

## Diagnosi mediante test e questionari

FIorenzo RANIERI

*Psicologo, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda USL 8 - Arezzo.*

### Introduzione

In campo alcologico, quando si avvia una relazione diagnostica o terapeutica con un soggetto, è utile disporre di un ampio ventaglio di strumenti tecnici che permettano di valutare e raccogliere informazioni quanto più dettagliate possibile. La visita medica e i rilievi obbiettivi si accompagneranno così ai riscontri provenienti dal colloquio clinico, dalle analisi di laboratorio e dagli indici biochimici, dai dati offerti dai congiunti dell'alcolista, da valutazioni più ampie e generali ricavabili da ricerche di tipo epidemiologico. In questo contesto sono utili, soprattutto per lo psicologo che opera in tale settore, i test o reattivi mentali e i questionari. La somministrazione di test e questionari permette di raccogliere informazioni utili alla definizione del caso e all'orientamento delle scelte terapeutiche.

In questo capitolo ci occuperemo di test e questionari da utilizzare in campo alcologico, nel tentativo di dare indicazioni per la scelta degli strumenti più adatti per i pazienti con problemi e difficoltà derivanti dall'uso di alcol. Definiremo cosa è un test, dedicando alcune note generali alle modalità di utilizzo<sup>1</sup>. Ci occuperemo poi della loro scelta, differenziando tra test di carattere generale e test e questionari specifici. Di questi ultimi ne presenteremo alcuni nella parte conclusiva del capitolo.

### Cosa è un test e come si utilizza

Un test o reattivo mentale è uno strumento utile per sondare dimensioni psicologiche. Si basa sulla osservazione sistematica del comportamento del soggetto posto di fronte a stimoli strutturati che costituiscono appunto il test. Nella somministrazione del test lo psicologo propone alla persona di cui si sta occupando una situazione standardizzata che permette di raccogliere delle risposte o reazioni. La possibilità di confrontare le risposte con dei modelli di riferimento, un sistema di categorizzazione o ad una scala numerica, è legata proprio alla standardizzazione della situazione - stimolo. Occorre in altri termini che, nei limiti del possibile, le risposte siano dovute alle sole caratteristiche della persona. Quando lo stimolo è costituito da domande proposte al soggetto con moduli prestampati parleremo di questionari.

I test e i questionari sono numerosissimi, e si classificano a seconda delle aree indagate, dello stimolo utilizzato, delle teorie psicologiche di riferimento. Nel nostro caso è utile una classificazione in due sottocategorie. Parleremo di test generali, includendo in tale sottogruppo tutti i test che vengono comunemente utilizzati in campo psicologico clinico; raggrupperemo nella sottocategoria test specifici i test e i questionari nati in campo alcologico e indirizzati allo screening e alla valutazione degli alcolisti.

È difficile dire quando è il caso di utilizzare un test mentale. Korchin aveva indicato nel suo manuale di psicologia clinica<sup>2</sup> dei criteri di seguito sintetizzati:

- più sono importanti i problemi, più si ha bisogno di informazioni;
- se dal colloquio si hanno informazioni sufficienti per l'intervento, è inutile somministrare un test;
- il test in alcuni casi è l'unico modo per ottenere informazioni;
- confrontare sempre il valore delle informazioni ottenibili con i costi del test (costo del materiale, di tempo, di sforzi, di capacità necessarie);
- valutare sempre con attenzione il significato che il test ha per il paziente.

La scelta del test dipende dalle caratteristiche del singolo paziente, dalle richieste a cui occorre rispondere, dalla modalità operativa dello psicologo, dalla organizzazione che il servizio o struttura in cui lavora lo psicologo si è data. In sintesi i test indagano su abilità cognitive, tratti psicopatologici e caratte-

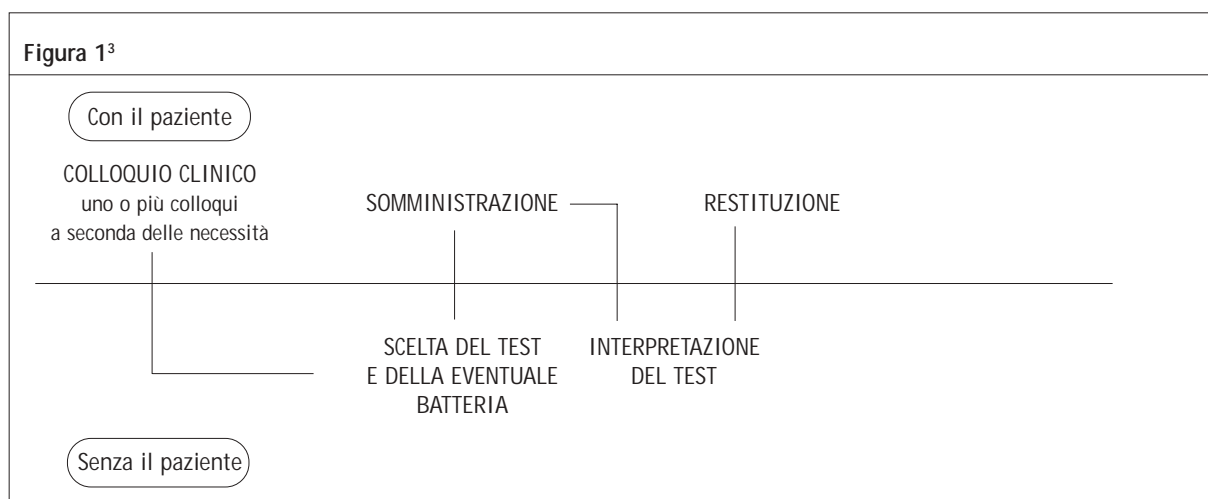
1. Per un quadro più dettagliato si consultino i manuali A. Anastasi, "I test psicologici", Franco Angeli, Milano, 1985 e L. Boncori "Teoria e tecnica dei test", Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

