

CON SOFTWARE PER LA
SOMMINISTRAZIONE E LO SCORING

CBA-Y

**COGNITIVE BEHAVIOURAL
ASSESSMENT-YOUNG**

GIORGIO BERTOLOTTI, ORNELLA BETTINARDI,
PAOLO MICHIELIN, EZIO SANAVIO,
GIULIO VIDOTTO E ANNA MARIA ZOTTI

**TEST PER LA VALUTAZIONE DEL BENESSERE
PSICOLOGICO IN ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI**

**VERSIONE
COMPLETA
e
VERSIONE
BREVE**

Erickson

Il CBA-Y valuta il grado di benessere psicologico di giovani dai 14 ai 25 anni. È composto da 500 item suddivisi in 11 scale, che consentono di tracciare un profilo psicologico su comportamenti tradizionalmente definiti a rischio (abuso di sostanze stupefacenti e alcol, condotte aggressive e violente), esplorando contemporaneamente le risorse psicologiche per far fronte agli eventi avversi della propria vita (resilienza, coping skills, autoefficacia). Il CBA-Y prevede anche una versione breve (200 item), utile sia per ricerche sulla condizione giovanile e per la prevenzione nelle scuole sia come questionario di indagine clinica più snello. Standardizzate su un campione di oltre 1700 soggetti, **le scale CBA-Y possono essere utilizzate esclusivamente da professionisti iscritti all'Ordine degli Psicologi o comunque abilitati alla psicoterapia secondo le norme vigenti.**



Con il codice presente all'interno del volume è possibile scaricare il software per la somministrazione e lo scoring (con 5 elaborazioni), da attivare seguendo la procedura online.

Requisiti

WINDOWS: • Windows 10, Windows 8.1 con Processore 1GHz o sup. e min. 1 GB di RAM • Risoluzione schermo 1024x768 • 500 MB di spazio libero su disco fisso • Java Virtual Machine 1.6 o successive
MAC: • MAC OSX 10.10 con Processore 1GHz o sup. e min. 1 GB di RAM • Risoluzione schermo 1024x768 • 500 MB di spazio libero su disco fisso • Java Virtual Machine 1.8 o successive

ISBN 978-88-590-1352-5



9 788859 013525

€ 115,00

Indice

- 7** Introduzione
- 13** CAP. 1 Il questionario
- 17** CAP. 2 Struttura, somministrazione, scoring e interpretazione dei risultati
- 37** CAP. 3 Caratteristiche psicometriche
- 45** CAP. 4 Esempificazione clinica
- 51** CAP. 5 CBA-Y versione breve
- 61** Bibliografia
- 63** APPENDICE A Proporzioni
- 81** APPENDICE B Percentili
- 89** APPENDICE C CBA-Y versione breve

Introduzione

L'acronimo CBA-Y significa «Cognitive Behavioural Assessment-Young»; il test valuta il grado di benessere psicologico di giovani in età tardo-adolescenziale e giovanile, inoltre individua elementi di disagio psicologico attualmente presenti e fattori di rischio di disadattamento. Il test consente di tracciare un profilo psicologico, con indicazioni per eventuali approfondimenti su comportamenti tradizionalmente definiti a rischio, quali l'abuso di sostanze stupefacenti e alcol, le condotte aggressive e violente, la propensione per il rischio; esplora infine le risorse psicologiche per far fronte agli eventi avversi nella propria vita.

Il CBA-Y e l'approccio complessivo all'assessment

Il CBA-Y, parimenti alla Batteria CBA-2.0, indica un approccio complessivo all'*assessment* clinico, non soltanto una famiglia di test. Le caratteristiche che connotano l'approccio con cui il test è stato creato possono essere sintetizzate nei cinque punti presentati di seguito.

L'assessment come «processo intelligente»

Riteniamo che la valutazione psicodiagnostica iniziale non vada considerata una procedura automatica, una passiva raccolta di informazioni, ma un processo

attivo e intelligente, sostanzialmente simile a un processo di *problem solving* e *decision making*.

