

# METODI PSICODIAGNOSTICI: CONCETTI FONDAMENTALI e CARATTERISTICHE GENERALI

(Erica Bresadola)

## INDICE

• <b>Che COS'E' un test psicologico?</b>	pag. 2
• <b>PREMESSA: teorie, metodi, strumenti e loro interrelazione.</b>	” 3
• <b>ASPETTI QUALIFICANTI del test:</b>	” 5
<b>1. Cosa significa MISURAZIONE?</b>	” 6
<b>2. Che COSA misura il test?</b>	” 8
<b>3. Cosa significa CAMPIONE DI COMPORTAMENTO?</b>	” 9
<b>4. Cosa significa OBIETTIVITA'?</b>	” 10
<b>5. Cosa significa STANDARDIZZAZIONE?</b>	” 11
- nella <b>COSTRUZIONE</b>	” 11
- selezione e analisi ITEM	” 11
- “ <b>CAMPIONE NORMATIVO</b>	” 12
- determinazione <b>VALIDITA'</b>	” 13
- “ <b>ATTENDIBILITA'</b>	” 14
- nell' <b>UTILIZZO</b>	” 15
- somministrazione	” 15
- determinazione punteggio	” 15
- interpretazione “	” 15
• <b>L'USO dei test nella clinica</b>	” 16
- scelta corretta del test	” 17
- utilizzo corretto del test	” 19
• <b>Bibliografia</b>	” 21

• **Che cos'è un TEST PSICOLOGICO?**

Ovviamente non esiste una sola risposta che lo definisca.

Dal 1890, quando Cattell parla di “**STIMOLO**” [per “fotografare” le differenze individuali (=comparazione statistica) nella discriminazione sensoriale e nel tempo di reazione], ad oggi, sono state date diverse definizioni, ognuna delle quali ne coglie particolari aspetti e caratteristiche.

Come filo conduttore del percorso espositivo odierno ho scelto la definizione più sintetica, ma comunque completa, quella di A. Anastasi (del 1961):

**“IL TEST PSICOLOGICO E' UNA MISURAZIONE OBIETTIVA E STANDARDIZZATA  
DI UN CAMPIONE DI COMPORTAMENTO”**

Ma ne ho selezionate altre che la integrano mettendo in luce i concetti generali e le caratteristiche fondamentali di cui parleremo (*ho indicato in corsivo i paragrafi cui rimando*).

Dalla Volta\* (1974):

”Il test mentale è un **INSIEME** di **PROVE** consistenti in **UNO** o **PIU'** **COMPITI** da **ESEGUIRE** o **PROBLEMI** da **RISOLVERE** **PROPOSTI** e **VALUTABILI** secondo **SCHEMI FISSI** (“*standardizzazione*”). Alcune di queste prove permettono una **VALUTAZIONE QUALITATIVA** (...); altre prove permettono una **VALUTAZIONE QUANTITATIVA** (...).” (“*uso dei test nella clinica*”)

Zeidner, Most\* (1992):

Una **PROCEDURA SISTEMATICA** (“*standardizzazione*”) attraverso la quale viene **PRESENTATO** a una persona un **INSIEME** di **STIMOLI – DOMANDE, PROBLEMI, COMPITI – in grado di ESPLICITARE PARTICOLARI RISPOSTE** (“*campioni di comportamento*”) **VALUTABILI e INTERPRETABILI QUANTITATIVAMENTE** (“*misurazione*”) sulla base di **CRITERI SPECIFICI** o di **DEFINITI STANDARD PRESTAZIONALI** (“*campione di standardizzazione*”).

G. Galimberti (1992):

“Reattivo psicologico impiegato per ottenere una misurazione obiettiva e standardizzata che consenta di **ANALIZZARE le DIFFERENZE** (“*comparazione statistica*”) **tra le REAZIONI PSICHICHE di PIU' INDIVIDUI** le **REAZIONI PSICHICHE dello STESSO INDIVIDUO in DIVERSI MOMENTI o CONDIZIONI.**

La **STANDARDIZZAZIONE** del **TEST** implica un'**UNIFORMITA' di PROCEDURA** affinché sia possibile la **COMPARAZIONE** tra i **DIVERSI PUNTEGGI del MEDESIMO INDIVIDUO** (“*criterio basato sul contenuto*”) o di **PIU' INDIVIDUI** (“*campione di standardizzazione*”).”

Friedenberg\* (1995):

“Strumento di **VALUTAZIONE** e di **CONOSCENZA** (“*premessa*”) dei **PROCESSI PSICOLOGICI** (“*Cosa misura il test?*”) che utilizza delle “**MODALITA' SPECIFICHE**” (“*standardizzazione*”) nella **COSTRUZIONE**, nella **RACCOLTA** di **INFORMAZIONI**, nella **CONVERSIONE** degli **ELEMENTI RACCOLTI** (“*campioni di comportamento*”) in **VALORI** (“*misurazione*”) dai quali si possono **FARE INFERENZE** sull'**OGGETTO di STUDIO** (“*premessa*” e “*Cosa misura il test?*”).

---

\* citati da Granieri, 1998 (rispettivamente alle pagg. 26, 12, 26)

• **PREMESSA: teorie, metodi, strumenti e loro interrelazione**

Le definizioni che abbiamo dato dei test esprimono tutte quella tensione verso la conoscenza “SCIENTIFICA”, “OBIETTIVA”, “COMUNICABILE” della realtà psicologica, che caratterizza la storia della psicologia dalla seconda metà dell’ottocento ad oggi.

L’OGGETTO PSICHICO - in quanto SOGGETTIVO ed EVANESCENTE per la sua complessità strutturale e fenomenica, quindi difficile da verificare per via induttiva - fino ad allora rimaneva oggetto di studio e riflessioni all’interno della filosofia.

Quando poi gli studiosi di psicologia si sono domandati quale fosse il metodo più adeguato all’INDAGINE e alla COMUNICAZIONE intorno al fatto psichico, è iniziato un percorso per “traghetare” la psicologia dalla sponda filosofica a quello della scienza.

Durante questo percorso verso una conoscenza VERITIERA e COMUNICABILE è stato variamente risolto il **dilemma METODOLOGICO** tra

METODO INDUTTIVO<sup>1</sup> e DEDUTTIVO<sup>2</sup>  
ESPERIENZA SENSIBILE e INTUIZIONE,  
“VERITA ”” composte a partire dal PARTICOLARE e PRECONCEZIONI UNIVERSALI

Nel cammino oscillante fra questi due poli si è approdati:

- al metodo IPOTETICO-DEDUTTIVO di Popper:

“Ogni osservazione è preceduta da un problema, da un’ipotesi, qualcosa di teorico e speculativo. Questo è il motivo per cui le osservazioni sono sempre selettive e presuppongono qualcosa come principio di selezione.”;

- e al PLURALISMO:

“Noi non vediamo niente se non siamo pronti a vedere nella realtà ciò che abbiamo ipotizzato e già visto in modo vago nella nostra immaginazione. Mediante questa interazione tra IPOTESI ed ESPERIMENTI, tra IMMAGINAZIONE e CONTROLLO, noi costruiamo la realtà” (Hutten, 1972, citato da Granieri, 1998)

Posizioni che affermano l’intreccio indissolubile tra dimensione DESCRITTIVA e NORMATIVA del sapere, tra OGGETTO, METODO e LINGUAGGIO che sono tutti derivati dalla TEORIA.

Ciò significa che ogni **PRESUPPOSTO TEORICO** privilegia, o meglio diventa, un vertice osservativo in grado di cogliere proprietà, relazioni, nessi funzionali, ... dell’oggetto indagato.

Proprietà, relazioni, nessi funzionali, non sono entità concrete, ma elementi astratti dalla realtà concreta grazie alla TEORIA e al METODO di indagine utilizza.

---

<sup>1</sup> METODO INDUTTIVO:

scientificità garantita dall’**esperienza**: dall’osservazione-descrizione di eventi particolari si risale a proposizioni generali o universali grazie alle quali si formulano altre proposizioni particolari che permettono di nuovo di verificare quelli generali.

