulti. Hathaway e Monachesi (1953) riferiscono che le persone che ottengono punteggi elevati si sentono tristi e malinconiche e indicano, quindi, infelicità e insoddisfazione, un buon indicatore prognostico quindi per la psicoterapia, perché denota la ricerca di consiglio, di apertura nel discutere i propri sentimenti.

La scala "*Isteria*" (HY) ha una validità a detta degli stessi autori piuttosto limitata nel campione clinico (Butcher et al., 1992), ed indica, secondo Hathaway e Monachesi (1963) un livello socio-economico elevato associato nelle ragazze a disturbi somatici, mentre nei ragazzi sembra associato a ideazioni suicide; queste ipotesi non sono state successivamente confermate da Archer (Archer et al., 1988) e da Wrobel e Lachar (1992)

che hanno riscontrato, associati a questa scala, rispettivamente stress e paralisi in pazienti ambulatoriali.

La scala "*Deviazione Psicopatica*" (PD) è considerata una delle più importanti scale nel profilo degli adolescenti (Archer, 1987; Gallucci, 1994), ed è la più frequentemente elevata nel campione clinico del MMPI-A. Questa scala, secondo Hataway e Monachesi (1953), è caratteristica di un profilo di personalità tendente alla delinquenza, con poco rimorso, poca sensibilità alla censura e alla punizione, e ad una moltitudine di altri descrittori.

La scala "*Mascolinità-Femminilità*" (Mf) è una misura degli interessi maschili e femminili. Alti punteggi nei ragazzi denotano interessi stereotipicamente femminili, poiché in contrasto con gli interessi dell'uomo medio, al contrario alti punteggi nelle ragazze sono indicativi di interessi stereotipicamente maschili. Tuttavia gli stessi autori suggeriscono cautela nell'interpretazione di questa scala tanto da aver suggerito di toglierla dall'MMPI (Williams e Butcher, 1989), consigliando di utilizzare questa scala solo come indicatore di personalità e non di una possibile psicopatologia.

La scala "*Paranoia*" (Pa) indica problemi di profitto e di comportamento e ragazzi con caratteristiche di personalità tendenti all'ostilità e al ritiro.

La scala Pt è composta da quarantotto item e ha lo scopo di misurare la psicastenia, una sindrome nevrotica corrispondente alla designazione attuale di disturbo ossessivo-compulsivo. I contenuti degli item della scala includono varie sintomatologie quali ansia, sensi di inferiorità, aspetti ossessivi, infelicità e problemi di concentrazione.

La scala Ma (quarantasei item) ha lo scopo di misurare sintomi ipomaniacali. Le aree di contenuto incluse in questa scala sono: fuga di idee, grandiosità, irritabilità, umore elevato, egocentrismo e iperattività cognitiva e comportamentale.

La scala "*Schizofrenia*" (Sc) è secondo gli autori associata a comportamenti di tipo psicotico, che possono includere allucinazioni, idee fisse, manie di persecuzione, linguaggio particolare e manierismi. Inoltre è associata a difficoltà scolastiche e di condotta. Infine l'elevazione di questa scala è, secondo gli autori, associata a persone timide, chiuse e introversive.

L'ultima scala, "*Introversione sociale*" (SI) è una misura dei problemi delle relazioni sociali riscontrate in campioni clinici di ragazze e ragazzi, spesso caratterizzati da bassa autostima (Butcher et al., 1992).

Dall'analisi delle correlazioni tra il CBA-Y e l'MMPI emerge che la scala **"Stato emotivo"** correla positivamente con la scala F e la scala K mentre l'**"Indice di autoapertura"** correla inversamente con la scala L. Una terza scala del CBA-Y utilizzata anche per controllare la validità delle risposte al questionario è la scala **"Uso di droghe e esperienze inusuali"**. Quest'ultima riferendoci alle scale di validità dell'MMPI correla negativamente con la scala L. Sempre questa scala correla positivamente con le scale PD, PT, SC e MA. La scala **"Rischio psicopatologico"** correla positivamente con tutte le scale cliniche dell'MMPI. La scala **"Amore per il rischio"** correla positivamente con le scale PT, SC e MA. La scala **"Benessere psicofisico"** correla inversamente con le scale HS, D, HY, PD, PA e PT mentre l'altra scala di benessere, **"Adattamento psicosociale"**, correla inversamente con la scala D, PD e PT. La scala di **"Ansia e instabilità emotiva"** correla positivamente con tutte le scale cliniche dell'MMPI. **"Caratteristiche e comportamenti antisociali"** correla positivamente con le scale PD, PT, SC e MA. La scala **"Irritabilità, aggressività e ostilità"** correla positivamente con le scale HS, PD, PT, SC e MA. Per finire, la scala **"Manifestazione psicofisiologiche"** correla direttamente con le scale HS, D, HY, PD e PT.

	F	L	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Stato emotivo	,231*	,189	-,243*	,316*	,424**	,339*	,338*	,400**	,417**	,307*	,146	,233*
Indice di autoapertura	,031	-,261*	-,129	-,052	-,188	-,191	-,043	-,135	-,060	,134	,212*	-,148
Uso di droghe e esperienze inusuali	,293*	-,243*	-,194	,131	,057	,122	,345*	,137	,327*	,415**	,313*	,009
Rischio psicopatologico	,542**	-,178	-,417**	,347*	,357*	,309*	,600**	,499**	,642**	,721**	,521**	,217*
Amore per il rischio	,222*	-,410**	-,169	,066	-,068	-,007	,193	-,132	,234*	,449**	,386*	-,049
Benessere psicofisico	-,232*	-,121	,053	-,261*	-,456**	-,400**	-,291*	-,324*	-,396*	-,182	-,032	-,182
Adattamento psicosociale	-,411**	,059	,161	-,136	-,316*	-,094	-,226*	-,185	-,364*	-,307*	-,112	-,446**
Ansia e instabilità emotiva	,509**	-,031	-,480**	,523**	,668**	,457**	,701**	,459**	,810**	,662**	,383*	,405**
Caratteristiche e comportamenti antisociali	,238*	-,368*	-,292*	,052	,063	-,033	,338*	,120	,269*	,434**	,388*	,024
Irritabilità, aggressività e ostilità	,265*	-,168	-,400**	,270*	,158	,159	,432**	,166	,413**	,483**	,372*	,003
Manifestazioni psicofisiologiche	,134	-,025	-,244*	,504**	,261*	,344*	,243*	,195	,291*	,195	,132	,202*

Tabella 10 Matrice di correlazione tra le scale del CBA-Y e le scale del MMPI; **p<0,01; *p<0,05

4.4 Discussione.

Le analisi condotte sul CBA Young form rivelano una struttura delle scale solida e affidabile.

Le analisi che hanno valutato la presenza di differenze tra i generi e le fasce d'età hanno messo in luce numerose differenze tra i fattori all'interno delle scale.

In riferimento al genere le scale sono coerenti con quanto ci si potrebbe attendere. L'uso di droghe e i comportamenti antisociali, amore per il rischio e le caratteristiche e comportamenti antisociali sono maggiori negli intervistati di sesso maschile. Le ragazze ottengono invece punteggi più alti nelle manifestazioni psicofisiologiche e negli aspetti ansioso-emotivi. Per quanto riguarda le scale di benessere i maschi sembrano essere meno adattati socialmente delle ragazze ma con un livello di benessere personale percepito più elevato.

Considerando la variabile età dei partecipanti vediamo che l'uso di droghe e le esperienze inusuali tendono a essere selezionate maggiormente nelle fasce d'età più giovani. Questa tendenza è praticamente trasversale alle scale cliniche infatti la troviamo anche riferita all'ansia ed emotività, ai comportamenti antisociali, all'irritabilità e alle manifestazioni fisiologiche. Il discorso è lievemente diverso nelle scale di benessere dove l'andamento è bimodale. I punteggi sono elevati nella fascia d'età più giovane, calano tra i 17 e i 19 per poi tornare a salire nelle fasce d'età più alte.

Siccome non stiamo parlando di costrutti definiti in letteratura ma di aree identificate come rilevanti nella pratica clinica le considerazioni che possiamo fare circa questi risultati sono limitate. Altresì ai fini validativi quanto emerge è di estrema rilevanza perché ci indirizza verso l'utilizzo di norme di scoring separate sia per genere che per fasce d'età.

L'analisi delle alfa di Cronbach dimostra che gli item scelti per rappresentare le varie aree di indagine sono coerenti tra loro. Quasi tutte le scale ottengono un indice elevato o addirittura molto elevato. Le scale "Indice di autoapertura" e "Uso di droghe e esperienze inusuali", pur presentando un alfa accettabile non dimostrano una affidabilità degli item elevata. Bisogna a questo proposito sottolineare che entrambe sono state pensate come un insieme di circostanze singolari ed è quindi probabile che mediamente vengano scelte solo alcune delle opzioni contenute nella scala abbassando così i valori dell'alfa.

Le informazioni più interessanti per comprendere pienamente il CBA-Y ci vengono dall'analisi delle intercorrelazioni. Per prima consideriamo le scale di benessere, "Benessere" che potremmo definire come lo stare bene con se stessi e "Adattamento psicosociale" che definiamo invece come lo stare bene con gli altri. Il primo dato è che le due scale correlano tra loro a indicare che le due dimensioni del benessere sono legate ma affrontano domini differenti. La scala del "Benessere", oltre al dato scontato di correlare inversamente con le scale cliniche mostra due interessanti correlazioni positive con l'amore per il rischio e con l'irritabilità. Vediamo quindi che la scala di benessere acquisisce un nuovo valore interpretativo se associata alla propensione al rischio. Stare bene con se stessi non esclude la possibilità di attuare condotte pericolose per se o per gli altri quindi in questo senso non è un fattore protettivo ma piuttosto un'aggravante, in quanto può sottintendere una scarsa consapevolezza del pericolo. La correlazione positiva con l'irritabilità, seppur lieve ci permette di meglio definire quest'ultima scala. L'aggressività o gli atteggiamenti ostili passano anche per comportamenti che in grado moderato potremmo definire "di chi è sicuro di se". Questa sicurezza a un livello medio contribuisce a raggiungere un giusto grado di benessere ma oltre una certa soglia rischia di cambiare forma e diventare ostilità. Queste correlazioni sono presenti anche nella seconda scala di benessere a conferma di quanto precedentemente detto.

Un secondo dato interessante riguarda la scala che misura il "Rischio psicopatologico". Elevati punteggi accumulati in questi item indicano una costellazione eterogenea di fattori di rischio per il paziente. In questo senso tra le scale cliniche è quella maggiormente sensibile quanto aspecifica nel rilevare la presenza di un disagio. Questo dato viene confermato dalla presenza di correlazioni forti o moderate con quasi tutte le altre scale cliniche. La scala che fa riferimento a manifestazioni ansiose o dell'umore è molto legata al rischio psicopatologico ma circoscrive maggiormente il dominio della sua valutazione. Un chiarimento ulteriore delle differenze e analogia tra queste due scale ci verrà dato dal confronto con l'MMPI che segue nel prossimo paragrafo. Il comportamento antisociale correla fortemente con l'indice di validità dell'autoapertura perché il paziente che molto incline ad aprirsi verso il terapeuta potrebbe indossare un atteggiamento di sfida più che di collaborazione. I tratti antisociali legano anche con l'utilizzo di droghe, l'amore per il rischio e l'irritabilità dato che dimostra la globalità della scala che misura questa caratteristica. Le manifestazioni psicofisiologiche sono maggiormente correlate con la variabile del rischio psicopatologico e quella dell'ansia

ed emotività. Questa scala rappresenta un ulteriore punto di vista sul malessere soggettivo del paziente.

Riassumendo il questionario presenta due scale di benessere che dalle intercorrelazioni appaiono coerenti con il loro intento di misurare fattori protettivi del paziente ma che non escludono la presenza di comportamenti dannosi. Tre scale che misurano direttamente la presenza di un problema genericamente (rischio psicopatologico), con il focus su ansia e umore (Ansia e instabilità emotiva) e relativamente alle manifestazioni corporee (manifestazioni psicofisiologiche). La scala uso di droghe e comportamenti inusuali è un corollario di comportamenti pericolosi che possono essere associati a ciascun caso problematico. L'antisocialità e l'irritabilità rappresentano due tratti caratteriali anche in questo caso associati a tutte le problematiche esaminate dalle altre scale che potremmo definire come circostanze aggravanti una situazione di disagio.

Utilizzando l'MMPI come ancoraggio teorico possiamo indagare quali aree classicamente analizzate nella realtà clinica sono prese in esame dal CBA-Y. Se indaghiamo la scala di validità "Indice di autoapertura" notiamo la sua correlazione inversa con la scala "L" dell'MMPI. La scala del CBA-Y propone una serie di situazioni in cui generalmente le persone commettono piccole mancanze di educazione riconosciute come negative ma ampiamente generalizzate come ad esempio inventare scuse per evitare di essere rimproverati. Un basso punteggio in questa scala potrebbe essere sinonimo di scarsa collaborazione. La scala "L" è orientata inversamente rispetto a questa. Nella scala dell'MMPI si indaga il tentativo di mettersi sotto una luce favorevole del compilante.

