

2017

# I TEST DI PERSONALITÀ: QUANTITÀ E QUALITÀ

## Sintesi

Teorie, metodi, strumenti e loro interrelazione – Proprietà e applicabilità di un test in clinica - Symptom Questionnaire – MMPI, MMPI-A, MMPI-2 e MMPI-2-RF – Il test delle macchie di Rorschach – TAT – Cognitive Behavioral Assessment

GIUSEPPE AGRUSTI



## Sommario

PRESENTAZIONE: DIAGNOSI, PROGNOSE, RESTITUZIONE COME RISPETTO DEL PAZIENTE ....	6
1. TEORIE, METODI, STRUMENTI E LORO INTERRELAZIONE.....	7
1.1. PASSAGGIO STORICO.....	7
1.2. STRUMENTI METODOLOGICI.....	7
1.3. DAI SOFISTI A KANT .....	8
1.4. L'OTTOCENTO.....	9
1.5. IL NOVECENTO E LE SUE SCUOLE.....	9
1.6. OGGETTO E METODO.....	10
1.7. I TEST .....	10
1.8. LA PERSONALITÀ .....	11
1.9. EVOLUZIONE DEI TEST.....	12
1.10. OGGETTI PROPRI.....	12
1.11. LINGUAGGIO .....	13
2. PROPRIETÀ E APPLICABILITÀ DI UN TEST IN CLINICA.....	14
2.1. INTRODUZIONE.....	14
2.2. LA VALUTAZIONE IN CLINICA.....	15
2.3. PROPRIETÀ APPLICATIVE DEI TEST.....	16
2.3.1. LA COSTRUZIONE DI UN TEST: SCOPO E CONTENUTO.....	16
2.3.2. LA SCELTA DI UN TEST.....	17
2.4. LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST.....	18
2.4.1. SOMMINISTRAZIONE INIVIDUALE .....	18
2.4.2. SOMMINISTRAZIONE COLLETTIVA.....	19
2.4.3. SOMMINISTRAZIONE ASSISTITA DAL COMPUTER.....	19
2.5. I RISULTATI DI UN TEST .....	19
2.5.1. LE NORME PER I PUNTEGGI DI UN TEST .....	19
2.5.2. I PUNTEGGI SECONDO CRITERIO BASATO SUL CONTENUTO .....	20
2.6. SCALE DI CONTROLLO .....	20
2.7. I TEST NELLA CLINICA .....	20
2.7.1. I TEST NEUROPSICOLOGICI .....	21
2.7.2. I TEST E LA DIAGNOSI IN CLINICA .....	22
2.7.3. I TEST NELLA VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO.....	23

2.7.4. I TEST E LA TEORIA .....	23
<b>3. IL PROCESSO DIAGNOSTICO A PARTIRE DAL DATO QUANTITATIVO: IL SYMPTOM QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>24</b>
3.1. INTRODUZIONE.....	24
3.2. IL SYMPTOM QUESTIONNAIRE .....	25
3.3. DESCRIZIONE DEL SYMPTOM QUESTIONNAIRE .....	26
3.3.1. SOMMINISTRAZIONE .....	27
3.4. LA VERSIONE ITALIANA DEL SYMPTOM QUESTIONNAIRE .....	27
3.5. VALIDITÀ E SENSIBILITÀ.....	27
3.6. ATTENDIBILITÀ (VERSIONE SETTIMANALE) .....	28
3.7. CONCLUSIONI .....	28
<b>4. IL MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY DALL'ESORDIO AL MMPI-A E AL MMPI-2-RF.....</b>	<b>29</b>
4.1. INTRODUZIONE.....	29
4.2. STRUTTURA E ARTICOLAZIONE.....	29
4.2.1. ESORDIO E SVILUPPO.....	29
4.2.2. LA VERSIONE ITALIANA. TRADUZIONE E STRANDARDIZZAZIONE .....	32
4.2.3. VALIDAZIONE DI SCALE NUOVE E RINNOVATE, CON RIFERIMENTO AL CONTESTO ITALIANO .....	33
4.3. SOMMINISTRAZIONE E STRATEGIE INTERPRETATIVE .....	34
4.3.1. SOMMINISTRAZIONE DEL MMPI-2.....	35
4.3.2. STRATEGIE INTERPRETATIVE.....	35
4.3.3. ACCESSIBILITÀ AL PROTOCOLLO .....	35
4.3.4. INTERPRETAZIONE PER PUNTE DELLE SCALE CLINICHE.....	36
4.3.5. INTERPRETAZIONE PER CODICI-TIPO .....	36
4.3.6. CONTRIBUTO DELLE SCALE UNIDIMENSIONALI .....	36
4.3.7. CONTRIBUTO DEGLI ITEM CRITICI.....	37
4.3.8. ACCESSIBILITÀ ALLA PSICOTERAPIA .....	37
4.3.9. REDAZIONE DEL RAPPORTO.....	37
4.4. IL MMPI-A.....	38
4.5. DAL MMPI-2 AL MMPI-2-RF.....	38
4.5.1. LA RISTRUTTURAZIONE DELLE SCALE CLINICHE.....	38
4.5.2. IL MMPI-2-RF.....	39
<b>5. IL TEST DELLE MACCHIE DI RORSCHACH .....</b>	<b>40</b>
5.1. L'USO DEI TEST "PROIETTIVI" TRA DIAGNOSI NOSOGRAFICA E APPROCCIO ESPLICATIVO .....	40