Riteniamo piuttosto che lo psicologo, per tutta la durata dell'*assessment* iniziale, sia un formidabile elaboratore di informazioni. Riteniamo pure che nessuna delle domande che egli pone sia avulsa da una logica di tipo ipotetico-deduttivo. Riteniamo inoltre che lo psicologo operi intelligentemente, per tutto il corso dell'*assessment* iniziale, generando ipotesi e prendendo decisioni, controllando quindi tali ipotesi ed eventualmente rigettandole. Tali ipotesi concernono i diversi aspetti prospettati — esplicitamente o implicitamente — dal caso in esame; esse sono subordinate unicamente al vincolo di essere logicamente compatibili con le informazioni sul caso di cui si è già in possesso e con le conoscenze relative ai principi e alle leggi delle scienze psicologiche, di cui lo psicologo dispone per suo background scientifico professionale. (Sanavio et al., 1986, p. 7)

Pensiamo inoltre che l'*assessment*, in psicologia clinica, proceda principalmente per eliminazione di ipotesi piuttosto che per «verificazione»: un processo *ad excludendum* più spesso che un processo di conferma. Ciò è tanto più vero in età adolescenziale e giovanile, dove i processi evolutivi sono pienamente in corso e i quadri psicopatologici raramente definiti.

Integrazione orizzontale

L'*assessment* deve tener presente la multidimensionalità di sistemi complessi. Le scale CBA vanno concepite come utensili dell'armamentario clinico, che si possono usare come integrazione delle informazioni che si raccolgono durante il colloquio clinico. È questo il principio dell'integrazione orizzontale che discende logicamente dall'adesione a un modello multidimensionale dell'*assessment*. Le scale CBA *non* esauriscono in sé la valutazione del paziente; esse si limitano a esplorare — con particolare ampiezza — il soggetto lungo uno dei suoi molteplici piani di analisi: quello dell'autovalutazione e dell'autodescrizione soggettiva. Questo piano è stato indicato dai teorici dell'*assessment* come «sistema cognitivo-verbale», che va integrato con altri piani — come quello del comportamento manifesto oggetto di osservazioni esterne, quello delle reazioni emozionali rilevabili anche attraverso le registrazioni psicofisiologiche, ecc. — per poter coprire a 360 gradi una valutazione psicodiagnostica esauriente. In particolare, le Scale interagiscono con i colloqui clinici e, in qualche misura, li guidano.

Integrazione verticale e struttura gerarchica

Noi pensiamo che l'euristica propria all'*assessment* psicologico sia rappresentata da una successione sistematica e intelligentemente organizzata di

approfondimenti successivi. Non è un'idea originale: è prassi corrente da quando esiste una pratica psicodiagnostica. Parliamo perciò di «integrazione verticale». Una metafora può essere data dall'impiego di strumenti ottici come microscopi o telescopi: l'osservatore utilizza all'inizio le lenti più deboli, quelle che danno pochi ingrandimenti, poi procede a usare lenti che offrono via via ingrandimenti più potenti.

Le scale CBA sono concepite, fin dalla loro origine, prendendo in considerazione diversi livelli di specificità al fine di poter essere impiegate in un processo strutturato gerarchicamente per approfondimenti successivi. Operiamo una distinzione tra scale primarie e Secondarie e parliamo di integrazione verticale di scale primarie e scale secondarie.

Chiamiamo scale primarie quelle che offrono un'analisi ad *ampio spettro*, esplorano le principali variabili cliniche, indagano e misurano costrutti di carattere generale. Perciò esse sono concepite in modo da poter venire presentate praticamente a ciascun soggetto che si rivolga a uno psicologo.

Le scale secondarie vengono selezionate sulla base delle informazioni raccolte attraverso le scale primarie e vengono quindi presentate solo ai soggetti che necessitano di quei determinati approfondimenti; esse approfondiscono specifiche aree problematiche o comunque di rilevante interesse clinico per la conoscenza del paziente in esame, allargano la base conoscitiva ove si ponessero problemi di diagnosi differenziale, raccolgono indicazioni per valutare l'utilità di una proposta di intervento psicologico, compresa l'indicazione per psicoterapia, esplorano le capacità e le risorse del soggetto che potrebbero dispiegarsi durante una psicoterapia.

Il CBA-Y si colloca al livello di scale primarie e offre una panoramica delle aree principali per la conoscenza del paziente nella fascia d'età considerata; lo *scoring* suggerisce eventuali approfondimenti, che possono aver luogo nel corso di colloqui clinici, attraverso la somministrazione di test specifici (a livello di scale secondarie) e mediante altre procedure psicodiagnostiche, come diari, schede di osservazione, colloqui con familiari o terzi significativi, ecc.