ristiche non patologiche della personalità. Per scegliere il test si deve decidere quale o quali aree sondare. In altre parole per scegliere un test bisogna chiedersi “cosa voglio sapere?”. Quando si riterrà opportuno si potranno proporre più test al paziente (non necessariamente in una unica occasione) per ottenere informazioni diverse che si integrino. In tal caso parleremo di batteria di test. Nel costruire una batteria occorre prestare attenzione all’ordine di somministrazione. Ecco alcune norme di carattere generale:

- è opportuno iniziare con la somministrazione dei test cognitivi o con le prove di abilità, ponendo al termine i test di personalità e proiettivi;
- una volta scelti i test di una batteria è opportuno conservare l’ordine dato nelle diverse somministrazioni, in modo da conservare una identità degli stimoli.

La scelta del test e delle modalità di somministrazione richiedono già delle opzioni operative da parte dello psicologo. Si può ad esempio scegliere tra somministrazioni di routine oppure decidere caso per caso cosa è più opportuno utilizzare. In un modello come quello rappresentato nella figura 1 il colloquio o i colloqui clinici permetteranno di valutare la opportunità della somministrazione di un test, e orienteranno la scelta degli strumenti più adatti.

Figura 1<sup>3</sup>



La relazione con il paziente deve permettere di raccogliere i dati, facilitando la condizione psicologica del soggetto. Un atteggiamento umano, non distaccato, rende più accettabile la prova, a differenza di un atteggiamento freddo, distaccato, pseudo - scientifico. Il somministratore deve essere attento durante la somministrazione e tenere presente che gli spunti che provengono da chi sta somministrando il test, sia in modo volontario che involontario, influiscono sui risultati. La motivazione al compito può conseguentemente essere sostenuta o ridotta, anche con la comunicazione non verbale.

Per poter interpretare il test occorre trasformare (se previsto) i dati raccolti in punteggi grezzi e poi ponderati. Questo permette di confrontare i risultati con le norme di riferimento riportate dal manuale, o con eventuali norme locali che possono essere costruite. È sconsigliabile una interpretazione cieca del test, ovvero una interpretazione basata sulle sole prestazioni fornite in risposta agli stimoli del reattivo. Una volta interpretato il test, occorre essere in grado di ricostruire e spiegare sulla base di quali informazioni si è costruito il proprio ragionamento e si è arrivati alle conclusioni riportate. Ecco alcune fonti di errore nella interpretazione clinica<sup>4</sup>:

- schematizzazione => non si tiene conto della complessità del caso;
- sovraccarico di informazioni => sono riportati troppi dati inutili;
- prove interne insufficienti all’interpretazione => i dati non bastano per le conclusioni che si sono tratte;
- eccesso di interpretazione => “analisi selvaggia”;

2. S.J. Korchin “Psicologia Clinica Moderna” Borla, Roma, 1977.

3. Tratto da F. Ranieri, G. Gocci “Guida all’interpretazione dei principali test psicologici”. Edizioni Guerini, Milano, 1996.

4. S.J. Korchin “Psicologia Clinica Moderna” Borla, Roma, 1977.

- insufficiente verifica esterna dell'interpretazione => l'interpretazione non è confrontata con dati esterni al test;
- scarsa individualizzazione => trattazione troppo generica del caso;
- scarsa integrazione => i diversi elementi non sono sufficientemente integrati in un insieme;
- eccessiva "patologizzazione" => interpretazione basata sul danno e non sulle potenzialità;
- eccessiva "psicologizzazione" => interpretazione che non tiene conto dei fattori biologici e psicosociali.

Con il termine restituzione si intende il ritorno, nell'ambito di un colloquio clinico, delle informazioni raccolte e della interpretazione effettuata al soggetto a cui è stato somministrato il test. Si tratta di un momento della relazione psicologo - paziente molto delicato, con le caratteristiche di un autentico intervento clinico e addirittura terapeutico. È utile quindi riparlare dopo la somministrazione con il paziente per:

- confrontarsi sulla esperienza effettuata;
- mostrare, se la persona lo richiede, il materiale raccolto e eventualmente indagare su aspetti specifici che hanno colpito il soggetto;
- discutere dei risultati in modo comprensibile, senza usare termini eccessivamente tecnici, e neppure con la modalità di un insegnante che mostra i risultati di un compito;
- utilizzare le informazioni acquisite per aiutare il soggetto a prendere decisioni e eventualmente per concordare un progetto di intervento.

### Scelta dei test mentali e dei questionari

Nel paragrafo precedente abbiamo detto che per scegliere un test occorre porsi una domanda, "cosa voglio sapere?". Lo psicologo può decidere di indagare su caratteristiche generali della persona o su aspetti specifici. Qualora opti per la prima possibilità l'operatore ha a disposizione l'esteso corredo di test che sono presenti sul mercato e che offrono di solito buone garanzie rispetto alla standardizzazione e alle norme di riferimento<sup>5</sup>.