---

<sup>2</sup> METODO DEDUTTIVO:

scientificità fondata su **principi universali aprioristici**, ma in grado di legittimare l’esperienza attraverso procedimenti deduttivi. Nessuna conoscenza scientifica può essere derivata induttivamente dall’osservazione dei fatti: quando si percepisce qualcosa in un certo senso si sa già cosa cercare, come dire che l’osservazione presuppone essa stessa la teoria che le assegna l’universo dei fenomeni osservabili.

Ne consegue che non esiste un solo oggetto scientifico, ma **più oggetti scientifici** che descrivono alcuni aspetti, ma non altri, dell'oggetto reale, il quale si costituisce e si moltiplica arricchendosi e identificandosi progressivamente con l'insieme delle caratteristiche colte.

La disciplina psicologica ha un effetto moltiplicatore del suo oggetto, ma inevitabilmente anche un effetto "distorcente": ogni vertice osservativo, proprio in quanto parziale comporta sempre e comunque una distorsione conoscitiva dell'oggetto, un'ipertrofia e/o una semplificazione scotomizzante. E' indispensabile che a questa fase analitico-scompositiva segua sempre una fase sintetico-ricostruttiva. In altri termini: non si può spiegare l'oggetto totale sulla base dei suoi "spezzoni".

Quindi la TEORIA precede l'oggetto stesso, in quanto privilegia un punto di vista (vertice osservativo) che orienta la scelta (o la costruzione) di diversi **metodi, strumenti** di indagine e analisi e anche diversi **linguaggi**, i quali colgono, analizzano, descrivono e definiscono, **aspetti** diversi dell'oggetto.

Ma poi circolarmente (o tautologicamente come affermano molti critici) gli aspetti rilevati con test (che abbiano sufficiente validità e attendibilità) contribuiscono alla verifica critica, o addirittura alla costruzione, della teoria.

Per esempio Cattell, nel 1949 ha elaborato una teoria globale del funzionamento umano partendo dal metodo statistico dell'analisi fattoriale (v. *Standardizzazione*) utilizzato per costruire e validare un questionario di personalità (16 PF). Anche attualmente i metodi e le tecniche sofisticate (TAC, RMN, PET, ecc) utilizzati in neuropsicologia hanno fornito elementi importanti per la formulazione di ipotesi teoriche sul funzionamento del cervello.

Ricordiamo inoltre il caso di molti test (per es. Rorschach) che sono stati costruiti e validati utilizzando le teorie a quel tempo a disposizione e in seguito, mantenendo invariati gli stimoli, sono stati interpretati e validati alla luce delle successive acquisizioni teoriche, anche molto diverse tra loro (per questo oggi si parla dei Rorschach).

Su questo sfondo epistemologico, teorie diverse e alternative, non solo hanno pieno e pari diritto di coesistenza, ma si integrano reciprocamente, come Lanzini e Massone hanno molto bene analizzato, utilizzando anche una rappresentazione grafica (Lanzini-Massone, 1987, pag. 140).

In conclusione emergono due concetti assolutamente basilari nell'uso dei test:

#### 1. **PARZIALITA'**:

dalla parzialità di ogni posizione **teorica** deriva la parzialità dei **metodi** e degli **strumenti** di indagine: "**nessun reattivo** psicologico è in grado di inquadrare perfettamente **l'intero individuo**, quindi per potersi avvicinare quanto più possibile a risultati obiettivi occorrono metodi essenzialmente diversi integranti a vicenda" (Koch, 1978)

#### 2. **RELATIVITA'**:

le varie metodiche (STRUMENTI e TECNICHE) di esplorazione e valutazione dell'oggetto psichico sono adeguate se e, solo se, **usate correttamente** (v. "*uso corretto dei test nella clinica*"), in un **contesto coerente di ricerca** (v. "*obiettività*"), e se non pretendono di uscire dai **limiti concettuali e procedurali** in cui sono stati definiti e costruiti (v. "*standardizzazione*").

In sintesi: non esiste nessun metodo e strumento (test) che sia di per sé garanzia di scientificità (v. "*obiettività*"), ma ognuno fa riferimento ad una **TEORIA**, dalla quale derivano:

1. la PROCEDURA di COSTRUZIONE,
2. le VARIABILI enucleate, "misurate",
3. il VALORE e SIGNIFICATO CLINICO attribuito (alle variabili scelte e alla loro "misura")
4. il LINGUAGGIO utilizzato.

Quindi l'**uso applicativo** dei test, la **lettura**, l'**interpretazione** e la **comunicazione** dei risultati devono sempre solo essere **relativi** e **relativizzabili**, in quanto riconducibili solo al loro **limitato contesto** teorico, metodologico e linguistico (v. "*misurazione*", "*uso corretto dei test*").

• **ASPETTI QUALIFICANTI del test.**

Torniamo alla definizione di test di A. Anastasi:

**“IL TEST PSICOLOGICO  
E’ UNA MISURAZIONE  
OBIETTIVA E STANDARDIZZATA  
DI UN CAMPIONE DI COMPORTAMENTO”**

A partire dalla quale, per esigenze di schematicità e di sintesi, si snoda il nostro percorso espositivo, utilizzando 5 semplici domande:

1. Cosa significa **MISURAZIONE**?
2. Che **COSA** misura il test?
3. Cosa significa **CAMPIONE di COMPORTAMENTO**?
4. Cosa significa **OBIETTIVITA’**?
5. Cosa significa **STANDARDIZZAZIONE**?

Risponderemo brevemente ad ognuna, senza mai entrare in aspetti tecnici, prefiggendoci due **obiettivi**:

1. individuare i **concetti generali** e i **principi fondamentali** su cui si basano i test, in altri termini appunto gli aspetti qualificanti.
2. stimolare riflessioni che permettano di assumere un **atteggiamento** critico ed **equilibrato** nei confronti dei test. Infatti ne verranno sottolineati anche le debolezze perché solo riconoscendo i **limiti** dello strumento che si intende utilizzare è possibile sfruttarne tutte le **potenzialità**.

Ovviamente al di sopra dei due obiettivi di oggi, rimane sempre l’obiettivo di tutto il corso di lezioni di Psicodiagnostica:

promuovere riflessioni e trasmettere conoscenze generali che permettano agli studenti di scegliere di quali test desiderano approfondire la conoscenza, con **corsi specifici** (di cui, a richiesta, verranno date indicazioni), per poterli utilizzare (insieme al colloquio clinico) durante la pratica clinica (in fase diagnostica, durante la psicoterapia e nella verifica dei risultati).

## 1 - Cosa significa MISURAZIONE?

Si tratta di un **TENTATIVO di rendere possibile**  
la **TRADUCIBILITA' NUMERICA** e la **TRATTAZIONE MATEMATICA**  
dei **DATI PSICOLOGICI**,  
operato da quella branca della psicologia che si chiama **PSICOMETRIA**.

### PSICOMETRIA<sup>3</sup>:

‘dal punto di vista epistemologico rappresenta l’applicazione del modello medico-naturalistico alla psicologia, nel tentativo di formulare “oggettivamente” quello che altrimenti resterebbe a livello di intuizione “soggettiva”.’ (Galimberti, 1992, pag.771).

La psicomètria di avvale di **strumenti matematici** e **statistici**<sup>4</sup>, in fase di costruzione, validazione e interpretazione dei test, ma è necessario sottolineare alcune **differenze** importanti tra gli stessi concetti utilizzati in ambito **matematico** e in ambito **psicologico**.

### MISURAZIONE:

in **matematica** indica il rapporto tra una grandezza e un’altra della stessa specie, assunta come unità di misura;

in **psicologia** indica:

-da un lato la possibilità di stabilire un’esatta corrispondenza tra un numero e un fatto empirico misurato (isomorfismo<sup>5</sup>)

-e dall’altro la certezza dell’invarianza dei fatti empirici misurati.

In pratica la misurazione è il prodotto dell’applicazione di regole per classificare o assegnare dei numeri a degli oggetti, in modo che il numero rappresenti la quantità degli attributi o il grado in cui sono presenti.

Misura **obiettiva** significa misura **replicabile**, misura **standardizzata** significa che un singolo dato empirico va ricondotto ad un **sistema di riferimento più generale**.

