



*Assessment strumentale*

---

# Cognitive Behavioural Assessment 2.0

Sanavio, Bertolotti, Michielin,  
Zotti, Vidotto (1987)

---

**CBA dat@**

Lo Savio, Calì, Papale (2013)

---



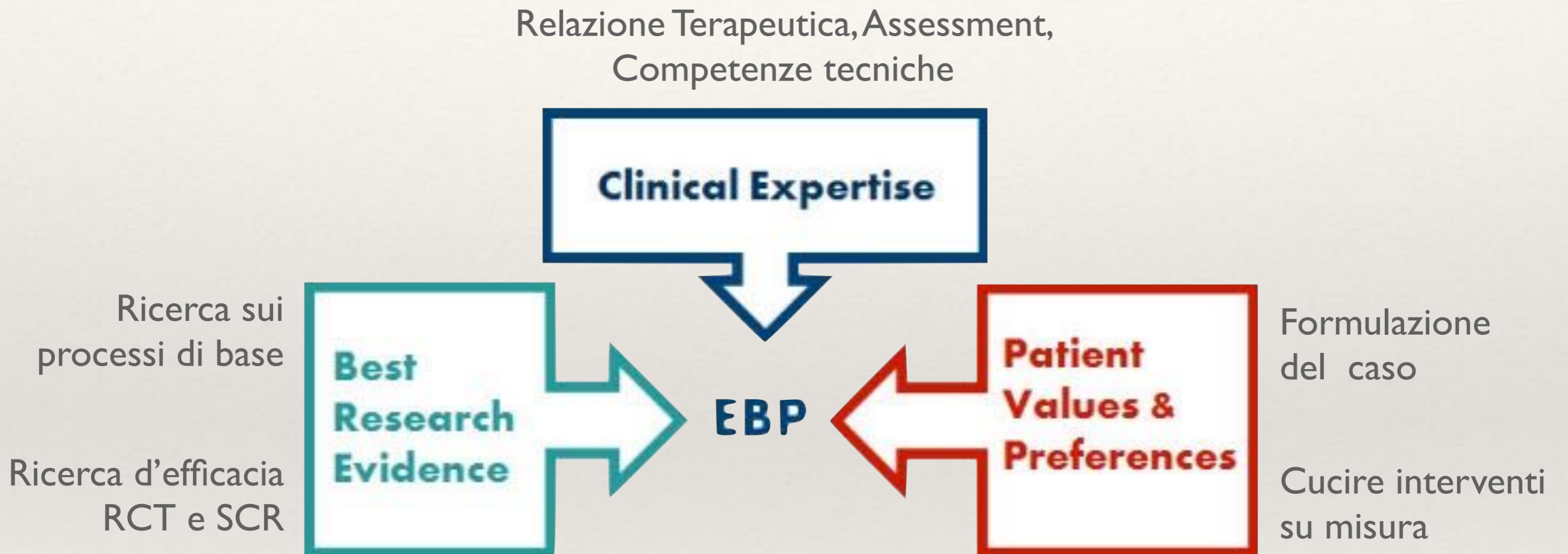
**Nicola Lo Savio**  
**Istituto Tolman**



NON È  
IL FOGLIO  
CHE DEVI  
GUARDARE



# Evidence based practice



lo scopo dell'assessment è  
Formulare il caso (FC)

dalle dimensioni dell'assessment  
ai fattori della FC

di funzionamento generale  
e di qualità della vita

di alleanza terapeutica

di outcome e distress generale

misurazione  
pre-post

Misure  
dirette e indirette

misurazione  
sistematica

processo-specifiche

disturbo-specifiche

Analisi dati  
visuale/empirica

---

# Misurazione: limiti e opportunità

---

- ❖ Pre-post: indica la presenza di un cambiamento, non sappiamo a cosa può essere addebitato
- ❖ M. sistematica: utile per monitorare l'andamento della terapia ed eventualmente affrontare con il paziente alcuni aspetti (es. alleanza) se si scende sotto soglie critiche (es. media dei clinici)
- ❖ M. sistematica con disegno (es. A-B): utile per monitorare l'andamento della terapia e comprendere se eventuali cambiamenti sono addebitabili al trattamento