Per l'indagine degli aspetti cognitivi e dell'efficienza mentale lo psicologo può fare riferimento a molti reattivi che indagano sia aspetti generali (intelligenza) che dimensioni particolari (ad esempio memoria, capacità di concentrazione ecc.). Si tratta di un'area di solito scarsamente presa in considerazione, ma che pure riveste una notevole importanza. Non va dimenticato il fatto che l'uso di alcol determina, tra le altre cose, alterazioni delle capacità cognitive. Le scale Wechsler, e in particolare la scala W.A.I.S.<sup>6</sup>, costituiscono uno dei più noti e utili strumenti in tale ambito. La scala W.A.I.S. permette di ottenere numerosi dati. Tra questi:

- il quoziente intellettivo totale (Q.I.T.), che permette un confronto con la popolazione generale;
- i quozienti intellettivi verbale (Q.I.V.) e di performance (Q.I.P.) che permettono un confronto tra processi cognitivi prevalentemente verbali e astratti e capacità pratiche del soggetto;
- l'indice di deterioramento mentale, un valore che, nonostante le incertezze emerse in numerosi studi<sup>7</sup>, resta pur sempre un indice di processi di deterioramento organico da tenere in considerazione per ulteriori accertamenti;
- i risultati ai singoli sub - test, con la possibilità di interpretazione sia con il confronto tra risultati tra scale diverse (valutazione della dispersione intraindividuale), sia rispetto a funzioni specifiche, come ad esempio la capacità di attenzione e concentrazione, la memoria a breve e lungo termine, la capacità di anticipazione, il coordinamento visuo - motorio ecc.

Per quanto riguarda la personalità, occorre precisare che l'interpretazione dei risultati sarà sicuramente condizionata dalla teoria propugnata dall'indagatore. Senza entrare nel merito delle numerose teorie della personalità esistenti<sup>8</sup>, è evidente che avremo interpretazioni diverse dei dati raccolti nel corso

5. A tal proposito è sempre utile consultare con attenzione il manuale che accompagna il materiale del test.

6. D. Wechsler "W.A.I.S. Scala di intelligenza Wechsler per adulti - manuale" Organizzazioni Speciali, Firenze, 1992.

7. Si consulti per una sintesi interessante M. Lang e G. Strepparola "Le scale Wechsler" in F. Del Corno, M. Lang (a cura di) "Psicologia clinica - La diagnosi testologica" Franco Angeli, Milano, 1989.

8. Per una visione generale si consulti l'ormai classico G. Lindzey e C.S. Hall "Teorie della personalità" Bollati Boringhieri, Torino, 1986.

del lavoro di psicodiagnosi se lo psicologo ritiene che esista una specifica “personalità dell'alcolista”, o se viceversa ritiene che i soggetti con problemi alcol correlati abbiano caratteristiche di personalità differenti e inquadrabili in tipologie non specifiche, ma più ampie e generali<sup>9</sup>. Quale che sia la posizione del singolo operatore, ricordiamo qui alcuni degli strumenti più noti e comunque utili per la indagine. Tra i test proiettivi vanno ricordati il test di Rorschach, notissimo test basato su tavole sulle quali sono riprodotte delle macchie. È interessante notare a tal proposito che numerosi studi condotti con questo test su campioni di alcolisti, e più in generale di tossicodipendenti, non hanno portato alla definizione di un unico quadro clinico, fatto questo che sembra deporre a favore della ipotesi che non esista una personalità specifica dell'alcolista<sup>10</sup>. Altro noto test proiettivo utilizzabile è il T.A.T. (Thematic Apperception Test), reattivo basato su tavole che rappresentano delle scene o situazioni e che permettono al soggetto, invitato a raccontare una storia partendo dallo stimolo, di esprimere i propri contenuti interni. Tra i questionari di personalità ricordiamo il 16 PF, test che indaga sui tratti di personalità del soggetto partendo dalla teoria di Cattell, il C.B.A. 2.0 (Cognitive Behavioral Assessment), una batteria composta da numerose scale in grado di fornire una visione globale del soggetto ed è utile per un lavoro di screening, e il questionario M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). In particolare il M.M.P.I. è uno dei test più diffusi in campo clinico, e offre ampie garanzie di attendibilità e validità. È costituito da numerosi item ai quali si risponde barrando la risposta V (vero) o F (falso). Gli item coprono una ampia gamma di contenuti, dalla indagine su comportamenti di tipo nevrotico e psicotico (comportamenti compulsivi e ossessivi, allucinazioni, deliri, ecc.) ai disturbi della salute e psicosomatici, delle relazioni sociali, agli atteggiamenti sessuali e altro ancora. Il test è dotato di scale di controllo che permettono di avere indici relativi all'atteggiamento del soggetto verso il test. La letteratura che riguarda tale test è molto estesa<sup>11</sup>. Le modalità di interpretazione sono diverse. Tra le più diffuse e note vi è quella per codice: secondo tale criterio il codice 4 - 9, ovvero punteggi elevati alle scale Pd (Psicopatia) e Ma (Mania) depongono a favore di un possibile quadro di tossicodipendenza o alcolismo<sup>12</sup>. Di recente è stata pubblicata in Italia la nuova versione del test, denominata M.M.P.I.-2<sup>13</sup>. Tale versione presenta significative innovazioni e nuove caratteristiche che, come vedremo, sono molto utili anche in campo alcolologico.

