

# Indice

**7** Avvertenza per il lettore

**9** Introduzione

## **PRIMA PARTE** Validità di contenuto, attendibilità e validità rispetto alla funzione

**29** CAP. 1 Le scale cliniche dei TALEIA in rapporto alle nosografie correnti e al parere di esperti

**65** CAP. 2 Attendibilità: retest e confronto tra forme parallele

**71** CAP. 3 Capacità discriminativa e validità rispetto ad altri strumenti diagnostici

**115** CAP. 4 I controlli sull'affidabilità delle risposte

**163** CAP. 5 Le scale «cliniche»

## **SECONDA PARTE** Guida per l'uso ottimale dei TALEIA

**319** CAP. 6 Somministrazione, assegnazione del punteggio e lettura dei risultati

**351** CAP. 7 Valutazione integrata: test e colloquio

**399** Bibliografia

## **Avvertenza per il lettore**

Il presente volume, assieme al CD-ROM allegato, costituisce il «manuale» del TALEIA-400A e contiene le prove della sua validità come strumento di misura, le indicazioni pratiche per la sua somministrazione e interpretazione e la guida per il colloquio di approfondimento successivo. Il questionario da somministrare agli utenti, il foglio per l'inserimento delle risposte, il programma che consente lo scoring automatico con la creazione di profili in forma numerica e grafica sono, invece, acquistabili — in pacchetti diversificati — tramite una procedura online. Al momento dell'acquisto di un pacchetto di questionari e delle procedure automatiche di scoring l'utente dovrà dimostrare di essere in possesso di un'abilitazione professionale come previsto dalla legge.

È stata fatta questa scelta editoriale per beneficiare delle possibilità offerte dall'informatica e dalle tecnologie online in termini di tempo, economicità e praticità: l'utente, collegandosi al sito [www.erickson.it](http://www.erickson.it) — cliccando poi su libri, test, TALEIA-400A — potrà scaricare il software per la somministrazione computerizzata e l'elaborazione del questionario, i quadernetti con il foglio di risposta stampabili su carta per l'acquisizione dei dati tramite scanner o per un successivo inserimento manuale nel computer.

Le risposte del soggetto potranno essere quindi inserite secondo tre modalità:

- a) direttamente dal soggetto al computer;

- b) dal somministratore in base alle risposte segnate a mano sul foglio di risposta o dettate dal soggetto;
- c) tramite scanner usando l'apposito foglio di risposta scaricabile sempre allo stesso indirizzo online.

Per i «grandi utenti» che usano il test nella selezione del personale sono acquistabili per posta quadernetti riutilizzabili e plastificati, contenenti le istruzioni di somministrazione e gli item del questionario, e fogli di risposta per l'acquisizione delle risposte tramite lettore ottico.

Per le varie modalità di somministrazione, come illustra visivamente il CD-ROM allegato, l'intero procedimento è rapidissimo: circa un'ora per la somministrazione e pochi minuti, tutti in automatismo, per ottenere profili e una guida per il colloquio di approfondimento personalizzato in funzione del profilo individuale.

## Introduzione

Il nome dato allo strumento è l'acronimo di *Test for AxiaL Evaluation and Interview for clinical, personnel and guidance Applications* («Test per la valutazione assiale e intervista per utilizzazione nella clinica, nelle applicazioni al personale, in orientamento»). È stato preferito un acronimo di parole inglesi perché sono già in corso adattamenti del test in altre lingue. Inoltre, la denominazione TALEIA ci faceva pensare a *Talia* (Θαλεία), una delle nove muse, ritenuta in epoca tarda protettrice della commedia, figlia di *Apollo*, dio delle arti e della creatività e di *Mnemosyne*, dea della memoria. Talia, divinità campestre e serena, aveva il dono di vedere i difetti degli uomini, che sdrammatizzava e di cui sorrideva, e che considerava parte della vita e della crescita personale. Oggi, nell'ambito della psicologia e della psichiatria, si è tornati a sottolineare la continuità fra tratti normali della personalità e psicopatologia: Taleia è sembrata un buon riferimento per uno strumento che vuole valorizzare la capacità dello psicologo o dello psichiatra di capire il disagio delle persone per aiutarle a vivere meglio.

Il questionario TALEIA-400A appartiene a una famiglia di test caratterizzati da parallelismo sia sotto l'aspetto del contenuto sia sotto l'aspetto psicometrico ed è il prodotto di una serie di sperimentazioni durate più di dieci anni. Le prime forme del test non hanno la denominazione TALEIA, ma nel manuale se ne parla in quanto le verifiche compiute su queste forme sono essenziali per stabilire la

validità dei questionari della serie TALEIA. Alcune forme parallele sono state pubblicate prima del TALEIA-400A, ma sono di uso riservato (il Difesa Test) oppure sono state utilizzate nelle complesse fasi di allestimento del TALEIA-400A, che poi le ha sostituite (D3 e T2000), introducendo miglioramenti formali che peraltro non hanno compromesso il parallelismo dei contenuti e psicometrico tra i vari test della serie TALEIA, tutti costruiti con una metodologia che ne garantisce il parallelismo. In futuro, la piattaforma online dove sono disponibili il testo del questionario TALEIA-400A per la somministrazione agli utenti e il software per il calcolo dello scoring e per la creazione dei profili di risposta potrebbe contenere anche altre forme parallele del questionario; i quesiti di queste forme parallele saranno materialmente diversi da quelli del TALEIA-400A (in alcuni casi cambierà anche il loro numero), ma misureranno tutti gli stessi disturbi in base alla classificazione diagnostica del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* — quarta edizione (DSM-IV) — e dell'*International Classification of Diseases* — decima edizione (ICD-10). Alcune forme (ad esempio, il Difesa Test) non possono essere liberamente commercializzate. TALEIA-400A è la prima forma disponibile per tutti gli operatori non appartenenti alle Forze Armate. In questo manuale sono state raccolte tutte le prove di validità finora disponibili sulle forme dei questionari della serie TALEIA già disponibili, in quanto tutte costituiscono prove della validità del TALEIA-400A dato il documentato parallelismo tra forme.

