

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA  
CLM in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute  
AA 2021-2022\_I semestre



**LA RACCOLTA DEI DATI BIO-PSICO-SOCIALI NEL COLLOQUIO  
PSICOLOGICO: AREE DI INDAGINE E LIVELLI DI APPROFONDIMENTO**

**MATERIALE AD ESCLUSIVO USO DIDATTICO**



**Laura Giusti**  
Ricamatore in Psicologia clinica  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA, SANITÀ PUBBLICA,  
SCIENZE DELLA VITA E DELL'AMBIENTE  
laura.giusti@univaq.it



1

## Cinque modalità differenti di raccolta dei dati bio-psycho-sociali

- **Approccio anamnestico non focalizzato**
- *Raccolta di informazioni non strutturata. Non completezza e non utile al lavoro psicoterapeutico*
- **Anamnesi dettagliata**
- *Approfondita visione diacronica della vita del paziente –approccio medico ...domande puntuali\_ ( completezza e affidabilità (fallibilità della memoria e suscettibilità al contesto; vissuti vs fatti, posizione di passività del paziente*
- **Anamnesi selettivamente orientata,**
- *Focalizzata principalmente sui dati connessi al problema riportato. Paziente attivo, focus sul problema , tempo ridotto. Buona alleanza diagnostica e quindi psicoterapeutica*
- **Anamnesi mirata**
- *Focus su specifica area di vita (pazienti con dipendenze, DCA, disturbi dell'apprendimento)*
- **Anamnesi raccolta i fini della ricerca**
- *Indagine accurata e su specifici dati tramite questionari standardizzati*

2

## IL COLLOQUIO ANAMNESTICO



- Segue uno **schema** che prevede di considerare con **un diverso livello di specificità** tutte le aree della vita del paziente.

3

## IL COLLOQUIO ANAMNESTICO



- Se gestito in modo adeguato, il momento dell'anamnesi può produrre un consolidamento dell'alleanza con il paziente, perché la raccolta delle informazioni può trasmettere a quest'ultimo il sentimento di un sincero interesse per la sua sofferenza e per le sue difficoltà da parte del clinico.
- Quando **il contatto con esperienze dolorose del passato causa un'intensa reazione emotiva quale strategie ?**

4

## QUANDO SCONSIGLIATO?

- Acuzia sintomatologica
- Situazioni di urgenza



5

## STRUMENTI DI INDAGINE

- Nel caso in cui il paziente abbia particolari difficoltà nel raccontare la propria storia o quando i fatti che riesce a esporre altro non sono che **descrizioni asettiche di eventi di vita**, può essere necessario, **ricorrere a strumenti di indagine che vanno oltre il colloquio clinico.**



6

## RISCHI E LIMITI DA CONSIDERARE

- Nella raccolta dei dati anamnestici le domande sono scelte in base ai criteri della **maggiore accessibilità all'argomento da parte del paziente e della probabilità di attivare ricordi.**
- **La psicopatologia** del paziente e i suoi effetti sul clinico possono **interferire** con il buon andamento del colloquio anamnestico:
  - ✓ Diffidenza
  - ✓ Sfiducia
  - ✓ Difficoltà nella regolazione delle emozioni
  - ✓ Solo eventi negativi o solo eventi positivi
  - ✓ Schemi cognitivi su di sé (es ansia sociale )
  - ✓ Controllo immagine di sé (ambito peritale )
  - ✓ Narrative povere, generiche con pochi dettagli (depressione)
  - ✓ Narrative povere, frammentate, disorganizzate e incomplete (es.depressione, DPTS, dis.personalità)
  - ✓ **Categorie di eventi vs ricordi specifici (soggetti con traumi precoci )**



7

## LA RACCOLTA DEI DATI BIO-PSICO-SOCIALI: storia di vita e sull'evoluzione del suo problema



- E' un incontro tra due esperti:
- **il clinico è l'esperto** delle interazioni possibili fra i dati
- **il paziente è l'esperto** delle conseguenze che differenti accadimenti hanno avuto sulla propria evoluzione psicologica

8

## LE AREE DI INDAGINE SU DUE PIANI

- Il colloquio anamnestico non deve limitarsi a una mera raccolta di informazioni, ma indagare, sempre senza giudizio, i **vissuti del paziente** connessi ai vari episodi o specifiche situazioni (al momento dell'accaduto e al momento della narrazione).
- **Non tutti i dati hanno la stessa importanza nella vita del paziente, né lo stesso rilievo nella genesi della condizione attuale di disagio.**
- **E' preferibile condurre un'indagine ampia e completa, che copra tutte le aree della vita e della storia del paziente.**



9

## LA STORIA DI VITA

- Ciò che ci interessa raccogliere in questa fase dell'assessment sono i **ricordi che il paziente ha della sua storia, così come egli se li è costruiti**, senza porci il problema di quale sia la "realtà oggettiva" dei fatti narrati.
- Per ciascun avvenimento siamo interessati a sapere:

- a) i dati specifici, i fatti così come sono stati memorizzati dal paziente (ad esempio: «*mi ricordo che bisticciavo sempre con mia sorella. i nostri litigi avvenivano soprattutto quando si giocava insieme e spesso finivano a botte*»);
- b) la loro interpretazione, il significato che il paziente ha loro attribuito (che nel caso dell'esempio di cui sopra possono emergere da domande del tipo «*perché pensa che avvenissero questi litigi? Chi li provocava?*»).

10

- **Quanti primi colloqui servono a completare un assessment che includa l'anamnesi personale e familiare, la storia del problema e il funzionamento attuale?**

-> **(Durata media: 3-5 sedute)**

**Tre-cinque incontri** vengono interamente dedicati alla raccolta dei dati necessari per la prima fase dell'assessment con la successiva formulazione e restituzione del piano terapeutico

11

### **I PRIMI COLLOQUI UTILI ALL'ASSESSMENT COMPLETO : DURATA MEDIA 3-5 SEDUTE**

- Raccolta informazioni biografico-anamnestiche
- Problema presentato dal paziente
- Analisi sincronico - diacronica
- Eventuali problemi collegati al problema principale
- Strumenti psicodiagnostici
- Analisi funzionale e cognitivo-comportamentale delle situazioni problematiche
- Formulazione del caso (ipotesi diagnostica-disturbo/problema)
- Formulazione piano terapeutico
- Colloquio di restituzione (con esposizione di ipotesi e proposta di intervento)

**2/3  
sedute**

**3/5 sedute**

12

- NOME E COGNOME :  
.....
- DATI SOCIOANAGRAFICI  
.....
- CONTESTO E MOTIVO DELLA RICHIESTA  
.....  
.....
- PRIMO COLLOQUIO  
.....
- TRATTAMENTO FARMACOLOGICO  
.....
- TRATTAMENTI PSICOLOGICI PRECEDENTI  
.....
- STORIA DEL PROBLEMA E MANIFESTAZIONI ATTUALI)  
.....
- STILE/ABITUDINI DI VITA E ASPETTI MEDICO/ BIOLOGICI  
.....
- EVENTI DI VITA/ STORIA EDUCATIVA E FAMILIARE.....  
.....
- .....  
STORIA SCOLASTICA  
.....
- .....  
STORIA AFFETTIVA E RELAZIONALE  
.....
- .....  
...RISULTATI DEI TEST  
.....
- .....