Il primo dato inerente le scale di benessere è la correlazione inversa tra la scala di "Adattamento psicosociale" e l'"introversione sociale" dell'MMPI che suggerisce una linea comune nel contenuto dei due gruppi di item. Le altre correlazioni dell'adattamento con le scale dell'MMPI, ove presenti sono inverse ma più deboli rispetto a quella appena citata a riprova che gli item del CBA-Y raggruppati in questa scala sono effettivamente diretta alla misurazione del paziente in relazione al suo contesto sociale. La scala "Benessere" invece presenta numerose correlazioni inverse con più scale dell'MMPI; questo dato delinea una scala trasversale ai disturbi così come sono categorizzati nel test di Hathaway e McKinley ma in direzione opposta. Il "Rischio psicopatologico" è altamente correlato con la "schizofrenia", la "psicastenia", la "deviazione psicopatica" e la "mania" mentre presenta correlazioni più deboli con l'"isteria", la "depressione", l'"ipocondria" e la "paranoia". Il primo dato da

commentare è la trasversalità della scala la quale presenta elementi in comune con praticamente tutto l'MMPI. Parallelamente è rilevante l'associazione con la scala "schizofrenia", una delle più gravi in termini di compromissione e con la "deviazione psicopatica", una delle più interessanti in rapporto agli adolescenti. Si può sostenere sulla base dei risultati emersi che il "Rischio psicopatologico" sia una scala fedele alla filosofia del primo colloquio ma al cui interno presenta delle caratteristiche specifiche per l'indagine di gravi patologie nei soggetti adolescenti. La scala che misura l'ansia e l'umore del CBA-Y correla fortemente con la depressione ma, moderatamente, correla anche con la scala della mania a indicare un'analisi degli aspetti emotivi nel loro insieme anziché essere focalizzata su uno dei due poli. Molto intensa è anche la correlazione con la variabile psicastenia che contiene elementi del disturbo ossessivo compulsivo. A livello teorico questo costrutto è inserito all'interno della dimensione ansiosa che la scala del CBA-Y vuole misurare. L'ultima correlazione da segnalare è tra le manifestazioni fisiologiche e l'ipocondria, ossia un'eccessiva attenzione ai sintomi fisici. Essendo un self report è normale nonché atteso che non sia tanto la presenza di sintomi fisici reali a essere riportata dal compilante bensì la convinzione di averne.

Riassumendo le scale di benessere sono legate inversamente alle scale dell'MMPI il quale indaga solo aspetti problematici. Le tre principali scale cliniche del CBA-Y sono trasversalmente legate alle scale dell'MMPI a sostegno della natura ateorica delle prime. Si rilevano delle associazioni di intensità diversa le quali suggeriscono sfumature diverse negli item che compongono le tre scale del CBA-Y, rischio psicopatologico, ansia e instabilità emotiva e manifestazioni psicofisiologiche. Le caratteristiche antisociali e l'irritabilità non presentano particolari pattern di correlazione verso le scale dell'MMPI che però non contengono misure simili a quelle confrontate.

5. CBA-Y: Differenze nella modalità di risposta tra un campione italiano e un campione francese. Validità transculturale.

5.1 Introduzione.

L'analisi dei dati normativi fornisce informazioni utili per la comprensione del questionario. La struttura e i principali aspetti della sua validità e affidabilità emergono durante questa indagine statistica. Tuttavia non è sufficiente che gli aspetti "interni" a uno strumento di misura siano coerenti tra loro per determinarne la bontà e la conseguente efficacia nella pratica clinica. Per questo motivo risulta utile e consigliato orientare il processo validativo anche verso l'esterno. Somministrare il questionario a un campione differente rispetto a quello normativo può fare emergere delle problematicità di vario genere. Un primo tipo di debolezza può interessare la struttura delle scale in cui è suddiviso. I diversi insiemi di item che compongono le differenti scale potrebbero rivelarsi poco coerenti tra loro se il questionario venisse somministrato a una differente popolazione. In secondo luogo, anche confermata la struttura delle scale, i punteggi che un campione differente da quello normativo ottiene al questionario potrebbero essere differenti senza una motivazione teorica che spieghi la divergenza. In questo caso dovremmo supporre la presenza di una variabile abbastanza determinante da cambiare il modo di rispondere e di conseguenza i risultati, ma tuttavia non considerata. In ultimo, come regola generale è importante avere un riscontro della generalizzabilità dei propri dati. Questa informazione aumenta il nostro grado di sicurezza nei confronti dello strumento che abbiamo sviluppato e ci permette di ipotizzare che le cose siano proprio come ci appaiono dai primi riscontri.

Affrontiamo quindi il problema della validità esterna definita come la misura in cui dei risultati possono essere generalizzati ad altre persone e ad altri contesti (Aronson, Wilson, Akert & Fehr, 2007).

Nello specifico del CBA-Y si è pensato di proporre il questionario a una popolazione differente rispetto a quella di riferimento. Il campione normativo è composto da giovani tra i 14 e i 25 anni appartenenti al contesto italiano (vedi capitolo 4). La popolazione scelta per il confronto è la popolazione francese selezionata all'interno di un contesto universitario.

Per la ricerca non è stato utilizzato il CBA-Y poiché poco idoneo per obiettivi di ricerca considerato il cospicuo numero di item. Al suo posto si è scelto di utilizzare la forma ridotta del questionario composta da 200 item (CBA benessere giovanile; CBA-BG). La scelta ci è sembrata migliore in quanto il CBA-BG presenta le stesse scale della forma intera decurtando solo il numero degli item.

L'obiettivo di questo studio è indagare come una popolazione diversa da quella italiana risponda al CBA-BG per indagarne gli aspetti di validità esterna.

5.1.1 Campione.

Hanno partecipato all'indagine 109 studenti (50 maschi; 45,9%) francesi di età compresa tra i 18 e i 24 anni. L'età media dei ragazzi era di 21,98 anni ($ds=2,44$) e quella delle ragazze era di 20,81 anni ($sd=1,51$). L'età tra i due generi si differenziava significativamente ($F_{(1,107)}=8,35$; $p<0,01$). Tutti gli intervistati erano studenti universitari della facoltà di psicologia di Nanterre. Non vi è differenza statisticamente significativa tra il numero di ragazzi e di ragazze ($\chi^2_{(1)}=0.743$; $p=0.389$).

Il campione italiano è stato selezionato estraendo casualmente dai partecipanti inseriti nel gruppo normativo. L'estrazione è avvenuta su un sottoinsieme selezionato di individui appaiati per genere, età e scolarità.

5.1.2 Metodo.

La versione italiana del questionario (versione originale) è stata tradotta in francese e successivamente riportata nella lingua originaria (back traslation) in accordo con quanto suggerito nell'articolo di Brislin del 1970.

Il questionario in lingua francese è stato somministrato all'interno della facoltà di psicologia di Nanterre (Paris Ouest) durante le pause tra le lezioni. Ogni studente ha compilato il questionario individualmente ed è stato preventivamente istruito a chiedere eventuali chiarimenti all'esaminatore.

Per confermare la struttura fattoriale all'interno del campione francese sono stati utilizzati dei modelli di equazioni strutturali nella loro forma più semplice, l'analisi fattoriale confermativa (CFA). A causa delle scarsità del campione ogni scala del CBA-BG è stata valutata singolarmente in modo da ridurre la complessità del modello come suggerito da Yu e Muthén (2001).

Per indagare se vi fossero differenze tra le risposte del campione francese rispetto a quelle di un sottocampione appaiato estratto dai dati normativi è stata utilizzata l'analisi della varianza univariata utilizzando come fattori il genere e il gruppo (francesi e italiani). I risultati dell'analisi presi in esame sono l'interazione tra i fattori e l'effetto principale del gruppo. La prima esplicita la presenza di differenze tra le differenze di genere nei due gruppi mentre il secondo indaga l'eventuale differenza tra i gruppi. L'effetto principale del genere è

irrilevante ai fini della presente ricerca poiché accorpa i due differenti gruppi annullando l'aspetto che vuole essere indagato.

5.1.3 Risultati.

Scala	CFI	TLI	RMSEA	WRMR
Autoapertura	0.997	0.998	0.016	0.501
Uso di droghe ed esperienze inusuali	1.000	1.027	0.036	0.685
Rischio psicopatologico	0.952	0.965	0.067	0.877
Amore per il rischio e ricerca di sensazioni forti	0.955	0.964	0.054	0.803
Benessere	0.763	0.770	0.108	1.061
Adattamento Psicosociale	0.867	0.876	0.061	0.891

Ansia e instabilità emotiva	0.984	0.989	0.027	0.775
Caratteristiche e comportamenti antisociali	0.800	0.817	0.064	0.990
Irritabilità, aggressività e ostilità	0.954	0.959	0.047	0.822
Manifestazioni psicofisiologiche	0.929	0.935	0.088	0.849

Tabella 11 Principali indici di fit ricavati dall'analisi fattoriale confermativa: **Comparative Fit Index (CFI)**, **Tucker-Lewis index (TLI)**, **Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)**, **Weighted Root Mean Square Residual (WRMR)**.

Dai risultati riportati in tabella 11 vediamo che in seguito all'analisi fattoriale confermativa sette scale su dieci somministrate nel campione francese ottengono buoni indici di adattamento. Il comparative fit index (CFI), il Tucker Lewis index (TLI) e il Wighted root-mean-square residual (WRMR) sono indice di una buona fit delle scale "Indice di autoapertura", "Uso di droghe ed esperienze inusuali", "Rischio psicopatologico", "Amore per il rischio e ricerca di sensazioni forti", "Ansia e instabilità emotiva", "Irritabilità aggressività e ostilità" e "Manifestazioni psicofisiologiche". Le scale di "Benessere", "Adattamento psicosociale" e "Caratteristiche e comportamento antisociale" non mostrano alcun valore soddisfacente in nessuno degli indici elencati. Per quanto riguarda il root-mean-square error of approximations (RMSEA) nessuna scala ottiene dei valori accettabili. Bisogna segnalare in uno studio di Kenny, Kaniskan e MacCoach (2011) l'RMSEA viene considerato un indice poco affidabile per testare piccoli campioni di soggetti ($N < 100$) proprio perché tenderebbe a sovrastimare la percentuale di modelli inadeguati.

Scala	Campione Italiano			Campione Francese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Autoapertura	2.16 (1.65)	1.51 (1.42)	1.81 (1.55)	2.20 (1.60)	1.81 (1.44)	1.99 (1.52)
Uso di droghe ed esperienze inusuali	1.12 (1.59)	0.69 (1.19)	0.89 (1.40)	0.98 (1.56)	0.85 (1.03)	0.91 (1.29)
Rischio psicopatologico	3.46 (4.93)	3.05 (3.53)	3.24 (4.22)	3.68 (4.31)	4.10 (3.67)	3.91 (3.96)
Amore per il rischio e ricerca di sensazioni	4.02 (3.16)	2.25 (2.44)	3.06 (2.92)	3.64 (3.14)	2.41 (2.21)	2.97 (2.74)

forti						
Benessere	7.42 (3.57)	7.03 (3.11)	7.21 (3.32)	6.90 (3.23)	5.36 (3.12)	6.06 (3.25)
Adattamento Psicosociale	11.92 (3.94)	12.03 (4.56)	11.98 (4.27)	10.54 (3.90)	12.25 (3.60)	11.47 (3.82)
Ansia e instabilità emotiva	4.60 (5.37)	4.53 (3.53)	4.56 (4.45)	4.50 (4.67)	5.68 (3.87)	5.14 (4.27)
Caratteristiche e comportamenti antisociali	7.90 (4.97)	5.73 (3.84)	6.72 (4.50)	8.52 (4.54)	6.19 (3.90)	7.26 (4.34)
Irritabilità, aggressività e ostilità	3.98 (2.88)	3.25 (2.40)	3.59 (2.65)	3.86 (2.65)	3.17 (2.50)	3.49 (2.58)
Manifestazioni psicofisiologiche	0.88 (1.56)	0.98 (1.54)	0.94 (1.54)	1.14 (1.84)	1.42 (1.72)	1.29 (1.78)

Tabella 12 Medie (deviazioni standard) nel campione italiano e francese suddivise per genere e complessive

Dall'analisi di varianza l'interazione tra il genere e il gruppo non è risultata significativa in nessuna delle scale appartenenti al CBA-BG.

L'effetto principale del gruppo è risultato significativo per la scala di benessere ($F_{(1,214)}=6.19$; $p<0.05$).