### Test e questionari specifici

Esistono diversi test e questionari costruiti per indagare e raccogliere informazioni relative a soggetti con problemi alcol correlati. Alcuni strumenti cercano di discriminare tra soggetti alcolisti e non alcolisti, altri, più modestamente, cercano di rilevare i comportamenti indicativi di determinate condizioni, ad esempio il superamento della dose “normale” di alcol assunto o l'intensità della sindrome di astinenza alcolica.

Tra i test specifici vi sono in realtà alcune scale appartenenti a reattivi più complessi. È il caso delle scale per l'alcolismo derivate dal M.M.P.I., come ad esempio la scala Ah (Alcoholic differentiation), una scala in grado di differenziare tra profili normali e profili di alcolisti, ma non tra quelli di alcolisti e psiconevrotici<sup>14</sup>. Alle scale derivate dal M.M.P.I. dedicheremo alcuni dei paragrafi successivi.

Altre scale e questionari sono stati direttamente costruiti in funzione dello screening di soggetti alcolisti. Si tratta, come vedremo, di questionari relativamente brevi, con non più di cinquanta item. Uno dei test che ha avuto maggior successo, il C.A.G.E., è composto addirittura solo da quattro item. Con questo secondo tipo di questionari occorre prestare una particolare attenzione alla falsificazione delle risposte da parte del soggetto. A differenza del M.M.P.I., che prevede scale di controllo, tali questionari fanno affidamento prevalentemente sulla sincerità del soggetto, a cui, in alcuni casi, accompagnano la

- 
9. G. Cusin, M. De Vanna, G. Canzian, A. Cusin Zuccariotto “La personalità dell'alcolista” In *Minerva Psichiatrica*, vol. 27, n° 2, 1986.
  10. M. Di Giannantonio, M. Agnes, G. Berdini, P. Casalegno, E. Cattaneo, A. Ciaramella, R. Troncon, E. Tempesta. “Il setting psicodiagnostico nella patologia da abuso di sostanze” In *Quaderni di psicodiagnostica*, Anno V, n°1, Roma, 1985.
  11. Si consulti come riferimento per la interpretazione M. Mosticoni, G. Chiari “Una descrizione obbiettiva della personalità - il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.)” *Organizzazioni Speciali*, Firenze, 1979.
  12. F. Ranieri, G. Gocci “Guida all'interpretazione dei principali test psicologici”. Edizioni Guerini, Milano, 1996.
  13. S.R. Hathaway, J.C. McKinley e il Comitato di Restandardizzazione del M.M.P.I. della University of Minnesota Press: J.N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, J.R. Graham, A. Tellegen “MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2, adattamento italiano di P. Pancheri e S. Sirigatti - MANUALE” *Organizzazioni Speciali*, Firenze, 1996.
  14. M. Mosticoni, G. Chiari “Una descrizione obbiettiva della personalità - Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory” *Organizzazioni speciali*, Firenze, 1979.

raccolta di dati obbiettivi esterni al questionario. È utile, quando si decide di utilizzare tali scale, di costruire una batteria composta di più questionari, che permettano una verifica grazie ad incroci di tipo empirico tra gli item. A volte poi, a seconda dei casi, può essere opportuno trasformare la somministrazione in una intervista strutturata, leggendo le domande al soggetto e raccogliendo nel colloquio le risposte. Esistono infine questionari brevi che si pongono come obbiettivo l'indagine su particolari condizioni, come la gravità della dipendenza alcolica<sup>15</sup> o la intensità del "Craving"<sup>16</sup>.

## Scale ricavate dal M.M.P.I. e dal M.M.P.I. - 2

### *Scala MacAndrew di alcolismo (MAC e MAC-R)*

La scala MacAndrew di Alcolismo (MAC) è stata presentata nella sua forma originaria nel 1965<sup>17</sup>. È ritenuto uno strumento attendibile e valido, anche se il fatto che sia inserito in un test come l'M.M.P.I. la rende poco maneggevole<sup>18</sup>. Lo scopo di questa scala era quello di differenziare tra persone con problemi di abuso di alcol e persone con problemi psichiatrici. Composta da 51 item del M.M.P.I., di solito è stata utilizzata nella versione con 49 item su indicazione dell'autore stesso<sup>19</sup>. La ricerca clinica ha individuato il punteggio - soglia che indica il potenziale alcolismo in 26 punti per i maschi e 24 per le donne. In generale punteggi elevati nella scala MacAndrew indicano problemi di dipendenza, mentre è ridotta la capacità di differenziare circa il tipo di sostanze da cui il soggetto dipende. Per tale motivo la scala MacAndrew va utilizzata come una misura della disposizione alla dipendenza più che come scala per valutare l'abuso di alcol.