13

## INFORMAZIONI BIOGRAFICHE/contesto e motivo della richiesta

- Principali dati biografico – anamnestici
- Invio e motivo della richiesta**



14

## INVIO

- Autoinvio
- Oppure ...
- Invio (familiari, servizi o collega o agenzie o altri professionisti)



15

## ALLA FINE DEL PRIMO COLLOQUIO ...

- Nel primo colloquio gli obiettivi sono **essenzialmente due**.
  - Esame e identificazione del problema del paziente/cliente al fine di collocarlo all'interno di un più ampio scenario costituito dalle problematiche e dalle caratteristiche complessive del paziente, sia a livello individuale sia a livello familiare e socio-relazionale.
  - -> Costruirsi una prima immagine del **problema** che il paziente ci sta presentando (che possa guidarci nel successivo percorso di ricerca di informazioni).
  - Definire gli elementi espliciti essenziali del **contratto terapeutico**.



16

## CONTRATTO TERAPEUTICO

- Accordi relativi ad alcuni elementi normativi della relazione:
- Frequenza e durata delle sedute
- Svolgimento e obiettivo delle prime sedute
- Modalità di pagamento
- Eventuale registrazione delle sedute
- Elementi psicoeducazionali
- Modello teorico di riferimento (es approccio cognitivo-comportamentale)



17

## IL COLLOQUIO : ACCERTARE LA PRESENZA DI UN'ATTUALE SITUAZIONE PROBLEMÁTICA

- Il terapeuta chiama a raccolta le facoltà razionali del paziente, le sue capacità di ripensare criticamente le sue emozioni, di mettere sotto esame le situazioni che teme.
- *Cosa l'ha portata qui oggi?*
- *Lei si è rivolto a me per qualche problema che l'affligge. Mi dica, cosa la preoccupa? Quali sono gli aspetti e le situazioni che costituiscono attualmente un problema per lei?*



Che cosa la preoccupa?" invece che: "Qual è il suo problema?"  
**(direzione terapeutica del colloquio)**

Cosa la preoccupa di più? Di tutte le cose di cui ha parlato qual è quella che le crea più disagio ?

18

### **Posto il focus sulla sofferenza emotiva del paziente si procede con accuratezza: approfondimento**

- Prima di esplorare il perché di un certo problema, il terapeuta accerta quando si manifesta questo pericolo nella mente del paziente: "In quali momenti della giornata accadono gli episodi problematici? In concomitanza con quali stimoli o situazioni? E inoltre, con quale frequenza?".
- *Mi può raccontare un'occasione determinata in cui si è presentato il suo problema?*
- *Un'occasione di cui ricorda concretamente le circostanze, il momento e il luogo in cui è avvenuta, e che sia per lei particolarmente rappresentativa.*
- *Oppure, più semplicemente, mi può raccontare l'ultima volta che si è presentato il suo problema?*
- *Occorre continuare a chiedere chiarimenti. Chiedere: "Quando?" significa: "In che giorno? A che ora? Dove e con chi?".*

19

### **FREQUENZA , DURATA E GRAVITA'**

- *Se dovesse valutare da 0 a 100 l'intensità del problema ?*
- *Quanto spesso accade, per quanto tempo permane?*
- *Quando non si manifesta mai o molto più raramente?*

20

## GENESI E SVILUPPO

- *Quando ha avuto inizio, che cosa accadeva in quel periodo?*
- *Da allora si sono verificati cambiamenti?*
- *Ci sono stati episodi simili in altre fasi della sua vita?*

21

## STRATEGIE ATTUATE E RISORSE DEL PAZIENTE

- Quali tentativi ha messo in atto fino a questo momento e con quali risultati?
- Quando è riuscito a gestire meglio es gli attacchi di panico?

22

## Percezione del problema da parte del soggetto

- *Che idea ha del suo problema ?*
- *Se dovesse descriverla?*

23

## CONTRATTO TERAPEUTICO

- Accordi relativi ad alcuni elementi normativi della relazione:
- Frequenza e durata delle sedute
- Svolgimento e obiettivo delle prime sedute
- Modalità di pagamento
- Eventuale registrazione delle sedute
- Elementi psicoeducazionali
- Modello teorico di riferimento (es approccio cognitivo-comportamentale)



24

- TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
- TRATTAMENTI PSICOLOGICI PRECEDENTI



25

## EPISODI PSICOPATOLOGICI PREGRESSI ED EVENTUALI TRATTAMENTI



- contesto in cui c'è stata l'insorgenza dei sintomi
- modalità di insorgenza
- concomitanza con un determinato periodo o evento della vita,
- eventuali cure (mediche, psichiatriche, psicoterapeutiche e psicofarmacologiche.....)
- le opinioni e gli atteggiamenti riguardo alla psicoterapia e alla farmacoterapia
- vissuto del paziente riguardo a ciascuna di esse,
- il decorso e la risoluzione dei sintomi

26

## LE ABITUDINI DI VITA

- Sonno (insonnia iniziale centrale e finale )
- Uso di farmaci o altre sostanze
- Le attività extra-lavorative, hobby, sport praticati;
- Le abitudini alimentari (regolarità dei pasti, quantità e qualità di cibo assunto, episodi di anoressia, bulimia, binge eating ecc.);
- L'eventuale abuso di sostanze (tabacco, alcol, cannabis, anfetamine, psicofarmaci)
- Comportamenti antisociali e problemi legali e/o economici.
- Possibili gravidanze, nelle pazienti di genere femminile (senza trascurarne l'effetto anche sul partner di genere maschile), oppure una condizione di infertilità (sia in uomini e donne)