---

# Terapia informata dal feedback del pz e sudden gains

---

- ❖ All'inizio della terapia (circa 4 settimane) in genere i pazienti riportano un miglioramento (effetto aspecifico della relazione terapeutica e “verdetto di dodo”)
- ❖ Se si adotta un disegno AB, allora è possibile verificare se lo specifico trattamento ha un impatto sulla terapia, in aggiunta agli effetti di relazione terapeutica
- ❖ Se il cambiamento è significativo in fase di trattamento (in termini di effect size), allora

---

# Migliorare gli outcome della terapia

---

- ❖ Monitorare outcome e richiedere feedback
- ❖ Condividere il rationale della terapia e fornire info sul disturbo
- ❖ Definire i ruoli e le responsabilità nel processo terapeutico di T. e Pz. (vs.pliance)
- ❖ Definire e condividere una gerarchia di obiettivi
- ❖ Essere flessibili nel piano terapeutico
- ❖ Definire in modo chiaro gli eventi aversivi interni difficili che il pz. vuole evitare
- ❖ Attenti ai bias di conferma nel monitoraggio dell'efficacia della terapia
- ❖ Limitare le auto aperture a quelle che hanno fini terapeutici
- ❖ Valutare l'impatto del sistema di cura sugli outcome
- ❖ Non tutti i professionisti sviluppano un livello di competenza e attitudine personale per essere efficaci in alcuni settori di intervento: supervisione, inviare, o cambiare target di utenza

---

# Un po' di storia

---

- ❖ Anni '80: CBA 1.0
  - ❖ Prime visite (assessment iniziale)
  - ❖ Valutazione risultati Identificazione problematiche psicologiche
- ❖ 1985: CBA 2.0 Scale Primarie
- ❖ 1986: Manuale
- ❖ 1996: CBA SPORT
- ❖ 1997: Aggiornamento Manuale
- ❖ 2000: CBA 2.0-H
- ❖ 2013: CBA Dat@ (by Istituto Tolman)

---

# Funzione del CBA 2.0

---

- ❖ Si: Valutazione funzionale
- ❖ No: diagnosi nosografica

---

# Quando?

---

- ❖ Nella fase iniziale dell'assessment...
- ❖ ...per raccogliere informazioni fondamentali sulle eventuali problematiche del soggetto
- ❖ ...per confutare o confermare ipotesi

---

# Oggettivo o Soggettivo?

---

- ❖ La risposta agli item da parte del paziente è sempre funzione della sua interpretazione dell'item (come gestire il bias?)
- ❖ La correzione del test e l'interpretazione dei risultati da parte dell'esaminatore è piuttosto oggettiva (correzione guidata, riferimento a un campione normativo, stima dell'errore)

---

# Cosa si misura?

---

- ❖ Si misura la persona o un costrutto?
- ❖ Cos'è un costrutto? ad esempio... cosa sono l'ansia e la depressione?
- ❖ L'item è uno Stimolo... che evoca una Risposta!... com'è costruito l'item?
- ❖ La relazione terapeutica e il setting sono il Contesto che facilita o complica l'accesso ad alcune risposte.

---

# Curva normale e distorsione dei costrutti

---

- ❖ Alcuni costrutti sono facilmente distribuiti su una curva normale (estroversione/introversione), altri vanno incontro ad una maggiore distorsione.



# Campione normativo

**Tabella 3**

*Gruppo di riferimento: distribuzione dei soggetti per 4 classi di età e per sesso*

	ETÀ				TOTALE
	16-25	26-40	41-60	61-80	
MASCHI	87 23.3%	98 26.2%	131 35.0%	58 15.5%	374 100.0%
FEMMINE	149 43.1%	78 22.5%	85 24.6%	34 9.8%	346 100.0%
TOTALE	236 32.8%	176 24.4%	216 30.0%	92 12.8%	720 100.0%

# Medie e deviazioni standard (1986)

Tabella 6

Gruppo di riferimento: punteggi riportati nelle Scale Primarie.  
La tabella presenta medie e deviazioni standard dei soggetti, divisi per sesso e per quattro classi d'età