5.2 Discussione.

L'analisi sul campione francese ha confermato la bontà del questionario per sette delle dieci scale analizzate. La soltanto parziale aderenza del modello ai dati originali è da attribuire alla natura stessa delle scale del CBA-BG. Esse derivano prevalentemente dall'accordo teorico tra esperti del settore. La scelta operativa degli item trova conferma nel capitolo 4 in cui si indaga l'affidabilità tuttavia esiste una carenza psicometrica di base. Sembra che questo

fattore abbia influenzato, anche se solo parzialmente la solidità del costrutto. Bisogna anche sottolineare che il costrutto non vuole aderire a teorie già consolidate ma garantire la massima utilità pratica trasversalmente. Le scale che si dimostrano deboli sono le scale di benessere e quella che concerne le caratteristiche antisociali. Probabilmente queste scale sono maggiormente vincolate al contesto rispetto alle altre presenti nel questionario. Questo dato deve essere tenuto in considerazione quando il questionario viene somministrato a popolazioni differenti da quella rappresentata dal campione normativo.

I due gruppi a cui è stato somministrato il questionario oltre che per le variabili di appaiamento non differivano neppure per il setting di somministrazione. Questa omogeneità ci garantisce un sufficiente grado di sicurezza nell'attribuire le eventuali differenze nei punteggi ottenuti dai due gruppi a caratteristiche culturali o a una cattiva stabilità del questionario. L'analisi dei punteggi ottenuti nei due campioni non ha fatto emergere differenze sostanziali tra le scale del CBA-BG. Solo la scala di benessere mostra un punteggio significativamente inferiore nel campione francese rispetto a quello italiano. Questo risultato da un lato conferma la debolezza della scala di benessere la quale oltre a presentare una struttura che non viene confermata dall'analisi confermativa, dimostra anche scarsa stabilità se somministrata a un campione differente da quello di riferimento.

6. Validità di criterio: somministrazione del CBA-Y a un gruppo di pazienti.

6.1 Introduzione.

Vi è un momento durante il percorso di validazione di un questionario in cui lo strumento deve affrontare la prova pratica. Confermati gli aspetti strutturali e la coerenza degli item con le teorie di riferimento è necessario verificare il comportamento di un test nel contesto in cui dovrà essere applicato. Questo rientra nella validità di criterio, ovvero tutti quelli

aspetti mirati alla conferma dello strumento sviluppato attraverso la sua relazione con l'esterno. Il COSMIN (Mokkink et al. 2010) la definisce come il grado in cui i punteggi di un questionario sono un adeguato riflesso del "gold standard". Con questo termine anglosassone si intende la popolazione che esplicitamente possiede la caratteristica presa in esame. La logica sottostante è molto semplice, per comprendere la capacità di uno strumento nel differenziare una popolazione che possiede determinate caratteristiche, si indaga attraverso lo stesso quel gruppo.

Il CBA-Y vuole discriminare la popolazione normale da quella patologica. Quest'ultima rappresenta il nostro gold standard. Nonostante l'obiettivo del questionario sia individuare i soggetti problematici per inviarli a successivi approfondimenti, è necessario verificare se non vi sia già all'interno della struttura del CBA-Y una ulteriore discriminazione tra differenti tipologie di problemi psicologici.

L'obiettivo di questa ricerca è duplice. In primo luogo verificare se le risposte della popolazione normale differiscono qualitativamente da quelle di un campione estratto dalla popolazione seguita per la presenza di differenti disturbi psicologici. In secondo luogo indagare se vi siano delle scale del CBA-Y sensibili a differenti tipologie di problematicità.

6.1.1 Campione.

Alla ricerca hanno preso parte 34 pazienti (35,3% maschi) con diagnosi clinica in asse I e II. L'età media dell'intero campione è di 20,5 anni (range 14-26; Ds 3,66). In particolare l'età media dei pazienti maschi è di 20,25 anni mentre delle femmine è di 20,64 anni. Questa variabile non differisce significativamente tra i due gruppi ($F(1,33) = 0,84$; $p = 0,774$).

I ragazzi sono stati reclutati in Emilia-Romagna e Veneto nelle provincie di Modena, Bologna, Piacenza e Padova. I ragazzi del campione sono in terapia presso servizi di Neuropsicologia Infantile A.U.S.L (Carpi-Mo), presso servizi per le tossicodipendenza (SerT) (Bologna e Piacenza), o seguiti da uno psicoterapeuta privatamente (Padova). Tutti i pazienti non sono coniugati.

La popolazione che compone il campione clinico è composta da ragazzi con licenza elementare (N=1), licenza di scuola media (N=17), diploma di scuola media superiore (N=14), diploma universitario (N=1), e laurea (N=1).

Il campione clinico è stato diviso in 5 sottogruppi differenziati in base alla diagnosi principale. La suddivisione è elencata in tabella 13. Il sottogruppo "Ansia" (N=7) è composto da 3 pazienti con diagnosi di fobia sociale, 3 pazienti con ansia generalizzata e 1 paziente con diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo; all'interno del sottogruppo "Umore" (N=6) si trovano 5 pazienti con diagnosi di depressione maggiore, di cui 3 hanno tentato il suicidio e 1 paziente con diagnosi di disturbo distimico; Contenuti nel sottogruppo "Personalità" (N=8) troviamo 2 pazienti con disturbo antisociale di personalità, 1 paziente diagnosticato con disturbo borderline (con in comorbidità un disturbo del comportamento alimentare), 2 pazienti con disturbo istrionico di personalità, 1 paziente con disturbo narcisistico di personalità e 2 pazienti con disturbo ossessivo compulsivo di personalità (entrambi con in comorbidità un disturbo del comportamento alimentare); all'interno del sottogruppo "Disturbi dell'adolescenza" (N=7) sono inclusi 5 ragazzi con diagnosi di disturbo della condotta e 2 ragazzi con una diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio; l'ultimo sottogruppo "Uso di sostanze" (N=6) include 6 ragazzi con disturbo da uso di sostanze.

Diagnosi	Frequenza
Ansia	7(20,6%)
Umore	6(17,6%)
Personalità	8(23,5%)
Sviluppo	7(20,6%)
Uso di sostanze	6(17,6%)

Tabella 13 Frequenza e percentuale con cui sono rappresentati i vari cluster di disagio

6.1.2 Metodo.

La somministrazione è avvenuta presso i servizi di Neuropsichiatria Infantile, o a domicilio dello sperimentatore su invio dello psicoterapeuta. A tutti i pazienti sono state spiegate le finalità della compilazione del test ed è stata lasciata la possibilità di rifiutare il coinvolgimento nel progetto. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato alla partecipazione e al trattamento dei dati ai fini della ricerca. A tutela della privacy, inoltre, è stato richiesto di scrivere solamente le iniziali di nome e cognome e di non riportare, nella scheda iniziale del questionario, tutte quelle parti che potevano far ricondurre al compilante. La compilazione è stata sempre individuale e in presenza dello sperimentatore. La

compilazione dei questionari ha richiesto 38,08 minuti per i maschi e 39,45 minuti per le ragazze. L'analisi della varianza (ANOVA) non descrive una differenza significativa tra i due gruppi inerente i tempi di compilazione ($F(1,33)= 0.093$; $p= 0,763$).

La popolazione clinica è stata comparata con i dati normativi attraverso l'utilizzo del t student a media nota. Le differenze tra i diversi gruppi patologici è stata indagata mediante l'analisi della varianza.

6.1.3 Differenza tra campione normale e clinico.

Sono state indagate, tramite analisi statistica t di Student le differenze nei punteggi delle scale tra campione clinico e campione normativo; Il campione normativo è stato precedentemente descritto nel capitolo 4.

	Normativo	Clinico	t test	p value
1 - Stato emotivo	2,83 (1,96)	2,71 (1,96)	-0,37	p=0,715
2 – Indice di autoapertura	1,94 (1,59)	3,71 (1,69)	6,07	p<0,001
3 – Uso di droghe e esperienze inusuali	0,56 (1,22)	1,53 (1,62)	3,49	p<0,01
4 - Rischio psicopatologico	2,92 (3,89)	7,85 (6,10)	4,72	p<0,001
5 – Amore per il rischio	3,34 (3,03)	4,59 (3,71)	1,82	p=0,078
6 - Benessere	7,16 (3,22)	5,12 (2,88)	-4,14	p<0,001
7 – Adattamento psicosociale	11,90 (4,11)	9,09 (3,75)	-4,37	p<0,001
8 – Ansia e instabilità emotiva	5,00 (4,40)	10,26 (5,83)	5,29	p<0,001
9 – Caratteristiche e comportamenti antisociali	7,43 (4,79)	10,74 (5,68)	3,39	p<0,01
10 – Irritabilità, aggressività e ostilità	3,85 (2,77)	6,15 (3,09)	4,34	p<0,001
11 - Manifestazioni psicofisiologiche	0,94 (1,54)	1,91 (1,62)	3,45	p<0,01

Tabella 14 Media (deviazione standard) del campione normativo, del gruppo di pazienti e test t student

Dall'analisi statistica (t di Student) è emersa una differenza significativa ($p < 0,05$) tra campione clinico e campione normativo nelle scale "Indice di autoapertura", " Uso di droghe e esperienze inusuali ", "Rischio psicopatologico", "Benessere", "Adattamento psicosociale", "Ansia e instabilità emotiva", " Caratteristiche e comportamenti antisociali ", " Irritabilità, aggressività e ostilità" e "Manifestazioni psicofisiologiche". Nello specifico, hanno un punteggio significativamente superiore rispetto al campione normativo le scale cliniche " Uso di droghe e esperienze inusuali " ($t = 3,49$; $p < 0,01$), "Rischio psicopatologico" ($t = 4,72$; $p < 0,001$), " Ansia e instabilità emotiva " ($t = 5,29$; $p < 0,001$), " Caratteristiche e comportamenti antisociali " ($t = 3,39$; $p < 0,01$), "Manifestazioni psicofisiologiche" ($t = 3,45$; $p = 0,01$) e l'"Indice di autoapertura" ($t = 6,07$; $p = 0,001$). Le scale di benessere mostrano un punteggio significativamente inferiore nel gruppo clinico rispetto al campione normativo: "Adattamento Psicosociale" ($t = -4,37$; $p = 0,001$), "Benessere " ($t = -4,14$; $p = 0,001$).

Non vi è differenza tra i due gruppi per quanto riguarda la scala di controllo "Stato emotivo" e la scala "Amore per il rischio".

6.1.4 Differenze tra i diversi cluster patologici.

Per verificare se esistesse una differenza significativa nella distribuzione dei punteggi delle scale nei 6 sottogruppi patologici precedentemente descritti è stata effettuata un test post hoc sull'analisi della varianza (ANOVA) delle medie riportate dai sottogruppi in ciascuna scala. In seguito all'analisi sono state riscontrate delle differenze che verranno elencate qui sotto. In tabella 15 sono riportate le medie e le deviazioni standard dei cluster patologici nelle diverse scale del CBA-Y.

	Ansia	Umore	Personalità	Sviluppo	Uso di sostanze
1 - Stato emotivo	2,29 (1,98)	2,17 (2,40)	2,75 (1,75)	2,86 (1,95)	3,50 (2,19)
2 – Indice di autoapertura	3,57 (1,13)	2,83 (1,60)	4,00 (2,14)	3,57 (1,81)	4,50 (1,64)
3 – Uso di droghe e esperienze inusuali	0,57 (0,79)	0,83 (0,75)	1,25 (1,49)	2,14 (1,77)	3,00 (2,00)
4 - Rischio psicopatologico	6,14 (5,15)	8,83 (6,79)	9,13 (7,12)	5,86 (5,21)	9,50 (6,86)
5 – Amore per il rischio	1,86 (1,95)	2,17 (2,32)	3,88 (3,00)	6,71 (4,00)	8,67 (2,16)
6 - Benessere	5,71 (2,93)	4,17 (2,86)	5,25 (2,49)	5,29 (3,82)	5,00 (2,90)
7 – Adattamento psicosociale	10,00 (3,74)	10,00 (3,52)	6,38 (3,58)	8,71 (4,07)	11,17 (2,56)
8 – Ansia e instabilità emotiva	10,86 (6,62)	10,67 (4,93)	10,50 (5,66)	6,71 (3,99)	13,00 (7,48)
9 – Caratteristiche e comportamenti antisociali	7,71 (4,07)	7,00 (3,41)	12,88 (4,29)	10,29 (6,65)	15,67 (6,05)
10 – Irritabilità, aggressività e ostilità	7,14 (2,85)	4,00 (2,10)	6,63 (2,50)	4,43 (3,10)	8,50 (3,21)
11 - Manifestazioni psicofisiologiche	1,43 (1,40)	3,00 (2,10)	1,75 (1,03)	1,14 (0,90)	2,50 (2,26)

Tabella 15 Media (deviazione standard) dei cluster patologici nelle differenti scale del CBA-Y

Le scale di controllo "Stato emotivo" e "Indice di autopertura" non evidenziano differenze significative tra i gruppi.

La scala "Uso di droghe ed esperienze inusuali" non presenta punteggi omogenei tra i gruppi ($F_{(4,29)}=3,04; p<0,05; \eta^2=0,30$). Nello specifico il gruppo composto dai pazienti ricoverati per uso di sostanze ottiene punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo dei disturbi d'ansia, dell'umore e della personalità. Non vi è differenza con il gruppo che presenta disturbi dello sviluppo.