5.2. IL TEST DELLE MACCHIE: 90 ANNI DI STORIA .....	40
5.3. IL PROCESSO DI RISPOSTA AL RORSCHACH: UNA ANALISI COPONENZIALE.....	41
5.4. “IL” RORSCHACH O “I” RORSCHACH? DIVERSI APPROCCI TEORICI AL TEST DELLE MACCHIE .....	43
5.5. LA SIGLATURA E INTERPRETAZIONE DEL TEST DI RORSCHACH NEL COMPREHENSIVE SYSTEM.....	44
5.6. QUALITÀ EVOLUTIVA DELLA RISPOSTA .....	44
5.7. ATTIVITÀ ORGANIZZATIVA (PUNTI Z) .....	45
5.8. PUNTEGGI SPECIALI.....	45
5.9. INDICE “”LAMBDA” .....	46
5.10. INDICE DI EGOCENTRICITÀ .....	46
5.11. INTEGRARE IL “SISTEMA INTEGRATO”? .....	47
5.12. LA VALUTAZIONE PSICOMETRICA DEL RORSCHACH: IL PROBLEMA DELLA ATTENDIBILITÀ E DELLE “NORME DI RIFERIMENTO” .....	47
5.13. LA VALIDAZIONE DEL TEST DELLE MACCHIE: DALL’APPROCCIO “EMPIRICO” A QUELLO “CONCETTUALE” .....	48
5.13.1. PATOLOGIE “ORGANICHE” E INDICATORI NEUROPSICOLOGICI .....	48
5.13.2. IL RORSCHACH NELLE PATOLOGIE DEPRESSIVE.....	50
5.13.3. TIPI DIFFERENTI DI PATOLOGIE PSICOTICHE.....	51
5.13.4. INDICATORI DELLA SINDROME BORDERLINE .....	51
5.14. VERSO UNA VALUTAZIONE MULTI-LIVELLO .....	52
5.15. IL TEST DI RORSCHACH IN ETÀ EVOLUTIVA .....	53
5.16. IL RORSCHACH IN AMBITO GIURIDICO-FORENSE .....	54
5.17. LA FORMAZIONE ALLA PRATICA DI RORSCHACH.....	54
5.18. SUGGERIMENTI DI LETTURE ED ESERCITAZIONI .....	55
5.18.1. SOCIETÀ E RIVISTE SCIENTIFICHE .....	56
5.18.2. PROGRAMMI COMPUTERIZZATI .....	56
6. IL TAT: SISTEMI DIAGNOSTICI E INTERPRETATIVI .....	57
6.1. INTRODUZIONE.....	57
6.2. ORIGINE E SVILUPPO DELLO STRUMENTO .....	57
6.2.1. IL TAT DI MURRAY .....	57
6.2.2. IL CONTRIBUTO DI BELLAK .....	58
6.3. LA PSICOLOGIA PSICOANALITICA DELL’IO .....	58
6.3.1. IL DEFENSE MECHANISM MANUAL DI CRAMER .....	60
6.4. LA SCUOLA FRANCESE.....	61
6.4.1. IL SISTEMA DI ANALISI DELLA SCUOLA FRANCESE .....	62

6.5. PSICOANALISI E NEUROSCIENZE: GLI APPROCCI SOCIO-COGNITIVI.....	63
6.5.1. L'APPROCCIO INTERPERSONALE DI DREW WESTEN.....	63
6.5.2. IL CONTRIBUTO DI TEGLASI.....	64
6.5.3. TAT E PROBLEM SOLVING .....	65
6.6. CONSIDERAZIONI TEORICHE E CLINICHE NELL'UTILIZZO DEL TAT .....	65
6.7. METODOLOGICA CLINICA .....	65
6.8. IL RUOLO DEL DIAGNOSTA .....	66
6.8.1. CARATTERISTICHE DEL SETTING TESTOLOGICO .....	66
6.9. IL TAT E LA SUA SPECIFICITÀ RISPETTO AL FUNZIONAMENTO MENTALE.....	67
6.10. CENNI DIAGNOSTICI E PATOLOGICI.....	68
6.10.1. ORGANIZZAZIONI DI PERSONALITÀ E PRODUZIONE AL TAT .....	68
7. COGNITIVE BEHAVIORAL ASSESSMENT: UN MODELLO DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA.	70
7.1. LA BATTERIA CBA-2.0.....	70
7.1.1. LE SCALE PRIMARIE.....	70
7.1.2. LE SCALE SECONDARIE.....	71
7.1.3. I PATTERN DI APPROFONDIMENTO.....	71
7.1.4. INTERPRETAZIONE AUTOMATICA .....	72
7.1.5. MODI E FINALITÀ D'IMPIEGO.....	72
7.2. RICERCHE E AMBITI DI IMPIEGO.....	73
7.3. NUOVI TEST PER L'ASSESSMENT .....	74
7.3.1. CBA-2.0 FORMA ANZIANI .....	74
7.3.2. CBA – FORMA H.....	75
7.3.3. CBA FORMA GIOVANI .....	76
7.3.4. CBASPORT .....	77
7.3.5. CBA VALUTAZIONE DI ESITO (CBA-VE).....	78

## **PRESENTAZIONE: DIAGNOSI, PROGnosi, RESTITUZIONE COME RISPETTO DEL PAZIENTE**

Negli anni '60 i test erano considerati come un valido strumento di comprensione del paziente e mezzo per incontrarlo. I test erano un modo con cui accogliere la sua richiesta di aiuto psicologico.

Secondo il Servizio di Psicologia del Paolo Pini una “*buona diagnosi*” deve essere contemporaneamente una “*buona prognosi*”, deve cioè enucleare le specifiche risorse del paziente di movimento e di evoluzione nella relazione e nella lunga durata che essa prospetta.

Secondo quest’ottica il paziente ha diritto a una diagnosi ed è compito dello psicologo offrirgliela, cercando con lui e con la sua collaborazione le strade e la terapia che meglio si adattano al suo caso.

Il paziente vuole sempre una condivisione per cui ha il diritto ad un’ampia restituzione. Essa gli deve essere comunicata in un linguaggio non specifico ma in modo semplice, a tono, e in termini da lui comprensibili, in modo da riprendere in mano il corso della sua vita.

# 1. TEORIE, METODI, STRUMENTI E LORO INTERRELAZIONE

Il capitolo esplora in un'ottica epistemologica ampia le vicende evolutive attraverso la quale la psicologia ha cercato di definirsi come disciplina scientifica.

## 1.1. PASSAGGIO STORICO

A partire dalla seconda metà del XIX secolo si è assistito ad una rivoluzione nel campo della psicologia: il passaggio dalla sponda filosofica a quella della scienza. Passaggio ovviamente per nulla semplice.

Quello che si è cercato di fare è passare dal noumeno al fenomeno, cioè creare una psicologia umana che potesse essere in grado di trarre dall'esperienza e dall'esperimento conferme e smentite. Il problema principale era riuscire ad analizzare un oggetto estremamente soggettivo, privo di forma, come la realtà umana. L'unico modo per riuscire a trasformare l'oggetto umano, che era squisitamente soggettivo, in un qualcosa di oggettivo era l'assunzione di nuovi lineamenti metodologici che potessero portare a dati oggettivi e confrontabili. Quindi si decise di adottare il metodo scientifico.

Metodo che consiste nel *“mantenere costanti e fisse tutte le variabili che teoricamente potrebbero agire su un certo fenomeno, tranne una, la quale viene fatta variare in modo determinato e controllato”* (Pedrabassi, 1994).

Attraverso questa rivoluzione la psicologia, che cercava di trovare spazio nel panorama della scienza ufficiale, cominciò ad utilizzare il laboratorio come centro di ricerca.