27

## L'ANAMNESI PATOLOGICA: ASPETTI MEDICO/ BIOLOGICI



- La presenza di una malattia cronica o acuta nel paziente.
- Malattie, cure farmacologiche, ricoveri, esito dei trattamenti e ricadute attuali, nonché i vissuti soggettivi del paziente riguardo all'esperienza della malattia

28

## NEI COLLOQUI SUCCESSIVI ....

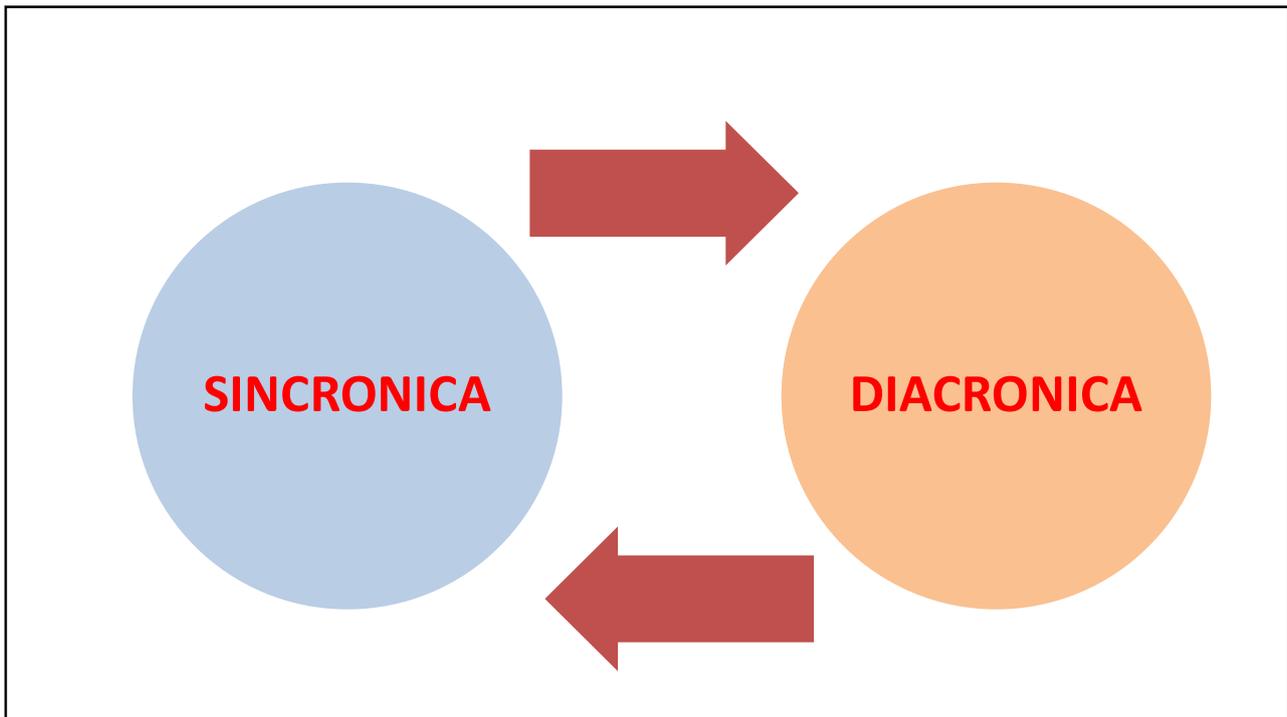
- *Oggi ci focalizzeremo su alcuni problemi che la riguardano e che sono fonte di disagio per lei.*
- *Ciò allo scopo di chiarire meglio i diversi aspetti che in questo tuo/suo disagio sono coinvolti.*
- *Sarà quindi necessario fare alcune domande per raccogliere specifiche informazioni. Possiamo procedere?*

29

## NEI COLLOQUI SUCCESSIVI ....

- *“Iniziando con la sua storia, cerchiamo di partire da più indietro possibile. Quali sono i primissimi ricordi della sua infanzia ...? Quali sono le cose più vecchie che ricorda di sé, della sua vita? Le prime cose che le vengono in mente? Non importa che siano ricordi strutturati o precisi ... anche dei semplici flash... singole immagini o sensazioni ...”.*

30



31

### ANALISI DIACRONICA: ROPERCORRERE CON IL PZ I PRINCIPALI EVENTI DI VITA schema generale

- Infanzia, educazione ricevuta, atteggiamento verso la scuola, rapporti sociali, esperienze traumatiche, rapporti con genitori, fratelli e dinamiche familiari, **passaggi evolutivi significativi**
- **Ricognizione diacronica sui principali eventi di vita**
- Suddivisione per fasi (**infanzia, fanciullezza, adolescenza, età adulta**)
- Partire sempre dai ricordi più disponibili del paziente ma mai forzare i ricordi....



32

## L'ANAMNESI FISILOGICA E I PRIMI ANNI DI VITA

- Il concepimento e la gravidanza
- complicazioni prenatali o perinatali e il tipo di parto
- L'allattamento e l'alimentazione, il sonno
- eventuali problemi di salute (gastrointestinali, dermatologici ecc.)
- Tappe di sviluppo (cognitivo, linguistico, motorio, affettivo, relazionale ecc.)
- Il clima primario e relazioni con il caregiver
- Si chiede di descrivere se stesso nei primi anni di vita, in base ai propri ricordi e ai ricordi dei familiari, nonché l'ambiente in cui è cresciuto.



33

## EVENTI DI VITA/STORIA EDUCATIVA E FAMILIARE



- Dati anagrafici e di carattere socio-economico (età, livello di scolarità, professione, status socio-economico dei diversi familiari)
- Il clima emotivo e la qualità dei legami (genitori, fratelli, nonni o altri significativi)
- le vite dei nonni e il rapporto con i loro figli (i genitori del paziente, ma anche gli zii/zie) (dinamiche che si ripetono)
- Le storie di vita dei genitori e la loro relazione e situazioni familiari particolari
- Eventuali malattie fisiche, decessi e psicopatologia nei membri della famiglia (ereditabilità)
- Lutti, separazioni, trasferimenti e **altri eventi che possono essere percepiti come traumatici dal pz**
- Il modo con cui i genitori e gli altri familiari del paziente affrontano la sua malattia
- Qualità dei legami anche all'interno di una propria famiglia con il partner, con i suoceri e i figli

34

## L'ANAMNESI SCOLASTICA E LAVORATIVA

Dall'asilo fino all'università e al mondo del lavoro:

- possibili difficoltà di apprendimento e di comportamento
- rapporto con i compagni e con gli insegnanti,
- la scelta della facoltà, la qualità delle relazioni con agli altri studenti e con i docenti, e le eventuali interruzioni o blocchi del percorso che porta alla laurea.
- tipo di lavoro o le specifiche mansioni svolte, la motivazione che è alla base della scelta professionale,
- la soddisfazione per la retribuzione economica,
- la qualità della relazione con i colleghi e con i superiori



35

## I RAPPORTI INTERPERSONALI E LA SESSUALITÀ

Quantità, alla qualità e alla profondità delle amicizie passate e attuali

- Relazioni sentimentali passati e attuali (consapevolezza di pattern disfunzionali)
- Qualità della relazione attuale, la dimensione progettuale e i rapporti del coppia con le rispettive famiglie di origini nonché con gli eventuali figli.
- Vita sessuale (non indagata subito → imbarazzo e vergogna)
- Eventuale presenza di disturbi della performance sessuale



NB: è comunque preferibile rinunciare ad alcune informazioni piuttosto che incrementare il disagio del paziente, con il rischio di comprometterne la volontà di collaborazione !!



36

## LE FONTI DI INFORMAZIONE



- Il paziente
- I familiari (genitori singolarmente)
- i genitori come **informants**
- Amici
- Colleghi
- Eventuale documentazione clinica recente o remota...

37

## PARLARE CON I FAMILIARI

- I familiari ci possono informare sul clima/atmosfera familiare, sul loro attuale disagio, aspettative e modalità in cui affrontano la malattia del congiunto, in cui tendono a trattarlo.
- Il rifiuto dei contatti con i familiari fa schierare il terapeuta contro di essi (alleanza a priori con il paziente).

Necessità in situazioni specifiche:

- Bambini e adolescenti
- Adulti con dipendenze (vergogna e colpa)
- Pazienti psicotici
- Problemi neurocognitivi
- Disturbi di personalità egosintonici
- Elementi anamnestici relativi al periodo prenatale o primissimi anni di vita

38

## COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI: GRUPPO RISORSA

- ❑ Uno degli aspetti più importanti è anche il contatto con i familiari, sia per **il loro diritto di essere informati**, sapere cosa sta accadendo a un proprio caro, cosa possono fare per essere d'aiuto, ridurre la loro apprensione, incertezza e angoscia;
- ❑ Comunicare con loro è a volte un aspetto trascurato, altre volte improvvisato, altre ben organizzato;
- ❑ **Sono una risorsa**, specie se si individua insieme al paziente una persona di riferimento, scelta possibilmente perché la più solida a gestire una situazione delicata e difficile
- ❑ **Possono essere significativi alleati in un percorso di malattia**



39

## QUALI AREE VENGONO INDAGATE CON I FAMILIARI



- Eventuale storia psichiatrica di altri membri della famiglia
- Storia evolutiva del paziente
- Livelli di autonomia
- Cambiamenti nella qualità di vita in famiglia
- Opinioni dei familiari sulla genesi della malattia
- Eventuali alleanze interne familiari
- Modificazioni comportamentali all'interno delle dinamiche familiari

40

# SUSSIDI DIAGNOSTICI

41

## Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)

<b>QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE</b>  <b>M.M.P.I. - 2</b>	COGNOME.....
	NOME.....
	NUMERO DI ARCHIVIO.....
	DATA.....
	NOME DELL'ESAMINATORE.....

**Istruzioni:** Il presente questionario è composto da varie frasi numerate. Legga ogni frase e decida - riferendosi alla Sua Persona - se la frase è vera o falsa. Segui le risposte direttamente su questo modulo. Se una frase - riferendosi alla Sua persona - è vera e *generalmente* vera, faccia una crocetta sulla casella segnata con V. Se la frase - sempre riferendosi alla Sua persona - è *falsa o generalmente* non vera, faccia una crocetta sulla casella segnata con F. Se la frase non può essere riferita alla Sua persona, o se riguarda qualcosa che non conosce, non faccia nessun segno. Tenga comunque di dare una risposta a ciascuna frase. Ricordi di firmare la Sua risposta su di sé.

Nel segnare le risposte, faccia segni ben chiari e marcati. Se vuole cambiare risposta, faccia un cerchio su quella che desidera cancellare ed apponga la crocetta su quella scelta definitivamente.

Se ricorda di rispondere, se possibile, ad ogni frase.

1. Mi piacciono le riviste di meccanica	V	F
2. Ho un buon appetito	V	F
3. Mi sveglio fresco e riposato quasi tutte le mattine	V	F
4. Penso che mi piacerebbe lavorare come bibliotecario	V	F
5. Vengo facilmente svegliato dai rumori	V	F
6. Mio padre è una buona persona, o (se suo padre è morto) mio padre è stato una buona persona	V	F
7. Mi piace leggere gli articoli di cronaca nera	V	F
8. Di solito ho le mani e i piedi abbastanza caldi	V	F
9. La mia vita di ogni giorno è piena di cose che mi interessano	V	F
10. Sono capace di lavorare come lo sono sempre stato	V	F
11. Molto spesso mi sembra di avere un nodo alla gola	V	F
12. Sono soddisfatto della mia vita sessuale	V	F
13. La persona dovrebbero cercare di capire i loro sogni, essere guidate e trarre consiglio	V	F
14. Mi piacciono i racconti di spionaggio o polizieschi	V	F
15. Lavoro sotto una forte tensione nervosa	V	F
16. A volte penso a cose così cattive da non poterne parlare	V	F
17. Sono sicuro che la vita mi tratta male	V	F
18. Soffro di attacchi di nausea e di vomito	V	F
19. Quando inizio un nuovo lavoro cerco di capire a chi è importante essere simpatici	V	F
20. Molto raramente soffro di stitichezza	V	F
21. A volte ho desiderio molto ardente via da casa	V	F
22. Nessuno sembra capirmi	V	F
23. A volte scoppio a ridere o a piangere senza riuscire a controllarmi	V	F
24. A volte sono posseduto dagli spiriti maligni	V	F

- Il **MMPI - 2** è uno strumento psicodiagnostico ad ampio spettro costruito per valutare le **più importanti caratteristiche strutturali della personalità e i disturbi emozionali**.