Ottica idiografica

Secondo una formula molto citata, coniata dall'antropologo Kluckhohn (1948) e ripresa negli anni Cinquanta dallo psicologo americano Murray, ogni uomo è sotto certi aspetti:

- a) come tutti gli altri uomini;
- b) come alcuni altri uomini;
- c) come nessun altro uomo.

L'ottica clinica è la (c), l'ottica del particolare; più che guardare il bosco, il clinico guarda il singolo albero, magari all'interno delle relazioni che esso eventualmente intrattiene con altri alberi del bosco. Nel *continuum* «molare-molecolare», il clinico si ritrova sbilanciato nella direzione del molecolare (e non è un caso che la parola «analizzare» sia tanto frequente nel lessico della psicoterapia).

Pensiamo che l'assessment clinico sia una continua tensione tra un approccio «idiografico» e un approccio «nomotetico». L'approccio idiografico è connaturato all'attenzione alle peculiarità, comuni nella professione clinica, di ciascun singolo caso e dello studio longitudinale. Un approccio nomotetico mette a disposizione l'enorme mole di conoscenze che sono state accumulate dalla ricerca.

Nel lavoro psicologico, le classificazioni diagnostiche non sono mai un punto d'arrivo, ma un punto di passaggio intermedio; sono parte degli aspetti indicati al livello (b): «come alcuni altri uomini». La parte più evoluta e rilevante dell'assessment clinico è parallela o successiva alla diagnosi, è l'approfondimento puntuale del singolo paziente e della molteplicità delle variabili da tener presenti ai fini di un intervento.

Di conseguenza il CBA-Y non fornisce diagnosi o classificazioni, ma un profilo psicologico con indicazioni per eventuali approfondimenti (qui definiti «pattern di approfondimento»). Pertanto lo scoring produce sia una serie di punteggi che offrono la misurazione quantitativa di una pluralità di costrutti, sia «pattern di approfondimento». Potremmo immaginare ciascun *pattern* come un'ipotesi, non manifestamente infondata da un punto di vista clinico, che si traduce in indicazioni operative per meglio «mirare» e approfondire il colloquio psicologico, oppure per utilizzare scale secondarie, per decidere modalità specifiche di assessment ulteriore.

Il software CBA-Y

Fin dagli anni Ottanta, nello sviluppo delle scale CBA, si è pensato al computer come a uno strumento di lavoro presente nello studio dello psicologo. Nel caso delle scale CBA, la forma cartacea e i programmi computerizzati di analisi e interpretazione si sono evoluti in parallelo: il vantaggio delle procedure informatiche va infatti ben oltre il fatto di abbreviare considerevolmente le fasi di scoring e interpretazione dei test e semplificare la stesura dei relativi referti.

Per la somministrazione, lo scoring e l'elaborazione del CBA-Y e della sua versione breve, descritta nel Capitolo 5, si è optato per la sola versione informatizzata, escludendo la versione cartacea e la correzione manuale tramite moduli appositi o griglie. Il software registra tramite comandi da tastiera (barra spaziatrice) o il clic del mouse le risposte del soggetto e fornisce scoring e profilo

finale in modo automatico, riducendo in modo drastico i tempi di compilazione e le possibilità di errore nella trascrizione delle risposte. Per il dettaglio delle funzioni e le istruzioni d'uso, si rimanda alla guida operativa inserita all'interno del software.



La somministrazione e lo scoring del test CBA-Y si effettuano tramite il software accessibile al sito

<http://risorseonline.erickson.it/>

Per scaricarlo, è sufficiente seguire le istruzioni presenti alla fine di questo manuale.

Il software viene fornito con 5 elaborazioni.

Sul sito **www.erickson.it** è possibile acquistare in versione download la ricarica per 5 elaborazioni supplementari.

Il questionario

Il «Progetto CBA»

Il «Progetto CBA» è nato nell'inverno del 1981-1982 grazie a un gruppo di psicologi che operavano negli ospedali generali, nei servizi psichiatrici, nella pratica privata, nei dipartimenti universitari, accomunati dall'insoddisfazione per i test psicodiagnostici allora disponibili, in particolare per il test MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) e i test proiettivi.