---

**3** La psicomètria ha certamente acquistato un notevole patrimonio metodologico, ma per acquisire maggior incisività clinica dovrebbe contestualizzarsi all’interno della **CLINIMETRIA**: disciplina medica che, utilizzando i contributi di medicina clinica, psicomètria, statistica, è finalizzata allo sviluppo e alla standardizzazione delle misure cliniche. Lo scopo della clinimètria è quello di conciliare gli aspetti CATEGORICI e DIMENSIONALI delle valutazioni diagnostiche: inquadrare “i fenomeni clinici secondo una valutazione della gravità della malattia, degli andamenti sintomatologici, degli effetti della co-morbilità, (...)” (Granieri, 98) (v. *Scala*)

---

**4** Statistica: scienza che raccoglie, organizza e analizza i dati relativi ai fenomeni del mondo [= statistica **descrittiva** (per evidenziare le peculiarità di un insieme di dati) → **validità concorrente o diagnostica**], in vista dell’utilizzazione delle informazioni ai fini della previsione di fatti non osservati [=statistica **inferenziale** (o induttiva, che elabora inferenze a partire dai dati raccolti) → **validità predittiva**].

---

**5** Isomorfismo: principio postulato da Köhler (psicologia della forma) che ipotizza una corrispondenza tra l’ordine percepito nello spazio ambientale e l’ordine funzionale che caratterizza la dinamica dei processi cerebrali sottostanti l’atto percettivo: “*unità di esperienze si accompagnano a unità funzionali dei sottostanti processi fisiologici*” e “*l’ordine vissuto nell’esperienza si suppone sia la rappresentazione fedele di un ordine corrispondente dei processi dai quali l’esperienza dipende*” (Köhler).

### SCALA:

in **matematica** esistono scale nominali, ordinali, a intervalli, proporzionali.

in **psicologia**, oltre a queste (scelte in base alla natura dell'oggetto di "misurazione", confronto, classificazione), vengono utilizzate:

-le scale multidimensionali, quando le varianti sono molte e ciascun componente è un indicatore dell'oggetto misurato,

-e le Rating Scales (RS), che quantificano e classificano i dati clinici ottenuti in base a parametri standardizzati, vengono quindi utilizzate per la valutazione quantitativa della sintomatologia clinica e delle sue possibili variazioni nel tempo (v. *"Quali test oggi nella clinica": Scale cliniche e psichiatriche*).

### NUMERO:

in **matematica** indica una quantità da aggiungere, sottrarre, moltiplicare, dividere;

in **psicologia** è solo un indice che può essere:

- di posizione, quando segnala la presenza (e la misura maggiore o minore) di una qualità,
- di riferimento, rispetto ad un continuum che non può essere utilizzato aritmeticamente.

Quindi i numeri valgono più per la loro **relazione** che per l'entità che esprimono, offrono solo uno **schema di riferimento** rispetto al quale trattare i dati empirici.

Non è possibile per tutti i test raggiungere il medesimo grado di elaborazione psicometrica: nei questionari di personalità (test strutturati o oggettivi) è minore che nei test di intelligenza; ancora minore è nei test proiettivi (test non strutturati) che sondano contenuti inconsci.

Inoltre è importante anche ricordare sempre che i test psicologici riflettono l'oscillare metodologico, e anche l'intreccio, tra metodo induttivo e deduttivo:

le prove e i NUMERI raccolti per via INDUTTIVA si fondano in realtà sulla DEDUZIONE di DATI OSSERVATI, PERCEPITI e COLLEGATI alla luce dei PRESUPPORTI TEORICI sulla realtà, che sono quindi dati A PRIORI.

Il problema è sempre quello di dare un significato ai dati (anche numerici) rispetto alla complessità del fenomeno osservato, e per farlo lo **psicologo** deve avvalersi anche di **sé stesso** - con le sue competenze scientifiche, emotive e relazionali - come suo **strumento di lavoro**.

E se non tutti i test raggiungono lo stesso grado di elaborazione psicometrica, ne consegue che quanto meno il test è strutturato (es. test proiettivi), tanto più lo psicologo deve avvalersi della sua valutazione soggettiva (professionale e personale) nell'attribuzione dei punteggi, nella loro analisi ed interpretazione (ovviamente a discapito dell'attendibilità del test).

In sintesi: oggi è ormai ovvio che "il ricorso alla matematizzazione non garantisce la scientificità di un percorso di indagine" (A.Granieri, 1998), se non tenendo sempre conto del principio di **RELATIVITA'**: "DATI e NUMERI assumono il loro significato "oggettivo" solo all'interno della **RELAZIONE** tra CLINICO, PAZIENTE, TEORIE, STRUMENTI e PROCEDURE, dove tutti i termini di confronto si influenzano a vicenda." (A.Granieri, 1998).

**I test misurano quelle variabili che si suppone, alla luce di una **TEORIA**, siano determinanti nel definire le caratteristiche di personalità e l'eziopatologia nei vari quadri morbosi.**

- Per quanto riguarda le **caratteristiche di personalità**<sup>6</sup>:

nel “Dizionario di psicologia” del Galimberti (1992) si trovano 17 diverse teorie della personalità che la definiscono in modo diverso (a volte contrastante), ciascuna delle quali ha individuato (dal suo vertice osservativo) differenti fattori, dimensioni, dinamiche, ... ecc. che la costituiscono e caratterizzano, i quali divengono, da parte dei test, oggetto di “misurazione” o meglio di osservazione, descrizione e valutazione qualitativa e quantitativa (singolarmente o correlati e/o strutturati tra di loro).

Ma poiché gli “oggetti” misurati non sono entità concrete, bensì elementi astratti dall’osservazione della realtà in forza della teoria utilizzata, varia anche la definizione teorica dello stesso oggetto psicologico e quindi ancora il metodo d’indagine scelto per la sua misurazione.

*(per es. dell’intelligenza non esiste una definizione univoca: se consideriamo le competenze di problem solving, allora sono i test di intelligenza che ci danno informazioni utili, se consideriamo la processualità globale del pensiero (intuizione prelogica), allora il colloquio clinico risulterà lo strumento più adeguato).*

- Per quanto riguarda le variabili che definiscono le **sindromi patologiche**:

derivano sia dal costrutto teorico di personalità che dai sistemi nosografici utilizzati (nella costruzione del test e quindi nella sua interpretazione). Attualmente i più conosciuti e utilizzati sono il DSM 5 e l’ICD.

Per sintetizzare: oggi esiste un elevatissimo numero di test per misurare

- **diversi oggetti**:
  - 1 - diverse **funzioni** psicologiche
  - 2 - e un’infinità di **aspetti** diversi di ciascuna,
  - 3 - e/o diverse **definizioni teoriche** di ciascuna funzione e/o aspetto di essa.
- Utilizzando **diversi metodi** (strumenti e procedure) che dipendono:
  - 1 - dalle diverse **opzioni teoriche**
  - 2 - e dai diversi **oggetti** “ritagliati” nella realtà psicologica dall’opzione teorica assunta.

E’ ovvio che i comportamenti misurati dai test hanno avuto un’evoluzione storica strettamente legata all’evoluzione del pensiero e delle conoscenze psicologiche:

i primi test misuravano la **DISCRIMINAZIONE** e i **TEMPI di REAZIONE**;

successivamente sono nati i primi test con elevato contenuto **VERBALE** (giudizio comprensione, ragionamento, Q.I., ...), i **TEST di GRUPPO** e i **TEST ATTITUDINALI**.

I **TEST di PERSONALITÀ**, dagli anni ’50 in poi, soprattutto per quanto riguarda i **PROIETTIVI**, hanno avuto uno sviluppo enorme, con un’imponente incremento di studi, ricerche e applicazioni.

Oggi invece, oltre ai **QUESTIONARI** (generali e specifici) si stanno affinando le **SCALE** cliniche e psichiatriche e soprattutto i test **NEUROPSICOLOGICI** (grazie allo sviluppo notevole di quest’area).

---

<sup>6</sup> **Personalità**: “l’insieme di caratteristiche psichiche e modalità di comportamento che, nella loro integrazione, costituiscono il nucleo irriducibile di un individuo che rimane tale nella molteplicità e diversità delle situazioni ambientali in cui si esprime e si trova ad operare.” (Galimberti, ’92, pag. 677).