## 1.2. STRUMENTI METODOLOGICI

Da metà Ottocento in poi, fu chiaro che per raggiungere gli obiettivi sopracitati era necessario adottare strumenti che rispondessero alle caratteristiche specifiche del rigore scientifico, ossia rigore, esplicitezza, intersoggettività, verificabilità, misurabilità, quantificabilità. Subito ci fu una diatriba tra le varie scuole di psicologia, poiché l'oggetto psicologico possiede un carattere talmente proteiforme da sfuggire all'univocità. Utilizzando questi strumenti scientifici resta sempre quella sensazione di frammentarietà.

Ma su un punto le varie scuole di psicologia concordano, ossia la possibilità di esplorare la condotta umana attraverso scienze diverse quali:

- La psicomatria;
- La psicofisiologia;
- Le procedure statistiche operate su dati rilevati sul campo;
- Il neocomportamentismo;
- Le teorie dello sviluppo cognitivo;
- La psicoanalisi.

Questa scelta di una scelta particolare di esplorazione deve essere fatta con la consapevolezza che dello stesso oggetto psicologico si avrà un punto di vista differente in base alla disciplina scientifica utilizzata.

E qui si arriva a smentire l'assioma che basti rispettare le regole del metodo, unico per definizione, perché una conoscenza sia scientifica. Concorde con un atteggiamento scientifico più attuale si afferma che non esiste solo un metodo scientifico ma più metodi che rappresentano solo una delle possibili opzioni per esplorare un fenomeno.

E questo riporta a una precisazione di autenticità della psicologia come disciplina scientifica. Attualmente, sembra che il primitivo atteggiamento di polemica tra le scuole di psicologia si sia attenuato a favore di un confronto aperto che permette l'adozione di aspetti metodologici elaborati dai vari indirizzi. In realtà non è così, manca ancora un approfondimento articolato sulle questioni logiche e metodologiche che sono alla base delle scelte effettuate.

Comprendere le procedure e i metodi, con cui il ricercatore costruisce il suo oggetto scientifico, permette di comprendere anche la linea evolutiva che collega diverse forme conoscitive attraverso cui l'uomo ha tentato di organizzare il suo sapere.

Importante è avere la consapevolezza che nessun sistema monolitico può essere detentore di una conoscenza assoluta, come insegna la storia del pensiero.

In quest'ottica, è importante tenere in mente che la storia dell'umanità nel campo scientifico si ricollega al pensiero filosofico da cui trae origine il dilemma tra metodo induttivo e procedimento deduttivo. Sin dagli albori della storia del pensiero si è palesata questa distinzione tra sapere scientifico, esprimibile e comunicabile attraverso il linguaggio, che richiama a una scientificità garantita dall'esperienza, e un sapere universale, inteso come principi universali aprioristici in grado di motivare processi di indagine, scoperta e verifica scientifica.

### **1.3. DAI SOFISTI A KANT**

Si analizzeranno alcune delle teorie con cui l'umanità si è occupata della conoscenza e dei mezzi per renderla veritiera, sotto la luce della diatriba tra metodo induttivo e procedimento deduttivo.

Questa diatriba è presente sin dall'antichità, si può vedere che le posizioni dei sofisti, di Socrate, di Platone e di Aristotele possono essere analizzate sotto questa luce. Platone sostiene che la conoscenza equivale al ricordo di principi universali astratti nel processo di contemplazione delle idee trascendenti. In Aristotele, si vede che il sapere fonda sul'esperienza sensibile e quindi segue una via induttiva.

Nella filosofia medievale si ritrova il dualismo insito nell'esperienza umana, basti pensare alla dicotomia fede/ragione, mente/spirito. Si pensi ai neoplatonici e ai mistici cristiani che considerano la conoscenza come una visione spirituale soggettiva, anche suscettibile di conferme immediate. In quest'ottica l'esperienza intuitiva deve cogliere le verità ultime che sono i pilastri delle proprie conoscenze induttive, la conoscenza razionale risulta quindi erronea e incerta.

Su una posizione diversa si pongono gli scolastici di indirizzo tomistico che integrano le due forme di sapere. Per loro esiste una conoscenza oggettiva e certa, che si fonda sulla Rivelazione che le fornisce principi e premesse, e una conoscenza anch'essa oggettiva e scientifica poiché costruisce per via induttiva nozioni, concetti e proposizioni universali astraendoli con metodo rigoroso dai dati empirici.

Tra i secoli XVII e XVIII sembra prevalere il metodo induttivo che dall'esperienza sensibile fonda la scientificità della conoscenza. Il rischio che la scienza perda la sua unitarietà motiva la ricerca di strutturazioni metodologiche che legittimano i processi di indagine e conoscenza. Quindi si utilizzano metodi che fondano sistematicamente operazioni di controllo; sono metodi capaci di

individuare i legami necessari e universali tra i dati sensibili a partire da strutture concettuali già presenti a priori nella mente umana. A tal proposito centrali sono il “*Novum Organum*” di Bacone e le “*Regole metodologiche*” di Cartesio.

Una svolta la si ha a fine del Settecento con Immanuel Kant. Con Kant il pensiero umano non rispecchia il mondo reale per il semplice fatto che la realtà sensibile, percepita dall’esperienza e confermata nella conoscenza, è il risultato dell’attività del pensiero. Anche le forme e le leggi della conoscenza scientifica diventano con Kant funzioni e modalità del pensiero umano. Per questo egli ritiene essenziale il concetto di noumeno, ossia l’oggetto ultimo, l’essenza, inconoscibili. La conoscenza umana quindi riesce a cogliere solo il fenomeno quello che la realtà sensibile mostra e che permette di partire dall’esperienza per stabilire relazioni e rapporti costanti e universali. Secondo quest’ottica una disciplina scientifica non potrà mai definire la realtà umana delle cose nella sua essenza, ma solo costruirne una rappresentazione astratta secondo forme e modi di pensiero. Queste forme e modi di pensiero in ultimo fondano una conoscenza oggettiva nel senso di condivisibile per accordo intersoggettivo, poiché queste forme e categorie sono a priori parte integrante della mente umana.

## 1.4. L’OTTOCENTO

L’Ottocento è il secolo delle nuove ideologie e dei mutamenti di pensiero; è il secolo che vede lo sviluppo della chimica, della fisica, della fisiologia; è il secolo che accentua l’atteggiamento antimetafisico e afferma che la scienza è in grado di raggiungere quella conoscenza della realtà che la metafisica non è mai riuscita a raggiungere.

Si instaura l’idea che la scienza possa governare tutti i fenomeni della natura, c’era una grande fiducia nella possibilità di raggiungere il noumeno kantiano.

In questo contesto ciò che definisce la scienza è la qualità dell’oggetto, ma tutto funziona se l’oggetto è concreto. Il procedimento diventa difficile se l’oggetto è inafferrabile come quello psicologico; necessariamente si deve utilizzare un metodo scientifico del tutto differente.