I questionari TALEIA sono stati costruiti da un gruppo di psicologi e psichiatri coordinati dall'Autore di questo manuale.<sup>1</sup> La maggior parte degli Autori, all'epoca in cui è cominciato il lavoro, era costituita da docenti dell'allora unica Facoltà di Psicologia dell'Ateneo «La Sapienza», che appartenevano tutti al Dipartimento di Psicologia dello stesso Ateneo. Nella prima fase, la costruzione, la validazione e la taratura sono state compiute con il contributo determinante della Direzione

---

<sup>1</sup> Il gruppo operativo del Dipartimento di Psicologia dell'Università «La Sapienza» si componeva di: L. Boncori (attualmente professore ordinario di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni e all'epoca di Teoria e tecniche dei test di personalità, coordinatore scientifico), e dei professori ordinari P. Renzi (Tecniche sperimentali di ricerca), A. De Coro (Psicologia dinamica), A. Orsini (Teoria e tecniche dei test), V. Lingiardi (Psicopatologia), F. Ortu (Psicologia dinamica), dei professori associati G.T. Scalisi (Metodologia), C. Candelori (Psicologia dinamica), S. Nicole (Psicologia generale), e del ricercatore confermato di Metodologia F. Lucchese, coadiuvati dagli psicologi «esterni» I. Bigari, F. Bonaiuto, F. Borrelli, A. Ciaglia, G. Infantino, P. Salotti, G.M. Sferrazza, D. Solfaroli Camillocci, S. Tomassini, U. Ungaro, dagli psichiatri I. Baldacci e G. Buffardi e da psicologi e laureati in Psicologia che hanno collaborato a ristrette porzioni del progetto e sono quindi menzionati via via. Hanno contribuito al lavoro di ricerca bibliografica o di raccolta ed elaborazione dati anche numerosi (oltre 50) laureandi in Psicologia (laurea quinquennale «vecchio ordinamento») e specializzandi della Scuola di specializzazione in Valutazione psicologica, la cui collaborazione verrà via via citata.

Generale della Leva e, in particolare, del Nucleo di Psicologia Applicata;<sup>2</sup> in questo contesto è nato il *Difesa Test*, posto in uso in tutti i Distretti militari italiani. Nella seconda fase del lavoro, la validazione della forma attuale del test è stata compiuta con il contributo della Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato. In tutte le fasi del lavoro è stata preziosa la collaborazione di alcune ASL laziali e di associazioni di terapeuti di Milano e di Roma.

Rispetto a strumenti di misura già esistenti, i questionari TALEIA si caratterizzano per connessioni più forti con la cultura europea, sia psicologica e psichiatrica sia epistemologica, e per l'attenzione a evitare difetti tipici dei test, ad esempio, le distorsioni imputabili a differenze sociali e culturali, a problematiche linguistiche o cognitive, alla mancata definizione di situazioni di riferimento.

Sono state tenute presenti anche altre esigenze, fondate sulla pratica clinica:

- l'obbligo di legge di integrare i risultati dei test con un colloquio ha indotto a fornire, insieme al «profilo» risultante dal test, anche i quesiti consigliabili per il colloquio;
- la verifica sperimentale della ragionevolezza delle critiche rivolte ai test negli anni Settanta sulla necessità di tenere in maggior conto fattori situazionali ha indotto sia a formulare quesiti nuovi e sistematicamente riferiti a situazioni rilevanti, sia a fornire parametri normativi differenziati per situazione;
- la disponibilità e la praticità degli attuali strumenti informatici ci hanno consentito di realizzare una procedura semplice, rapida e molto più precisa di quella manuale sia per i grandi utenti sia per i piccoli utenti;
- l'esigenza di utilizzare test e questionari non solo per uno *screening* o una diagnosi iniziale (Maruish, 1999) ma anche per controlli successivi (ad esempio, finalizzati a decidere sulla conclusione di una terapia) ci ha indotti a costruire questionari in più forme parallele, in modo da evitare di somministrare per il controllo la stessa forma già utilizzata per la diagnosi iniziale, il che notoriamente produce distorsioni indesiderabili.

Il metodo di costruzione seguito per realizzare i questionari TALEIA si è articolato nei momenti che qui presentiamo schematicamente e che verranno descritti più dettagliatamente nei capitoli successivi.

Questo manuale è stato puntualmente riletto dalla dott.ssa Irene Baldacci, psichiatra e psicoterapeuta, i cui preziosi suggerimenti per rendere più chiare o meno opinabili alcune affermazioni sono stati seguiti con gratitudine.

---

<sup>2</sup> Diretto, nel tempo, dal Tenente Colonnello, dr. S. Tomassini, psicologo, dal Colonnello Morelli, neuropsichiatra, dal Colonnello CSA C. Santinelli, neuropsichiatra, dal Tenente Colonnello P. De Rosa, psicologo.

## **Individuazione delle categorie nosografiche e degli indicatori**

La progettazione dei questionari TALEIA risale alla vincita, nel 1995, di una gara europea<sup>3</sup> per la costruzione di un test, destinato all'uso delle Forze Armate Italiane, che valutasse disturbi psichici secondo le nosografie dell'International Classification of Diseases (ICD) e del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Le prime fasi del lavoro furono orientate a fondare la validità di contenuto del test e si articolano:

- a) nell'individuazione, nell'ambito dell'ICD-10 e del DSM-IV, di patologie e/o di disturbi della personalità attinenti alla fascia d'età 17-65 anni, restringendo l'utilizzabilità del test alla cosiddetta «età lavorativa»;
- b) nell'individuazione delle «scale cliniche» da costruire per valutare le patologie e i disturbi selezionati, eliminando patologie o disturbi ritenuti impossibili da valutare validamente con un questionario (ad esempio, una condizione di tossicodipendenza);
- c) nell'individuazione, nell'ambito dell'ICD-10 e del DSM-IV, di indicatori delle patologie e dei disturbi selezionati;
- d) nell'integrazione e selezione degli indicatori delle patologie e dei disturbi selezionati in base al parere di esperti<sup>4</sup> e alla letteratura di ricerca internazionale, privilegiando le ricerche uscite dopo la pubblicazione delle due nosografie-modello, numerose e citate via via nel corso del volume;
- e) unificazione terminologica degli indicatori, mediando fra ICD-10 e DSM-IV.