### 3 – Cosa significa CAMPIONE DI COMPORTAMENTO ?

**Il campione (in statistica inferenziale) è un sottoinsieme, scelto con determinati caratteri, che lo rendono idoneo ad essere rappresentativo di tutti gli oggetti dell'universo in questione.**

Se i test misurano quelle variabili che si suppone, alla luce di una TEORIA, siano determinanti nel definire le caratteristiche di personalità e l'eziopatologia nei vari quadri morbosi (ma anche attitudini, abilità, capacità, ecc.), possiamo ora domandarci come le misurano.

Scegliendo, sempre alla luce della teoria utilizzata, di "RITAGLIARE" nella complessità (strutturale e fenomenica) e nell'evanescenza dei comportamenti osservabili, un comportamento (che diventa quindi il campione) ritenuto **rappresentativo di quelle variabili che ci si propone di misurare.**

Quindi anche la scelta del campione di comportamento da misurare presuppone a monte **scelte teoriche e metodologiche** (strettamente intrecciate tra di loro), di cui non bisogna mai dimenticarsi "a valle", cioè durante l'utilizzo del test.

Infine, scelte le variabili e i campioni di comportamento, vengono selezionate (attraverso procedimenti empirici, v. "*Standardizzazione*") quelle prove, stimoli, compiti in grado di esplicitare le risposte individuate come campioni di comportamento oggetto di osservazione, descrizione, valutazione (qualitativa e quantitativa).

In sintesi: si tratta una triplice selezione:

1. variabili da valutare,
2. **campioni di comportamento** che ci permettano di fare "inferenze" su quelle variabili,
3. prove, stimoli o compiti che sollecitino quel campione di comportamento.

Vedremo che la selezione delle prove o procedure che si suppone permettano di indagare ciò che si intende valutare con il test è il primo passo operativo nella **costruzione di un test**, e che l'accuratezza di questa selezione (o campionatura) è fondamentale, in quanto è la base dell'ATTENDIBILITA' e della VALIDITA' del test ("*standardizzazione*").

Qui ci limitiamo a notare che non sempre c'è affinità tra questi 3 livelli

- gli stimoli, le prove dei test,
- i campioni di comportamento che sollecitano
- e le variabili rispetto alle quali permettono di fare inferenze.

Si tratta invece di un continuum:

- che va da una COINCIDENZA COMPLETA (es.: test di vocabolario di una lingua straniera, esame di guida, ecc.)
- attraverso una MODERATA AFFINITA' (es.: test attitudinali, test di orientamento scolastico)
- fino ad una MANCANZA ASSOLUTA di affinità (es.: test proiettivi).

Inoltre è importante ricordare che

più gli **stimoli** sono strutturati (obiettivi) meno informazioni danno, ma più sono attendibili, meno sono strutturati (proiettivi) è più informazioni danno, ma meno sono attendibili.

Questo perché più sono strutturati più è facile scegliere quelli pertinenti alle caratteristiche da valutare.

In pratica si tratta di un rapporto inversamente proporzionale tra quantità di informazioni e affidabilità dell'informazione.

### L'OBIETTIVITA'

è lo scopo che il test si prefigge nei momenti fondamentali che lo costituiscono:  
la COSTRUZIONE e l'UTILIZZO.

I test riescono a raggiungere l'obiettività solo per "approssimazione" (v. *validità e attendibilità*), e solo all'interno della scelta teorica e metodologica operata a priori.

Cioè i test possono tendere verso l'obiettività e la scientificità solo attraverso la coerenza e la conseguenzialità tra teorie di riferimento, linguaggi, procedure e metodi adottati.

Solo questa opzione epistemologica tutela dal rischio dell'ideologia, che rende universale ciò che è solo un vertice osservativo parziale (individuale o gruppale), con le sue regole, scansioni procedurali e prassi, altrettanto parziali, perché scelte all'interno di quel contesto teorico specifico.

Quindi anche l'uso applicativo dei test deve sempre svolgersi solo all'interno di precisi criteri teorici e metodologici, che per altro vengono sempre specificati chiaramente nel manuale di accompagnamento di ciascuno.

La lettura e l'interpretazione dei risultati di un test sono sempre relativi e relativizzabili essendo riconducibili appunto a presunzioni teoriche non universali e a procedimenti metodologici sempre ugualmente relativi e relativizzabili rispetto ad altri, che potrebbero portare ad attribuire ulteriori significati agli stessi aspetti enucleati o ad individuarne altri.

Infine, rispetto all'"obiettività", un cenno anche allo psicologo, il quale introduce (inevitabilmente) una serie di elementi soggettivi che influenzano in modo considerevole l'esito della valutazione: prima nella raccolta (soprattutto nella somministrazione individuale, tanto più quanto meno è strutturato il test e quanto maggiore è l'intimità relazionale) poi nell'elaborazione delle informazioni che il test ci fornisce (ancora: tanto più quanto meno è strutturato il test).

La componente soggettiva è contemporaneamente un'indispensabile strumento di lavoro (v. "misurazione" e "uso dei test nelle clinica") e un'interferenza, un limite nella tensione verso l'obiettività.

1. Lo psicologo (l'esaminatore) è un osservatore parziale e quindi inevitabilmente "distorcente": la sua visione e lettura di sé e dell'altro è condizionata:
  - a. sul piano professionale dalle sue conoscenze scientifiche, teoriche e metodologiche, dalle sue competenze ed esperienze professionali;
  - b. sul piano personale dal suo momento esistenziale, dalle sue caratteristiche di personalità, emotive e relazionali.
2. E' anche un osservatore che influenza il "sistema osservato" perché interagisce (in modo conscio e inconscio) con l'osservato, non solo per svolgere le procedure standardizzate, ma anche per instaurare e mantenere con lui un "buon rapporto".

Quindi è assolutamente fondamentale che sia sempre il più possibile consapevole di sé e del suo momento esistenziale nel suo percorso sia professionale che personale. Questa consapevolezza dovrebbe essere costantemente "aggiornata" e arricchita da una continua rilettura e rianalisi di sé attraverso le lenti dei diversi momenti (vissuti attuali) nell'evoluzione sua personale e della psicologia in generale.

Solo una consapevolezza profonda di sé (esperienze, risorse, limiti, ...) permette di avere consapevolmente e agilmente a disposizione sé stesso come strumento di lavoro e riconoscere (il più possibile) le sue "lenti" (conscie e inconscie) che sono inevitabilmente selettive: filtrano, colorano, ... distorcono l'altro.

Si tratta di una serie di **procedimenti empirici** che hanno lo scopo di definire l'**UNIFORMITA' di PROCEDURA** nei momenti fondamentali che costituiscono i test: la **COSTRUZIONE** e l'**UTILIZZO**.

Abbiamo visto che il test può tendere verso l'obiettività solo attraverso la coerenza e congruenza al suo interno fra tutte le sue parti costitutive (teorie, linguaggi, procedure, metodi), ora vediamo come: utilizzando “**modalità o procedura specifiche**”, **standardizzate**, che hanno lo scopo appunto di ridurre il peso dei limiti relativi allo strumento in sé (in fase di **costruzione**) e alla componente soggettiva dell'esaminatore (in fase di **utilizzo**).

Descrivere tali procedure ci permette di conoscere le caratteristiche fondamentali dei test e favorire quindi un uso corretto del test e dei risultati che ci permette di ottenere.

➤ Vediamole nelle quattro fasi della **COSTRUZIONE** (vengono sempre chiaramente indicati nei manuali che accompagnano ciascun test):

1. Nella **SELEZIONE** e **ANALISI** di una serie di item<sup>7</sup>, **PROVE** o stimoli che si presuppone permettano di indagare ciò che si intende indagare con il test:

A) – **Strategia logico razionale:**

in base ad una scelta razionale inerente all'attinenza dell'item con l'aspetto misurato; oggi non viene più usato (se non per i test attitudinali e di profitto) per le notevoli possibilità di distorsione della risposta.

B) – **Approccio teorico:**

in base ad una teoria di riferimento; presenta grosse difficoltà inerenti alla validità e attendibilità del test. (es.: test proiettivi)

C) – **Metodo basato sul “criterio” o sulla “discriminazione dei gruppi”:**

gli item vengono selezionati in base alla loro capacità di discriminare tra categorie o gruppi diversi di soggetti. Di solito vengono somministrati ad un gruppo di controllo di soggetti normali e a diversi “gruppi criterio”, se sono psichiatrici ognuno dei “gruppi criterio” rappresenta una determinata diagnosi (es.: questionari di personalità: M.M.P.I.-2, scale cliniche e psichiatriche).