All'interno degli assunti teorici già citati, è stato dunque sviluppato un test *ad ampio spettro* denominato CBA-1.0 scale primarie, assieme a una prima serie di scale secondarie e alla relativa analisi computerizzata. Da qui hanno anche avuto origine una serie di strumenti, le scale CBA indicate nella figura 1.1.

Dall'evoluzione di questa prima forma (CBA-1.0) è stata sviluppata la Batteria CBA-2.0 Scale Primarie (Sanavio et al., 1986) che è tuttora in uso e rimane tra i test più utilizzati nella pratica clinica in Italia. Si tratta di una batteria composta di dieci schede. Nucleo centrale è una particolareggiata cartella autobiografica che guida il paziente lungo una ricostruzione della storia personale e dei problemi psicologici attualmente lamentati, tanto da consentire un'anamnesi standardizzata autocompilata. Completa la batteria una serie di scale e inventari, che indagano molteplici costrutti. Nell'insieme si tratta di un test ad ampio spettro utile all'esplorazione della gran parte dei casi che, in età adulta, si presentano per valutazione psicologica in un contesto clinico.

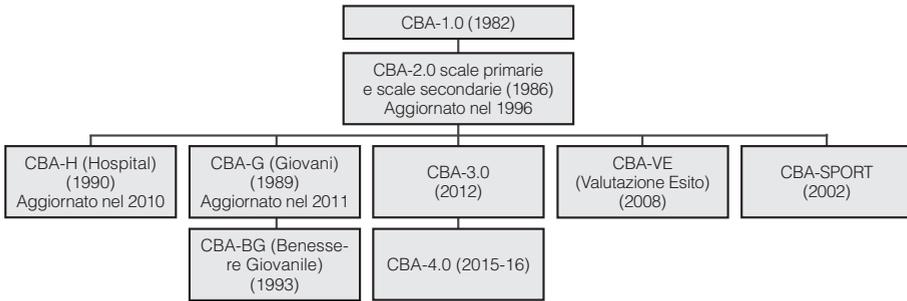


Fig. 1.1 Evoluzione delle scale CBA: albero genealogico.

Molti operatori avevano iniziato a utilizzare la Batteria CBA-2.0 anche con soggetti al di sotto dei 18 anni e sollecitavano dunque l'introduzione di modifiche per allargarne l'impiego all'età adolescenziale. Da parte nostra si arrivò però alla conclusione che, per approfondire le problematiche peculiari della tarda adolescenza e della prima età giovanile, non occorressero solo delle modifiche, ma un radicale ripensamento. Così nel 1989 è stato avviato il «Progetto CBA-G: forma per adolescenti e giovani adulti». Il test illustrato in questo manuale è dunque l'ultimo prodotto di un'evoluzione che si è snodata lungo oltre vent'anni.

Sviluppo e presentazione del CBA-Y

A differenza del CBA-2.0, la forma CBA-Y non è organizzata in Schede. Gli item sono suddivisi in «argomenti», cioè sezioni di contenuto omogeneo: il test si presenta come un'intervista che esplora vari argomenti, una successione coerente, che tocca la storia e le esperienze del/la giovane, le sue abitudini, convinzioni, interessi. Come si è detto, la filosofia di base del «Progetto CBA» è sempre stata di ricalcare attraverso questionari quello che avviene nella buona pratica clinica nel corso dei colloqui iniziali. Spesso, in età adolescenziale, la disponibilità all'autoapertura del ragazzo è minima e il principale problema che si pone allo psicologo è la costruzione di una buona relazione terapeutica. Perciò si è cercato e sperimentato il modo con cui il CBA-Y potesse essere il meno intrusivo possibile.

Come già accennato in precedenza, il test si snoda come un'intervista delicata, evitando di indurre sentimenti di pressione e timori di forzature. L'intervistato non è obbligato a rispondere a delle domande, ma sceglie di presentarsi attraverso gli item che seleziona e, di riflesso, attraverso anche quelli che non sceglie.