Se l’Ottocento parte con una visione ottimistica di una scienza senza limiti di conoscenza, la seconda metà del secolo vede un calo dell’ottimismo, che parte dalla fisica e si estende alle altre discipline.

## 1.5. IL NOVECENTO E LE SUE SCUOLE

Nel secolo scorso ritorna l’attenzione al metodo rispetto all’oggetto e la diatriba tra metodo induttivo e metodo deduttivo.

Emergono tre scuole epistemologiche:

- *La scuola monista* → Secondo questa scuola l’adozione di un determinato metodo caratterizza come scientifico un sapere. Qui ora non resta che scegliere tra metodo induttivo o metodo deduttivo. Il metodo induttivo parte dall’osservazione-descrizione di eventi per risalire a proposizioni generali grazie alle quali si formano altre proposizioni che verificano nuovamente le universali. Per descrivere il metodo deduttivo si possono utilizzare le parole di K. R. Popper, il quale afferma che “*ogni osservazione è preceduta da un problema, un’ipotesi. Questo è il motivo per cui le osservazioni sono sempre selettive*” (1959).

Secondo questo principio, la garanzia della scientificità di una teoria deriva dalla loro falsificabilità;

- *La scuola pluralista* → Questa scuola condivide il metodo ipotetico-deduttivo di Popper ma ne supera la contrapposizione al metodo induttivo. Secondo questa scuola gli oggetti scientifici si descrivono sempre alla luce di un qualche criterio normativo presupposto all'esperienza. Non esiste un solo metodo, ma la scelta del metodo viene compiuta in riferimento al proprio campo di indagine;
- *La scuola anarchica o nichilista* → Secondo questa scuola non c'è nessun metodo che sia di per sé garanzia di scientificità. Il dilemma tra metodo induttivo e metodo deduttivo viene superato, facendo spazio alla consapevolezza che opzioni metodologiche più o meno rigide hanno un'immediata ricaduta sul ventaglio di setting e tecniche utilizzabili nel lavoro quotidiano.

## 1.6. OGGETTO E METODO

Nella dibattito contemporaneo continua l'exkursus epistemologico della scientificità del sapere. Si parte dall'assunto che la scienza indaga intorno a degli oggetti. Questi ultimi sono oggetti scientifici nella misura in cui viene privilegiato un vertice osservativo in grado di cogliere proprietà, relazioni e nessi funzionali che li legano ad altri elementi del campo indagato. Inoltre essi non sono entità concrete, ma elementi astratti dalla realtà concreta grazie alla teoria e al metodo di indagine utilizzati. Quindi si può dire che non esiste un solo oggetto ma diversi oggetti scientifici che descrivono alcuni aspetti. Inoltre si può affermare che in base all'assunzione di ipotesi epistemologiche come punti di vista prescelti per conoscere l'oggetto si orienta anche la scelta di metodi, procedure e tecniche di osservazione.

In quest'ottica la teoria precede l'oggetto stesso, poiché privilegia un metodo che implica determinate procedure e strumenti.

Riproponendo quest'ottica alla psicologia, si può affermare che essendo la psicologia una scienza, anch'essa avrà un universo di oggetti psicologici, che vengono definiti diversamente in base a come vengono colte le connessioni che legano i dati esperienziali. Ciò significa che esistono diverse scuole di psicologia che hanno prodotto una loro definizione di oggetto e quindi un metodo di indagine.

Questo porta a dire che non esiste un accordo sul metodo ma che ci potrebbe essere una proliferazione eccessiva di metodi e linguaggi come una nuova torre di Babele. Ciò significa che per far sì che una disciplina sia scientifica si accetta la pluralità dei linguaggi, degli oggetti e dei metodi nella misura in cui è presente lo scambio e il confronto sulla base di criteri di intersoggettività, ossia solo se le formulazioni scientifiche saranno comunicabili intersoggettivamente.

## 1.7. I TEST

Per test si intende *“una procedura sistematica attraverso la quale viene presentato a una persona un insieme di stimoli in grado di esplicitare particolari risposte valutabili e interpretabili quantitativamente sulla base di criteri specifici o di definiti standard prestazionali”*.

La prima volta che si è utilizzato il termine “*test psicologico*” è stato dal 1890, quando lo psicologo J. M. Cattell se ne serve come stimolo per fotografare una situazione standardizzata all’interno della quale si valuta il comportamento dell’individuo attraverso quello di altri individui nella stessa situazione.

Gli elementi principali che rendono una data prova un test sono:

- La standardizzazione delle situazioni stimolanti;
- Una serie di prove di numero e valore tali da permettere una valutazione statisticamente significativa.

Con test di personalità si intendono strumenti di varia natura che misurano gli aspetti della personalità dell’uomo distinti dalle sue capacità intellettive. Sono situazioni standardizzate in cui il comportamento di una persona viene campionato fino a produrre una misura oggettiva e standardizzata di un campione di comportamento.

Qui di seguito si definiranno alcune parole chiave:

- *Situazione standardizzata* → Quella in cui tutto rimane costante tranne il variare delle situazioni individuali;
- *Misura* → Il prodotto dell’applicazione di regole per classificare o assegnare numeri a degli oggetti, in modo che il numero rappresenti il grado in cui una qualità è presente;
- *Misura oggettiva* → Una misura replicabile;
- *Misura standardizzata* → Un singolo dato empirico ricondotto a un sistema di riferimento più generale.

I test di personalità si possono dividere in 2 categorie:

- *Oggettivi (o strutturati)* → In cui lo stimolo ammette solo risposte limitate;
- *Proiettivi (o non strutturati)* → In cui lo stimolo permette un’ampia gamma di interpretazioni da parte di un soggetto.

La differenza tra le tecniche oggettive e proiettive risiede nel modo con cui vengono raccolte e valutate le informazioni, non nello scopo, poiché entrambe descrivono la personalità dell’uomo.

## 1.8. LA PERSONALITÀ

Per personalità s’intende l’insieme delle facoltà, attitudini, doti che permettono di differenziare gli individui. Esistono numerose teorie di personalità che si distinguono rispetto al metodo prescelto per spiegare comparare comportamenti dati nello stesso individuo. I presupposti teorici di ogni teoria sono concetti empirici che presuppongono un determinato modo di leggere il comportamento umano. Quindi questo porta ad affermare che ci deve essere coerenza tra metodo e teoria. In questo senso più è chiara una teoria psicologica più ci sarà maggiore consapevolezza circa il percorso operativo che ha permesso di attribuire un determinato significato ai fatti psicologici.