## **Costruzione dei quesiti e delle scale di risposta**

Il procedimento di costruzione aveva l'obiettivo di garantire la connessione fra i contenuti delle nosografie assunte come modello — ICD-10 e DSM-IV — e l'insieme delle informazioni raccolte. Per questo motivo, i quesiti sono tutti originali ed è stato minuziosamente accertato che nessuno di essi fosse uguale a quesiti appartenenti a questionari già pubblicati.

<sup>3</sup> Su bando indetto dalla Direzione Generale della Leva (Dir. Gen. dr. G. Distefano).

<sup>4</sup> Sono stati intervistati per selezionare e integrare gli indicatori da tener presenti nella redazione dei quesiti i professori universitari S. di Nuovo (Catania), A. Pazzagli (Firenze), G. Jervis (Roma «La Sapienza»), M. Malagoli Togliatti (Roma «La Sapienza»), i responsabili di strutture sanitarie pubbliche dr. M. Ardizzone, M. Maurilio, Piscopo, Cella, G. Bartolomei, Grassi Vacchini, Rocchi, i responsabili di strutture militari con responsabilità medico-legali Col. Morelli, Col. C. Santinelli e Arduino (Aeronautica), Cap. D. Panico (Carabinieri), Col. S. Tomassini (Esercito), Contramm. Tommaselli (Marina), dott. F. Amore (F.S.), dott. F. Borrelli, dott. Ferri, dott. L. Lucchetti e dott. U. Ungaro (Polizia di Stato).

D'altra parte, la totalità dei questionari psicopatologici presenti sul mercato italiano risaliva a epoche precedenti la definizione della maggior parte dei disturbi, e quindi un lavoro di adattamento avrebbe portato comunque a risultati insoddisfacenti e parziali.

La stesura dei quesiti ha seguito un procedimento accurato e replicabile, articolato nei punti che seguono.

- a) *Definizione di regole per la formulazione dei quesiti.* Le regole (redatte da Lucia Boncori sulla base della letteratura psicométrica internazionale) riguardavano sia i contenuti (ad esempio, obbligo di riferimento sistematico a situazioni tipiche dell'ambiente di lavoro, familiare e amicale) sia la forma (ad esempio, obbligo della massima brevità, eliminazione di frasi subordinate e doppie, di doppie negazioni, di vocaboli poco frequenti o letterari, ecc.).
- b) *Definizione di regole per le risposte* (anche in questo caso utilizzando la letteratura psicométrica internazionale, citata negli approfondimenti nel CD-ROM allegato al manuale). A conclusione delle discussioni nel gruppo di esperti, si decise per l'adozione di una scala Likert a cinque livelli che facesse riferimento alla frequenza con cui il soggetto ritiene che ricorra il comportamento menzionato nel quesito. Per evitare risposte su una categoria centrale, di dubbia interpretazione in psicopatologia, si è lasciato senza definizione il livello centrale, che poi è stato eliminato dal foglio di risposta. Nella forma attualmente usata si è quindi optato per una scala Likert a quattro livelli: «Mai», «Qualche volta», «Spesso», «Sempre». La decisione di sostituire l'apparentemente più semplice modalità di risposta «Vero-Falso» con la scala a quattro livelli è stata presa perché dalla letteratura si avevano indicazioni sulla minore falsificabilità delle risposte quando le alternative erano più di due. La decisione di adottare una scala Likert a quattro livelli è stata corroborata dopo aver osservato, nelle prime somministrazioni sperimentali, che la presenza di quattro alternative al posto di due non solo rendeva più rapido il procedimento di risposta per soggetti restii a dare risposte assolute (si pensi a soggetti con disturbi ossessivo-compulsivi o ansiosi, o semplicemente a soggetti resi più ansiosi dalla situazione di esame), ma induceva anche a una maggior ponderazione nel rispondere persone con problemi cognitivi opposti (si pensi a soggetti con disturbi ipomaniacali o maniacali), e sembrava, inoltre, rendere più evidenti le risposte «poco autentiche», date più facilmente di fronte a opzioni dicotomiche vero-falso.
- c) *Ripartizione dei compiti all'interno del gruppo di esperti*, integrato dall'apporto di collaboratori più giovani, prevalentemente psicologi.<sup>5</sup> Per ognuna

<sup>5</sup> Si ringraziano la dottoressa di ricerca F. Bonaiuto e i dottori S. Alcini, R. Baiocco, A. Barruffi, E. Caponera, F. Castellani, M.G. Castiglione, E. Comignani, D. Ferrari, C. Fusciiello, C. Giammaria, L. Giannini, S. Magnone, G. Mannella, A. Martucci, P. Salotti, S. Tomassini, E. Viciconte.



delle scale che si era deciso di costruire è stato designato un coordinatore, che ha curato la costruzione di 3-7 quesiti per ognuno degli indicatori precedentemente individuati per quella scala.

- d) *Revisione per eliminare quesiti troppo simili ad altri già presenti in altri questionari.* È stata organizzata una banca dati comprendente tutti i quesiti di questionari di personalità pubblicati in Italia fino al 1995-1996 (epoca in cui si è conclusa questa fase del lavoro) e sono stati compiuti confronti sistematici che hanno condotto all'eliminazione e alla sostituzione di qualche decina di quesiti sui circa 2000 costruiti.
- e) *Revisione contenutistica dei quesiti* per eliminare o modificare quelli che sembravano indurre risposte «non autentiche», viziate in funzione di stereotipi.
- f) *Revisione formale dei quesiti.* Un comitato ristretto di esperti ha esaminato e corretto tutti i quesiti per verificare: (a) il rispetto delle esigenze di equità fra i sessi; (b) il rispetto delle norme di redazione date e la compatibilità rispetto alle scale di risposta, correggendo direttamente quanto appariva incongruente (ad esempio, un «sempre» o un «mai» all'interno del quesito venivano eliminati in quanto incompatibili con la scala di risposta); (c) la pari proporzione sul polo «Sempre» e sul polo «Mai» delle risposte rivelative della presenza di patologia, anche se la proporzione è cambiata successivamente a causa della minor validità dimostrata dai quesiti in cui la risposta «sintomatica» era «Mai».