Non vi sono differenze significative tra i gruppi per quanto concerne la scala "Rischio psicopatologico".

La scala "Amore per il rischio" presenta punteggi differenti tra i gruppi ($F_{(4,29)}=7,00; p<0,001; \eta^2=0,49$). Nello specifico il gruppo composto dai pazienti ricoverati per uso di sostanze ottiene punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo dei disturbi d'ansia, dell'umore e della personalità. Il gruppo che presenta disturbi dello sviluppo ottiene punteggi più elevati rispetto agli ansiosi e ai disturbi dell'umore. Tra gli altri gruppi non vi sono differenze.

Non vi sono differenze tra i gruppi per quanto concerne le scale di benessere.

Non vi sono differenze tra i gruppi nell'"Ansia e instabilità emotiva".

La scala " Caratteristiche e comportamenti antisociali " presenta punteggi differenti tra i gruppi ($F_{(4,29)}=3,27; p<0,05; \eta^2=0,31$). Nello specifico il gruppo di abusatori di sostanze ottiene punteggi più elevati rispetto ai disturbi d'ansia e dell'umore. Il gruppo affetto da disturbi della personalità ottiene punteggi più alti rispetto a quello dell'umore. Non vi sono differenze tra tutti gli altri gruppi.

La scala " Irritabilità, aggressività e ostilità " presenta punteggi differenti tra i gruppi ($F_{(4,29)}=2,92; p<0,05; \eta^2=0,29$). Nello specifico il gruppo di abusatori di sostanze ottiene punteggi più elevati rispetto ai disturbi dell'umore e dello sviluppo.

Non vi sono differenze tra i gruppi per quanto concerne la scala delle "Manifestazioni fisiologiche".

6.2 Discussione.

I risultati emersi dalla seguente ricerca globalmente soddisfano l'ipotesi iniziale: i punteggi ottenuti dal campione normativo differiscono da quelli del campione clinico. In generale il CBA-Y somministrato a pazienti con differenti diagnosi riesce a discriminare tra i due gruppi. I pazienti riportano un grado di benessere soggettivo e di adattamenti ai contesti sociali inferiore rispetto ai dati normativi. Per le scale cliniche la relazione si inverte, è il campione patologico che ottiene punteggi maggiori e conferma la bontà delle scale del questionario. Vi sono alcune eccezioni. Non è stata rilevata alcuna differenza nei punteggi ottenuti dai due gruppi di individui per quanto concerne l'amore per il rischio, ovvero la tendenza ad attuare condotte di vita potenzialmente pericolo per se stessi o per gli altri. Questo dato è da imputare alla troppa genericità delle definizioni che la compongono. Item come "a volte bevo per stordirmi un po'", "tento spesso la fortuna (gioco d'azzardo, gratta e vinci, slot machine, etc.)" o "spesso mi verrebbe da prendere a pugni qualcuno" non sembrano utili nel discriminare una condizione patologica ma solo nell'evidenziare la presenza di una propensione al rischio. Questo genere di definizioni potrebbero essere condivise

ampiamente anche dalla popolazione normale e a riprova di questo i risultati non discriminano tra le due.

Una seconda scala che non varia nei punteggi tra i due gruppi è la scala di controllo "Stato emotivo". In questo caso il risultato è atteso perché in quanto scala di controllo non dovrebbe essere sensibile alla presenza di una patologia ma solo alla presenza di una forte reazione emotiva legata alla compilazione del questionario. Non è da escludere che determinate patologie che prevedono una sintomatologia ansiosa possano portare a un innalzamento nei punteggi di questa scala tuttavia generalizzando trasversalmente a differenti condizioni di problematicità il punteggio è uguale ai dati normativi.

Il discorso è opposto facendo riferimento alla scala "Indice di autoapertura". Nonostante sia una scala di controllo il punteggio cresce in maniera significativa se a compilare il questionario sono i pazienti. L'impressione è che questi siano più propensi ad ammettere delle piccole sbavature nella loro condotta. Questa differenza nei punteggi potrebbe essere letta come una generale propensione dei ragazzi in cura a compilare più onestamente il questionario rispetto agli individui reclutati casualmente.

Le analisi in cui sono stati confrontati tra loro i diversi gruppi di pazienti non hanno fornito risultati conclusivi. Il forte limite è infatti la numerosità del campione. 34 pazienti sono un numero sufficiente per operare un confronto verso i dati normativi ma la loro suddivisione in 5 sottogruppi ha indebolito eccessivamente la potenza del test. L'unico gruppo che sembra discostarsi sensibilmente dagli altri a livello di punteggi è rappresentato da quei giovani seguiti per storia di abuso di sostanze. Questi pazienti si differenziano dagli altri nelle scale "Amore per il rischio", "Caratteristiche e comportamenti antisociali" e "Irritabilità, aggressività e ostilità". Tuttavia osservando le medie grezze è evidente la deflessione nei punteggi del gruppo che presenta disturbo della personalità nella scala "Adattamento psicosociale" e il picco della scala "Manifestazioni psicofisiologiche" per i pazienti affetti da disturbo dell'umore. Sembra plausibile che aumentando il campione dei pazienti così da avere delle categorie ben rappresentate potrebbero emergere dei dati differenti e sicuramente più esplicativi.

7. Conclusioni.

Il periodo della vita che coinvolge l'adolescenza e la post adolescenza ha come prerogativa il cambiamento. Questa fase di passaggio verso lo sviluppo della piena autonomia si caratterizza come un limbo a cavallo del quale l'individuo è solo una proiezione di quello che sarà e nello stesso tempo avverte il distacco progressivo da quello che non è più. La ricerca di una definizione chiara e precisa del ragazzo in questo momento della sua vita può essere complessa e con molta probabilità finisce con il dare risultati deboli e transitori. Per questo motivo il clinico che si approccia a questa tipologia di clienti deve in maniera ancora più totale approfondire ogni aspetto potenzialmente rilevante cercando di abbandonare la comodità delle euristiche. Applicare una diagnosi generalizzando una sintomatologia alla sua etichetta diagnostica può rivelarsi infruttuoso nella gestione del caso. Questo non vuole dire prescindere dalla definizione condivisa di un problema. La comunicazione della diagnosi e la valutazione del caso coadiuvata da altre figure professionali diverse dallo psicologo è molto importante soprattutto all'inizio della presa in carico. Ad oggi non è difficile riuscire a fare una diagnosi, è molto complesso invece tracciare un profilo accurato del paziente sul quale costruire una linea di approfondimento del caso e terapeutica.

L'attenzione del CBA Young form si focalizza sulla sfida più complessa per uno psicologo: capire esaustivamente il caso che ci si appresta ad affrontare. La complessità umana resa ancora più inafferrabile dalla fascia d'età considerata ha guidato il gruppo CBA nello sviluppo del CBA-Y. La scelta di un questionario a-teorico che indagasse tutti gli aspetti salienti dell'universo giovanile è stata motivata all'interno di questa linea teorica. Il CBA-Y non fa diagnosi, nessun questionario dovrebbe in linea di principio, né colloca il paziente all'interno di qualche categoria diagnostica precostituita.

Il modo di operare del CBA-Y è duplice. In primo luogo fornisce un elenco puntuale degli aspetti che sono rilevanti per la vita e per estensione per il disagio del paziente. In questo senso il clinico deve valutare singolarmente ogni item che durante la compilazione il ragazzo ha segnato sulla scheda. Questo tipo di informazione rappresenta la descrizione assoluta del caso, cioè la descrizione avulsa da logiche di confronto. Parallelamente il caso è confrontato con i dati normativi mediante la raccolta di indici di punteggio suddivisi lungo 11 scale. In questo modo il ragazzo è collocato a un certo gradino della popolazione a cui fa riferimento e possono risaltare determinate sue caratteristiche sia in senso negativo che positivo.

Lo scopo di questa tesi è la validazione delle caratteristiche utilizzate per il confronto del paziente con la popolazione di riferimento. Anche se, come esplicitato in precedenza, le scale non fanno collimano con una specifica teoria di riferimento, racchiudono ugualmente al loro interno tutte le informazioni necessarie alla piena comprensione del caso. Nulla vieta di utilizzare i dati forniti dal CBA-Y per collocare il paziente all'interno di una determinata classe o etichetta diagnostica, l'importante è farlo con la consapevolezza che il referto del questionario offre molto di più.

Prima di affrontare singolarmente le 11 scale del CBA-Y bisogna commentare i dati raccolti inerenti la sua modalità risposta: la checklist. Dalle analisi condotte in questo lavoro possiamo aggiungere un tassello al grado di comprensione delle risposte dicotomiche. In letteratura infatti c'era una lacuna per quanto concerne il confronto tra le tradizionali risposte dicotomiche e la modalità checklist. L'interesse è da sempre rivolto alle differenze tra un diverso numero di opzioni di risposta, quindi le dicotomie paragonate alle scale likert di diversa estensione. In questi studi si ricavano informazioni sui limiti della dicotomia. Sembra che la necessità di scegliere tra due opzioni tenda a forzare le risposte di chi compila un questionario rendendo la scala likert una scelta privilegiata per raccogliere informazioni più aderenti alla realtà. Il problema delle likert, oltre a una maggiore difficoltà di

formulazione, è il tempo che necessitano per le risposte. Dover scegliere tra un ventaglio ampio di possibilità rallenta la compilazione. Sembra un prezzo ragionevole da pagare per ottenere dati precisi ma tuttavia non sempre il tempo è una risorsa abbondante. Se consideriamo il caso di questionari formati da un sostanzioso numero di item non è pensabile prescindere dall'utilizzo di risposte dicotomiche. Il caso del CBA-Y è quest'ultimo. L'attenzione della nostra prima ricerca è stata confrontare la dicotomia della checklist (rispondo o non rispondo) con quella del vero o falso. I dati raccolti spiegano che la checklist rappresenta un caso particolare di risposta dicotomica in cui le risposte del compilante non sono forzate. Le implicazioni di quanto scoperto sono uno dei pregi del CBA-Y. Il paziente in parziale accordo con l'item, nella modalità vero o falso segnerebbe vero mentre nella modalità checklist lascia la casella in bianco. Utilizzare questa modalità permette quindi di selezionare solo le risposte pienamente aderenti alla condizione del paziente. In questo modo il CBA-Y fornisce al clinico un elenco di item critici inferiore in numero ma più accurato nel contenuto. Essendo lo scopo del clinico indagare singolarmente gli item segnati dal paziente durante la compilazione del CBA-Y, attraverso la scelta della checklist come modalità di risposta siamo in grado di far risparmiare tempo al terapeuta e di aumentare la veridicità delle risposte. Quando i dati vengono raccolti all'interno di scale questo vantaggio si perde perché il loro significato assoluto viene meno a favore del confronto con i dati normativi. Quello che va sottolineato è che i dati riguardo le scale raccolti in forma checklist sono diversi da quelli raccolti in forma vero o falso. Il primo caso produce punteggi più bassi alle scale proprio in virtù di una maggiore selettività di chi compila il questionario.

7.1 Le scale del CBA-Y: considerazioni conclusive.

Stato emotivo.

La scala "Stato emotivo" raccoglie informazioni circa la qualità delle emozioni del compilante all'inizio della prova. Da questo indice non si ricavano informazioni utili per il processo diagnostico ma contingenti alla compilazione del questionario. A livello teorico la reazione emotiva verso la compilazione di un questionario può inficiare l'attendibilità delle risposte poiché elevati gradi di stress possono influire sullo svolgimento di compiti cognitivi (McEwen & Sapolski; 1995). Dalle analisi condotte sui dati normativi emerge che soggetti ansiosi o che presentano rischio psicopatologico tendono ad avere punteggi più alti in questo indice. La relazione con MMPI conferma questa relazione. Tuttavia il confronto dei dati normativi con un gruppo di pazienti non rivela nessuna differenza tra i punteggi medi ottenuti (capitolo 6). Questo conferma la bontà della scala nel valutare lo stato emotivo del paziente all'inizio della compilazione a prescindere dalla sua condizione patologica.

Indice di autoapertura.

Il limite più grande dei self report è che devono necessariamente presupporre la sincerità del compilante. Ma è facile supporre che l'atteggiamento di chi compila il questionario potrebbe essere piuttosto cauto nell'offrire la piena complicità al terapeuta. Per questo si è pensato di inserire una scala di validità, "Indice di autoapertura" che misuri il grado di compliance del paziente verso il questionario. La scala presenta situazioni di vita quotidiane molto frequenti ma negative nel senso comune come fare il furbo per essere servito prima degli altri. I risultati delle analisi sono discordanti. La consistenza interna è bassa ma questo dato è spiegabile vista l'eterogeneità degli item. Il dato fondamentale è la correlazione inversa con la scala "L" dell'MMPI. La scala del MMPI indaga il tentativo da parte di chi compila il

questionario di apparire sotto una luce favorevole mentre la scala del CBA-Y è piuttosto un indice di quanto esso è sincero basata sull'ammissione di piccole mancanze. La correlazione inversa tra le due scale conferma la linea teorica sulla quale è stato sviluppato questo indice. Esaminando però la scala in relazione alle altre scale del CBA-Y, essa ci appare legata a caratteristiche di propensione al rischio e di antisocialità. In effetti il campione clinico a cui è stato somministrato il questionario presenta punteggi significativamente più elevati in questo indice. Alla luce di questo sembra ragionevole guardare con occhio critico alla scala "Indice di autoapertura" considerando però che un alto punteggio a questa scala conferma la validità del questionario perché indica che il compilante sta rispondendo senza inibizioni. Potremmo anche spiegare la differenza tra i dati normativi e il campione clinico come un maggiore interesse a rispondere sinceramente dei pazienti rispetto agli altri.