Si è osservato che le procedure psicometriche classificano un soggetto in rapporto a un gruppo di riferimento, quindi lo inseriscono in alcune categorie, i reattivi di tipo proiettivo hanno lo scopo di

capire la persona, di fornire criteri per la valutazione della personalità in rapporto alla sua struttura e alle sue dinamiche caratteristiche.

Da qui si può notare che i vari test si approcciano in modo differente all'individuo e alle sue manifestazioni psicologiche.

Questa presupposizione del metodo è evidente nei criteri che hanno permesso la costruzione dei singoli test e che sono esplicitati dai manuali che accompagnano ogni strumento. Sono questi criteri che permettono a ciascun test di mettere in rapporto, qualitativo e quantitativo, i comportamenti spontanei della persona testata con funzioni e caratteristiche psicologiche attraverso gli stimoli forniti nella psicodiagnosi.

È questo l'elemento che garantisce la possibilità di effettuare una diagnosi anche se si tratta sempre di individuare e valutare aree comportamentali specifiche.

## **1.9. EVOLUZIONE DEI TEST**

Nel decennio successivo alla Grande Guerra i reattivi psicologici ebbero una fase di sviluppo impetuoso. Si studiavano test per ogni tipo di soggetto e di ogni età per poi procedere ad applicazioni massive di questi in tutti i campi. Non si teneva però in considerazione che i test all'epoca erano strumenti in fase sperimentale, strumenti grezzi con procedure psicometriche non adeguate.

Non a caso, a partire dagli anni trenta, si registrò un periodo di ripensamento critico che portò nel secondo dopoguerra a una serie di movimenti e rivolte antitest. Queste rivolte nascevano perché alla produzione dei reattivi non sempre corrispondeva un adeguato aggiornamento delle loro basi teoriche e un miglioramento dei loro aspetti tecnici, ma soprattutto perché il test psicologico in sé era diventato un business. Un esempio lampante sono i test d'intelligenza che si erano trasformati in una metodica rigida per classificare gli individui.

Contro questa deformazione applicativa, sorse un movimento di pensiero che chiedeva di mettere a punto strumenti sempre più perfezionati da un punto di vista psicometrico. Quindi negli ultimi anni si è posta una maggiore attenzione agli aspetti deontologici riguardanti la somministrazione, la valutazione, l'interpretazione e la comunicazione dei risultati di un test.

A questa ripresa però non si è accompagnata anche una riabilitazione scientifica del loro valore e della loro utilità.

Quando si utilizza un test si deve tenere ben presente che i test e i risultati raccolti attraverso di essi sono un riferimento ad una precisa metodologia e una corrispondente teoria. Quindi le diagnosi risultano oggettive perché aderiscono a un determinato percorso metodologico ma relative rispetto ad altri procedimenti metodologici che potrebbero attribuire ulteriori significati agli aspetti di personalità. Muoversi in un quest'ottica epistemologica attenua i conflitti tra le scuole, ma non rende meno necessario il confronto tra esse e l'attenzione al linguaggio con cui ciascuna può esplicitare e comunicare i propri fondamenti.

## **1.10. OGGETTI PROPRI**

La psicologia può essere definita una scienza perché ha degli oggetti propri e ha creato un linguaggio specifico, psicologico per parlarne. Ciò porta la psicologia ad attenersi al primo criterio di scientificità. Ma potrebbe sorgere il dubbio che la psicologia sia una scienza perché ha degli

oggetti specifici o perché ha un linguaggio per poterne parlare. E qui la prima cosa che vien da dire è che dei fatti esperienziale secondo diversi punti di vista. Ed è l'opzione metodologica e la prassi operativa che ritagliano e costruiscono un fatto esperienziale in un oggetto psicologico, poiché garantiscono la possibilità di verifica e accordo intersoggettivo. In questo modo, si viene a creare la dimensione oggettiva della conoscenza psicologica.

## 1.11. LINGUAGGIO

Un linguaggio scientifico non si limita solo alla funzione di asserimento, ma deve trovare gli interlocutori che possano condividere quanto viene affermato. E questo è il secondo criterio di scientificità.

I linguaggi di ogni scienza parlano in modo oggettivo dei fatti ma presentano dei criteri che consentono agli interlocutori di decidere della falsità o della verità delle affermazioni costruite intorno ai fatti stessi.

Essi quindi, oltre ad essere criteri di verità, sono criteri di protocollarietà e sono criteri operativi che contribuiscono a istituire un piano di intersoggettività.

La realtà psichica diventa oggetto psicologico, e quindi scientifico, poiché vi è un insieme di affermazioni giustificate da esplicite condizioni metodologiche e teoriche.

Essendo presenti regole, metodologie e linguaggi diversi, essere ritaglieranno oggetti psicologici differenti e quindi scienze psicologiche differenti.

Di conseguenza, si può affermare che non esiste una buona o cattiva psicologia ma si deve essere coscienti del proprio vertice di osservazione e avere la capacità di esplicita i propri criteri di protocollarietà, quelli utilizzati per costruire l'oggetto della propria scienza.

Presa quest'ottica, si parlerà dei test di personalità. Essi definiscono una conoscenza psicologica oggettiva poiché formalizzano un insieme di regole e procedure che devono valere per tutti i soggetti che si occupano della personalità come fenomeno quantificabile.

Conducendo i test a indici scientificamente verificabili, bisogna capire i criteri di scelta di uno strumento rispetto ad un altro. Per la scelta dello strumento in primo luogo lo psicologo sceglierà un test non in base alle dimensioni che è in grado di misurare, ma rispetto alla congruenza fra misure, costruito e caratteristiche della persona a cui si applica il test. In secondo luogo lo psicologo dovrà essere consapevole della propria teoria sull'oggetto psicologico che si va a indagare.

Questi criteri sopracitati sono indispensabili per la scelta dello strumento. La scelta e l'utilizzo dello strumento deve tener conto anche che, non basta semplicemente conoscere nel dettaglio i sistemi nosografici e le procedure valutative dei vari test, ma si deve essere in grado di comunicare con i pazienti e tollerare la fatica emotiva dell'incontro con aree di bisogno e sofferenza psichica per poter dare un significato ai fenomeni psicologici che evocati dall'utilizzo di un determinato test all'interno di un setting psicodiagnostico.

## 2. PROPRIETÀ E APPLICABILITÀ DI UN TEST IN CLINICA

La corretta applicazione dei test a livello clinico prevede la conoscenza di alcune proprietà comuni a quasi tutti i test che vengono attualmente utilizzati. Quando si vuole utilizzare un test si deve chiarire innanzitutto sia lo scopo per cui si intende utilizzarlo sia la popolazione alla quale si vuole somministrarlo. Successivamente si procede alla selezione del test da utilizzare.

Quindi l'utilizzo del test prevede una programmazione, un'identificazione di una ipotesi da verificare e la conoscenza delle proprietà dei test psicometrici.