E' importante sottolinearne subito alcuni **limiti** (v. *L'uso dei test nella clinica*):

✓ la **generalizzabilità** dei risultati :

i test non possono essere mai utilizzati per persone o gruppi sociali che abbiano caratteristiche (demografiche, etniche, socio-culturali, di genere, di età) diverse da quelle dei soggetti che compongono i **campioni normativi** utilizzati (gruppi **criterio** e gruppi di **controllo**); per questo bisogna sempre conoscere le **modalità** e i **criteri** con cui sono stati selezionati.

✓ L'**indipendenza** dei fattori individuati:

gli stessi item possono essere utilizzati per la costruzione di diverse scale, che per questo risultano meno indipendenti tra loro, riducendo il significato psicologico attribuibile a ciascuna, e riducendo la possibilità di valutare il peso relativo di ciascuna rispetto alle altre.

---

<sup>7</sup> Item: “singole parti costituenti un reattivo. Si tratta di una serie di prove che vengono sottoposte ad **analisi** e **selezione** allo scopo di soddisfare criteri formali e di contenuto.” (Galimberti, '92, pag.529)

- ✓ Infine, per la conoscenza delle sindromi patologiche non si può prescindere dalla teoria di riferimento e dal sistema nosografico utilizzato (anche come criterio di selezione dei soggetti che compongono i campioni normativi).

**D) – Analisi fattoriale:**

è una procedura statistica complessa, utilizzata per studiare la struttura dei dati in base alle relazioni (=coefficiente di correlazione) tra le variabili. L'obiettivo è identificare item altamente correlati tra di loro (sempre utilizzando un campione normativo di soggetti) e raggrupparli in fattori che li sintetizzino e rappresentino. Il passo successivo è quello di dare un nome a questi fattori individuati statisticamente, quindi è necessario riferirsi ad un costrutto teorico coerente (es.: questionari di personalità: 16PF di Cattell).

I **limiti** di tale metodo sono

- sia psicometrici: dubbio di una correlazione interna tra i fattori (le scale ) individuati;
- che teorici: fin qui abbiamo parlato di teoria che precede e determina la metodologia di costruzione dei test, Cattell invece parte dall'analisi fattoriale per formulare una teoria globale del funzionamento umano.

Questi ultimi due metodi (criterio e analisi fattoriale) sono attualmente i più utilizzati. Date le carenze intrinseche di ciascuno, per ridurle, vengono fatti tentativi per combinarli.

---

2. **Nella selezione del CAMPIONE NORMATIVO o di STANDARDIZZAZIONE:**

Fondamentale nella costruzione del test è la metodologia con la quale vengono selezionati i soggetti che compongono il campione:

- a. il campione deve essere sufficientemente **ampio** e **rappresentativo** dei soggetti ai quali il test è rivolto,
  - b. quindi le **variabili** utilizzate per scegliere, stratificare, i soggetti devono essere correlate con il test (le principali sono: sesso, età, livello di scolarizzazione e socio-economico, etnia, eventualmente patologia, ecc. ....)
  - c. ogni **sottogruppo** deve avere un numero di soggetti sufficiente per formare un campione adeguato.
  - d. Deve essere sempre anche indicato da quale popolazione è stato scelto il campione normativo.
-

### 3. Nella determinazione (statistica) della **VALIDITA'** dei test.

La **VALIDITA'** è la risposta (in valori percentuali) alle domande:  
“il test misura in realtà quello che vuole misurare?”, “e con quale precisione?”  
Indica quindi la capacità di un test di **misurare esattamente ciò che si propone**,  
quindi la sua **selettività** tra ciò che deve essere misurato e ciò che non interessa.  
In altre parole indica la **corrispondenza tra scopo e risultato**.

I procedimenti empirici che determinano il COEFFICIENTE di VALIDITA' di un test si basano sulla relazione che intercorre tra il punteggio ottenuto nel test e il **CRITERIO ESTERNO**, cioè altri fatti osservabili indipendentemente dal test e relativi alle caratteristiche del comportamento preso in esame. Ci sono **5 grandi categorie di VALIDITA'**:

1. **VALIDITA' CONCETTUALE o STRUTTURALE:**  
verifica l'esattezza con cui il test aderisce al **modello ipotetico** della funzione presa in esame. Rappresenta il grado in cui si può ritenere che il test misuri la “struttura teorica” o il tratto che si propone di misurare. Questa validazione richiede la raccolta di un gran numero di dati, provenienti da fonti diverse che contribuiscono alla conoscenza della natura del tratto in esame, delle condizioni che lo influenzano e delle sue manifestazioni.
2. **VALIDITA' di CONTENUTO:**  
relativa alle funzioni o ai meccanismi mentali da prendere in considerazione quando si costruisce il test: determina se il contenuto del test comprende un **campione rappresentativo della sfera dei comportamenti** da valutare.  
Si ottiene analizzando sistematicamente l'area dei contenuti delle prove (analisi qualitativa degli item) e l'area dei campioni di comportamento (le reazioni o risposte) che sollecitano, in modo che tutti i principali aspetti siano compresi nelle debite proporzioni.
3. **VALIDITA' di CONGRUENZA:**  
risulta dal **confronto** dei **risultati** forniti dal test con quelli ottenuti con strumenti analoghi.
4. **VALIDITA' CONCORRENTE o DIAGNOSTICA:**  
(es.: “Tizio è depresso?”) risulta dal confronto dei risultati del nuovo test con quelli ottenuti con strumenti analoghi nello **stesso periodo di tempo** (*studi paralleli*).
5. **VALIDITA' PREDITTIVA:**  
(es.: “E' probabile che Tizio diventi depresso?”) risulta dal confronto dei risultati del nuovo test con indici diagnostici (o di successo professionale e scolastico) ottenuti in un **periodo successivo** all'applicazione del test (*studi longitudinali*):

Ci sono diversi **fattori** che **limitano** o impediscono l'accertamento della **validità**:

1. scarsa purezza del CRITERIO,  
che potrebbe non essere davvero l'espressione della variabile studiata dal test;
2. modificazione nel tempo del CRITERIO, rispetto al quale il test deve essere periodicamente aggiornato e validato (v. la revisione dell'M.M.P.I.);
3. contaminazione del CRITERIO:  
giudici parziali che hanno già un giudizio soggettivo sul soggetto esaminato;
4. scarso adattamento del test alle caratteristiche del CAMPIONE NORMATIVO scelto;
5. scarsa purezza del CAMPIONE NORMATIVO: infatti i gruppi criterio possono differire tra loro (e rispetto al gruppo di controllo) anche per altre variabili oltre a quelle prese in considerazione per la costruzione e validazione del test;
6. FORMA degli ITEM le cui risposte possono essere saturate da altro:  
stili di risposte generali (a caso, acquiescenti o resistenti), tendenza a voler apparire in un

atteggiamento socialmente desiderabile, o al contrario tendenza a presentarsi in modo negativo, ad amplificare problemi, patologie, ...<sup>8</sup>;

7. eventuali limiti di TEMPO.

---

4. Nella determinazione (statistica) dell' **ATTENDIBILITA'** dei test.

L'**ATTENDIBILITA'** o **AFFIDABILITA'** è la risposta (in valori percentuali) alle domande: “il test soddisfa gli scopi per cui viene impiegato?”, “il test è efficace?”.

E' la stima di quale proporzione della **varianza** totale dei punteggi sia dovuta a **differenze effettive** delle caratteristiche valutate o a errori casuali di misurazione.

In altre parole indica l'**accuratezza** con cui il test misura (ciò che vuole misurare) e la **costanza** o **stabilità** dei risultati.

Ci sono molti tipi di attendibilità, tanti quante sono le variabili<sup>9</sup> e le condizioni che possono influenzare i risultati ai test. Tutti si esprimono in termini di COEFFICIENTE di CORRELAZIONE, cioè di relazione statistica tra due gruppi di punteggi.

L'indice di **ACCURATEZZA** si determina verificando (con raffinate procedure statistiche) l'**omogeneità**<sup>10</sup> degli item e la loro **capacità discriminativa**.