### **Costruzione delle scale di controllo**

In aggiunta ai controlli di tipo generale sulla frequenza delle omissioni e sull'elevazione generale del profilo — che non vanno mai omessi — i questionari TALEIA presentano delle «scale di controllo» analoghe a quelle di altri test di personalità.

Tutte e tre le scale di controllo principali (L, F, INC)<sup>6</sup> sono costruite tenendo presente un doppio criterio:

1. contenuto dell'item, classificato secondo due diverse prospettive: patologia (scala F) e valori (scala L); per la scala INC si tiene conto di ambedue i criteri di classificazione dei contenuti;

---

<sup>6</sup> La sigla L fu introdotta nel MMPI con riferimento a «lie» (bugia); la sigla, data la sua notorietà, è stata mantenuta, anche se la scala è anche sensibile a risposte che sarebbe esagerato o sbagliato considerare bugie. La sigla F, pure introdotta dal MMPI, sta per «frequency», e si basa sulla frequenza con cui una persona, che non ha disturbi clinici o di personalità, dà risposte «rare». La sigla INC sta per «risposte incoerenti fra loro».

2. dati empirici ottenuti somministrando il test a un campione della popolazione a cui il test stesso è destinato.

A differenza di quel che avviene per le scale «cliniche», le scale di controllo non hanno nessun quesito in comune l'una con l'altra. Questa caratteristica è stata ottenuta applicando rigorosamente, in sequenza, alcuni criteri che sono descritti (si veda il capitolo 4) in riferimento a ciascuna scala.

Tutti i questionari della serie TALEIA hanno, quindi:

- una «scala L», per individuare persone che si dipingono come esageratamente esenti da stati di disagio o disturbi psichici;
- una «scala F», per individuare persone che si presentano come affette da numerosi e rari sintomi patologici;
- una «scala INC», per individuare persone che danno un numero elevato di risposte in contraddizione fra loro.

Tutte e tre le scale sono state costruite utilizzando esclusivamente quesiti già inclusi per costruire le scale cliniche, in modo da contenere la lunghezza dei test.

La scala L si conforma al modello della «desiderabilità sociale» come definito da Crowne e Marlowe (1960), mentre la scala F segue lo stesso metodo (empirico) usato per costruire l'omonima scala del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) e anche la scala INC segue un metodo empirico basato sull'osservazione dei coefficienti di intercorrelazione fra gli item e sull'affinità dei contenuti fra quesiti abbinati.

### **Costruzione di forme sperimentali del questionario e prima verifica «sul campo»**

I quesiti redatti nel modo descritto erano circa duemila. Per valutarne la comprensibilità sono stati ripartiti fra tre questionari sperimentali (denominati A3, B3, C3), somministrati a un campione nazionale di circa 500 soggetti. La somministrazione è stata affidata a psicologi esperti nell'uso di test, con l'impegno di redigere un verbale accurato di tutte le difficoltà incontrate dai soggetti nel rispondere.

Le forme sperimentali dei questionari (A3, B3, C3)<sup>7</sup> sono state somministrate a gruppi di circa 20 soggetti (in media) con un'età nell'ambito della

<sup>7</sup> Il numero «3» è dovuto al fatto che due precedenti versioni (A1 e A2, B1 e B2, C1 e C2) erano già stata sottoposte a controlli sul contenuto degli item e sulla forma dei quesiti da parte del Comitato di redazione e via via sottoposte a modifiche.

gamma prevista (17-19 anni), ma con basso livello culturale-verbale. La quasi totalità di questo campione era costituita da allievi di Centri di formazione professionale, con piccole integrazioni di allievi di Istituti tecnici o professionali collocati in ambienti «depressi» sotto l'aspetto della familiarità con la lingua italiana standard.

Agli allievi a cui sono state somministrate le forme sperimentali del questionario è stato anche somministrato un test d'intelligenza verbale-culturale (Otis *Quick-scoring* Gamma, 1936-1939). Sono stati esclusi i quesiti significativamente correlati con l'intelligenza, in quanto ritenuti indicatori poco chiari del disturbo psicologico a cui erano connessi. Ad esempio, un quesito che faceva riferimento all'utilizzazione abituale dei bagni pubblici era stato inserito in quanto potenzialmente indicativo, in caso di rifiuto, di forme di fobia. La risposta presumibilmente «patologica» («rifiuto di usare i bagni pubblici») risultava però correlata significativamente con l'intelligenza e quindi il quesito fu eliminato in quanto misura «spuria», dipendente potenzialmente sia da uno stato fobico, sia da un ragionamento, più frequente nei più intelligenti, che induceva a considerare pericolose quelle strutture.

Una commissione ristretta, composta da alcuni docenti del Dipartimento di Psicologia, ha esaminato i verbali di somministrazione producendo una lista dei problemi incontrati dai vari somministratori. Vennero considerate come indicazioni attendibili di scarsa comprensibilità solo quelle segnalate in due diversi campioni. È stata modificata anche la scala di risposta: nelle forme sperimentali, per ragioni di brevità, era stato usato «Talvolta». Visti i frequenti casi di incomprendimento, è stato sostituito con il più familiare «Qualche volta».