- e' un questionario di personalità autosomministrato, composto da **567 item** che prevedono risposte dicotomiche "Vero/Falso".
- Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) è un inventario di personalità ad ampio spettro, che traccia profili la cui valenza si esprime peculiaramente dal punto di vista psicopatologico.
- È a tutt'oggi impiegato come ausilio **nelle diagnosi psichiatriche** (la diagnosi è sempre clinica), nello **screening psicopatologico**, per la selezione del personale e per il reclutamento delle forze armate.

42

# SCID-5-SPQ

## QUESTIONARIO PER LO SCREENING DELLA PERSONALITÀ PER L'INTERVISTA CLINICA STRUTTURATA DEL DSM-5®

*Progettato per essere usato come strumento di screening per l'intervista  
clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5®  
(SCID-5-PD)*

Michael B. First  
Janet B.W. Williams  
Lorna Smith Benjamin  
Robert L. Spitzer

Edizione italiana a cura di  
Andrea Fossati e Serena Borroni

Iniziali del suo nome: \_\_\_\_\_

Data di oggi: \_\_\_\_\_ PQ1

Studio N.: \_\_\_\_\_ PQ2

N. identificativo: \_\_\_\_\_ PQ3

(compilazione a cura del personale addetto allo studio)

**Istruzioni**

Queste domande riguardano il tipo di persona che lei è solita essere; ossia, il modo in cui si è solitamente sentito/a o comportato/a durante la maggior parte degli ultimi anni. Segni con un cerchio "SI" se la domanda è completamente o quasi del tutto valida per lei, oppure "NO" se la domanda non è valida per lei. Se non capisce una domanda, non risponda.

1.	Ha evitato dei lavori o dei compiti che prevedevano che lei avesse a che fare con numerose persone?	NO	SI	PQ4
2.	Evita di fare amicizia con le persone, a meno di non essere sicura/a di piacere loro?	NO	SI	PQ5
3.	Trova difficile essere "aperto/a", anche con persone con cui è in confidenza?	NO	SI	PQ6
4.	Si preoccupa spesso di venire criticato/a o rifiutato/a nelle situazioni sociali?	NO	SI	PQ7
5.	Di solito sta in silenzio quando incontra persone che non conosce?	NO	SI	PQ8
6.	Pensa di non essere abile, brillante o attraente come la maggior parte delle altre persone?	NO	SI	PQ9
7.	Ha paura di provare cose che potrebbero rappresentare una sfida o di provare qualsiasi cosa nuova?	NO	SI	PQ10
8.	È difficile per lei prendere decisioni quotidiane, per esempio, come vestirsi o cosa ordinare al ristorante, senza i consigli o le rassicurazioni degli altri?	NO	SI	PQ11
9.	Dipende dalle altre persone per gestire aree importanti della sua vita, come finanze, cura dei figli, o progetti di vita?	NO	SI	PQ12
10.	Trova difficile esprimere il suo disaccordo alle persone, anche quando pensa che stiano sbagliando?	NO	SI	PQ13
11.	Trova difficile iniziare dei progetti o fare le cose da sola/a?	NO	SI	PQ14
12.	Per lei è così importante che gli altri si prendano cura di lei da essere disposto/a a fare delle cose sgradevoli o irragionevoli per loro?	NO	SI	PQ15
13.	Di solito, si sente a disagio quando è da solo/a?	NO	SI	PQ16

Si tratta di un'intervista **semi-strutturata** utile per la diagnosi in base ai criteri diagnostici del DSM- 5. **E' un insieme di domande tese a rilevare la presenza di sintomi psicopatologici e disturbi di personalità** in base al DSM 5. Un questionario auto-somministrato di screening composto da 106 item (20 minuti); risposta dicotomica: Sì/No) che serve come linea guida per la successiva intervista.

43

COGNITIVE BEHAVIOURAL ASSESSMENT CBA 2.0



Elio Sanavio, Giorgio Bartalotti, Paolo Michiellini,  
Giulio Violettto e Anna Maria Zetti

## CBA-2.0

Cognitive Behavioural  
Assessment 2.0  
Scale Primarie

Manuale  
Seconda edizione



- La batteria **CBA-2.0** è composta da **10 schede finalizzate** a individuare eventuali aree di problematiche in popolazioni cliniche.
- Si tratta di uno **strumento di indagine ad ampio spettro** e in tal senso il suo utilizzo si colloca nelle prime fasi della presa in carico del cliente.
- La batteria **non fornisce diagnosi o profili psicopatologici** bensì una panoramica generale delle problematiche del cliente sia nel dominio individuale sia nel dominio relazione con gli altri o con l'ambiente.
- Gli studi condotti attraverso il CBA-2.0 hanno dimostrato una buona capacità dello strumento di rilevare cambiamenti a distanza di tempo.

44

## COGNITIVE BEHAVIOURAL ASSESSMENT CBA 2.0

### • DIECI SCHEDE

- Scheda 1: raccoglie dati anagrafici e ha prevalentemente un'utilità pratica
- Scheda 2: State-Trait Anxiety Inventory (STAI-X1)

Scheda 3: State-Trait Anxiety Inventory (STAI-X2)

Scheda 4: cartella autobiografica e anamnestica

- Scheda 5: Eysenck Personality Questionnaire forma ridotta (EPQ/R) 4 -quattro differenti aspetti delle caratteristiche di personalità dell'individuo.
  - Scala introversione/estroversione (EPQ/R-E)
  - Scala Nevroticismo (EPQ/R-N)
  - Scala Psicoticismo (EPQ/R-P)
  - Scala "Lie"
- Scheda 6: Questionario Psicofisiologico forma ridotta (QPF/R)
- Scheda 7: Inventario delle Paure (IP/R)
- Scheda 8: Questionario D (QD)
- Scheda 9: Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire forma ridotta (MOCQ/R)
- Scheda 10: State-Trait Anxiety Inventory forma ridotta (STAI-X1/R)

45

## SCL 90 (De Rogatis et al.,1976)- self report-screening

**SCL 90**  
SYMPTOMS CHECK-LIST  
(Derogatis, 1973)

Nome di cognome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_  
Sesso:  M  F

Indicazioni per la compilazione:  
Nella lista che segue sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono la persona. La legge attentamente e cerchi di ricordare se ne ha sofferto nella scorsa settimana, ogni momento o nei suoi momenti.  
Risponde a tutte le domande facendo una crocetta nella casella corrispondente all'intensità di ciascun disturbo; se sbagli o cambia idea corregge in maniera chiara e comprensibile.