	MASCHI								FEMMINE							
	15-25		26-40		41-60		61-80		15-25		26-40		41-60		61-80	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Scheda 2 (STAI-X1)	39.2	9.8	38.0	9.2	38.8	8.9	37.9	10.4	40.1	9.9	40.9	10.1	40.7	9.9	40.3	11.7
Scheda 3 (STAI-X2)	42.1	8.5	36.9	9.1	39.4	8.5	38.8	10.9	42.9	9.4	40.4	10.6	41.9	10.2	43.3	11.1
Scheda 5 (EPQ-E) (EPQ-N) (EPQ-P) (EPQ-L)	8.0	2.7	7.6	2.9	7.0	3.0	7.7	2.9	7.7	2.9	8.1	2.7	7.3	2.9	6.5	3.2
	5.3	3.0	4.6	3.4	5.8	3.2	5.0	3.2	7.0	3.1	5.9	3.1	5.4	3.3	5.9	3.5
	2.8	2.1	1.9	1.5	1.4	1.4	1.1	1.5	2.1	1.7	1.5	1.4	0.8	0.9	0.5	0.7
	5.4	2.3	7.0	2.8	8.3	2.5	9.4	2.2	6.5	2.2	8.1	2.7	9.1	2.2	10.1	1.4
Scheda 6 (QPF/R)	45.5	8.7	43.0	8.5	46.3	10.3	42.5	7.5	48.7	9.5	47.1	8.4	47.8	11.2	45.0	8.6
Scheda 7 (IP/R-F) (IP/R-PH) (IP-1) (IP-2) (IP-3) (IP-4) (IP-5)	53.0	24.3	48.1	23.6	56.1	30.0	55.4	28.2	69.7	26.3	69.4	28.6	70.5	34.0	71.3	30.5
	2.3	2.9	2.3	3.0	3.4	4.5	3.9	4.3	4.2	4.7	4.4	5.4	5.5	4.6	4.6	4.6
	12.9	7.1	13.7	6.7	15.8	7.4	16.7	7.9	16.8	7.0	17.3	7.4	18.3	8.1	19.1	9.3
	18.7	8.8	15.9	8.7	18.8	9.5	16.3	8.3	23.3	9.4	19.8	9.2	19.1	10.1	17.0	11.2
	6.2	5.3	5.9	6.2	7.1	6.1	6.5	6.1	11.1	7.0	11.7	6.7	10.8	8.0	12.2	6.9
	2.6	2.8	2.7	3.1	3.6	3.8	4.4	3.5	3.7	3.7	4.3	3.8	4.2	3.8	5.9	3.6
Scheda 8 (QD)	4.4	3.9	2.9	3.2	5.7	5.3	6.3	4.7	4.6	4.2	4.5	4.1	5.7	5.1	8.1	5.3
Scheda 9 (MOCQ/R) (MOCQ-1) (MOCQ-2) (MOCQ-3)	6.5	3.7	5.5	3.5	6.9	3.8	7.8	3.5	5.6	3.8	6.6	4.1	6.3	3.6	8.0	3.4
	3.2	2.2	2.7	2.0	3.3	2.2	4.6	2.3	2.6	2.0	3.0	2.1	3.6	2.0	4.4	2.4
	2.3	1.7	2.3	1.8	2.4	1.8	2.6	1.4	2.1	1.8	2.7	2.0	2.7	1.8	3.3	1.6
	1.5	1.4	0.8	1.2	1.7	1.4	1.5	1.1	1.3	1.3	1.3	1.3	1.5	1.3	1.8	1.4
Scheda 10 (STAI-X1/R) (STAI-DIFF) (STAI-ACC)	18.6	4.7	17.3	4.9	19.8	6.4	19.2	5.6	18.3	5.0	17.6	5.4	20.7	5.5	20.7	5.3
	media generale = -1.0								deviazione standard = 4.0							
	media generale = 1.7								deviazione standard = 2.3							

Nota. Questa tabella fa riferimento al gruppo normativo originario (1986); le norme aggiornate sono riportate nell'Appendice V.