La verifica sperimentale sulla comprensibilità, fra i test di personalità pubblicati in Italia, ci risulta sia stata compiuta esclusivamente sui questionari TALEIA.<sup>8</sup>

Tutte le operazioni attinenti all'individuazione delle categorie nosografiche e degli indicatori, alla costruzione dei quesiti e delle scale di risposta e alla verifica sulla comprensibilità dei quesiti sono state compiute collegialmente dal gruppo degli esperti del Dipartimento di Psicologia (dove non è diversamente indicato) e integrate con consultazioni di esperti esterni. Sono sostanzialmente comuni sia ai questionari «paralleli» TALEIA-400A, TALEIA-400B e DT (*Difesa Test*) sia alle loro forme ridotte TALEIA-300A e successivi.

---

<sup>8</sup> Sul MMPI-2 sono stati calcolati valori di leggibilità medi (Sirigatti e Stefanile, 1994), utilizzando indici elaborati in funzione della lingua inglese e che tengono conto delle caratteristiche morfosintattiche, ma non di quelle lessicali-semantiche. Non ci sono comunque studi finalizzati a verificare la comprensione effettiva dei quesiti da parte di soggetti italiani di modesto livello culturale, né tanto meno sono state apportate modifiche al testo in funzione della scarsa comprensione di singoli item specificamente accertata.

## Standardizzazione del questionario su campioni di soggetti «normali»

Dopo la verifica sulla comprensibilità, sono state ridotte le dimensioni del questionario. Per ragioni di scadenze contrattuali, è stata data la precedenza alla costruzione di una forma del questionario destinata a onorare il contratto fra il Dipartimento di Psicologia e il Ministero della Difesa. Sono stati quindi estratti dalla banca dati 400 quesiti, che riuniti in un questionario denominato D3,<sup>9</sup> sono stati somministrati a più campioni di civili «non selezionati» e di militari selezionati con MMPI e colloquio alla visita di leva. Un contributo sistematico per la standardizzazione su studenti fu dato dalle attività di orientamento pre-universitario della Cooperativa «CRISP», che incluse il questionario nei suoi interventi sul territorio di Roma e provincia e in altre località del Lazio.<sup>10</sup>

Su questi dati furono compiuti uno studio psicometrico delle scale e degli item e una prima «standardizzazione» del test.<sup>11</sup>

Successivamente, le stesse operazioni vennero compiute, su soggetti diversi, per gli altri questionari della stessa serie (TALEIA-400A, TALEIA-400B, TALEIA-300A, ecc.).

## Verifica della validità diagnostica

Ciascuno dei questionari della serie (DT, TALEIA-400A, TALEIA-400B, TALEIA-300A, ecc.) è stato somministrato a soggetti con patologie accertate e diagnosticate a livello professionale, fino a raggiungere un campione di soggetti «patologici»<sup>12</sup> intorno a 500.

I soggetti patologici sono stati reperiti in strutture diverse a seconda della destinazione prevalente del test. Nel caso del DT i soggetti patologici erano prevalentemente soggetti dimessi da ospedali militari con diagnosi medico-

<sup>9</sup> Anche il questionario D3 è il frutto di due successive revisioni di contenuto e di forma, operate sui questionari D1 e D2 dai membri del Comitato di redazione.

<sup>10</sup> Si ringraziano in particolare gli psicologi R. Baiocco, A. Barruffi, E. Caponera, L. Giannini, P. Salotti.

<sup>11</sup> Le elaborazioni statistiche di questa fase sono state dirette ed eseguite prevalentemente nell'ambito della Scuola di Specializzazione in Valutazione Psicologica della Facoltà di Psicologia dell'Università «La Sapienza».

<sup>12</sup> Hanno collaborato alla raccolta dei dati e alla selezione e al commento dei casi clinici la prof.ssa M. Lang dell'Università di Milano-Bicocca, i dirigenti di strutture sanitarie pubbliche dottori C. Calvano (ASL RMH), G. Fabiano (ASL RMH), G. Infantino (ASL RMC), P. Sangiorgio (ASL RMH), G. Squitieri (ASL RM-A), A. Taddeo (consulente del Ministero della Difesa presso il Carcere Militare di Forte Boccea a Roma, consulente del Ministero di Giustizia), G. Versace (ASL RMH) e la SIPRE (dott.ssa G. Palamara e dott. D. Milonia).

legale di psicopatologia o detenuti in carcere militare con diagnosi di Disturbo di personalità antisociale, mentre per le altre forme del test (TALEIA-400A e TALEIA-400B, TALEIA-300A) i soggetti patologici sono stati reperiti in strutture «civili» pubbliche e private e presso le strutture di selezione della Polizia di Stato.

All'interno di ogni scala, per ogni quesito sono stati confrontati i punteggi medi ricevuti da soggetti «normali selezionati», «normali non selezionati» e «patologici» e sono stati esclusi i quesiti che non differenziavano significativamente le risposte dei soggetti normali dalle risposte dei soggetti patologici.

### **I diversi questionari della serie TALEIA**

I questionari TALEIA hanno tutti in comune alcune caratteristiche di contenuto e di forma che li caratterizzano rispetto ad altri strumenti.

Sotto l'aspetto dei contenuti, le scale cliniche si riferiscono sistematicamente alle nosografie ICD-10 e DSM-IV (Asse I e Asse II).

Sotto l'aspetto della forma, risultano molto più semplici e rapidi da somministrare rispetto a strumenti analoghi: gli accorgimenti presi nella formulazione dei quesiti, la verifica preliminare della loro comprensibilità su una popolazione a bassa scolarizzazione, la presenza di quattro alternative di risposta su una scala temporale, che non obbligano a lunghe riflessioni per scegliere tra «Vero» e «Falso», consentono di somministrare anche le forme più lunghe del questionario in tempi più brevi rispetto ad analoghi questionari.

Le scale, riferite a nosografie contemporanee su cui esistono una letteratura molto accessibile e numerosi sussidi, facilitano l'uso diagnostico di questi test.

Allo stato attuale, sono stati costruiti i seguenti questionari paralleli fra loro per contenuto e per metodologia di costruzione, anche se composti di quesiti materialmente diversi da un questionario all'altro: TALEIA-400A, TALEIA-400B, TALEIA-300A, TALEIA-300B, Difesa Test (quest'ultima forma è riservata alle Forze armate italiane).