L'indice di **COSTANZA** o **STABILITA'** si calcola utilizzando 4 metodi:

1. il *test-retest*: si tratta della riapplicazione ripetuta nel tempo dello stesso test allo stesso gruppo di soggetti; permette di verificare l'**indice di costanza nel tempo**
2. le *forme parallele*: si tratta di prototipi della stessa natura e dello stesso grado di difficoltà; la loro correlazione permette di ottenere l'**indice di equivalenza**.
3. la *divisione a metà*: comparando i risultati di una metà del reattivo con l'altro si ottiene l'**indice di omogeneità**.
4. il metodo *Kunder-Richardson*: si basa sulla coerenza delle risposte dei soggetti a tutte le prove contenute nel test, indica la **coerenza tra le prove**

---

**8** Per ovviare a questa possibilità di “**distorsione sistematica della risposta**” (o “**disposizione a rispondere**”) sono state costruite scale di controllo che la qualificano e la quantificano. In mancanza di queste scale (per es. nei test proiettivi) esiste il problema della falsificabilità delle risposte da parte del soggetto (come ha potuto verificare sperimentalmente Exner).

---

**9** L'**attendibilità** rispetto al **contesto**, alle situazioni contingenti e temporanee e all'**esaminatore** (v. “*Obiettività*” e “*L'uso dei test nella clinica*”), verranno approfondite nelle 2 lezioni del II biennio sul **rapporto interpersonale**: ricerche sperimentali e costanti di ruolo.

---

**10** L'**omogeneità** degli item è fondamentale nella ricerca dell'obiettività dei test, ma ci sono due contesti in cui l'ossessiva ricerca dell'omogeneità può costituire un **ostacolo**:

1. quando si desidera misurare le **modificazioni** dello stato psicologico,
2. quando si desidera **differenziare** il peso di ciascuna componente di un cluster sindromico.

➤ Vediamo ora cosa significa **STANDARDIZZAZIONE** durante l'**UTILIZZO** dei test:

1. Nella **SOMMINISTRAZIONE**:

si tratta di un'accurata formalizzazione della situazione e delle istruzioni di somministrazione, con l'obiettivo che tutto rimanga costante tranne le variabili oggetto di valutazione.

Sappiamo che, soprattutto nella somministrazione individuale, siamo tanto più lontani da questo obiettivo quanto meno il test è strutturato.

2. Nella **DETERMINAZIONE** del **PUNTEGGIO**:

il punteggio di una persona (o punteggio grezzo) è valutato in relazione ai punteggi ottenuti dai soggetti che compongono il CAMPIONE di STANDARDIZZAZIONE o **NORMATIVO**.

3. Nell'**INTERPRETAZIONE** del **PUNTEGGIO**:

1 – rispetto a **NORME** di **STANDARDIZZAZIONE**, determinate empiricamente, appunto in base ai risultati ottenuti dal campione normativo, i quali definiscono:

- la prestazione normale o **media**,
- la **frequenza** relativa dei vari gradi di **scostamento** dalla media,
- il loro **significato**.

*(Quindi è chiaro che le **NORME** non sono né le prestazioni perfette [per es.: nei test attitudinali], né quelle perfette o desiderabili [per es.: nei test proiettivi], bensì quelle dei soggetti selezionati nel campione).*

In questo caso confrontiamo, rispetto ad una o più variabili, il soggetto esaminato con altri soggetti.

2 – Rispetto al criterio basato sul **CONTENUTO**:

quando vogliamo valutare ogni soggetto individualmente, confrontare aspetti diversi e stimare la forza, il peso relativo di ciascuno rispetto agli altri (punteggi ipsativi).

E' fondamentale in questo caso l'indipendenza delle diverse caratteristiche misurate dal test, infatti se le scale non sono indipendenti i risultati non sono attendibili.

Per concludere:

Per utilizzare un test bisogna conoscerne le proprietà applicative:

1. **TEORIA** di riferimento
2. modalità standardizzate di **Costruzione**:
  - selezione e analisi delle prove (ITEM)
  - selezione del CAMPIONE normativo
  - determinazione della **VALIDITA'**
  - determinazione dell'**ATTENDIBILITA'**
3. procedure standardizzate nell'**UTILIZZO**:
  - modalità di **SOMMINISTRAZIONE**
  - modalità di **DETERMINAZIONE** del punteggio
  - modalità di **INTERPRETAZIONE** del punteggio.

## • L'USO dei test nella clinica

Quanto fin qui esposto, avendo scelto di trascurare gli aspetti strettamente tecnici, giungeva sempre a considerazioni che convergevano già tutte nell'uso applicativo dei test nella clinica<sup>11</sup>.

A questo punto si tratta solo di riprenderle e organizzarle per sintetizzare le **modalità corrette di utilizzo** dei test. Il significato e l'importanza di questo momento di sintesi sta nel fatto che

**“un test è uno strumento di valutazione con delle proprietà specifiche. Le conclusioni che possono essere tratte dipendono principalmente dalle modalità con cui viene utilizzato e non dalle sue proprietà.”** (Granieri, 1998).

I problemi relativi alle metodologie di sviluppo dei test (approccio teorico, procedure utilizzate per la loro costruzione e validazione) ci hanno naturalmente condotto a considerare diversi loro **limiti** (quantitativi e qualitativi) **in ambito clinico**.

Ma il limite centrale e comune a tutti i test è **QUALITATIVO** ed emerge nel **confronto** con il colloquio clinico.

- Infatti **quantitativamente**, con il colloquio clinico (senza usare test) si può raccogliere una maggior quantità di informazioni (rispetto a qualsiasi test),
- ma quello che non può fare nessun test (o batterie di test), senza **colloquio clinico** (o senza attenta osservazione da parte dell'esaminatore), è **qualificare l'incontro**, l'emozione dell'interazione profonda tra i due individui, l'esaminatore e il soggetto. Solo con il colloquio clinico (o con l'attenzione dell'esaminatore) si possono osservare e analizzare gli **aspetti non verbali** della comunicazione e soprattutto analizzare il **proprio vissuto** di sé e dell'altro nell'incontro, in quell'incontro unico e irripetibile. Queste variabili sono nostri strumenti di lavoro indispensabili nel tentativo di conoscenza dell'altro, soprattutto se questa conoscenza è finalizzata alla valutazione di un intervento psicoterapeutico.

L'importanza di tali variabili qualitative ci porta ad incontrare un altro limite che i test (in misura diversa, inversamente proporzionale al loro livello di strutturazione) e il colloquio clinico hanno invece in comune:

- la **componente soggettiva** che è contemporaneamente indispensabile strumento di lavoro (v. “*misurazione*”) e un'interferenza, un limite nella tensione verso l'obiettività, verso il riconoscimento dell'unicità di ogni persona (v. “*obiettività*”).

Anche a questo punto, è importante **ripetere** ancora che per l'attendibilità e affidabilità di tali informazioni qualitative, il **clinico** (sia esaminatore che terapeuta) deve avere sempre la **consapevolezza** (v. “*obiettività*”) di essere:

1° - un **osservatore parziale** e “**distorcente**”: il suo punto di osservazione di sé, dell'altro e della relazione è limitato sul piano **professionale** (formazione teorica, conoscenze e competenze ovviamente parziali), e sul piano **personale** (le sue caratteristiche di personalità, emotive e relazionali, il suo momento esistenziale), quindi la sua visione, lettura e interpretazione dell'altro può avvenire solo attraverso le **sue lenti** (professionali e personali) che inevitabilmente filtrano, distorcono, colorano l'altro;

2° - sia come osservatore che **influenza** il sistema osservato: soprattutto perché **interagisce** con l'osservato sia durante il colloquio clinico, che nella somministrazione individuale dei test di personalità (anche se non così intimamente come durante il colloquio).