---

# Il CBA 2.0 prevede...

---

- ❖ Scale Primarie + scale di controllo (10 schede)
- ❖ Scale Secondarie di approfondimento

---

# Le 10 Schede

---

- ❖ 1. Scheda anagrafica (CBA Team, 1985)
- ❖ 2. STAI X1 - Ansia di Stato (Spielberg, 1970)
- ❖ 3. STAI X2 - Ansia di Tratto (Spielberg, 1970)
- ❖ 4. Scheda anamnestica (CBA Team, 1985)
- ❖ 5. EPQ/R - Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck e Eysenck, 1975)
- ❖ 6. QPF/R - Questionario Psicofisiologico (Pancheri, 1984)
- ❖ 7. IP - Inventario delle Paure (Wolpe & Lang 1964)
- ❖ 8. QD - Questionario Depressivo (CBA Team, 1985)
- ❖ 9. MOCQ/R - Maudsley Obsessional Compulsive Questionnaire (Hodgson&Rachman,1977)
- ❖ 10. STAI X1 /R - Ansia di Stato (CBA Team, 1985)

---

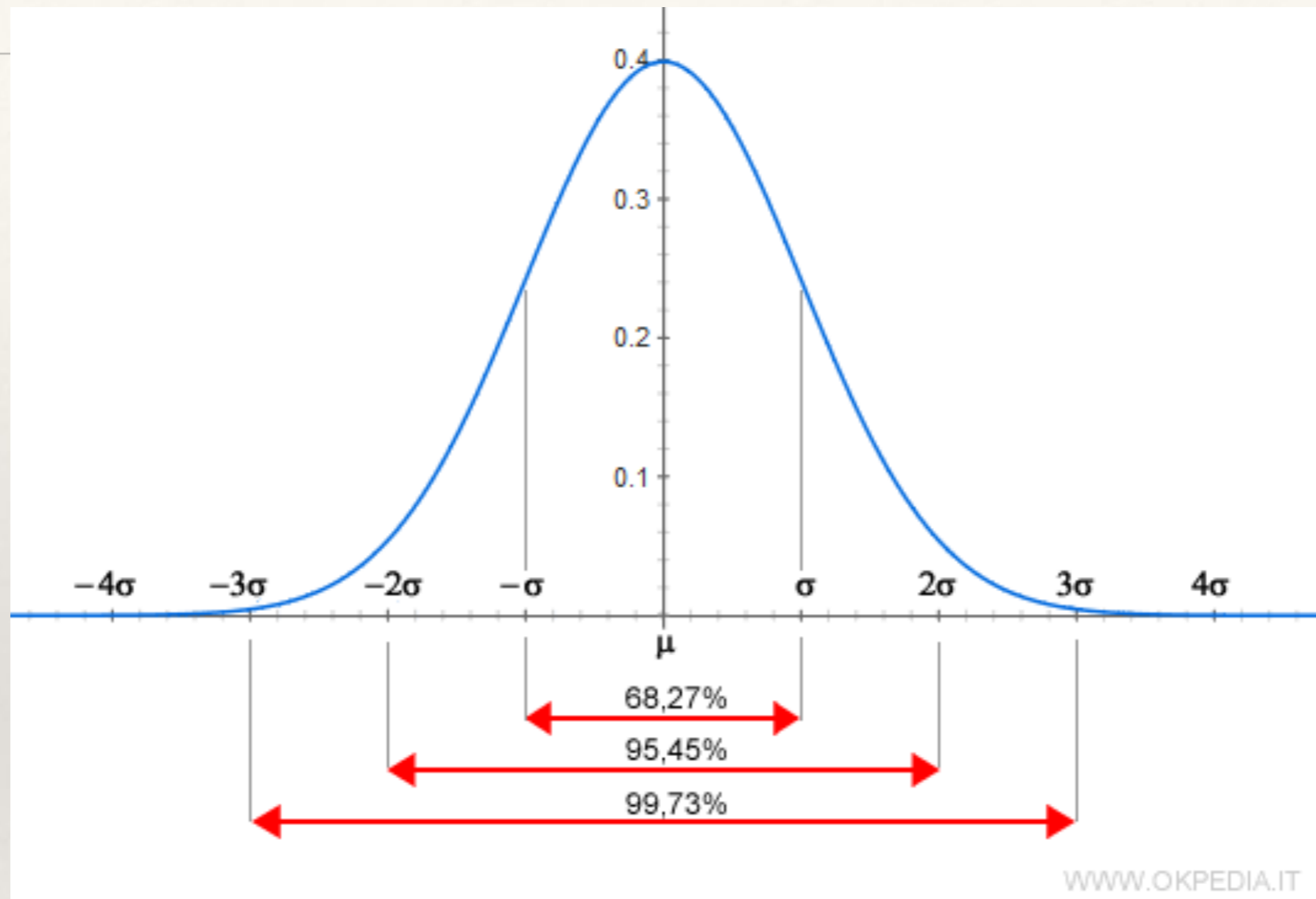
## Scale di controllo

attendibilità e validità del protocollo

---

- ❖ Numero di omissioni (<10%)
- ❖ Indice STAI-ACC (<6): accuratezza delle risposte fornite dal soggetto.
- ❖ Indice IR ( $\geq 5$ ): concordanza tra sei coppie di item uguali ripetute in punti diversi della Batteria
- ❖ Indice EPQ/R-L (Scheda 5): desiderabilità sociale
- ❖ Indici STAI-X1(Scheda 2) e STAI-X1 / R (Scheda 10): effetti disorganizzanti dell'ansia

# Cosa osservare: picchi verso l'alto e verso il basso



- ❖ tra 25% a 85% punteggi nella norma
- ❖ tra 15% e 25% - tra 85% a 95% compreso punteggi ai limiti
- ❖ sotto il 15% e sopra il 95% punteggi oltre la norma

---

# Cosa osservare: picchi verso l'alto e verso il basso

---

## scale bipolari picchi verso alto e basso

### ❖ EPQ

EPQ E basso  
introversione

EPQ N basso  
(?)

EPQ P basso  
conformismo sociale

EPQ L basso  
(immagine di sé negativa)

EPQ E alto  
estroversione

EPQ N alto  
tendenza a sviluppare  
disturbi sotto stress