La versione del test MMPI-2 presenta una versione riveduta della scala, denominata MAC - R. Su tale versione sono state già compiute diverse ricerche e studi su ampie popolazioni. In generale per la interpretazione dei valori della scala sono utili i seguenti criteri<sup>20</sup>:

- Punteggi T uguali o superiori a 65 sono indice di stile di vita associato a disturbo di dipendenza.
- Punteggi T compreso tra 60 e 64 compreso indicano che lo stile di vita della persona può condurre a problemi di abuso di alcol o droga.
- La scala non è in grado di determinare l'uso o l'abuso di particolari sostanze come alcol o droga.
- Bassi punteggi, uguali o inferiori a 59 punti T, in soggetti con certezza dipendenti da alcol o da droga suggerisce che l'uso eccessivo di sostanze da parte del soggetto è dovuto a difficoltà di ordine psicologico più che a un pattern tipico di comportamento di dipendenza.

### *Scala di Tossicodipendenza Potenziale (APS)*

La scala di Tossicodipendenza Potenziale (APS) fa parte delle scale addizionali del MMPI-2, ed è stata costruita con l'intento di misurare i fattori di personalità sui quali si basano i disturbi di dipendenza. Si basa su 39 item del test che non hanno espliciti riferimenti all'abuso di alcol o droghe. Recenti studi, riportati da Butcher e Carolyn<sup>21</sup>, hanno riscontrato che la scala APS supera la scala MAC-R nella capacità di discriminare soggetti tossicodipendenti da pazienti psichiatrici. La scala APS non discrimina tra soggetti senza difficoltà e soggetti con problemi psicologici, in entrambi i casi avremo bassi punteggi. Nel caso di soggetti con problemi psicologici associati a uso di sostanze avremo punteggi più bassi rispetto a soggetti con problemi centrati sull'uso di sostanze<sup>22</sup>. In generale per la interpretazione dei valori della scala sono utili i seguenti criteri<sup>23</sup>:

---

15. Un questionario del genere è il SADQ, "Seventy Alcohol Dependence Questionnaire", proposto nel 1979.  
16. Due scale utilizzabili per la valutazione del "Craving" sono l'ACS (Alcohol Craving Scale) e il VAS (Visual Analogic Scale) per il Craving.  
17. C. MacAndrew "The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI" In *Quarterly Journal of Studies of Alcohol*, n° 26, 1965.  
18. S. Zimberg "La cura clinica dell'alcolismo" Ferro Edizioni, Milano, 1984.  
19. MacAndrew raccomandava di omettere i due item "Ho fatto eccessivo uso di alcol" e "Ho fatto poco o nessun uso di alcol", considerati troppo espliciti.  
20. Indicazioni ricavate da J. N. Butcher, C. L. Williams "Fondamenti per la interpretazione del MMPI - 2 e del MMPI - A" Organizzazioni Speciali, Firenze, 1996.  
21. J. N. Butcher, C. L. Williams "Fondamenti per la interpretazione del MMPI - 2 e del MMPI - A" Organizzazioni Speciali, Firenze, 1996.  
22. S.R. Hathaway, J.C. McKinley e il Comitato di Restandardizzazione del M.M.P.I. della University of Minnesota Press: J.N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, J.R. Graham, A. Tellegen "MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2, adattamento italiano di P. Pancheri e S. Sirigatti - MANUALE" Organizzazioni Speciali, Firenze, 1996.  
23. Indicazioni ricavate da J. N. Butcher, C. L. Williams "Fondamenti per la interpretazione del MMPI - 2 e del MMPI - A" Organizzazioni Speciali, Firenze, 1996.

- Punteggi T uguali o superiori a 65 sono indice di stile di vita associato a disturbo di dipendenza.
- Punteggi T compreso tra 60 e 64 compreso indicano che il soggetto ha molte delle caratteristiche di stile di vita che si riscontrano tra persone con problemi di abuso di alcol o droga.
- La scala non è in grado di determinare l'uso o l'abuso di particolari sostanze come alcol o droga.
- Bassi punteggi, uguali o inferiori a 59 punti T, in soggetti con certezza dipendenti da alcol o da droga suggerisce che l'uso eccessivo di sostanze da parte del soggetto è dovuto a difficoltà di ordine psicologico più che a un pattern tipico di comportamento di dipendenza.

#### *Scala di Ammissione di Dipendenza (AAS)*

La scala di Ammissione di Dipendenza (AAS) integra la scala APS, dato che i tredici item che la compongono indagano in modo esplicito sull'abuso di alcol o droga. Questa scala misura in pratica la volontà del soggetto di riconoscere l'esistenza di problemi di alcol o droga. Vi è un'alta correlazione tra scala APS e scala AAS, e le due scale, usate congiuntamente, permettono di differenziare la condizione del soggetto in modo migliore. Infatti la scala AAS, se discrimina in modo più efficace tra soggetti normali e tossicodipendenti, tuttavia ha minori capacità della scala APS di differenziare tra tossicodipendenti e pazienti psichiatrici. Inoltre, qualora si abbia una elevazione marcata della scala APS e punteggi molto bassi alla scala AAS, questo può essere un segnale di reticenza nell'ammettere problemi legati all'uso di sostanze in soggetti che tuttavia hanno tutte le caratteristiche di persone che abusano di alcol o di droga. La scala AAS potrebbe essere utilizzata anche come un elenco di item critici da valutare singolarmente da parte del clinico. In generale per la interpretazione dei valori della scala sono utili i seguenti criteri<sup>24</sup>:

- Punteggi T uguali o superiori a 65 indicano che il soggetto riconosce di avere problemi gravi derivanti dall'abuso di alcol o droga e che vuole comunicarli.
- Punteggi T compreso tra 60 e 64 compreso indicano che il soggetto riconosce di avere problemi seri derivanti dall'abuso di alcol o droga e che vuole comunicarli.
- Bassi punteggi, uguali o inferiori a 59 punti T, non indicano con certezza che la persona non ha problemi con alcol o droga, ma che non li riconosce.