	Terza	Da zero	Quattro	cinque	Sette	Dieci
1. mal di testa	<input type="checkbox"/>					
2. irrequietezza o agitazione interna	<input type="checkbox"/>					
3. incapacità a concentrarsi, pensieri, parole o idee involontarie	<input type="checkbox"/>					
4. sensazione di svenimento o di vertigine	<input type="checkbox"/>					
5. perdita dell'interesse o del piacere sessuale	<input type="checkbox"/>					
6. tendenza a criticare gli altri	<input type="checkbox"/>					
7. impressione che gli altri possano sentirsi i loro pensieri	<input type="checkbox"/>					
8. tendenza a incolpare gli altri dei loro guai	<input type="checkbox"/>					
9. difficoltà a ricordarsi le cose	<input type="checkbox"/>					
10. preoccupazione di essere scusato, trascurato e trasandato	<input type="checkbox"/>					
11. sentirsi facilmente offeso/odioso o umiliato	<input type="checkbox"/>					
12. dolore al cuore o al petto	<input type="checkbox"/>					
13. paura degli spunti d'ira o delle stitichezze	<input type="checkbox"/>					
14. sentirsi debole o fiacco	<input type="checkbox"/>					
15. idee di togliersi la vita	<input type="checkbox"/>					
16. idee vane che altri possono non sentirsi	<input type="checkbox"/>					
17. insonni	<input type="checkbox"/>					
18. mancanza di fiducia negli altri	<input type="checkbox"/>					
19. scarso appetito	<input type="checkbox"/>					
20. facili crisi di pianto	<input type="checkbox"/>					
21. sentirsi intimitato nei confronti dell'altro sesso	<input type="checkbox"/>					
22. sensazione di essere preso in inganno	<input type="checkbox"/>					
23. paura improvvisa senza ragione	<input type="checkbox"/>					
24. scatti d'ira incontrollabili	<input type="checkbox"/>					
25. paura di essere da solo	<input type="checkbox"/>					

### • La Symptom Check List 90 (SCL-90, De Rogatis et al., 1976)

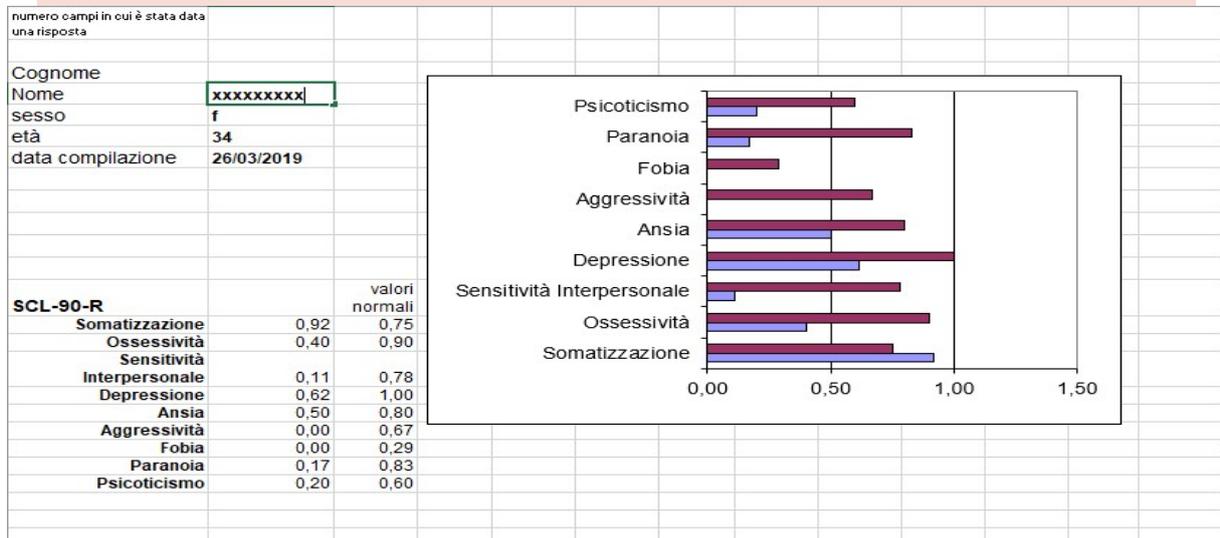
questionario autosomministrato, composto di 90 items utile a valutare un ampio spettro di problemi psicologici e psicopatologici, misurando tanto i sintomi **internalizzanti** (depressione, somatizzazione e ansia) che quelli **esternalizzanti** (aggressività, ostilità, impulsività) di utenti affetti da patologia mentale o soggetti non clinici.

• Per ciascuno degli items, il paziente deve rispondere, facendo riferimento all'arco temporale degli ultimi **7 giorni** e utilizzando una scala di gravità a 5 punti, da 0 a 4.

• Il completamento del questionario richiede 15 minuti

46

## SCL90: un esempio



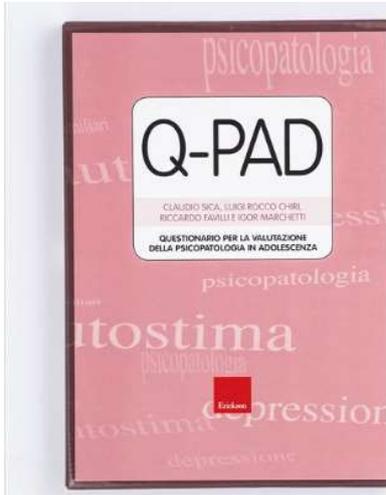
47

## Test Q-PAD - Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza (Sica et al.)

- Questionario per una valutazione ad ampio spettro della psicopatologia e del benessere dell'adolescente.
- Il Test Q-PAD**, nella versione per maschi e per femmine, è stato ideato, inoltre, per una misurazione del livello di adattamento degli adolescenti. Le sue particolari caratteristiche lo differenziano da altri strumenti simili nati in ambito strettamente psichiatrico e lo rendono adatto per un utilizzo esteso in molti contesti diversi non necessariamente clinici: scuola, comunità, counseling, orientamento, ricerca, ecc..
- Un Test che si adatta agli adolescenti
- La sua brevità, **81 item**, la semplicità nella somministrazione, la compilazione in autonomia richiede mediamente 35 minuti, la chiarezza degli item sono state appositamente pensate per adattarsi agli adolescenti che generalmente affrontano questo tipo di prove con diffidenza e scarsa motivazione.