Vi è pure una novità nel sistema di risposta, che è atipico e particolarmente semplice. Il soggetto è invitato a leggere ciascun item e a selezionarlo (con la

barra spaziatrice o con il mouse) soltanto se ritiene che sia adatto al suo caso. Secondo i soggetti che hanno via via partecipato, nel corso degli anni, alle nostre ricerche, questa modalità è meno inquisitiva e meno intrusiva di quella tradizionale che prevedeva una modalità di risposta tipo «vero/falso».

La prima versione sviluppata è stata la forma maschile e consisteva di 447 item. È stata sperimentata con vari gruppi di popolazione, in particolare negli ospedali militari e nelle visite di leva. Esisteva in quegli anni un diffuso allarme per casi di giovani di leva che si suicidavano durante il servizio militare e vi era l'esigenza, nel mondo psicologico, di metodi di indagine psicologica che potessero cogliere il disagio giovanile.

La preparazione di questa versione aveva tre obiettivi prioritari: valutare il benessere psicologico e l'adattamento psicosociale del giovane, stimare la possibile presenza di disagio psicologico e di comportamenti a rischio, con particolare riferimento ai rischi caratteristici dell'età (non solo suicidio, ma anche uso di alcol e droghe, guida imprudente, sessualità non protetta, ricerca di sensazioni forti, ecc.), indagare la presenza di risorse personali e *coping skills* che potessero favorire la maturazione del giovane ed esercitare un effetto protettivo nei confronti di questi rischi.

In questo periodo della vita, infatti, è possibile rilevare un legame, con valore anche predittivo, tra comportamenti a rischio e disturbi; soprattutto nei maschi, «tanto maggiori sono i comportamenti a rischio che un adolescente intraprende, tanto maggiore è il rischio che questo soffra di sintomi psicologici e somatici» (Santinello e Vieno, 2008).

Uno studio su 940 diciottenni liguri, chiamati alla visita di leva, che avevano compilato sia il test MMPI sia questa prima forma del CBA-Y, fornì conferma dei costrutti e della struttura fattoriale ipotizzata (Spezzati, 1991). In particolare, furono individuate cinque Scale fattoriali, denominate: «Rischio psicopatologico» (riferita a esperienze e disturbi clinicamente più gravi), «Instabilità emotiva», «Uso di droghe ed esperienze inusuali», «Amore per il rischio e ricerca di sensazioni forti» e «Benessere».

In un secondo tempo è stata sviluppata la forma femminile e sono stati aggiunti item genere-specifici. Tra gli studi a questo riguardo ne ricordiamo uno su 1539 studenti della provincia di Brescia con un'età media di 18,8 anni (Comini, 1991) e uno sull'analisi del comportamento affettivo e sessuale (Sica et al., 1995).

L'ultima revisione del test CBA-Y è stata condotta a partire dal 2009. È consistita inizialmente in una serie di *focus group* tra psicologi clinici che avevano utilizzato a lungo la forma per adolescenti e giovani adulti. È stato aggiornato il linguaggio, sono stati eliminati contenuti anacronistici, sono stati inseriti item relativi a Internet e alle nuove dipendenze.

Si aggiungono poi evoluzioni teoriche che si sono acquisite nel tempo intercorso. Un limite della forma originaria era ad esempio quello di focalizzarsi sulla possibile presenza di elementi di disagio e di sintomi di disturbi psicologici, senza esplorare appieno la parte positiva dell'individuo in esame: le sue risorse e le sue capacità di far fronte a difficoltà e problemi. Ciò è doppiamente importante in fasi di transizione come la tarda adolescenza e la prima età adulta. Perciò la revisione ha cercato di esplorare resilienza, *coping skills*, autoefficacia e punti di forza del soggetto, che possano offrire una prognosi più o meno favorevole.

Nella versione attuale gran parte degli item hanno una formulazione positiva, ad esempio «Sono spontaneo e a mio agio con gli amici», invece degli item che indicavano ansia sociale e anassertività passiva presenti nelle versioni precedenti. Ciò meglio corrisponde alla scelta originaria di un test, per così dire, morbido: nella tarda adolescenza e nella prima età adulta l'assessment psicologico è spesso difficoltoso e il colloquio clinico faticoso, reticente, talvolta non privo di ostilità. Il più delle volte il ragazzo entra in contatto con il terapeuta non per un'intima convinzione, ma per le insistenze dei genitori, degli insegnanti, dei medici e, in alcuni casi, per ordine di un magistrato.