Alcune di queste forme sono già state sottoposte a validazione, per altre la verifica della validità è ancora in corso e se ne prevede la prossima pubblicazione in forma di «aggiornamento».

Nella tabella 1 vengono confrontate le caratteristiche dei diversi questionari; non è stato inserito il questionario D3 (400 quesiti afferenti alle stesse scale del Difesa Test) in quanto è stato utilizzato soltanto nella fase di allestimento del DT e successivamente abbandonato.

TABELLA 1  
**Caratteristiche dei questionari della serie «TALEIA»**

	Difesa Test	TALEIA-400A	TALEIA-400B	TALEIA-300A	TALEIA-300B
<b>N° quesiti</b>	300	400	400	300	300
<b>Scale cliniche riferite a ICD-10 e DSM-IV</b>	Asse I 1. S 2. D 3. M 4. AA 5. FO 6. SOC 7. AG 8. AL Asse II 9. PP 10. PAS 11. PB 12. PI 13. PN 14. PEV 15. PD 16. POC	Asse I 1. S 2. D 3. M 4. AA 5. FO 6. SOC 7. AG 8. AL Asse II 9. PP 10. PSK 11. PSKT 12. PAS 13. PB 14. PI 15. PN 16. PEV 17. PD 18. POC	Asse I 1. S 2. D 3. M 4. AA 5. FO 6. SOC 7. AG 8. AL Asse II 9. PP 10. PSK 11. PSKT 12. PAS 13. PB 14. PI 15. PN 16. PEV 17. PD 18. POC	Asse I 1. S 2. D 3. M 4. AA 5. FO 6. SOC 7. AG 8. AL Asse II 9. PP 10. PSK 11. PSKT 10. PAS 11. PB 12. PI 13. PN 14. PEV 15. PD 16. POC	Asse I 1. S 2. D 3. M 4. AA 5. FO 6. SOC 7. AG 8. AL Asse II 9. PP 10. PSK 11. PSKT 10. PAS 11. PB 12. PI 13. PN 14. PEV 15. PD 16. POC
<b>Scale di controllo</b>	17. L 18. F 19. INC	19. L 20. F 21. INC	19. L 20. F 21. INC	17. L 18. F 19. INC	17. L 18. F 19. INC

*Legenda:* S = Schizofrenia; D = Depressione; M = Ipomania e mania; AA = Ansia acuta (attacchi di panico); FO = Fobiche, sindromi; SOC = Sindrome ossessivo-compulsiva; AG = Ansia generalizzata; AL = Disturbi da alterato comportamento alimentare; PP = Disturbo di personalità paranoide; PSK = Disturbo di personalità schizoide; PSKT = Disturbo di personalità schizotipico; PAS = Disturbo di personalità antisociale; PB = Disturbo di personalità borderline; PI = Disturbo di personalità istrionico; PN = Disturbo di personalità narcisistico; PEV = Disturbo di personalità evitante (ansioso); PD = Disturbo di personalità dipendente; POC = Disturbo di personalità anancastico (ossessivo-compulsivo); L = Desiderabilità sociale); F = Risposte infrequenti; INC = Incongruenza fra risposte che dovrebbero essere simili.

## **Disturbi e tratti di personalità non presi in considerazione**

### *Disturbi non validamente sondabili con un questionario*

I disturbi che rimanevano in elenco dopo le esclusioni descritte nel paragrafo precedente erano ancora moltissimi. Si decise di escludere quelli che meno si prestavano a essere validamente individuati mediante un questionario.

In particolare:

- a) i disturbi impossibili da diagnosticare con certezza senza prove di tipo biologico e/o un esame medico approfondito, ad esempio, i Disturbi somatoformi, i Disturbi connessi con l'uso di sostanze psicoattive, l'Alessitimia (su cui è stata comunque costruita una scala sperimentale, descritta fra le scale «cliniche»);
- b) i disturbi che per essere indagati dovrebbero utilizzare quesiti invasivi della *privacy*, non consentiti dalle attuali norme di legge, ad esempio, le disfunzioni sessuali, i disturbi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale;
- c) disturbi del controllo degli impulsi specifici (ad esempio, cleptomania, piromania, tricotillomania, ecc.), per i quali è molto facile distorcere volontariamente le risposte a domande su comportamenti specifici e che, peraltro, non possono essere validamente esaminati con quesiti indiretti.

### **Tratti di personalità «normali»**

Si è detto fin dall'inizio che i TALEIA sono questionari per la valutazione di disturbi psicopatologici e della personalità.

Il gruppo che ha costruito questi test condivide peraltro l'opinione che fra caratteristiche «normali» e «patologiche» della personalità esista un continuum, cosa che di fatto è confermata dalle ricerche di questi ultimi venti anni (si vedano Wiggins e Pincus citati in Livesley et al., 1994 e la discussione del problema nell'introduzione alle scale riferite a disturbi di personalità). Abbiamo anche compiuto alcuni studi correlazionali e analisi fattoriali per trovare conferma a queste ipotesi (capitolo 3).

Tuttavia, nella valutazione della personalità «normale» non è sufficiente accertarsi che una persona sia esente da psicopatologie: è utile anche una valutazione in positivo del livello di responsabilità personale (cosa diversa dal dire che «non è irresponsabile»), dell'intensità delle motivazioni «prosociali» rispetto a quelle antisociali, dell'indipendenza rispetto all'insubordinazione e così via. L'insieme di queste caratteristiche personali «positive» può certamente essere valutato mediante un questionario, ma un siffatto questionario dovrebbe essere basato su indicatori desunti da un modello strutturale o dinamico della personalità normale e questo non può dirsi dei TALEIA. Questo è probabilmente il motivo per cui anche rassegne recenti sulla valutazione congiunta di tratti normali e anormali della personalità concludono che non c'è ancora una proposta unificante soddisfacente (Matthews, Deary e Whiteman, 2003, pp. 323-324).