Uso di droghe ed esperienze inusuali.

Questa scala raccoglie esperienze di disagio molto poco frequenti ma estremamente rilevanti. In relazione all'MMPI, la scala del CBA-Y correla maggiormente con la scala di Schizofrenia, la più grave del test di Hataway e McKinley. I dati ci mostrano come il campione normativo praticamente non segni nessuno degli item contenuti al suo interno. Il campione clinico pur non evidenziando molti item contenuti in questa scala, ottiene un punteggio superiore ai dati normativi. La scala "Uso di droghe ed esperienze inusuali" va letta sia come un indice di simulazione in caso di punteggi molto elevati sia come un coefficiente di gravità della situazione in caso di punteggi significativamente superiori ai dati normativi. Va inoltre sottolineato che questa scala è una delle poche a differenziare tra differenti gruppi di pazienti dimostrandosi utile non solo nel rilevare la presenza di patologia ma anche nell'indirizzare la diagnosi verso comportamenti di abuso di sostanze.

Rischio Psicopatologico.

Tra le scale cliniche del CBA-Y è la più informativa riguardo alla presenza di problematicità. Dai dati raccolti emerge la sua trasversalità, sia in riferimento alle altre scale del CBA-Y sia in relazione con l'MMPI. All'interno della filosofia del nostro questionario un punteggio elevato a questa scala è indispensabile per sottolineare la presenza di aspetti problematici nel paziente. Qualora non vi fosse un punteggio sopra la soglia dei dati normativi il caso risulterebbe sospetto. Un elevato punteggio a questa scala inoltre va valutato con cura perché potrebbe indicare la presenza di ideazione suicidaria. Anche se non mostra risultati

significativi probabilmente per la scarsa numerosità campionaria questa scala dovrebbe essere più sensibile alla presenza di problemi di personalità.

Amore per il rischio.

La scala che misura l'attuazione di comportamenti potenzialmente dannosi per se o per gli altri non è propriamente una scala clinica. La presenza di questi comportamenti di per se non è indice di un problema psicologico ma va comunque presa in considerazione perché può costituire un'aggravante a una situazione problematica. Dal confronto con il gruppo clinico emerge infatti che la scala "Amore per il rischio" non discrimina tra pazienti e gruppo normativo. Sempre in questa ricerca (capitolo 6) emerge che questa scala discrimina tra differenti tipologie di diagnosi confermando che "Amore per il rischio" non si dirige all'individuazione di una patologia ma a descriverne gli aspetti connessi.

Benessere psicofisico.

La scala "Benessere" misura il grado soggettivo di benessere riportato dal paziente. Come emerge chiaramente dalle analisi di confronto con l'MMPI la relazione con la patologia è presente ma è inversa. Internamente al CBA-Y sono interessanti le correlazioni dirette con la scala "Amore per il rischio" e "Irritabilità, aggressività e ostilità". Da questo tipo di relazioni deduciamo che questo costrutto di benessere non esclude la presenza di caratteristiche problematiche nel compilante ma sottolinea la sua credenza a non considerarle tali. Il clinico che si trovasse davanti ad un pattern in cui oltre alla scala di benessere risultano elevati altri indici come quelli di ricerca del rischio o dell'aggressività dovrebbe prestare particolare attenzione a queste caratteristiche e indagare nel dettaglio i comportamenti che causano l'innalzamento dei punteggi. Va segnalato che la scala del benessere è l'unica a mostrare una differenza di punteggio rispetto a un gruppo di studenti francesi su cui sono state condotte le analisi confermate. È possibile che gli item utilizzati per indagare il benessere del compilante siano strettamente legati alla realtà italiana. La struttura della scala non è stata confermata. Il dato indica una debolezza nel costrutto che non emergeva dalla analisi di consistenza interna e tuttavia rende la scala soggetto di ulteriori sviluppo e approfondimenti.

Adattamento psicosociale.

La scala dell'"Adattamento psicosociale" descrive gli aspetti del benessere legati alla socialità. La conferma maggiore di questo costrutto arriva dalla relazione inversa con la scala "Introversione sociale" dell'MMPI. Più in generale conferma il pattern di correlazione con le altre scale del CBA-Y presente nella scala "Benessere". Riassumendo possiamo considerare le

due scale di benessere come complementari, la prima maggiormente rivolta al sé e la seconda più orientata agli altri. La struttura della scala non è stata confermata. Il dato indica una debolezza nel costrutto che non emergeva dalla analisi di consistenza interna e tuttavia rende la scala soggetto di ulteriori sviluppo e approfondimenti.

Ansia e instabilità emotiva.

Insieme alla scala "Rischio psicopatologico" questo indice rappresenta il più importante segnale di allarme clinico. Come si evince dai dati relativi al confronto con l'MMPI questa scala è maggiormente sensibile a problematicità di matrice emotivo-ansiosa. Oltre a essere molto correlata con il rischio di patologia la scala presenta una forte connessione con l'irritabilità. I pazienti che ottengono alti punteggi a questa scala sono maggiormente irritabili di altri e questa caratteristica può aiutare il clinico nella stesura di un piano terapeutico.

Caratteristiche e comportamenti antisociali.

Non si tratta di una scala che misura lo stare bene con gli altri o il rifiutare le relazioni come mostrano i dati di confronto con l'MMPI bensì dell'attuazione da parte del paziente di condotte antisociali simili a quelle descritte nel DSM IV relativamente al disturbo antisociale di personalità. Presenta una correlazione intensa con l'aggressività e di conseguenza alti punteggi in questo indice rivelano una tendenza a perpetuare condotte devianti. Dall'analisi con il gruppo di pazienti emerge il suo potere discriminante tra le patologie. A ottenere i punteggi più alti in questa scala sono i pazienti con disturbo da abuso di sostanze o con diagnosi di disturbo della personalità

Irritabilità, aggressività e ostilità

Questa scala misura la tendenza a essere soggetti di scatti d'ira e più in generale a non tollerare la frustrazione. Dalle analisi si evince la capacità di questa scala di discriminare tra gruppo normativo e pazienti oltre che la capacità di differenziare i diversi gruppi di pazienti. Il gruppo di abusatori di sostanze ottiene punteggi più elevati. Correla moderatamente con diverse scale del MMPI senza manifestare una particolare relazione con specifiche caratteristiche psicopatologiche. Il clinico deve utilizzare la scala "Irritabilità, aggressività e ostilità" per considerare questi aspetti specifici della personalità del cliente a prescindere dalla diagnosi.

Manifestazioni psicofisiologiche.

La presenza di una condizione soggettiva di malessere fisico è evidenziata da questa scala. Come emerge dalla correlazione tra le scale del CBA-Y è legata alle scale "Rischio psicopatologico" e "Ansia e instabilità emotiva". In sintesi con queste due scale permette al questionario di evidenziare aspetti di personalità, di ansia e umore e di manifestazioni somatiche. Correla intensamente con l'ipocondria dell'MMPI suggerendo che i sintomi riportati potrebbero non essere reali ma solo conseguenza di una eccessiva attenzione e/o preoccupazione per le malattie.

Per concludere la rassegna delle scala occorre sottolineare che la scala Deviazione psicopatica dell'MMPI, considerata la maggiormente rappresentativa e importante nel tracciare il profilo del paziente adolescente correla con tutte le scale del CBA-Y a eccezione degli indici di validità del questionario.

Bibliografia

- Archer, R. P. (1987). *Using the MMPI with adolescents*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Archer, R. P., Gordon, R. A., Giannetti, R. A. & Singles, J. M. (1988). MMPI scale clinical correlates for adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 52, 707-721.
- Argentero, P. (2006). *I Test nelle organizzazioni*. Il Mulino, Bologna
- Armati, A.S. (1996). "Giovani, alcol e guida: ricerca sulla percezione del rischio nei giovani attraverso il CBA-BG". Tesi non pubblicata, Università degli studi di Padova.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M., & Fehr, B. (2007). *Social psychology*. (4 ed.). Toronto, ON: Pearson Education.
- Brislin R., (1970). Back translation for cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology*, 1, 185-216
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cioffi, R. (1999). "Junior Eysenck personality inventory: una nuova versione?" *Ricerche di psicologia*, 23 (4), 7-35
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum
- Comini, D. (1991). "CBA-G: un'applicazione realizzata con un gruppo di student della provincia di Brescia". Tesi non pubblicata, Università degli studi di Padova.
- Galluci, N. T. (1994). Criteria associated with clinical scales and Harris-Lingoes subscales of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory with adolescent inpatients. *Psychological Assessment*, 6, 179-187.
- Gough, H.G. (1960). The adjective check list as a personality assessment research technique. *Psychological Reports*, 6, 107-122
- Gough, H.G. e Heilbrun A.B. (1980). *Manuale della versione italiana dell'Adjective Check List*. Firenze, Organizzazioni speciali.
- Hathaway, S. R., Monachesi, E. D. (1953). *Analyzing and predicting juvenile delinquency with the MMPI*. Minneapolis: Univer. of Minnesota Press, 1953.

- Hathaway, S. R., Monachesi, E. D. (1963). *Adolescent personality and behavior: MMPI patterns of normal, delinquent, dropout, and other outcomes*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S. R., McKinley, J. C. (1967). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Kendler, K.S., & Gardner, C.O., (1998). Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV Criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (2), 172-177
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2011). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. Unpublished paper, University of Connecticut.
- Kline, P. (1996). *Manuale di psicometria*. Roma, Ubaldini Editore.
- Michielin, P., Vidotto, G., Altoé, G., Colombari, M., Sartori, L., Bertolotti, G., Sanavio, E., Zotti, A.M. (2008). Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *Giornale Italiani di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30, 98-104
- Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Stratford, P.W., Knol, D.L., Bouter, L.M., de Vet H.C.W. (2010). International consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes: results of the COSMIN study. *Journal of Clinical Epidemiology* 63, 737-745.
- Montali, C. (1990). "Contributo alla validazione del CBA giovani". Tesi non pubblicata, Università degli studi di Padova.
- Noyes, J.M. e Garland, K.J. (2008). "Computer vs. paper based task: are they equivalent?", *Ergonomics*, 51, 9, pp.1352-1375
- Pallavicina, A. (1997). "Giovani a rischio di sviluppo dei disturbi alimentari: applicazione del BAT, EAT, EDI-2 e CBA-BG ad un campione clinico e di controllo". Tesi non pubblicata, Università degli studi di Padova.
- Priola, D. (1991). "Aspetti evolutivi e disadattamento nei preadolescenti dai 10 ai 12 anni. Contributo alla validazione del CBA-G". Tesi non pubblicata, Università degli studi di Padova.
- Rezzola S. (1996). "CBA-BG: valutazione dei militari di leva". Tesi non pubblicata, Università degli studi di Padova.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Bettinardi, O., Michielin, P., Vidotto, G., Zotti, A.M., (1992). "Recenti sviluppi della batteria e del programma CBA", *Rivista di psichiatria*, 27, 5, pp.213-218

- Sanavio, E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G. e Zotti A.M.(1986). *CBA-2.0 Scale Primarie: Manuale. Una batteria a largo spettro per l'assessment psicologico*. Firenze: Organizzazioni Speciali. Seconda edizione ampliata, 1997.
- Sanavio, E. (1997). *CBA 2.0: cognitive behavioural assessment 2.0: scale primarie: manuale*. Firenze, Organizzazioni speciali.
- Sanavio, E., (2002). *Le scale CBA. Cognitive Behavioural Assessment: un modello di indagine psicologica multidimensionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sanavio, E., & Cornoldi, C., (2010). *Psicologia Clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Sica C., Comini, D., Spezzati, L., & Sanavio, E. (1995). CBA-forma giovani e valutazione del comportamento affettivo e sessuale, in *L'uomo che cambia*, Moderato P. e Sirigatti S., Roma, Franco Angeli.
- Sica, C. (1996). "Psychopathology and addictions: study of different drug addicted groups by means of the CBA young form questionnaire", Articolo non pubblicato, dipartimento di psicologia generale di Padova.
- Sica, C., Bertolotti, G., Dorz, S., Michielin, P., Novara, C., Sanavio, E., Vidotto, G., & Zotti, A.M. (1998). Assessment of young people and HIV pandemia: result from an original Italian questionnaire, in *Behaviour and cognitive therapy today: an essay in honor of Hans J. Eysenck*, Sanavio E., Oxford, England: Elsevier science Ltd.
- Spezzati, L. (1991). "Contributo alla validazione del CBA-G". Tesi non pubblicata, Università degli studi di Padova.
- Vidotto, G., Sica, C., & Baldo, F. (1995). Vie di sviluppo e nuovi strumenti psicologici per l'individuazione di soggetti a rischio, in *Qualità della vita e sviluppo delle risorse umane nelle forze armate*, Manfredi L. e Salvatico L., Torino, UPSEL.
- Vio, C. & Marin, M. (1996). CBA-giovani: un approfondimento di alcune scale cliniche con soggetti tossicodipendenti, in *Batteria CBA: dieci anni di ricerche*, Sanavio E. e Vidotto G., Torino, UPSEL.
- Zotti A.M., Bertolotti, G., Michielin, P., Sanavio, E., & Vidotto, G. (2010). *CBA-H. Cognitive Behavioural Assessment forma Hospital, per la valutazione completa del paziente ospedalizzato*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Yu, C-Y., & Muthén, B, (2001). Evaluation of models fit indices for latent variable models with categorical and continuous outcomes.
- Williams, C.L. & Butcher, J. N. (1989). An MMPI study of adolescents: I. Empirical validity of the standard scales. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 251-259.