È importante considerare che un test è uno strumento con delle proprietà specifiche e che non è stato concepito per sostituire altri metodi di diagnosi in psicologia clinica, ma piuttosto è uno strumento ausiliario da utilizzare accanto ad altri strumenti. Per cui quando è utilizzato in modo appropriato può fornire un aiuto notevole al clinico.

### 2.1. INTRODUZIONE

La costruzione e l'utilizzo dei test psicometrici si è enormemente diffusa nel campo psicologico. Non si può dare una definizione univoca di test. Qui di seguito si proporranno delle definizioni.

La prima è del *“Dizionario di Psicologia”* (Dalla Volta, 1974). In esso si afferma che

*“il test (mentale) è un insieme di prove consistenti in uno o più compiti da eseguire o problemi da risolvere proposti o valutabili secondo schemi fissi. Alcune di queste prove permettono una valutazione qualitativa [...]; altre prove consentono una valutazione quantitativa [...]”*

Un'altra definizione di test è data da Boncori (1993). Egli afferma che

*“un test è una situazione standardizzata in cui il comportamento di una persona viene campionato, osservato e descritto, producendo una misura oggettiva e standardizzata di un campione di comportamento”*

Raggruppando tutti questi elementi, un test può essere definito come un tipo di strumento di valutazione e di conoscenza dei processi psicologici che utilizza modalità specifiche nella sua costruzione, nella raccolta delle informazioni, nella conversione degli elementi raccolti in valori dai quali si possono fare inferenze sull'oggetto di studio.

Prima di passare a parlare delle modalità specifiche di un test, è opportuno parlare delle critiche all'utilizzo di un test. Innanzitutto, il test non è una misura precisa, ma una stima di un determinato attributo misurato dallo strumento, e quindi è soggetta ad errori. In secondo luogo, un test non può essere utilizzato come strumento unico ma deve essere associato ad altri strumenti. Una terza critica è di natura etica e afferma che i test possono contenere elementi di discriminazione verso le minoranze o essere irrispettosi della privacy del soggetto. Per ovviare a questi inconvenienti sono state pubblicate le linee guida che forniscono i criteri per la costruzione, l'uso e l'interpretazione dei test (APA, 1992).

Le modalità specifiche di un test riguardano le diverse fasi che vanno dalla costruzione fino all'interpretazione dei risultati:

- *La costruzione* → Essa implica prima di tutto la selezione di una serie di item o di procedure che permettono di indagare ciò che si vuole valutare con un test. Le modalità di selezione degli item sono:
  - Strategia razionale;
  - Approccio teorico;
  - Metodo basato sul criterio o sul confronto tra gruppi;
  - Metodo dell'analisi fattoriale;
- *Le qualità psicometriche* → Esse sono le procedure inerenti alla valutazione dell'attendibilità, validità, standardizzazione che vengono riportate nei manuali che accompagnano un test.

Qualità psicometriche	Aspetti che ne dipendono
Attendibilità	Il significato dei risultati ottenuti
	La stabilità o il cambiamento dei risultati
	La validità del test
Validità	La rilevanza delle caratteristiche misurate
	La corrispondenza tra scopo e risultato
Analisi statistica adeguata	L'attendibilità del test
	La validità del test

- *La scelta di un test* → Per effettuare la scelta di un test occorre prendere in considerazione sia le proprietà del test ma anche le caratteristiche del contesto in cui viene utilizzato;
- *La somministrazione* → Essa necessita di mantenere una costanza delle condizioni per tutti i soggetti che vengono sottoposti alla prova. La costanza riguarda i tempi, i luoghi di somministrazione e le modalità di presentazione. Alcuni test possono essere somministrati collettivamente, altri individualmente, altri ancora sono disponibili per la somministrazione tramite computer;
- *I risultati* → Questa sezione riguarda sia il problema della lettura dei risultati di un test e delle modalità utilizzate per lo scoring dei punteggi, sia quello dei valori normativi dei test;
- *Le scale di controllo* → Un elemento importante per la corretta interpretazione dei risultati di un test riguarda la possibilità di distorsione delle risposte che può essere fatta dal soggetto per motivi diversi ma che ha un'influenza significativa sui risultati ottenuti.

## 2.2. LA VALUTAZIONE IN CLINICA

Uno dei campi di maggiore applicazione dei test è l'ambito clinico, nello specifico la psicologia clinica che si occupa della valutazione del funzionamento umano normale e patologico. Nello svolgimento del suo compito si avvale di diversi strumenti per raccogliere informazioni necessarie alla classificazione, alla diagnosi, alla programmazione di un intervento e alla valutazione di un risultato.

Ma la valutazione psicologica effettuata tramite i test è meno precisa e meno diretta della valutazione in altri ambiti, come quello medico. Essa è meno precisa poiché più ampia e non riesce

a misurare la globalità della persona. Questa misura è parziale in quanto è impossibile riuscire a misurare tutte le caratteristiche psicologica di una persona. Un altro fattore che la rende meno precisa è il contesto e chi somministra la prova, poiché questo introduce una serie di elementi soggettivi che possono distorcere la valutazione psicologica. Un altro elemento ancora da tenere in considerazione è il rapporto tra il dato raccolto e l'aspetto psicologico di riferimento. Se la misura del peso è direttamente riferita al peso di un soggetto, i risultati di un test di personalità permettono di fare alcune inferenze indirette. È necessario inoltre tenere in considerazione che un test psicologico è sempre in relazione con un costrutto teorico che non è altro che un modello di funzionamento dell'apparato psichico, per questo la misurazione degli aspetti psicologici è indiretta. Un ultimo limite è che mediante i test la quantità di informazioni raccolte sono ridotte rispetto al colloquio o all'intervista.

Per ovviare a queste problematiche si è sviluppata una branca specifica della psicologia che è la psicomètria. Essa si occupa delle tecniche di costruzione, validazione e uso di test psicologici. Il compito principale di questa branca è quello di standardizzare, ossia di uniformare le procedure di acquisizione delle informazioni.

Quindi si può dire che psicologia clinica e psicomètria sono strettamente connesse nell'ambito clinico. E in questo ambito la psicomètria non può prescindere dal quadro teorico della psicologia clinica e la psicologia clinica si rivolge alla psicomètria per utilizzare lo strumento specifico di quella teoria da applicare con criterio.

## 2.3. PROPRIETÀ APPLICATIVE DEI TEST

Nel contesto clinico vengono impiegati test di ogni genere per misurare un numero elevato di aspetti semplici o complessi riguardanti l'individuo. Qui di seguito si descriveranno quelli che sono gli aspetti qualificanti di un test.