Sia pure con dispiacere dobbiamo quindi dire chiaramente che i TALEIA danno indicazioni limitate sulle caratteristiche «normali» della personalità. In particolare, ad esempio, vanno integrati con informazioni desunte da altri strumenti quando sono usati per la selezione dei volontari o l'orientamento.

Per quel che riguarda le informazioni (parziali, ma in molti casi utili) che possono essere tratte riguardo a singole scale, nel capitolo in cui vengono descritte le scale cliniche è data, per ciascuna di esse, un'indicazione di massima sulla possibile interpretazione della scala in funzione di tratti normali.

### **Utilizzazione dei risultati del questionario**

I risultati dei questionari TALEIA possono essere utilizzati in vari ambiti, e quindi con diverse modalità, per ciascuna delle quali sono stati predisposti nel software parametri normativi appropriati.

#### *Utilizzazione dei dati in ambito clinico*

Negli ultimi decenni la psicologia e la psichiatria hanno dato crescente importanza alla realizzazione di piani «preventivi» e di «promozione della salute», tanto che alcune nazioni hanno recepito la priorità della prevenzione a livello di leggi dello stato (Boncori, 2006, pp. 321-328). In questa ottica, tipicamente si procede in due fasi: nella prima si attua uno screening su grandi numeri, nell'ambito delle fasce della popolazione più a rischio; nella seconda fase si operano interventi approfonditi prioritariamente sulle persone che lo screening ha segnalato come «a rischio» o in una condizione precoce del disturbo.

Un intervento così articolato richiede nella prima fase un test affidabile, economico e gestibile in tempi rapidi, adatto all'uso su grandi numeri, e che fornisca dati che facilitino l'avviamento della fase di approfondimento diagnostico dell'intervento.

Nel caso si scelga di utilizzare il TALEIA per lo screening preliminare di una popolazione a rischio, l'economicità e la rapidità sono assicurate (si veda la dimostrazione del procedimento di somministrazione nel CD-ROM allegato al manuale) e l'affidabilità è garantita dalle procedure di validazione e dal riferimento a parametri calcolati su campioni della popolazione italiana esaminati di recente e che vengono sistematicamente aggiornati.

I risultati sono espressi in punteggi standard («sten») di facile interpretazione, che vanno da 0 a 10 e identificano con il valore 10 (evidenziato chiaramente nel grafico dei risultati) le persone «a rischio». Il punteggio 10 è attribuito a chi



supera di 2 o più deviazioni standard (DS) i valori medi del campione di riferimento (soggetti normali, non selezionati, di simile età e sesso), come si fa per il MMPI o il MMPI-2, dove si considerano patologici i punteggi al di sopra di 70, cioè 2 DS sopra la media. Le categorie di disagio considerate si riferiscono alle nosografie attualmente in uso (DSM-IV e ICD-10) e includono sia disturbi dell'Asse I (Schizofrenia, Disturbi dell'umore, varie forme di Ansia, Disturbi del comportamento alimentare) sia Disturbi di personalità dell'Asse II.

Se si desidera passare alla seconda fase, ossia a un esame approfondito della persona che si ha davanti, il software presenta una serie di domande mirate, predisposte in base ai suggerimenti di vari manuali specialistici, e fogli di notazione che semplificano e rendono più oggettivo il colloquio clinico.

Il singolo professionista che opera nel proprio studio o in una struttura sanitaria si trova sistematicamente in questa seconda situazione. Pensando a questa tipologia di utenti, è stata predisposta la possibilità di far rispondere il paziente (se è in grado) direttamente al computer, non obbligando il professionista ad acquistare ingombranti quadernetti e ad archiviare materiale cartaceo. Questa modalità di somministrazione è attuabile anche con pazienti molto disturbati, ai quali però può essere necessario leggere i quesiti uno per uno: in tal caso, l'annotazione delle risposte potrà essere compiuta dall'operatore incaricato della somministrazione.

I risultati del test vengono elaborati in meno di cinque minuti e insieme al «profilo» vengono stampati le domande da porre alla persona durante il colloquio e il foglio o i fogli di notazione su cui segnarle per arrivare a una diagnosi<sup>13</sup> facilitata, da cui partire per l'avvio dell'intervento, presumibilmente progettato anche in base alle informazioni sui fattori di rischio e sui fattori facilitanti.

---

<sup>13</sup> Senza entrare nel merito delle discussioni che suscita l'uso di termini come «diagnosi», «valutazione clinica», «valutazione psicologica» e altri ancora (psicodiagnosi, diagnosi clinica, ecc.), con essi ci riferiamo al fatto che un professionista esprima, riguardo a una persona che ha richiesto un suo intervento, una valutazione che ha effetti pratici a livello individuale sulla persona stessa: perché la colloca in una categoria di ammissione o non ammissione a un posto di lavoro, perché dà l'avvio a un dato intervento terapeutico, di orientamento, di formazione, di counseling, di educazione e così via. Questa definizione operativa tiene conto di connotazioni attribuite alla diagnosi da altri autori: «La diagnosi è l'organizzazione critica di dati osservati ed evocati allo scopo di prendere una decisione» (Saraceni e Montesarchio, 1998, p. 14); «La valutazione clinica è il processo mediante il quale i clinici pervengono alla comprensione del paziente necessaria a prendere delle decisioni consapevoli» (Korchin, 1977, p. 216). Il termine «valutazione psicologica», corrispondente all'inglese *assessment*, è più ampio e include l'uso di una varietà di aspetti del problema (psicologici, psicosociali, psicofisiologici, psicopatologici, ecc.) con una molteplicità di tecniche (test, osservazione, introspezione, ecc.) e una differenziazione nelle finalizzazioni: valutazione psicologico-clinica, psicopedagogica, psicosociale, che in definitiva ne condizionano le caratterizzazioni essenziali (Boncori, 1993, p. 571 e seguenti).