World Health Organization, Geneva (1995) *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry, Report of the WHO expert committs*. Geneva, World Health Organization, WHO.

Wrobel, N. H.; & Lacher, D (1992). Refining adolescent MMPI interpretations: Moderating effects of gender in prediction of descriptions from parents. *Psychological Assessment*, 4, 375-381

Appendice 1

CBA-G versione maschile

(G. Bertolotti, F. Boz, P. Michielin, E. Sanavio, A.M. Zotti)

Si prega di scrivere in stampatello

Cognome: _____

Nome: _____

Nato a: _____

Data di nascita: _____

Abitante a: _____

CAP: _____ Provincia di: _____

Via: _____ n° _____

Telefono: _____/_____

Indica il tuo peso: Kg _____

E la tua altezza: cm _____

Indica il tuo stato civile:

1)† celibe

2)† coniugato

3)† altro (specificare): _____

Indica il titolo di studio più elevato conseguito, ponendo una crocetta sulla voce più adatta:

1)†nessuno

2)†licenza elementare

- 3) ☐ licenza di scuola media
4) ☐ diploma di scuola media superiore (specificare quale): _____
5) ☐ diploma universitario in: _____
6) ☐ laurea in: _____
-

Indica la tua condizione professionale ponendo una crocetta sulla voce più adatta:

- 1) ☐ sono studente
2) ☐ sono in cerca di una prima occupazione
3) ☐ sono disoccupato
4) ☐ svolgo lavori saltuari
5) ☐ svolgo lavori stagionali
6) ☐ ho un lavoro alle dipendenze
7) ☐ faccio un lavoro in proprio
-

Data:

giorno: Mese: Anno:

Ora d'inizio:

Ora: Minuti:

Istruzioni

In queste pagine troverai una serie di frasi che ti permetteranno di descrivere la tua storia personale, le tue abitudini, le tue esperienze, le tue emozioni e i tuoi punti di vista. Ti preghiamo di rispondere con attenzione e sincerità. Le tue risposte sono assolutamente riservate e coperte dal segreto professionale. Se qualcosa non ti è chiaro chiedi tutte le spiegazioni necessarie.

Il questionario è suddiviso per argomenti, per ogni argomento leggi una frase alla volta con attenzione. Se ti sembra che la frase sia ADATTA al tuo caso e cioè che descriva abbastanza bene il tuo comportamento, fai una crocetta sul quadratino a sinistra della frase e passa poi a leggere la frase successiva. Se ti sembra che NON SIA ADATTA al tuo caso passa direttamente a leggere la frase successiva. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Il primo argomento riguarda il tuo stato d'animo di oggi, in particolare di questo preciso momento, mentre inizi a compilare il questionario.

Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano descrivere abbastanza bene come ti senti ADESSO.

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1 | Mi sento in splendida forma | ☐ |
| 2 | Sono arrabbiato | ☐ |
| 3 | Avrei voglia di piangere | ☐ |
| 4 | Mi sento rilassato | ☐ |
| 5 | Sono molto teso | ☐ |
| 6 | Sono giù di morale | ☐ |
| 7 | Sono calmo | ☐ |
| 8 | Mi sento stanco e sfiduciato | ☐ |
| 9 | Vorrei essere rassicurato | ☐ |
| 10 | Mi sento in ansia | ☐ |
| 11 | Non sono sereno | ☐ |
| 12 | Non so bene perché devo rispondere a queste domande | ☐ |

Il prossimo argomento riguarda la tua INFANZIA E ADOLESCENZA FINO ALL'ETÀ DI 14 ANNI (cioè fino al periodo in cui di solito si termina la scuola media inferiore). Se non hai trascorso l'infanzia con i tuoi genitori fai eventualmente riferimento alle persone con cui hai vissuto o che hanno avuto un ruolo importante nella tua educazione. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 13 | Fino ai 14 anni ho vissuto con entrambi i genitori | ☐ |
| 14 | Ho passato uno o più anni lontano dalla mia famiglia d'origine | ☐ |
| 15 | Nella mia famiglia c'erano molti litigi e incomprensioni | ☐ |
| 16 | Ho perso uno dei genitori | ☐ |
| 17 | Sono stata maltrattata in famiglia | ☐ |
| 18 | Mio padre giocava molto con me | ☐ |
| 19 | Mia madre è (o era) una donna simpatica e piena di vita | ☐ |
| 20 | Ho sempre cercato di parlare dei problemi ai miei genitori | ☐ |

- | | | |
|----|---|---|
| 21 | Ho sempre cercato di evitare che i genitori ficcassero il naso nei fatti miei | † |
| 22 | I miei genitori pensavano solo a se stessi | † |
| 23 | I ricordi della mia infanzia sono molto belli | † |
| 24 | Ai miei genitori interessava solo che non rompesti le scatole | † |
| 25 | Mio padre è (o era) un uomo simpatico e pieno di vita | † |
| 26 | Alle elementari e alle medie avevo un buon profitto | † |
| 27 | Sono scappato di casa per almeno una notte | † |
| 28 | Da bambino avevo degli amici immaginari | † |
| 29 | Ai miei genitori interessava solo che andassi bene a scuola | † |
| 30 | La maggior parte degli insegnanti mi aveva preso in simpatia | † |
| 31 | Uno dei miei genitori ha avuto una grave malattia | † |
| 32 | A volte quattro schiaffi mi sono serviti più di tanti consigli | † |
| 33 | Ho ripetuto una o più classi alla scuola media | † |
| 34 | Le mie difficoltà a scuola sono cominciate alle medie | † |

Il prossimo argomento riguarda i tuoi rapporti con i genitori, i fratelli ed altri familiari DALL'ETÀ DI 14 ANNI AD OGGI. Se hai vissuto con uno solo dei genitori, fai riferimento ai rapporti con esso. Se non hai trascorso questo periodo con i tuoi genitori fai riferimento alle persone con cui hai vissuto o che hanno avuto un ruolo importante nella tua educazione. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

- | | | |
|----|--|---|
| 35 | Tutti e due i miei genitori sono vivi | † |
| 36 | Non ho mai consentito ai miei familiari di impicciarsi dei fatti miei | † |
| 37 | Spesso il mio comportamento non viene capito dai miei familiari | † |
| 38 | Nella mia famiglia ognuno può parlare liberamente dei suoi problemi | † |
| 39 | Mia madre capisce i miei bisogni | † |
| 40 | I miei genitori vivono insieme | † |
| 41 | Tra le persone della mia famiglia c'è molta solidarietà | † |
| 42 | Mio padre capisce i miei bisogni | † |
| 43 | I miei genitori hanno progetti su di me che io non condivido | † |
| 44 | Certe volte le attenzioni che mia madre ha nei miei confronti sono asfissianti | † |
| 45 | I miei genitori disapprovano il genere di amicizie che ho | † |
| 46 | I miei genitori pensano solo a se stessi | † |
| 47 | Ho ricevuto dai miei genitori le informazioni sessuali che desideravo | † |
| 48 | Certe volte le attenzioni che mio padre ha nei miei confronti sono asfissianti | † |
| 49 | Nella mia famiglia si preferisce litigare anziché discutere | † |
| 50 | Vorrei tanto somigliare a mia madre | † |
| 51 | Sono scappato di casa per almeno una notte | † |

- | | | |
|----|---|---|
| 52 | I miei genitori mi trattano ancora come un bambino | † |
| 53 | Spesso non ne posso proprio più di rimanere in famiglia | † |
| 54 | I miei genitori non credono nelle mie capacità | † |
| 55 | Per evitare rimproveri qualche volta ho inventato scuse | † |
| 56 | Vorrei tanto somigliare a mio padre | † |
| 57 | I miei genitori non hanno mai mostrato interesse per quello che faccio | † |
| 58 | Non condivido proprio la mentalità dei miei | † |
| 59 | Ho sofferto perché uno dei miei familiari ha/ha avuto disturbi nervosi | † |
| 60 | Mio padre decide spesso per me | † |
| 61 | In famiglia ci sono spesso discussioni perché uno dei miei famigliari beve troppo | † |
| 62 | Uno dei miei familiari ha una grave malattia | † |

Il prossimo argomento riguarda la **SCUOLA SUPERIORE** ed eventualmente l'**UNIVERSITÀ**. Se hai interrotto gli studi prima, salta all'argomento successivo. Altrimenti leggi le frasi una alla volta e metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano più adatte al tuo caso.

- | | | |
|----|---|---|
| 63 | La scelta del tipo di studi mi è stata imposta | † |
| 64 | Sono molto soddisfatto della scuola che frequento | † |
| 65 | Ho sempre avuto qualche difficoltà negli studi | † |
| 66 | Non ho molta voglia di studiare | † |
| 67 | Vado d'accordo con i miei compagni di scuola | † |
| 68 | Molti insegnanti mi hanno preso in antipatia | † |
| 69 | Gli insegnanti sono per lo più incompetenti | † |
| 70 | Ho sempre avuto buoni voti in condotta | † |
| 71 | La scuola è un incubo | † |
| 72 | A scuola sono sempre andato bene | † |
| 73 | Gli anni della scuola sono anni buttati via | † |
| 74 | A scuola ho imparato molte cose utili | † |
| 75 | A scuola è difficile esprimere le proprie idee | † |
| 76 | Le mie difficoltà a scuola sono cominciate alle superiori | † |
| 77 | Credo che gli insegnanti facciano molte preferenze | † |
| 78 | Ho marinato spesso la scuola alle superiori | † |
| 79 | Penso che i voti servano per misurare il valore di una persona | † |
| 80 | A scuola si dovrebbero svolgere corsi di educazione sessuale | † |
| 81 | A scuola c'è molta indifferenza per i problemi reali della gente | † |
| 82 | Penso che in classe gli insegnanti si comportino spesso in modo incoerente a seconda del loro umore | † |
| 83 | Alle superiori sono stato sospeso per indisciplina | † |
| 84 | Ho avuto difficoltà di inserimento con i miei compagni | † |
| 85 | Ho criticato spesso e apertamente i miei compagni | † |
| 86 | Penso che non ci si possa proprio fidare degli insegnanti | † |

- 87 Se tornassi indietro, non mi iscriverei più alla scuola che ho scelto †
- 88 I ragazzi che vanno bene a scuola sono tutti lecchini †

Il prossimo argomento riguarda il tuo LAVORO e le ESPERIENZE LAVORATIVE. Se non hai mai lavorato, salta direttamente all'argomento successivo. Altrimenti leggi le frasi e metti una crocetta su quelle che ti sembrano adatte al tuo caso.

- 89 Sono abbastanza soddisfatto del mio lavoro †
- 90 Quando sono al lavoro il tempo non passa mai †
- 91 Faccio un lavoro molto pesante †
- 92 Sul lavoro non sono considerato per quanto valgo †
- 93 Ha cambiato spesso lavoro †
- 94 Il mio lavoro comporta viaggi e soggiorni fuori casa †
- 95 Attualmente ho gravi preoccupazioni economiche †
- 96 Vado d'accordo con i miei compagni di lavoro †
- 97 Con il lavoro mi sentirò realizzato †
- 98 Cercherò di lavorare il meno possibile †
- 99 Vorrei un lavoro che comporti lunghi viaggi †
- 100 Sono preoccupato di non trovare lavoro †
- 101 Le donne dovrebbero dedicarsi alla famiglia piuttosto che lavorare fuori casa †
- 102 Penso che i figli intralcino la carriera professionale †
- 103 Penso che si possano conciliare lavoro e famiglia †
- 104 Penso che gli immigrati ci rubino posti di lavoro †
- 105 Penso che dovrebbero esserci leggi più severe per arginare il fenomeno dell'immigrazione clandestina †

Il prossimo argomento riguarda i tuoi RAPPORTI ATTUALI CON GLI AMICI E CON LE PERSONE CHE CONOSCI. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte tuo caso.