48

## Test Q-PAD - Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza (Sica et al.)



Validato su un campione di 1454 soggetti per una fascia di età indicativa compresa tra i 14 e i 19 anni, il questionario indaga attraverso 8 scale:

- ❖ Ansia
- ❖ Depressione
- ❖ Insoddisfazione corporea
- ❖ Abuso di sostanze
- ❖ Conflitti interpersonali
- ❖ Problemi familiari
- ❖ Incertezza per il futuro
- ❖ Rischio psicosociale
- ❖ Autostima e benessere, questa scala offre una misura sintetica dello stato generale di adattamento dell'individuo.

49

## Il Patient Health Questionnaire-9, PHQ 9

- **Il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** è un breve strumento autosomministrato sviluppato specificatamente per l'utilizzo nelle Cure Primarie (Spitzer et al., 1999).
- Può essere utilizzato per lo screening, la diagnosi, il monitoraggio e la misurazione della gravità della depressione.
- Il PHQ-9 è composto da 9 item che corrispondono ai sintomi della depressione maggiore secondo il DSM-IV.
- Il punteggio ha un range compreso tra 0 e 27.
- I punteggi compresi tra 0 e 9 indicano la presenza di una depressione sottosoglia.
- **Il punteggio di 10** viene indicato come punto in cui la sensibilità e la specificità dello strumento vengono riconosciute ottimali per evidenziare depressioni di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007).

50

**General Health Questionnaire  
(GHQ-12):  
valutazione del benessere  
generale\_screening**

**QUESTIONARIO SULLA SALUTE IN GENERALE**

(GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE, GHQ-12)

Ci farebbe piacere sapere come si è sentito nelle ultime due settimane. La preghiamo di leggere le domande di seguito riportate ed ognuna delle quattro possibili risposte. Segni con una crocetta la risposta che fa al suo caso. La ringraziamo per la sua collaborazione.

**NELLE ULTIME DUE SETTIMANE SI È SENTITO:**

1. capace di concentrarsi su quello che stava facendo?  
 meglio del solito (0)     come il solito (1)     meno del solito (2)     molto meno del solito (3)
2. di aver perso sonno per le preoccupazioni?  
 per niente (0)     non più del solito (1)     un po' più del solito (2)     molto più del solito (3)
3. di essere stato produttivo nelle sue diverse attività?  
 più del solito (0)     come il solito (1)     meno del solito (2)     molto meno del solito (3)
4. capace di prendere decisioni?  
 più del solito (0)     come il solito (1)     meno del solito (2)     molto meno del solito (3)
5. costantemente sotto pressione?  
 per niente (0)     non più del solito (1)     un po' più del solito (2)     molto più del solito (3)
6. di non essere in grado di superare le difficoltà?  
 per niente (0)     non più del solito (1)     un po' più del solito (2)     molto più del solito (3)
7. di essere in grado di apprezzare le cose della vita di tutti i giorni?  
 più del solito (0)     come il solito (1)     meno del solito (2)     molto meno del solito (3)
8. di essere in grado di affrontare i problemi?  
 più del solito (0)     come il solito (1)     meno del solito (2)     molto meno del solito (3)
9. infelice o depresso?  
 per niente (0)     non più del solito (1)     un po' più del solito (2)     molto più del solito (3)
10. di aver perso fiducia in se stesso?  
 per niente (0)     non più del solito (1)     un po' più del solito (2)     molto più del solito (3)
11. di sentirsi una persona inutile?  
 per niente (0)     non più del solito (1)     un po' più del solito (2)     molto più del solito (3)
12. di essere nel complesso felice?  
 più del solito (0)     come il solito (1)     meno del solito (2)     molto meno del solito (3)

51

**QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA  
PAZIENTE-9  
(PHQ-9)**

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza è stato/a disturbato/a da ciascuno dei seguenti problemi?  
(Segni la Sua risposta con una "✓")

	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù di morale, depresso o disperato	0	1	2	3
3. Difficoltà nell'addormentarsi, nel dormire senza svegliarsi, oppure dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso o eccessivo appetito	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un fallimento o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in qualche modo	0	1	2	3

52

## Il Patient Health Questionnaire-9, PHQ 9

• Il livello di gravità della depressione e relativa necessità di trattamento viene suddiviso a seconda dei punteggi ottenuti al PHQ-9 nel seguente modo:

- 1-4= **nessun sintomo depressivo**: nessun bisogno di trattamento
- 5-9= **sintomi depressivi minimi/Depressione sottosoglia**: fare attenzione e somministrare il PHQ 9 al follow-up
- 10-14 = **Depressione moderata**: prendere in considerazione l'attuazione di un programma terapeutico
- 15-19 = **Depressione moderatamente grave**: iniziare immediatamente il programma terapeutico (psicoterapia e/o farmacoterapia)
- $\geq 20$  = **Depressione grave**: inizio immediato della farmacoterapia e, se grave compromissione e scarsa risposta al trattamento, rinvio ad uno specialista della salute mentale per la psicoterapia e / o per una coordinata gestione del caso

53

## BDI-II\_BECK DEPRESSION INVENTORY (SELF REPORT)

### BDI-II

**Istruzioni.** Il presente questionario consiste di 21 gruppi di affermazioni. Per favore legga attentamente le affermazioni di ciascun gruppo. Per ogni gruppo scelga quella che meglio descrive come Lei si è sentito nelle ultime due settimane (incluse oggi). Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'affermazione da Lei scelta. Se più di una affermazione dello stesso gruppo descrive ugualmente bene come Lei si sente, faccia una crocetta sul numero più elevato per quel gruppo. Non scelga più di una affermazione per ciascun gruppo, incluso la domanda 10 ("bionzo") e la domanda 18 ("Appetito"). È importante che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata. Grazie.