### 2.3.1. LA COSTRUZIONE DI UN TEST: SCOPO E CONTENUTO

Nella costruzione di un test sono importanti le modalità seguite nella sua costruzione. Qui di seguito si proporranno i metodi principali di costruzione:

- *Strategia logico-razionale* → Essa consisteva nell'assegnazione degli item in diverse scale in base a una scelta razionale inerente all'attinenza dell'item all'aspetto misurato. Non viene più utilizzato perché c'è un'alta percentuale di distorsione della risposta;
- *Metodo teorico* → Esso utilizza per la scelta degli item una teoria di riferimento: le scale ottenute riflettono queste assunzioni. Non viene utilizzato per le difficoltà di attendibilità e validità;
- *Metodo basato sul criterio o sulla discriminazione dei gruppi* → Esso prevede una procedura rigorosa nella selezione degli item. Il concetto di base di questo metodo è la capacità degli item di discriminare tra categorie o gruppi diversi di soggetti. Per la costruzione degli item, le domande vengono formulate in base alla conoscenza che si ha della sintomatologia. Viene stilata una serie specifica di sintomi, idee e comportamenti insieme ad un'altra incompatibile. Successivamente, attraverso un metodo statistico, si ottengono la validazione e la standardizzazione dei risultati ottenuti e del test.

È importante sottolineare questi aspetti quando si decide di utilizzare un test basato sul criterio:

- È di notevole importanza tenere in considerazione il campione utilizzato nella costruzione delle scale per l'influenza delle variabili socio-culturali e demografiche. Questo riduce la possibilità di generalizzazione e stabilità nel tempo;
- Si deve tenere in considerazione l'indipendenza delle scale, ossia più item possono essere utilizzati in più scale e questo riduce la capacità discriminativa del test e il significato psicologico dei risultati ottenuti;
- Occorre essere consapevoli che le scale costruite con questo metodo hanno una notevole utilità a livello di screening e di sostegno nella diagnosi, ma occorre evitare di formulare diagnosi solo in base ai risultati ottenuti con tale metodo.

Sono numerosi i test e i questionari sviluppati con tale metodo. Oltre al MMPI e il MMPI-2, si citano:

*a. Questionari di personalità:*

- California Psychological Inventory (Gough, 1975);
- Jackson Personality Research Form (Jackson, 1974);
- Myers-Briggs Type Inventory (Briggs, Myers, 1962; Myers, McCaulley, 1989);
- Dynamic Personality Inventory (Grygier, Grygier, 1976);
- Edwards Personal Preferences Schedule (Edwards, 1959);
- Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1983);

*b. Scale specifiche per la misura del disagio psicologico costruite con lo stesso criterio:*

- General Health Questionnaire (Goldberg, Williams, 1988);
- Beck Depression Inventory (Beck, Beck, 1972);
- Self Rating Depression Scale (Zung, 1965);
- CES-D (Radloff, 1977);

- *Metodo dell'analisi fattoriale* → Essa è una procedura complessa che viene utilizzata per studiare la struttura dei dati in base alle relazioni tra le variabili. L'obiettivo è quello di rappresentare un certo numero di variabili (item) con un numero minore di nuove variabili (fattori) che siano un sunto delle precedenti e diano più informazioni. Come si procede: le risposte di un campione ai test vengono analizzate per trovare gli item con alta correlazione. Questi item vengono inseriti nella stessa scala o fattore, che prendono il nome di fattore identificante. Alla fine dell'analisi si troveranno delle scale composte da fattori diversi.

Oltre al numero di item si deve tenere in considerazione anche il campionamento dei soggetti, la rappresentatività del campione e altre procedure statistiche per l'individuazione dei fattori e della loro attendibilità.

Ovviamente il fattore evidenziato segnala che un certo numero di item è correlato tra loro. Quindi si passa a dare un nome a questi fattori. Per far ciò si ricorre a un costrutto teorico coerente. Quindi la critica per questo metodo è di tipo teorico.

Come si è visto i due metodi più utilizzati hanno delle carenze o sul piano psicometrico o sul piano teorico. Attualmente si sta tentando di combinare i due metodi.

### 2.3.2. LA SCELTA DI UN TEST

La scelta di un test è la prima tappa nella loro utilizzazione. Per scegliere un test si devono seguire una serie di tappe:

- È utile consultare alcune fonti di informazione sui test che ne descrivono le caratteristiche principali. Tra le pubblicazioni inglesi si può citare “*The Mental Measurement*” (Buros, 1938), ma anche “*Tests: A Comprehensive Reference for Assessment in Psychology, Education and Business*” (Sweetland, Keyser, 1986).  
Tra le riviste italiane si possono citare:
  - “*Bollettino di Psicologia Applicata*”, Organizzazioni Speciali, Firenze;
  - “*Ricerche di Psicologia*”, Franco Angeli, Milano;
  - “*Psicologia Clinica*”, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
 Oltre alle riviste ci si può informare anche nei centri di ricerca o di studio inseriti in diversi contesti culturali italiani;
- Successivamente si stabilisce l’aspetto psicologico che si intende misurare e la teoria di riferimento alla quale fa riferimento;
- Fatto ciò, si considera l’adeguatezza dello strumento rispetto alla popolazione che intende esaminare. Quindi si prendono in considerazione l’età, il sesso, il livello sociale e quello educativo;
- Altri elementi di ordine pratico da considerare sono la forma con cui si presenta un test, il tempo necessario per la somministrazione, il costo, il numero di persone disponibili e l’impegno richiesto per la somministrazione e per l’analisi dei risultati.

## 2.4. LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST

Le procedure di somministrazione dei test possono essere di tipo individuale, collettivo o computerizzato.

### 2.4.1. SOMMINISTRAZIONE INIVIDUALE

La somministrazione individuale richiede che l’esaminatore lavori con un solo soggetto alla volta. Nella somministrazione individuale l’operatore gioca un ruolo importante. Egli osserva il comportamento del soggetto per una migliore interpretazione dei risultati ottenuti. La velocità e l’accuratezza della risposta sono elementi importanti nella codifica delle risposte. Esso sembra essere il modo ideale di somministrazione, ma anch’esso ha dei problemi:

- Richiede l’impiego di risorse e di tempo quando è necessario valutare un elevato numero di soggetti;
- Richiede una standardizzazione accurata delle tecniche di somministrazione;
- Il comportamento dell’esaminatore potrebbe influenzare le risposte del soggetto;
- I risultati del test vanno in funzione del rapporto stabilito con l’esaminatore, dello stile di approvazione/disapprovazione dello stesso e della familiarità del soggetto con l’operatore.

Questi aspetti ripropongono l’importanza delle istruzioni che devono essere fornite dai manuali allegati ai test per la somministrazione individuale.