- 106 Mi sento spesso solo anche quando sono in compagnia †
- 107 Quando ho un po' di tempo libero lo passo con gli amici †
- 108 Certe persone vogliono tenermi completamente sotto controllo †
- 109 Quasi tutte le persone che conosco sono poco o per nulla sensibili †
- 110 Mi lascio facilmente influenzare dagli altri †
- 111 Mi è abbastanza facile farmi degli amici †
- 112 Nel mio gruppo di amici mi adatto sempre alle decisioni degli altri †
- 113 Non ho mai tradito la fiducia dei miei amici †

- | | | |
|-----|---|---|
| 114 | Tendo a insistere sulle cose anche se faccio perdere la pazienza alla gente | † |
| 115 | Gli amici mi considerano un prepotente | † |
| 116 | Preferisco la compagnia delle ragazze a quella dei ragazzi | † |
| 117 | Con gli amici sono molto suscettibile e mi irrito facilmente | † |
| 118 | La maggior parte dei miei amici è più serena di me | † |
| 119 | Spesso mi piace star solo con i miei pensieri | † |
| 120 | Pur di ottenere ciò che desidero qualche volta mento | † |
| 121 | Ho alcuni amici di cui mi posso fidare ciecamente | † |
| 122 | Di solito nel mio gruppo di amici sono io che prendo le decisioni | † |
| 123 | Mi piace sfidare le persone | † |
| 124 | Sono spontaneo e a mio agio con gli amici | † |
| 125 | Non ho veri amici | † |
| 126 | Quando qualcuno non si comporta come vorrei, vado su tutte le furie | † |
| 127 | Nessuno può umiliarmi anche se ho sbagliato | † |
| 128 | Cerco di mantenermi in disparte ed evito i rapporti con gli altri | † |
| 129 | I complimenti mi mettono in imbarazzo | † |
| 130 | I miei compagni mi prendono spesso in giro | † |
| 131 | Spesso ho delle difficoltà nel dire no a qualcuno | † |
| 132 | Spesso mi verrebbe da prendere a pugni qualcuno | † |
| 133 | Il mio comportamento è spesso interpretato male dagli altri | † |
| 134 | Vorrei riuscire ad intimidire di più gli altri | † |
| 135 | Gli amici mi cercano spesso perché sono di compagnia | † |
| 136 | Vorrei riuscire a farmi rispettare di più dagli altri | † |
| 137 | E' divertente vedere che gli altri mi temono | † |
| 138 | Qualcuno dei miei amici ha avuto guai con la legge | † |
| 139 | Gli altri mi giudicano troppo sensibile | † |
| 140 | Mi arrabbio subito se ho l'impressione che mi si stia prendendo in giro | † |
| 141 | Spesso sono colpito dall'insensibilità degli altri | † |
| 142 | Vado d'accordo con quasi tutte le persone che conosco | † |
| 143 | Alcune persone fanno di tutto per rendermi difficile la vita | † |
| 144 | Piuttosto che litigare mi tengo tutto dentro | † |
| 145 | Non mi piace stare in compagnia | † |
| 146 | Amo giocare o divertirmi da solo | † |
| 147 | Mi sento circondato dalla fiducia degli altri | † |

Il prossimo argomento riguarda i tuoi RAPPORTI AFFETTIVI E SESSUALI. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte tuo caso.

- | | | |
|-----|---|---|
| 148 | Ho voglia di sposarmi presto | † |
| 149 | Sono molto tenero nelle situazioni sessuali | † |
| 150 | Non ho la ragazza | † |
| 151 | Vorrei avere subito dei figli | † |

- | | | |
|-----|--|---|
| 152 | Non mi sono mai masturbato | † |
| 153 | E' eccitante essere violenti nelle situazioni sessuali | † |
| 154 | Sono molto timido con le ragazze | † |
| 155 | E' bello avere avventure con molte ragazze | † |
| 156 | Mi dà fastidio vedere una donna nuda, anche solo in fotografia | † |
| 157 | Ho problemi sessuali | † |
| 158 | Sono soddisfatto della mia vita sessuale | † |
| 159 | La mia vita sessuale è fatta soltanto di fantasie | † |
| 160 | Sono attratto sessualmente da persone del mio stesso sesso | † |
| 161 | Quando sono sessualmente eccitato non tollero rifiuti | † |
| 162 | La mia vita sessuale si limita alla masturbazione | † |
| 163 | I miei rapporti sessuali sono troppo brevi | † |
| 164 | Il sesso è bello solo se c'è amore | † |
| 165 | Non ho mai avuto esperienze sessuali con una ragazza | † |
| 166 | Il pensiero dei rapporti sessuali mi dà fastidio | † |
| 167 | Qualche volta provo gusto a far del male alle persone a cui sono affezionato | † |
| 168 | Ho avuto qualche esperienza omosessuale | † |
| 169 | Non riesco ad attaccare bottone con le ragazze | † |
| 170 | Faccio molta fatica a capire la gente dell'altro sesso | † |
| 171 | Sono attratto da persone molto più vecchie di me | † |
| 172 | Le persone dell'altro sesso mi fanno paura | † |
| 173 | Non sono mai stato innamorato | † |
| 174 | Il pensiero del primo rapporto sessuale mi fa paura | † |
| 175 | Ho paura di non trovare la ragazza | † |

Il prossimo argomento riguarda i tuoi RAPPORTI CON GLI ESTRANEI E LE PERSONE CON CUI NON HAI CONFIDENZA. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

- | | | |
|-----|---|---|
| 176 | Incontro volentieri persone nuove | † |
| 177 | I miei superiori spesso ne fanno meno di me | † |
| 178 | Spesso sono sgarbato con gli altri anche senza motivo | † |
| 179 | Alcune persone ce l'hanno proprio con me | † |
| 180 | Odio trovarmi in mezzo a tanta gente | † |
| 181 | Mi diverto alle feste | † |
| 182 | Ci sono persone che fanno di tutto per rendersi antipatiche | † |
| 183 | Spesso gli altri mi costringono a trattarli duramente | † |

- | | | |
|-----|---|---|
| 184 | Prendo l'iniziativa per fare amicizia con qualcuno | † |
| 185 | I rapporti con gli altri sono spesso per me fonte di tensione | † |
| 186 | Perdo facilmente la pazienza con quelli che vogliono comandare | † |
| 187 | Ho difficoltà a parlare con persone appena conosciute | † |
| 188 | La gente si diverte a sparlare di me | † |
| 189 | Mi piace chiacchierare con la gente | † |
| 190 | Molte volte al giorno c'è qualcuno o qualcosa che mi fa incazzare | † |
| 191 | Mi piace parlare di me | † |
| 192 | C'è qualcuno che controlla i miei pensieri | † |
| 193 | Sto bene in mezzo alla confusione | † |
| 194 | La mia vita è stata resa difficile dalla ostilità di alcune persone | † |
| 195 | Non sopporto che qualcuno mi dia ordini | † |
| 196 | Mi piace stare allegramente in compagnia | † |

Il prossimo argomento riguarda i tuoi PASSATEMPI, GLI INTERESSI, E L'ATTIVITÀ SPORTIVA. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

- | | | |
|-----|---|---|
| 197 | Rinuncio ad ore di sonno per trascorrere più tempo su internet | † |
| 198 | Ho perso parecchi soldi al gioco | † |
| 199 | Quando sono in rete mi sento facilitato dall'anonimato | † |
| 200 | Vado spesso al cinema | † |
| 201 | Vado spesso ai concerti | † |
| 202 | Passerei tutte le sere in discoteca | † |
| 203 | Adoro il brivido della velocità | † |
| 204 | Mi piacciono i film a luci rosse | † |
| 205 | Vado spesso allo stadio | † |
| 206 | Passo molto tempo davanti alla televisione | † |
| 207 | Gioco spesso con il computer | † |
| 208 | Faccio sport con regolarità | † |
| 209 | Preferisco comunicare faccia a faccia piuttosto che via internet | † |
| 210 | Mi piacciono i film d'amore | † |
| 211 | Passo molto tempo ad ascoltare musica | † |
| 212 | Aggiorno frequentemente il mio profilo nei social network a cui sono iscritto | † |
| 213 | Fare sport non mi interessa | † |
| 214 | Suono uno strumento musicale | † |
| 215 | Mi piace leggere delle storie d'amore | † |
| 216 | Quando navigo su internet perdo la cognizione del tempo | † |
| 217 | Vado spesso a guardare le vetrine d'abbigliamento | † |
| 218 | Leggo volentieri riviste di moda | † |
| 219 | Leggo quasi ogni giorno il giornale | † |
| 220 | Mi piace assistere a partite o gare sportive | † |
| 221 | E' bello stare da soli a leggere un libro | † |
| 222 | Faccio parte di un gruppo musicale | † |

- | | | |
|-----|---|---|
| 223 | Mi piace molto viaggiare e conoscere nuovi posti | † |
| 224 | Mi appassionano le innovazioni tecnologiche del momento | † |
| 225 | Passo molto tempo davanti al computer | † |
| 226 | Mi piacerebbe far parte di gruppi di volontariato | † |

Il prossimo argomento riguarda le tue ABITUDINI DI VITA. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

- | | | |
|-----|--|---|
| 227 | Ultimamente ci sono stati importanti cambiamenti nella mia vita | † |
| 228 | A volte ho evitato certe situazioni per la paura di fare cose di cui avrei potuto pentirmi | † |
| 229 | Non ho mai preso tranquillanti o psicofarmaci | † |
| 230 | Ho provato qualche volta per curiosità delle droghe non pericolose | † |
| 231 | Ho provato delle droghe pesanti (eroina, cocaina, ecc.) | † |
| 232 | Vado quasi sempre a messa nei giorni festivi | † |
| 233 | Prendo ogni tanto sonniferi | † |
| 234 | Frequento un gruppo di volontariato | † |
| 235 | Per dei periodi ho fatto uso di droghe pesanti | † |
| 236 | Uso abitualmente droghe leggere | † |
| 237 | Tento spesso la fortuna (es. gratta e vinci, lotto, giochi d'azzardo) | † |
| 238 | Uso abbastanza spesso droghe pesanti | † |
| 239 | La mia ragazza usa droghe leggere | † |
| 240 | Non considero pericoloso l'uso di droghe | † |
| 241 | Passo più di due ore al giorno davanti alla televisione | † |
| 242 | A volte bevo per darmi un po' di carica | † |
| 243 | Sono sonnambulo | † |
| 244 | Mi capita spesso di gridare e parlare nel sonno | † |
| 245 | Frequento un gruppo religioso quotidianamente | † |
| 246 | A volte bevo per stordirmi un po' | † |
| 247 | Dormo bene e mi sveglio riposato | † |
| 248 | Prego almeno una volta al giorno | † |
| 249 | Fumo più di cinque sigarette al giorno | † |
| 250 | Bevo spesso vino o alcolici fuori pasto | † |
| 251 | A volte bevo per stare meglio in compagnia | † |
| 252 | Mi capita spesso di bere troppo e di ubriacarmi | † |
| 253 | Mi sveglio molto presto alla mattina e non riesco a riprendere sonno | † |
| 254 | Qualche volta bevo alcolici di mattina | † |
| 255 | Quando sono giù di morale bere mi aiuta | † |
| 256 | Non guardo quasi mai la televisione | † |
| 257 | Rispetto le regole stradali anche quando mi sembrano senza senso | † |
| 258 | Negli ultimi tempi ho fatto diete particolari | † |

259	Faccio spesso fatica a prendere sonno	†
260	Non mi sono mai appropriato di cose altrui	†
261	Ogniqualvolta vedo un anziano in piedi mi alzo per cedergli il posto	†
262	Passo molto tempo a fantasticare	†
263	Non mi capita mai di rimandare a domani quello che avrei dovuto fare oggi	†
264	La maggior parte dei miei amici si droga	†
265	Nessuno dei miei amici si droga	†
266	Ogni tanto fumo qualche spinello	†
267	Mi sveglio spesso durante la notte e faccio fatica a riaddormentarmi	†
268	Curo molto il mio aspetto fisico	†
269	Mi sveglio spesso con incubi e sogni spaventosi	†

Il prossimo argomento riguarda le ESPERIENZE o le COSE CHE POSSONO PROVOCARE ANSIA O PAURA. Metti una crocetta su quelle che creano per te molta ansia o paura.