#### **Altri questionari e test**

Di seguito si riportano tre questionari tra i più diffusi in campo alcologico. I questionari sono riportati integralmente in una delle appendici del manuale.

#### *Il questionario M.A.L.T. (Münich Alcoholism Test)*

Il questionario MALT è uno strumento proposto da autori tedeschi<sup>25</sup>, ed è considerato uno strumento sofisticato per la diagnosi mediante questionari<sup>26</sup>. Si compone di due parti, denominate MALT 1 e MALT 2. Il MALT 1 è costituito da 9 voci ed è compilato dal medico o dall'operatore che si occupa del paziente, e si basa su informazioni desunte dall'anamnesi, dall'esame obiettivo, da esami biochimici, da eventuali colloqui con i familiari. Il MALT 2 è composto da 24 item, ed è compilato dal paziente. 11 punti al test indicano che il soggetto è alcolista, un punteggio compreso tra 6 e 10 depongono a favore del sospetto di alcol - dipendenza. Il questionario è giudicato piuttosto macchinoso, proprio per la necessità di organizzare la raccolta dei dati in due momenti, e anche per il numero di voci che lo compongono<sup>27</sup>. Tuttavia, la sua composizione in due parti lo ha fatto ritenere un utile strumento per l'indagine da parte di medici della medicina generale<sup>28</sup>. Purtroppo il lavoro di convalida del questionario del MALT<sup>29, 30</sup> ha posto in

24. Indicazioni ricavate da J. N. Butcher, C. L. Williams "Fondamenti per la interpretazione del MMPI - 2 e del MMPI - A" Organizzazioni Speciali, Firenze, 1996.

25. Il testo originario, degli autori W. Feuerlein, C.H. Ringer, H. Kufner, K. Antons, è stato tradotto a cura di Garzotto e altri a cura dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Verona.

26. V. Hudolin "Manuale di alcologia" Edizioni Centro Studi Erikson, Trento, 1990.

27. M. Ceccanti, G. Balducci "La sindrome da astinenza da alcol - Basi fisiopatologiche, diagnosi e trattamento". Mediserve s.r.l., Napoli, 1996.

28. M. Traverso "Gli strumenti di indagine nella medicina generale - Io studio GESIA 1" In A. Allamani, F. Cipriani, D. Orlandini (a cura) "Alcologia in Italia - Una prospettiva epidemiologica" Supplemento alla rivista Alcologia, Vol. V, n° 2, Bologna, 1993.

29. G. Marsili, N. Garzotto, A. Bertasi, M. Traverso, F. Marini, G.B. Modonutti, A.M. Musso, L. Visintini, P. Cedaro, B. Boni, A. Chiarezzo, M. Ferri, A. Moiraghi Ruggerini "Validazione multicentrica del Munich Alcoholism Test (MALT) in un campione di popolazione generale.

luce diversi limiti dello strumento: il questionario risulta molto sensibile (tutti i soggetti diagnosticati come alcolisti sulla base dei criteri del DSM III sono risultati positivi al MALT), ma poco specifico (alta frequenza di falsi positivi). Si tratta di uno strumento poco utile per lo screening della popolazione generale, ma utilizzabile con maggior successo con popolazioni "a rischio", in cui ci sono validi elementi per ritenere di osservare un'altra frequenza di individui con problemi o patologie alcol correlate.

#### *Il questionario MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)*

Il MAST è uno strumento presente in varie versioni<sup>31</sup>. Nella versione originaria risulta composto da 25 item che sondano prevalentemente le complicanze provocate dall'alcol. Può essere somministrato da un operatore oppure autosomministrato. 5 punti indicano che il soggetto è alcolista, 4 che il soggetto è suggestivo di alcolismo, 3 punti o meno indicano che il soggetto non è alcolista. I singoli item vengono valutati con punteggi differenti, che variano da 1 a 5. Secondo alcuni questo test ha il vantaggio di essere stato largamente utilizzato e di essere sufficientemente attendibile<sup>32</sup>. Per quanto riguarda l'Italia, questo test è da preferire al MALT, secondo Ceccanti e Balducci, perché utilizzato da più tempo, e per la sua forma più snella<sup>33</sup>. Secondo Hudolin il questionario non è utile nella diagnostica precoce, dato che indaga su complicanze provocate dall'alcol che di solito permettono una diagnosi di alcolismo anche senza test, dato la loro evidenza<sup>34</sup>. La nostra opinione è che l'agilità del questionario costituisce anche un suo limite. Si tratta di un test facilmente falsificabile, i cui risultati vanno valutati nell'ambito di un processo di assessment più ampio.