---

<sup>11</sup> La **psicologia clinica** (Galimberti, 1992, pag.723) come **disciplina** specifica si avvale delle conoscenze dei principali orientamenti psicologici (psicologia generale, sociale, dell'età evolutiva e del profondo) per sanare quei problemi di varia estensione e natura che coinvolgono la personalità dell'individuo e incidono più o meno gravemente sul suo benessere psichico. L'accezione *clinica* rimanda alla *patologia* e quindi alla cura come riconduzione alla *normalità*, che si basa su una specifica fenomenologia sociale altamente variabile. In quest'ambito gli interventi psicoterapeutici sono volti ad adattare l'individuo alle situazioni precostituite o ad accompagnarlo nel suo processo di trasformazione e di crescita, e si sviluppano dalla diagnosi, alla terapia, allo studio del processo terapeutico fino alla verifica dei risultati, utilizzando il **metodo clinico** che si avvale del **rapporto interpersonale** come strumento di lavoro.

**Nessun test è stato costruito per sostituirsi al colloquio clinico, “ma piuttosto come strumento ausiliario del colloquio. Per cui quando viene utilizzato in modo appropriato, può fornire un aiuto notevole al clinico,” ... “nella discriminazione e nella specificazione di alcuni aspetti del soggetto.”**  
(Granieri, 1998)

Tutto ciò premesso, vediamo schematicamente le modalità corrette nella **SCELTA** del test nella clinica. Indispensabile è la **chiarezza** che il clinico deve sempre avere rispetto alle tre variabili in gioco: sé stesso (professionalmente e personalmente), paziente, strumento (test); separiamole artificialmente, solo per esigenze espositive.

• Il **CLINICO** deve avere chiarezza rispetto a sé:

- 1 – sullo **SCOPO** per cui si intende utilizzare il test, in pratica deve mettere bene a fuoco quali **ASPETTI PSICOLOGICI** desidera indagare e valutare e con che tipo di confronto.
- 2 – Sulla sua **TEORIA** di riferimento:  
è importante ovviamente che il clinico abbia e riconosca il suo punto di vista teorico (il suo vertice osservativo) come parziale e relativo, rispetto al quale sarebbe anche auspicabile che abbia analizzato il suo vissuto (coscìo e inconscìo).
- 3 – sul **CONTESTO** nel quale si svolge la relazione: in termini di ambito (istituzionale o privato), di ambiente fisico (studi/o), di altri clinici, tempo e risorse a disposizione (per la somministrazione e l’elaborazione dei risultati del test).
- 4 – Sul suo **VISSUTO** personale di sé (professionalmente e personalmente) rispetto al suo ruolo, al paziente, alla relazione con il paziente e al (o ai) test come strumenti di conoscenza e di comunicazione.

• Rispetto al **PAZIENTE** deve sempre considerare:

- 1 – le **CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE**: età, sesso, livello sociale, economico, educativo, cultura, etnia, (per confrontarle con quelle dei soggetti che compongono il campione di standardizzazione utilizzato per la costruzione del test scelto);
- 2 - le **CARATTERISTICHE** di **PERSONALITÀ** importanti non solo come oggetto di indagine, ma anche per scegliere un test con stimoli e procedure di somministrazione che favoriscano lo scorrere delle informazioni e della relazione (e non sia invece inibente);
- 3 - le **CARATTERISTICHE RELAZIONALI**: in pratica il test può essere visto come un oggetto transazionale nella razione terapeutica, quindi è importante cercare di conoscere il significato psicologico che può avere il test (o i test) non solo per il soggetto individualmente, ma anche per il suo vissuto della relazione con il terapeuta, ed eventualmente il suo vissuto dell’invio ad un collega.
- 4 - i **PROBLEMI** o la **PATOLOGIA** che si intende verificare o indagare ulteriormente;
- 5 - eventuali **LIMITAZIONI** o difficoltà rispetto alle diverse modalità di somministrazione (limitazioni visive, uditive, linguistiche, di attenzione, ecc).

• Il clinico deve avere una conoscenza delle caratteristiche e delle proprietà dei **TEST**.

1 - del tipo di **RISULTATI** che il test permette di ottenere:

1a - in termini di **ASPETTI PSICOLOGICI** valutati dal test (v. “*che cosa misura il test?*”):

data l’importanza di questo punto si rimanda alla guida rapida del Catalogo Generale di Giunti O.S. del 2015 (da pag. 228 a pag. 236).

Ma attenzione a tre **problemi**:

**$\alpha$**  - non è detto che la denominazione di un test corrisponda esattamente al costrutto misurato (*per es. i test di intelligenza generale non pretendono di misurare tutte le funzioni cognitive, sono prevalentemente misure delle attitudini verbali e numeriche*)

**$\beta$**  - non è detto che ci sia concordanza sulle caratteristiche di una determinata variabile (*per es. non è affatto certo che le dimensioni di estroversione-introversione abbiano lo stesso significato per Eysenk, Rorschach, Cattell, Jung, ecc.*);

**$\gamma$**  - specularmente, non si può escludere che costrutti diversi, misurati con strumenti diversi, siano in realtà fortemente correlati (*per es. l'alessitimia, misurata con la Toronto Alexithymia Scale, è così altamente correlata con le misure di ansia e depressione, da farla ritenere una dimensione non indipendente da queste*).

**1b** - in termini di **CONFRONTO** possibile (v. "Cosa significa standardizzazione?"):

**$\alpha$**  - per confrontare **soggetti diversi** sceglieremo test costruiti utilizzando **campioni normativi** per stabilire le norme di standardizzazione;

**$\beta$**  - per una valutazione **individuale** del soggetto sceglieremo test costruiti con il criterio basato sul **contenuto**:

**$\gamma$**  - se valutiamo un **insieme di caratteristiche** dobbiamo verificare l'**indipendenza** di ciascuna rispetto alle altre e la possibilità di valutare la forza, il peso **relativo** di ciascuna rispetto alle altre (punteggi ipsativi).

**2** - Le **TEORIE** di riferimento:

poiché dai diversi e numerosi orientamenti teorici derivano diversi costrutti utilizzati, è importante ovviamente che il clinico conosca il punto di vista teorico in base al quale è stato costruito e validato il test (e ovviamente valutati i risultati), ma anche rispetto a questo sarebbe auspicabile che abbia analizzato il suo vissuto.

**3** - Le modalità di **COSTRUZIONE**:

**3a** - la scelta delle **prove**:

**$\alpha$**  - il **tipo** di prove, che il soggetto deve essere in grado di sostenere (valutando le sue condizioni culturali, fisiche e psicologiche),

**$\beta$**  - e le **procedure** utilizzate nella loro selezione.

**3b** - il **campione normativo** (o di standardizzazione) selezionato:

**$\alpha$**  - la consistenza numerica,

**$\beta$**  - le caratteristiche dei soggetti che lo compongono,

**$\gamma$**  - i criteri in base ai quali sono stati selezionati,

**$\delta$**  - e da quale popolazione proviene.

Queste informazioni sono fondamentali sia per l'applicabilità dei test che per l'interpretazione dei risultati, i quali non possono mai essere generalizzabili su una popolazione diversa da quella che compone il campione di standardizzazione

**3c** - i valori della **validità** e **attendibilità** e le procedure statistiche utilizzate per calcolarle.

**3d** - le procedure utilizzate per risolvere il problema della **falsificabilità delle risposte**<sup>12</sup> da parte dei soggetti (scale di controllo, indici di coerenza interna, procedure di somministrazione).

**4** - Le modalità di **SOMMINISTRAZIONE**, (tipo di **stimoli** e **procedure**):

Qui (nella fase di scelta) sottolineiamo solo l'importanza fondamentale della conoscenza delle **procedure** standardizzate di somministrazione: ambiente, condizioni, posizione, tempo e strumenti a disposizione, stimoli, consegne, comunicazioni verbali, ecc. ...;

---

<sup>12</sup> Vedere pag. 14: punto 6 dei fattori che limitano la validità del test e nota n°8.