270	Essere preso in giro	†
271	Tuoni e temporali	†
272	Insuccessi	†
273	Guardare giù da luoghi alti	†
274	Inquinamento	†
275	Nuotare nell'acqua profonda	†
276	Farmi fare iniezioni	†
277	Folla, ressa	†
278	Persone con autorità	†
279	Entrare spazi chiusi o piccoli	†
280	Provare collera, arrabbiarsi	†
281	Essere osservato mentre lavoro e/o studio	†
282	Topi e ratti	†
283	Vista del sangue	†
284	Luoghi chiusi	†
285	Sentirmi respinto o rifiutato dagli altri	†
286	Aeroplani viaggi in aereo	†
287	Buio	†
288	Fuoco, incendi	†
289	Viaggiare da solo	†
290	Attacco di cuore	†
291	Fare errori	†
292	Perdere il controllo di me stesso	†
293	Stare solo	†
294	Svenire	†
295	Coltelli e oggetti affilati	†
296	Cancro	†

297	Divenire pazzo o malato di nervi	†
298	Terremoto	†
299	Dormire da solo	†
300	Dormire al buio	†
301	Malattie sessualmente trasmissibili	†

Il prossimo argomento riguarda alcune CONVINZIONI IMPORTANTI per te.
Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

302	Le cose mi sembrano senza scopo	†
303	Non vado mai in chiesa	†
304	Potrei fare a botte per la mia squadra	†
305	Vive bene solo chi si fa i fatti suoi	†
306	In politica le cose andrebbero meglio se si usasse di più la forza	†
307	Gli anziani stanno bene negli ospizi o nelle case di riposo	†
308	La qualità più importante di una persona è l'intelligenza	†
309	Ciò che davvero conta nella vita è l'amore	†
310	La qualità più importante di una persona è la bellezza	†
311	Le donne sono spesso più in gamba degli uomini	†
312	Per sopravvivere bisogna essere furbi e non farsi fregare	†
313	Gli uomini sono spesso più in gamba delle donne	†
314	Sono pochi i genitori che sanno fare i genitori	†
315	La qualità più importante di una persona è la forza di carattere	†
316	La troppa libertà fa male ai ragazzi della mia età	†
317	Sono credente praticante	†
318	Non approvo chi alla mia età decide di convivere	†
319	Per conquistare una cosa che mi stava particolarmente a cuore non ho osservato le regole	†
320	Non capisco chi decide di togliersi la vita	†
321	Non ho fiducia nei politici	†
322	Nella mia vita ho sbagliato quasi tutto	†
323	Vorrei molto assomigliare ad un mio amico	†
324	La mia vita si ispira a principi religiosi	†
325	Per affrontare i problemi mi affido alla fede	†
326	La vita merita di essere vissuta	†
327	Non riesco ad assistere ad una scena di violenza, neanche in TV	†
328	Non ho simpatia per i preti	†
329	I soldi sono molto importanti nella vita	†
330	Ho avuto contatti con l'aldilà	†
331	La vita è stata finora molto ingiusta con me	†
332	La mia fede mi aiuta molto nella vita	†
333	Ho avuto esperienze paranormali	†

334	Le cattive compagnie possono rovinare i ragazzi	†
335	Sono molto interessato ai problemi ecologici ambientali	†
336	Mi vengono in mente cose così brutte da non poterne parlare	†
337	Ricerco esperienze religiose fuori dal comune	†
338	Il successo nella vita si misura dai soldi	†
339	Cerco sempre di aiutare chi ne ha bisogno	†
340	Spesso mi chiedo se vale la pena vivere	†
341	Frequento un gruppo culturale	†
342	Per raggiungere qualcosa di molto importante faccio anche delle cose un po' scorrette	†
343	Sono molto interessato ai problemi sociali	†
344	Penso che il futuro non mi riservi niente di buono	†
345	Frequento un gruppo politico	†

Il prossimo argomento riguarda aspetti del tuo CARATTERE. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

346	Mi considero una persona più in gamba della media	†
347	Ho paura di non riuscire nella vita	†
348	Vorrei vivere in modo spericolato	†
349	Mi piace essere al centro dell'attenzione	†
350	Sono una persona molto insicura	†
351	Sono facilmente irritabile	†
352	Quando mi sento in difficoltà divento intrattabile	†
353	Qualche volta mi sembra di dover far del male a me o agli altri	†
354	Mi da fastidio dover parlare di me	†
355	mi piacciono le cose proibite	†
356	La mattina sono spesso fiacco e senza forze	†
357	Basta poco per farmi esplodere	†
358	Certe cose mi piacciono proprio perché proibite	†
359	Mi sento abbandonato dagli altri	†
360	Sono una persona proprio nervosa	†
361	Mi sento in forma	†
362	Mi stanco molto facilmente	†
363	Mi agito facilmente	†
364	Piccoli inconvenienti mi fanno preoccupare	†
365	Spesso non ne posso proprio più	†
366	Credo di avere dei problemi psicologici	†
367	Ho spesso voglia di piangere	†
368	Sono una persona tranquilla	†
369	Ho fiducia in me	†
370	Non provo più interesse per le cose che una volta mi piacevano	†

371	Sono allegro e spensierato	†
372	Mi è difficile concentrarmi su una cosa	†
373	Per essere servito prima degli altri qualche volta ho fatto il furbo	†
374	Ho dei periodi di forte depressione	†
375	Mi agito anche per cose di poco conto	†
376	Rifletto sempre molto prima di agire	†
377	Mi irrito facilmente se mi accorgo di non avere ragione	†
378	Almeno una volta ho dato la colpa ad altri pur sapendo che la colpa era mia	†
379	Certe mattine mi sento proprio giù	†
380	Certe mattine mi sembra tutto difficile	†
381	Ho frequenti sbalzi d'umore	†
382	Quando serve, so farmi valere	†
383	Mi comporto sempre bene	†
384	Sono una persona rilassata	†
385	Mi godo davvero la vita	†
386	Mi pesa prendere qualsiasi decisione	†
387	Ho spesso pensieri spiacevoli e non riesco a mandarli via	†
388	Non ho mai avuto vantaggi dalle sfortune altrui	†
389	Sono una persona molto precisa	†
390	Il mio umore non ha mai grossi sbalzi	†
391	Devo controllare ripetutamente certe cose (rubinetti del gas, porte, interruttori, ecc.)	†
392	Sono una persona molto scrupolosa	†
393	Mi piace commettere piccoli furti	†
394	Ho sempre aspettato il mio turno senza passare avanti a nessuno	†
395	Posso essere felice anche se tutto mi va storto	†
396	Presto moltissima attenzione ai particolari	†
397	Non riesco a stare fermo	†
398	Mi capita di piangere senza potermi controllare	†
399	Me la prendo troppo per ogni cosa che mi succede	†
400	Quando qualcuno mi chiede informazioni qualche volta do apposta informazioni sbagliate	†
401	Ogni giorno trascorro molto tempo a controllare le cose più e più volte	†
402	Sento il bisogno di cambiare spesso attività	†
403	Molto spesso agisco in modo da dovermi poi pentire	†
404	Credo di essere più emotivo degli altri	†
405	Qualcosa non funziona nella mia testa	†
406	Anche se faccio una cosa molto attentamente, mi pare spesso di non averla fatta bene	†
407	Spesso devo sforzarmi per accettare di vivere	†
408	A volte piango o rido senza motivo	†
409	Mi sento spesso contaminato dall'aver toccato qualcosa	†
410	Mi lavo spesso le mani perché le sento sporche o contaminate	†

Il prossimo argomento riguarda la tua SALUTE e la tua CONDIZIONE FISICA.
Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

- | | | |
|-----|--|---|
| 411 | Ho sempre avuto poca salute | † |
| 412 | Sento spesso lo stimolo di urinare | † |
| 413 | Vorrei pesare di più del mio peso attuale | † |
| 414 | Provo senso di colpa dopo aver mangiato | † |
| 415 | Soffro di una malattia cronica | † |
| 416 | Ho dei tic nervosi | † |
| 417 | Mi sentirei meglio se fossi più magro | † |
| 418 | Ho una salute di ferro | † |
| 419 | Vorrei pesare di meno del mio peso attuale | † |
| 420 | Ho sofferto/soffro di una grave malattia | † |
| 421 | Ho spesso mal di testa | † |
| 422 | Decido con anticipo cosa mangiare e quanto mangiare | † |
| 423 | Ho spesso bruciori o acidità di stomaco | † |
| 424 | Spesso sto a casa da scuola o dal lavoro per malattia | † |
| 425 | Spesso ho dolori alla pancia | † |
| 426 | Evito cibi calorici | † |
| 427 | Ho periodi di forti dolori che mi costringono a stare a riposo | † |
| 428 | Sudo facilmente e senza motivo | † |
| 429 | Mi capita di mangiare tanto, anche se mi sento già sazio | † |
| 430 | Ho molta resistenza alla fatica | † |
| 431 | Spesso mi sento mancare il respiro | † |
| 432 | Dopo aver mangiato mi capita di vomitare | † |
| 433 | A volte ho la sensazione che il cuore perda battiti | † |
| 434 | Sono forte fisicamente | † |
| 435 | Ho spesso la nausea | † |
| 436 | Mi gira spesso la testa | † |
| 437 | Mi capita di sentirmi grasso anche se le persone mi dicono che non lo sono | † |
| 438 | Ho un buon appetito | † |
| 439 | Mi piacerebbe parlare dei miei problemi con uno psicologo | † |
| 440 | Arrossisco facilmente | † |
| 441 | Penso continuamente a peso e cibo durante la giornata | † |
| 442 | Ho sofferto/soffro di convulsioni o attacchi epilettici | † |
| 443 | Spesso ho dei tremori | † |
| 444 | Soffro di svenimenti | † |
| 445 | Quando mi guardo allo specchio mi vedo troppo grasso | † |
| 446 | Spesso mi sento un nodo in gola | † |
| 447 | Ho una forma di allergia | † |

448	In alcune parti del corpo ho spesso un formicolio e me le sento come addormentate	†
449	Sono pieno di forza	†
450	Quando sono nervoso mi si chiude lo stomaco	†
451	Qualche volta mi capita ancora adesso di fare la pipì a letto	†
452	Il conto delle calorie dei cibi che mangio è sempre presente nei miei pensieri	†
453	Soffro di emicrania	†
454	Ho spesso forti mal di testa	†
455	Pratico attività fisica molto intensa per poter perdere peso	†
456	A causa del mal di testa mi assento spesso da scuola o dal lavoro	†

Il prossimo argomento riguarda i tuoi PUNTI DI VISTA e le tue OPINIONI. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

457	Anche se si ha un po' bevuto, si può guidare bene	†
458	Le cose rischiose sono anche le più divertenti	†
459	Ho delle idee fuori dal comune	†
460	Talvolta vorrei essere morto	†
461	Se un incidente stradale deve capitare, capita	†
462	La prudenza non conta molto per evitare gli incidenti stradali	†
463	Vorrei avere il coraggio di togliermi la vita	†
464	Negri e marocchini dovrebbero tornarsene a casa loro	†
465	Ho un mondo di fantasie tutto mio	†
466	Chi non ha mai avuto incidenti è solo una persona più fortunata delle altre	†
467	Gli zingari sono tutti ladri	†
468	Le donne sono tutte puttane	†
469	Spesso mi piace fare qualcosa di pericoloso	†
470	Mi piace vestire sexy	†
471	Vorrei essere più attraente	†
472	Non sopporto vedere qualcuno che fa male agli animali	†
473	Mi piace indossare vestiti che attirino l'attenzione	†
474	Disapprovo chi ha iniziato a far uso di droghe seguendo le abitudini dei propri amici	†
475	Molti incidenti stradali accadono proprio per fatalità	†

L'ultimo argomento riguarda ESPERIENZE PARTICOLARI O INUSUALI che puoi aver avuto. Metti una crocetta sulle frasi che ti sembrano adatte al tuo caso.

476	Ho pensato qualche volta al suicidio	†
477	Ho avuto ricoveri per problemi nervosi o mentali	†
478	Ho avuto un processo	†
479	In questo periodo mi accadono cose spaventose	†
480	Ho avuto esperienze molto strane	†
481	Qualche volta in passato ho rubato degli oggetti più per il piacere di farlo che per necessità	†
482	A volte mi pare che il mondo stia per cadermi addosso	†
483	Le cose che mi succedono sembrano talvolta assurde e irreali	†
484	Nell'ultimo anno ho causato incidenti stradali	†
485	Alcuni episodi della mia vita sono davvero singolari	†
486	Sono stato molto vicino al suicidio	†
487	Ho fatto esami psicologici in passato	†
488	C'è qualcosa o qualcuno che tenta di influenzare i miei pensieri	†
489	Talvolta mi sento come se l'anima abbandonasse il mio corpo	†
490	Ho avuto esperienze particolarmente negative	†
491	Ho fatto visite psichiatriche	†
492	Sono stato arrestato	†
493	Non mi pare di aver mai avuto esperienze davvero traumatiche	†
494	Alcune mie esperienze sono state bizzarre	†
495	Nella mia vita ci sono stati fatti che mi hanno segnato per sempre	†
496	Ho avuto un periodo di esaurimento nervoso	†
497	Ho tentato il suicidio	†
498	Ho avuto qualche guaio con la legge	†
499	Mi capita spesso di ripensare ad eventi traumatici	†
500	Con i miei amici mi è capitato di fare del male a qualcuno	†

Ora in cui hai terminato:

Ora: Minuti:

Grazie per la collaborazione