#### *Il questionario CAGE*

Il questionario CAGE è stato proposto nel 1984 da Ewing<sup>35</sup> ed è composto da solo quattro item. Il suo nome prende origine dall'acrostico formato dalle iniziali delle domande del test: C = Cut down (diminuire); A = Annoyed (infastidito); G = Guilty (colpevole); E = Eye opener (sveglia). In pratica il questionario consta di quattro domande che indagano sullo stile di vita del soggetto e sul suo senso di colpa rispetto al bere. Una sola risposta affermativa di un soggetto di giovane età (venticinque anni o meno) depone a favore di alcolismo o di bere problematico. Due risposte affermative danno lo stesso responso nel caso di persone adulte o anziane. La semplicità di applicazione del questionario lo ha reso uno strumento particolarmente apprezzato; ad esempio il questionario si è particolarmente diffuso tra gli operatori dei Club per Alcolisti in Trattamento, ovvero tra coloro che seguono il così detto modello Hudolin<sup>36</sup>. Anche se appare uno strumento semplice, il CAGE ha così avuto una ampia diffusione, fatto questo che ha permesso una verifica della sua affidabilità. Sono state inoltre create forme empiriche del questionario, denominate "mascherate": aggiungendo ai quattro item di base altri item non specifici si è cercato di superare il problema della falsificazione del test e delle resistenze del soggetto, sollecitato in modo molto diretto dal questionario.

---

Parte prima: approccio metodologico (Progetto 1 del Gruppo Epidemiologico della S.I.A.)" In Atti del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Alcologia - Firenze, 1988.

30. N. Garzotto, A. Bertasi, G.B. Modonutti, A.M. Musso, P. Cedaro, L. Visintini, A. Moiraghi Ruggerini, M. Traverso, F. Marini, M.L. Ghirardi, B. Boni, A. Chairezzo, M. Ferri, G. Marsili "Validazione multicentrica del Munich Alcoholism Test (MALT) in un campione di popolazione generale. Parte seconda: risultati, discussione, osservazioni conclusive (Progetto 1 del Gruppo Epidemiologico della S.I.A.)" In Atti del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Alcologia - Firenze, 1988.

31. Il questionario è stato presentato da M. L. Selzer nel 1971 sull'American Journal of Psychiatry. Nel 1972 A. D. Pokorny, B.A. Miller e H.B. Kaplan hanno presentato, sempre sulla stessa rivista, una prima versione ridotta del MAST.

32. S. Zimberg "La cura clinica dell'alcolismo" Ferro Edizioni, Milano, 1984.

33. M. Ceccanti, G. Balducci "La sindrome da astinenza da alcol - Basi fisiopatologiche, diagnosi e trattamento". Mediserve s.r.l., Napoli, 1996.

34. V. Hudolin "Manuale di alcologia" Edizioni Centro Studi Erikson, Trento, 1990.

35. A. J. Ewing "Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire" In Journal of the American Medical Association, n° 252, 1984.

36. V. Hudolin "Manuale di alcologia" Edizioni Centro Studi Erikson, Trento, 1990.

## Appendice

### Test e questionari

QUESTIONARIO MALT 1		
Da compilarsi a cura del medico		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1) malattia epatica (almeno un sintomo + un test patologico)		
2) polineuropatia		
3) delirium tremens		
4) consumo alcol > 150 g (donne > 120g) per diversi mesi		
5) consumo alcol > 300g (donne > 240g) almeno una volta al mese (bevitori occasionali)		
6) odore di alcol		
7) coniuge, familiari, amici hanno cercato aiuto per problemi del paziente correlati all'alcol		
Punteggio: SI = 4 punti; NO = 0 punti		

QUESTIONARIO MALT 2		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1) Le mie mani recentemente hanno spesso tremato		
2) Talora la mattina ho senso di nausea		
3) Talvolta ho cercato di liberarmi dal tremore e dalla nausea con l'alcol		
4) Attualmente mi sento triste per i miei problemi e le mie difficoltà		
5) Non è raro che io beva alcol prima di pranzo		
6) Dopo un bicchiere o due sento il forte desiderio di bere di più		
7) Penso molto all'alcol		
8) Talvolta ho bevuto alcol anche contro il parere del medico		
9) Quando bevo molto alcol tendo a mangiare poco		
10) Al lavoro sono stato criticato a causa del mio bere		
11) Preferisco bere da solo		
12) Da quando ho cominciato a bere sono in cattiva forma		
13) Mi sono spesso sentito in colpa per il bere		
14) Ho cercato di limitare il bere ad alcune occasioni e ad alcune ore della giornata		
15) Penso che dovrei bere molto meno		
16) Senza alcol avrei meno problemi		
17) quando sono turbato bevo alcol per calmarmi		
18) Penso che l'alcol stia distruggendo la mia vita		
19) talvolta voglio smettere di bere, talvolta no		
20) Gli altri non capiscano perché io beva		
21) Andrei più d'accordo con il mio coniuge se non bevessi		
22) Talvolta ho cercato di andare avanti senza alcol		
23) Sarei contento se non bevessi		
24) Spesso delle persone mi hanno detto che il mio alito aveva odore di alcol		
Punteggio: SI = 1 punto; NO = 0 punti		

La valutazione del test deve basarsi sui dati sia del MALT 1 che del MALT 2. In entrambi i questionari un punteggio uguale o superiore a 11 punti indica alcolismo; un punteggio compreso tra 6 e 10 deve considerarsi altamente sospetto per alcol - dipendenza.