<p><b>1. Tristezza</b></p> <p>0. Non mi sento triste.</p> <p>1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo.</p> <p>2. Mi sento sempre triste.</p> <p>3. Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0. Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.</p> <p>1. Mi sento più scoraggiato riguardo al mio futuro rispetto al solito.</p> <p>2. Non mi aspetto nulla di buono per me.</p> <p>3. Sento che il mio futuro è senza speranza e che continuerà a peggiorare.</p> <p><b>3. Fallimento</b></p> <p>0. Non mi sento un fallito.</p> <p>1. Ho fallito più di quanto avrei dovuto.</p> <p>2. Se ripenso alla mia vita penso di vedere solo una serie di fallimenti.</p> <p>3. Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.</p> <p><b>4. Pavidità di giocare</b></p> <p>0. Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio.</p> <p>1. Non traggo più piacere dalle cose come un tempo.</p> <p>2. Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertono.</p> <p>3. Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano.</p> <p><b>5. Senso di colpa</b></p> <p>0. Non mi sento particolarmente in colpa.</p> <p>1. Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare.</p> <p>2. Mi sento in colpa spesso.</p> <p>3. Mi sento sempre in colpa.</p> <p><b>6. Sentimenti di punizione</b></p> <p>0. Non mi sento come se stessi subendo una punizione.</p> <p>1. Penso che potrei essere punito.</p> <p>2. Mi aspetto di essere punito.</p> <p>3. Mi sento come se stessi subendo una punizione.</p>	<p><b>7. Autocritica</b></p> <p>0. Considero me stesso come ho sempre fatto.</p> <p>1. Credo meno in me stesso.</p> <p>2. Sono deluso di me stesso.</p> <p>3. Mi detesto.</p> <p><b>8. Autocritica</b></p> <p>0. Non mi critico né mi basano più del solito.</p> <p>1. Mi critico più spesso del solito.</p> <p>2. Mi critico per tutte le mie colpe.</p> <p>3. Mi basano per ogni cosa brutta che mi accade.</p> <p><b>9. Suicidio</b></p> <p>0. Non ho alcun pensiero suicida.</p> <p>1. Ho pensieri suicidi ma non li realizzerò.</p> <p>2. Sento che sterei meglio se morissi.</p> <p>3. Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad suicidarmi.</p> <p><b>10. Fianzo</b></p> <p>0. Non piango più del solito.</p> <p>1. Piango più del solito.</p> <p>2. Piango per ogni minima cosa.</p> <p>3. Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco.</p> <p><b>11. Agitazione</b></p> <p>0. Non mi sento più agitato o teso del solito.</p> <p>1. Mi sento più agitato o teso del solito.</p> <p>2. Sono così nervoso o agitato al punto che mi è difficile rimanere fermo.</p> <p>3. Sono così nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa.</p> <p><b>12. Perdita di interesse</b></p> <p>0. Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività.</p> <p>1. Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto al solito.</p> <p>2. Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose.</p> <p>3. Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.</p>
--	---

□ Il Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck, 1996) è costituito da 21 item basati sui criteri del DSM-IV-TR e rappresenta lo strumento più frequentemente impiegato per misurare la gravità dei sintomi depressivi.

□ Punteggi compresi tra 0-13 indicano un'assenza di contenuti depressivi; punteggi compresi tra 14-19 indicano una depressione lieve; punteggi compresi tra 20-28 indicano una depressione di grado moderato; punteggi compresi tra 29- 63 indicano una depressione di grado severo.

54

## State-Trait Anxiety Inventory (STAI Y1-Y2)



- Due scale utili alla valutazione dell'ansia di stato e dell'ansia di tratto.
- Sono composte da 20 item ciascuna.
- Il punteggio totale è compreso tra 20 e 80 con un valore soglia di sintomatologia ansiosa posto a 40.

55

## ANSIA DI STATO E ANSIA DI TRATTO

- **Ansia di stato:** un'interruzione temporanea del continuum emozionale che si esprime attraverso una sensazione soggettiva di tensione, apprensione, nervosismo, inquietudine, ed è associata ad attivazione del sistema nervoso autonomo.
- **Ansia di tratto:** una caratteristica relativamente stabile della personalità, un atteggiamento comportamentale con marcata reattività ad un numero maggiore di stimoli

56

### Questionario S.T.A.I. (State Trait Anxiety Inventory) – FORMA Y-1

**Istruzioni:** sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei abitualmente si sente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia una risposta che le sembra descrivere meglio i suoi attuali stati d'animo.

SINTOMI	Per Nulla	Un pò	abbastanza	moltissimo
1. Mi sento calmo	4	3	2	1
2. Mi sento sicuro	4	3	2	1
3. Sono teso	1	2	3	4
4. Mi sento sotto pressione	1	2	3	4
5. Mi sento tranquillo	4	3	2	1
6. Mi sento turbato	1	2	3	4
7. Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4
8. Mi sento soddisfatto	4	3	2	1
9. Mi sento intimorito	1	2	3	4
10. Mi sento a mio agio	4	3	2	1
11. Mi sento sicuro di me	4	3	2	1
12. Mi sento nervoso	1	2	3	4
13. Sono agitato	1	2	3	4
14. Mi sento indeciso	1	2	3	4
15. Sono rilassato	4	3	2	1
16. Mi sento contento	4	3	2	1
17. Sono preoccupato	1	2	3	4
18. Mi sento confuso	1	2	3	4
19. Mi sento disteso	4	3	2	1
20. Mi sento bene	4	3	2	1

57

### Questionario S.T.A.I. (State Trait Anxiety Inventory) – FORMA Y-2

SINTOMI	Quasi mai	Qualch e volta	Spesso	Quasi sempre
1. Mi sento bene				
2. Mi sento teso ed irrequieto				
3. Sono soddisfatto di me stesso				
4. Vorrei poter essere felice come sembrano gli altri				
5. Mi sento un fallito				
6. Mi sento riposato				
7. Io sono calmo, tranquillo e padrone di me				
8. Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare				
9. Mi preoccupa troppo di cose che in realtà non hanno importanza				
10. Sono felice				
11. Mi vengono pensieri negativi				
12. Manco di fiducia in me stesso				
13. Mi sento sicuro				
14. Prendo decisioni facilmente				
15. Mi sento inadeguato				
16. Sono contento				
17. Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono				
18. Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa				
19. sono una persona costante				
20. Divento teso e turbato quando penso alle mie preoccupazioni				

**Istruzioni:** sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei abitualmente si sente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia una risposta che le sembra **descrivere meglio come lei abitualmente è.**

58

## Le tecniche psicodiagnostiche di natura psicofisiologica

L'«**Assessment**» psicofisiologico è il segmento dell'esame psicodiagnostico deputato alla valutazione delle specifiche modalità dei sistema di risposte psicofisiologiche della persona in esame.



Il **biofeedback** è una **tecnica valutativa/ terapeutica** che consente ad un individuo **di imparare a controllare e autoregolare le proprie risposte fisiologiche che sono solitamente al di fuori del controllo volontario** o quelle che sono sfuggite ai meccanismi regolatori a causa, ad esempio, di un trauma.

59

**[laura.giusti@univaq.it](mailto:laura.giusti@univaq.it)**

Nb. Si ricorda che tutto il materiale prodotto è ad esclusivo uso didattico. E' vietata la riproduzione, distribuzione, pubblicazione, copia, trasmissione, adattamento dei contenuti

60