EPQ P alto  
disinibizione sociale

EPQ L alto  
da di sé un immagine positiva  
tendenza alla simulazione

## scale unipolari solo picchi verso l'alto

❖ STAI-X1 e X2

❖ QPF

❖ QD

❖ IP

❖ MOCQ

---

# Punti di forza

---

- ❖ Permette valutazione funzionale
- ❖ Messo a punto in Italia
- ❖ Campione normativo ampio, suddiviso per sesso e fasce d'età, che include la popolazione anziana
- ❖ Facile somministrazione
- ❖ Rileva aree problematiche in modo sistematico
- ❖ Fornisce molte informazioni
- ❖ Proprietà psicometriche eccellenti
- ❖ CBA DAT@: software che corregge automaticamente le scale e fornisce p.grezzi, ranghi percentili, punti z, evidenzia item critici, stende un report con analisi breve delle scale primarie proponendo approfondimenti



---

# Punti deboli

---

- ❖ Non adatto a pazienti con psicosi
- ❖ Non adatto a pazienti con difficoltà di comprensione
- ❖ Apparentemente di facile interpretazione
- ❖ Alcuni test della batteria sono datati
- ❖ Richiede almeno 30 / 40 minuti per la somministrazione

---

# Euristiche

---

- ❖ **Euristica della disponibilità**, stima la probabilità di un evento sulla base della disponibilità di una informazione in memoria e dell'impatto emotivo del ricordo piuttosto che sulla reale probabilità oggettiva che l'evento in questione si verifichi
- ❖ **Euristica della rappresentatività**, porta a classificare un oggetto attraverso il criterio somiglianza o rilevanza, attribuendo caratteristiche simili a oggetti simili, spesso ignorando informazioni che dovrebbero far pensare il contrario
- ❖ **Euristica dell'ancoraggio e aggiustamento**, procede al giudizio di una situazione o di una persona ancorandosi ad una conoscenza già nota e si accomodano le informazioni sulla base di quella conoscenza