QUESTIONARIO M.A.S.T.				
ITEM	SI	NO	PUNTEGGIO	
Assumi alcolici di tanto in tanto?			SI = 0 NO = 0	
Ti reputi un bevitore normale? (per normale si intende se bevi più o meno degli altri)			SI = 0 NO = 2	
Ti sei mai svegliato dopo aver ecceduto nel bere la sera precedente e non ricordare in parte cosa è successo quella sera?			SI = 2 NO = 0	
Tua moglie, marito, genitori o parenti stretti hanno mai avuto problemi di abuso alcolico?			SI = 1 NO = 0	
Puoi smettere di bere dopo aver bevuto uno o due alcolici?			SI = 0 NO = 2	
Ti sei mai sentito colpevole perché bevi?			SI = 1 NO = 0	
I tuoi amici o parenti pensano che bevi normalmente?			SI = 0 NO = 2	
Sei capace di non bere quando vuoi?			SI = 0 NO = 2	
Sei mai stato ad una riunione di Anonimi Alcolisti?			SI = 5 NO = 0	
Sei mai venuto alle mani con qualcuno dopo aver bevuto?			SI = 1 NO = 0	
La tua abitudine a bere ti ha mai creato problemi con tua moglie, marito, genitori o altri parenti stretti?			SI = 2 NO = 0	
Sono mai ricorsi tua moglie, tuo marito (o altri membri della famiglia) all'aiuto di qualcuno perché bevi?			SI = 2 NO = 0	
Hai mai perso un amico a causa del bere?			SI = 2 NO = 0	
Hai mai avuto guai sul lavoro o a scuola perché bevi?			SI = 2 NO = 0	
Hai mai perso il posto di lavoro perché bevi?			SI = 2 NO = 0	
Hai mai trascurato i tuoi obblighi, la tua famiglia, o il tuo lavoro per due o più giorni di seguito perché avevi bevuto?			SI = 2 NO = 0	
Sinceramente, bevi spesso prima di pranzo?			SI = 1 NO = 0	
Ti è mai stato detto che hai problemi epatici, Cirrosi?			SI = 2 NO = 0	
Dopo un eccesso alcolico, hai mai avuto un delirium tremens o un forte tremore o udito voci o visto cose che non esistevano?			SI = 2 NO = 0 5 punti per il delirium tremens	
Hai mai chiesto aiuto a qualcuno perché bevi?			SI = 5 NO = 0	
Sei mai stato in ospedale a causa del bere?			SI = 5 NO = 0	
Sei mai stato ricoverato in ospedale psichiatrico o in un ospedale generale per problemi psichiatrici in parte legati al bere?			SI = 2 NO = 0	
Hai mai avuto bisogno di uno psichiatra, di un dottore, di un assistente sociale o di un avvocato a causa di problemi emotivi in parte legati al bere?			SI = 2 NO = 0	
Sei mai stato arrestato per guida in stato d'ebbrezza? (Se sì quante volte?)			SI = 2 NO = 0	
2 punti per ogni arresto				
Sei mai stato arrestato o posto in stato di fermo, anche solo per poche ore, a causa delle tue abitudini alcoliche? (Se sì quante volte?)			SI = 2 NO = 0 2 punti per ogni arresto	
			TOTALE	

*Score del punteggio del questionario M.A.S.T.*

- 5 o più punti indicano che il soggetto è alcolista;
- 4 punti sono suggestivi di alcolismo;
- 3 punti o meno indicano che il soggetto non è un alcolista.

QUESTIONARIO M.A.S.T. breve				
ITEM	SI	NO	PUNTEGGIO	
			SI	NO
Pensi di bere normalmente?			SI = 0 NO = 2	
I tuoi amici o parenti pensano che bevi normalmente?			SI = 0 NO = 2	
Sei mai stato ad una riunione di Anonimi Alcolisti?			SI = 5 NO = 0	
Hai mai perso un amico o una amica a causa del bere?			SI = 2 NO = 0	
Ti sei mai trovato in difficoltà sul lavoro a causa del bere?			SI = 2 NO = 0	
Hai mai trascurato i tuoi obblighi, la tua famiglia, o il tuo lavoro per due o più giorni di seguito perché avevi bevuto?			SI = 2 NO = 0	
Hai mai sofferto di delirium tremens, di brividi scuotenti o udito voci o visto cose che non esistevano dopo una forte bevuta?			SI = 5 NO = 0	
Hai mai chiesto aiuto a qualcuno per la situazione creata dal bere?			SI = 5 NO = 0	
Sei mai stato in ospedale per aver bevuto?			SI = 5 NO = 0	
Sei mai stato arrestato per aver guidato in stato d'ebbrezza o per aver guidato dopo aver bevuto?			SI = 2 NO = 0	
			TOTALE	
<p><i>Score del punteggio del questionario M.A.S.T. breve</i> 5 o più punti indicano che il soggetto è alcolista</p>				

QUESTIONARIO C.A.G.E.		
	SI	NO
C = Non ha mai pensato di dover ridurre la quantità di alcol che abitualmente beve?		
A = La gente l'ha mai irritata, criticandola perché beve?		
G = Non si è mai sentito malvagio o colpevole perché beve?		
E = Come prima cosa, non ha mai bevuto la mattina per distendere i nervi o per sbarazzarsi dei postumi di una sbornia?		
<p>Due risposte positive sono indicative di alcolismo in soggetti superiori ai 25 anni. Per soggetti inferiori ai 25 anni è sufficiente una unica risposta positiva.</p>		