*Utilizzazione dei dati per la selezione del personale e per finalità medico-legali*

I test «psicopatologici» vengono impiegati largamente anche come strumento «oggettivo» su cui fondare decisioni medico-legali, quali l'assunzione di personale per mansioni che comportino particolare pericolosità per sé e per altri (ad esempio, nei casi di autorizzazione all'uso di armi), le perizie forensi, gli accertamenti per abilitare o ri-abilitare alla guida di veicoli, la concessione di licenze per l'uso di armi, ecc.

Questo impiego potrebbe essere considerato simile allo screening preventivo (si veda il paragrafo precedente), dato che si rivolge a persone presumibilmente «normali» e che non chiedono un intervento su uno stato di disagio personale. La situazione però è nettamente diversa: nell'intervento preventivo i partecipanti hanno molto verosimilmente interesse a che eventuali disturbi siano identificati e trattati, mentre chi si presenta per ottenere un posto di lavoro, per essere sottoposto a una perizia o per la concessione di una licenza ha il dichiarato interesse a conseguire un utile che non necessariamente coincide con l'individuazione dei suoi eventuali problemi psicopatologici, né si aspetta di ricevere un trattamento che lo faccia stare meglio nel caso vengano rilevati dei problemi. Questo diverso atteggiamento produce effetti notevoli sulle risposte ai test, come segnala la letteratura internazionale — che viene citata e discussa nel capitolo che tratta i problemi di affidabilità delle risposte — e come verrà dimostrato nel riferire le ricerche sulla validità.

In questi casi, è necessario quindi avere uno strumento che sia, come nel caso della prevenzione, rapido ed economico da usare, ma che sia anche stato validato e «tarato» su una popolazione che si trova in una situazione simile alla loro.

Per questo motivo, il software dà la possibilità di fare un'analisi in base a parametri elaborati appositamente per questo tipo di situazioni, calcolati su migliaia di soggetti italiani esaminati negli ultimi cinque anni e periodicamente aggiornati.

In Italia, il colloquio in questa modalità d'uso è imposto per legge. Realizzarlo mediante domande standard e fogli di notazione standard è una misura di garanzia ulteriore sia per il professionista che deve firmare una diagnosi, sia per le persone esaminate, la cui valutazione dipende meno da un'impostazione soggettiva del colloquio riconducibile alle differenze personali tra professionisti, largamente segnalate e criticate nella letteratura internazionale.

*Utilizzazione dei dati per l'orientamento e il ri-orientamento*

L'orientamento degli adolescenti e il sempre più frequente ri-orientamento degli adulti possono essere progettati in vari modi. Quando sono attuati nel quadro

di una prioritaria considerazione del benessere della persona, ritenuto componente essenziale anche di una buona riuscita negli studi o nel lavoro, includono un esame delle caratteristiche personali e degli eventuali stati di disagio, di solito insieme alla raccolta di altre informazioni (interessi, attitudini, competenze, ecc.).

Le persone che chiedono (o che sono indotte da «altri importanti» a richiedere) un intervento di orientamento si trovano in una situazione per alcuni aspetti simile alla condizione di «paziente» (dovrebbero avere interesse soprattutto a sapere se sono presenti disturbi che possono in qualche modo condizionare negativamente le loro scelte di studio o di lavoro), per altri aspetti simile invece alla situazione di un esame con valore medico-legale, in quanto chi ambisce a una determinata carriera è portato, consciamente o no, a rispondere in conformità agli stereotipi attinenti a quella carriera. Questo rende necessario il riferimento a parametri calcolati su persone che si trovano nella stessa situazione.

Il nostro gruppo di lavoro ha usato largamente i questionari TALEIA con giovani al termine della scuola secondaria superiore o iscritti all'università, fascia d'età tipicamente a rischio per l'insorgenza della schizofrenia e per la presenza di quadri che possono preludere a disturbi di personalità, non ancora ben strutturati e quindi più suscettibili di un trattamento efficace. I risultati del test sono stati sempre confermati a livello di colloquio e, quando è stato possibile attuare l'orientamento insieme al counseling, hanno aiutato a conseguire un'efficace risoluzione dei problemi.

Per il ri-orientamento degli adulti abbiamo una casistica più limitata, che attualmente non ci consente la costituzione di parametri normativi appropriati, cosa peraltro comune a tutti i test attualmente disponibili in Italia.

### *Utilizzazione dei dati per la ricerca psicologica*

L'utilizzazione dei risultati dei questionari TALEIA a scopi di ricerca è molto semplice: di solito è sufficiente utilizzare i «punti grezzi», cioè la somma dei punti ottenuti da ogni soggetto nelle risposte attinenti alle diverse scale, senza ricorrere a nessuna standardizzazione. Questa modalità di utilizzo dei dati è ideale quando si ha a che fare con studi correlazionali, in quanto le formule utilizzate per calcolare i coefficienti di correlazione fanno riferimento sia ai valori medi sia alle varianze dei punteggi e quindi, «automaticamente» standardizzano i punteggi. La modalità è giustificata anche quando il disegno di ricerca comporta l'analisi della varianza o della covarianza, in quanto i punteggi di ciascuna scala vengono considerati in se stessi, senza somme o differenze con punteggi di altre scale, e quindi non necessitano di standardizzazione; si aggiunga a questo che se si procedesse nei casi ordinari a una standardizzazione prima di calcolare le statistiche prescelte,

si introdurrebbero errori, sia perché i riferimenti ai campioni normativi si basano quasi sempre su una molteplicità di assunti raramente dimostrati (primo fra tutti: quanti ricercatori dimostrano con test statistici preliminari l'appartenenza del proprio campione e del campione normativo alla stessa popolazione?), sia perché la standardizzazione dei punteggi, uniformando forzatamente le varianze, fa perdere una parte dell'informazione disponibile.

La standardizzazione preliminare dei punteggi è necessaria però quando le variabili devono essere interpretate come «diagnosi provvisorie».

Sia i punti grezzi sia i punti standard vengono comunque automaticamente calcolati dal software e, per tutte le forme escluso il DT, si possono esportare.