E passando all'**USO** corretto dei test e dei risultati ottenuti vediamo le quattro fasi fondamentali:

### **1 - SOMMINISTRAZIONE<sup>13</sup>:**

1. Innanzi tutto il soggetto va **preparato** alla somministrazione del test (o dei test) scelto, trovando nella sua domanda o nel suo raccontarsi (durante la raccolta anamnestica) quegli aspetti (o obiettivi conoscitivi) che possono diventare motivazioni per la sua collaborazione attiva. Ovviamente utilizzando non solo i suoi contenuti, ma anche il suo linguaggio.
2. E' bene che il soggetto non sia solo consenziente (alla somministrazione del test), ma senta, in ogni fase, di giocare un **ruolo attivo**: in questa deve sentire di aver dato il suo contributo prima nella scelta del test (sia per quanto riguarda le informazioni da raccogliere che per il tipo di stimoli e di modalità di somministrazione), poi collaborando durante la somministrazione ed esprimendo il suo punto di vista sulle prove cui è stato sottoposto.
3. E' fondamentale attenersi scrupolosamente alle **procedure** standardizzate (di cui sopra);
4. altrettanto importante è l'**osservazione** attenta, l'annotazione e l'analisi puntuale di ogni comunicazione verbale e non verbale del soggetto;
5. e soprattutto la **consapevolezza** attenta della **relazione** che scorre nella coppia esaminatore-soggetto (che è ancor più importante se l'esaminatore è anche il terapeuta),
6. e del **coinvolgimento**, quindi dell'influenza dell'esaminatore, che non solo osserva, ma interagisce,
7. e del **contesto** fisico, ambientale e sociale.

### **2 – DETERMINAZIONE del PUNTEGGIO:**

Questa fase, quanto la successiva, è delicata:

**a** - perché (come già detto) è ineliminabile la **componente soggettiva** dell'esaminatore, sia come osservatore parziale e distorto, sia come partner che interagisce nella coppia e quindi influenza il soggetto. Possiamo solo cercare di ridurla il più possibile (attenendoci il più possibile alle indicazioni del manuale di ogni test) e utilizzarla come risorsa che "arricchisce" i dati del test;

**b** - perché le caratteristiche del soggetto devono essere sempre confrontate con quelle dei soggetti che compongono il **campione normativo**, in quanto il suo punteggio grezzo è valutato in relazione a quello ottenuto da questi.

### **3 – INTERPRETAZIONE del PUNTEGGIO:**

Come sopra (e ancora di più), attenzione:

- alla **componente soggettiva** e alla dinamica della **coppia esaminatore-soggetto**;

- alla composizione del **campione normativo**;

- e soprattutto alla **parzialità** e **relatività** (v.: "*premessa*" a pag.4 e "*misurazione*" a pag.7) di ogni risultato, che non può e non deve mai essere letto, interpretato e comunicato al di fuori dell'ambito particolare di quel test da cui deriva.

Infatti l'uso corretto dei risultati dei test richiede che venga sempre esplicitato lo strumento utilizzato: per es.: "Il soggetto riporta un elevato punteggio nella scala dell'ansia del test xy. (Mai: "il soggetto è ansioso." senza nessun'altra indicazione.)

<sup>13</sup> L'approfondimento di questo momento sarà oggetto di un'altra lezione: "La somministrazione individuale del test come relazione a due"

#### 4 – COMUNICAZIONE dei RISULTATI:

Limitiamo la nostra attenzione alla restituzione al soggetto adulto.

I problemi, le risorse e le modalità comunicative verbali e non verbali, ma anche gli obiettivi, non sono diversi da quelli del colloquio clinico.

I problemi sono sostanzialmente sempre solo due:

##### a - COSA DIRE:

Il punto di partenza delle nostre riflessioni deve essere sempre la **domanda** del soggetto, quindi anche la **conoscenza di sé** che ci ha comunicato nella raccolta anamnestica, le sue **aspettative**, con **precognizioni e pregiudizi**, nei confronti della **terapia**, del **terapeuta**, le sue **conoscenze psicologiche**, i suoi valori e le sue aspettative rispetto a sé, al suo futuro e agli altri, .....

Quindi partiamo dalle informazioni che abbiamo ricevuto per **integrarle, commentarle, approfondirle** (offrendo il più possibile **continuità e conferme**) e giungere alla nostra risposta alla sua domanda, che al momento è la nostra **ipotesi diagnostica**, la nostra **proposta di intervento**, che non si basa solo sulla sua domanda e sulla sua sofferenza, ma anche sulle sue **risorse**, che dovremo sempre mettere bene in luce, soprattutto quelle di **movimento** e di **evoluzione** nella relazione.

Ovviamente dobbiamo tenere conto delle **caratteristiche di personalità** che sono emerse e delle sue **difese** (per non metterlo di fronte a contenuti che non è pronto o disponibile ad accogliere), della sua **emotività** e delle sue risorse personali nel gestire i contenuti trasmessi.

##### b - COME DIRLO:

- Anche qui il punto di partenza è sempre la **conoscenza del soggetto**, e delle sue dinamiche interne e relazionali, che noi abbiamo acquisito attraverso colloqui e test.

Quindi è molto difficile dare indicazioni generali:

- dobbiamo usare il **suo linguaggio** (tenendo conto del suo **livello culturale** e delle sue **conoscenze psicologiche**).

- Dobbiamo fargli sentire che cerchiamo di assumere il **suo punto di vista**,

- che gli offriamo la nostra **comprensione** (soprattutto se è un soggetto che teme il giudizio), la nostra **accoglienza**, il nostro **appoggio positivo incondizionato**, e la nostra **fiducia** nelle sue risorse.

- Soprattutto, per renderlo partecipe e **parte attiva** (nel percorso di conoscenza prima e terapeutico poi), dargli la possibilità di **discutere** ciò che è emerso dal test, chiedergli la **sua opinione**, stimolare il suo confronto tra la sua immagine di sé e quella emersa dal test, lasciargli lo spazio per la sua emotività ed eventualmente le sue difese. Per ridurre paure e difese, e stimolare il confronto, si può ricordare al soggetto che “i test non sono altro che misure di campioni di comportamento, sprovviste di qualunque misteriosa facoltà di penetrare al di là del comportamento” (Anastasi, 1975).

- Poiché emotività e difese rendono selettiva la **sua percezione** e il **suo ricordo** delle informazioni che gli trasmettiamo, possiamo offrirgli una seconda seduta e chiedendogli di parlarci dei temi trattati nella precedente e dei suoi vissuti: quali lo hanno colpito di più e perché, quali invece si aspettava, come si è sentito, cosa ha provato. Ciò ci permette di conoscere meglio i suoi **meccanismi difensivi** (aree e modalità) e ci consente di seguire e/o eventualmente correggere la percezione errata, e/o reiterare quei punti, andati perduti che riteniamo utile recuperare.

- Dobbiamo trasmettere la nostra convinzione che i **test** siano solo mezzi **coadiuvanti** (i cui risultati sono parziali e relativi) nel complesso processo di conoscenza reciproca di cui i **protagonisti** restano sempre solo il **paziente**, il **terapeuta** e la loro **relazione**.

- Per concludere: anche nella comunicazione dei risultati ai test dobbiamo trovare le parole (contenuti e forma) che sappiano mettere in moto il paziente e **dargli il coraggio** di riprendere lui stesso in mano il corso della sua vita.

• **BIBLIOGRAFIA**

**ABT L.E.-BELLAK L.:** *La psicologia proiettiva*. Longanesi & C, MI, 1967

**ANASTASI Anne:** *I test psicologici*. Franco Angeli Editore, MI 1973

**EXNER J.E.:** *Il Rorschach: un sistema comprensivo (vol.1: Fondamenti basilari)*. Accademia Lombarda Rorschach, MI, 1988

**EXNER J.-PORCELLI P.-APPOGETTI P.:** *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner*. Erickson, TR, 2001

**GALIMBERTI Umberto:** *Dizionario di psicologia*. UTET, TO, 1992

**GRANIERI Antonella:** *I test di personalità: qualità e quantità*. UTET, TO, 1998

**LANZINI I.-MASSONE A.:** *Psicoanalisi non direttiva*. Franco Angeli Ed., MI, 1987

**PASSI TOGNAZZO D.:** *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*. Giunti Barbera, FI, 1968

**RAPAPORT D.- GILL M.M.- SCHAFFER R.:** *Reattivi psicodiagnostici*. Bollati Boringhieri, TO, 1993

**SCHAFFER R.:** *L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach*. Bollati Boringhieri, TO, 1990

**CATALOGO GENERALE 2015.**

**Test psicologici. Formazione e consulenza. Volumi. Materiale d'intervento. Piattaforme digitali**  
Giunti O.S. Organizzazioni Speciali. Firenze.

Richiedibile tel.:055 623 6051; e-mail: [info@giuntios.it](mailto:info@giuntios.it) – [www.giuntios.it](http://www.giuntios.it)