## 2.4.2. SOMMINISTRAZIONE COLLETTIVA

La somministrazione collettiva è una modalità che permette un notevole risparmio di costo e di tempo. È spesso composto da materiale semplice (carta e penna) e risposte a scelta tra alternative previste. Ciò facilita la somministrazione e la lettura dei risultati. Inoltre è possibile, attraverso di essi, ottenere dei dati riferiti a larghi gruppi di soggetti.

Uno dei limiti è che possono essere influenzati dalle abilità linguistiche e di lettura del soggetto, oltre a non permettere la raccolta di informazioni non verbali.

## 2.4.3. SOMMINISTRAZIONE ASSISTITA DAL COMPUTER

Questa modalità di somministrazione viene fatta utilizzando un terminale di computer per la somministrazione e la codifica delle risposte del soggetto. Molti test a somministrazione collettiva sono anche somministrati tramite computer.

I vantaggi di questa modalità sono:

- La standardizzazione delle procedure di risposta e di lettura dei risultati;
- Si può misurare il tempo di esecuzione del test;
- La notevole diminuzione dei costi rispetto alla somministrazione individuale;
- Sembra che i soggetti apprezzino maggiormente questa forma di somministrazione e tendano a fornire maggiori informazioni personali a un computer che a un esaminatore.

## 2.5. I RISULTATI DI UN TEST

Uno degli aspetti più importanti nell'utilizzo dei test riguarda il tipo di punteggio che può essere ottenuto. In questo ambito è necessario sottolineare in primo luogo la distinzione tra una modalità di utilizzo che prevede il confronto dei risultati tra due soggetti diversi che contemplano la stessa prova e un'altra che richiede la valutazione del soggetto in modo separato e individuale. In secondo luogo si deve considerare la possibilità di un test di misurare una singola caratteristica o un insieme di caratteristiche, e in questo caso è necessario considerare se il test ne offre una misura indipendente e se permette di valutare la relativa forza degli aspetti misurati.

### 2.5.1. LE NORME PER I PUNTEGGI DI UN TEST

I punteggi normativi di un test sono quelli che permettono di dare un significato psicologico ai risultati. Molti test di intelligenza, di abilità e di personalità utilizzano i punteggi normativi per la valutazione dei risultati. Questo pone l'accento sul ruolo dominante del gruppo normativo utilizzato per ottenere i punteggi di riferimento e sulla metodologia adottata per la selezione del campione stesso.

Le regole principali per valutare la validità del gruppo campione per i valori normativi è la seguente (Kline, 1996):

- Il campione deve essere sufficientemente grande e stratificato;

- Le variabili utilizzate per la stratificazione devono essere correlate con il test; per quelli psicologici le più importanti sono il sesso, l'età, la classe sociale e l'educazione;
- Ogni sottogruppo deve avere un numero sufficiente di soggetti da formar un campione adeguato.

## 2.5.2. I PUNTEGGI SECONDO CRITERIO BASATO SUL CONTENUTO

Questo tipo di punteggi è utilizzato per la valutazione della prestazione di ogni soggetto preso individualmente ed è appropriato quando sono presenti aspetti specifici da valutare.

Quando si devono valutare i punteggi relativi piuttosto che assoluti si usano i punteggi ipsativi. Essi sono punteggi che possono essere ottenuti da un test che misura più caratteristiche, per cui il soggetto avrà un punteggio elevato su una caratteristica e uno basso nell'altra. Ciò permette di dire che possiede una determinata caratteristica piuttosto che un'altra. Ovviamente questo è vero se esiste l'indipendenza delle caratteristiche misurate dalle scale.

## 2.6. SCALE DI CONTROLLO

Uno dei problemi dell'uso dei test è quello della distorsione delle risposte che Kendall chiama "il problema della disposizione a risponde". Un altro problema evidenziato da Edwards è che esiste la tendenza dei soggetti ad apparire socialmente desiderabili descrivendo loro stessi in maniera positiva.

Per ovviare a ciò vengono utilizzate diverse modalità:

- Inserire nel test una o più scale dette di controllo che hanno lo scopo di individuare la tendenza del soggetto a dare risposte abnormi;
- Inserire nel test i cosiddetti item sottili che apparentemente non hanno una relazione con la variabile misurata;
- Inserire nel test indici di coerenza interna nel test e l'impiego di item di scelta forzata.

## 2.7. I TEST NELLA CLINICA

I test rappresentano uno degli strumenti a disposizione dello psicologo clinico nello svolgimento della sua attività in in diversi contesti. In questi contesti i test vengono utilizzati a fini di diagnosi, di trattamento, di ricerca e a volte hanno una funzione teorica.

I test maggiormente utilizzati in clinica sono 5:

- Scala di intelligenza di Weschler per adulti (WAIS);
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI);
- Bender Visual-Motor Gestalt Test (Bender Test);
- Test di Rorschach;
- Test di Appercezione Tematica (TAT).

Questi test riflettono le aree in cui può essere suddivisa la clinica e cioè:

- *L'area della valutazione delle funzioni intellettive* → Di cui il WAIS è lo strumento di riferimento;
- *L'area di valutazione della personalità* → Di cui i test proiettivi, quali i Rorschach e il TAT, e il MMPI sono gli strumenti più utilizzati;
- *L'area della neuropsicologia* → Di cui il Bender Test è il rappresentante;
- *L'area della valutazione degli aspetti specifici* → Quali ansia, depressione, ecc.;
- *L'area di valutazioni di nuovi costrutti che possono essere definiti atteggiamenti* → Quali il Locus of control, lo stress, ecc.

Esistono anche differenze nell'uso dei test nei vari ambiti in cui vengono utilizzati:

- *Nelle situazioni istituzionali* → Maggiore utilizzo dei test oggettivi;
- *Nei centri di salute mentale e nell'attività privata* → Maggiore utilizzo dei test proiettivi.

Questo riflette le due modalità in cui viene utilizzato un test:

- *La prospettiva psicometrica* → In cui c'è maggiore attenzione alle qualità dello strumento di misura;
- *La prospettiva clinica* → In cui c'è maggiore attenzione alle qualità, alle attitudini e alla preparazione dell'esaminatore.

Ovviamente l'uso corretto dei test in ambito clinico, anche se non richiede un'aderenza rigida alla prospettiva psicometrica, presuppone che ci sia il rispetto di norme riguardo le procedure di scelta, di somministrazione, di raccolta e di analisi dei risultati.

### 2.7.1. I TEST NEUROPSICOLOGICI

La neuropsicologia è un campo ad alta specializzazione. Essa rappresenta un'area multidisciplinare poiché accanto ai test sviluppati per la valutazione delle funzioni cerebrali si utilizzano altre tecniche come:

- La TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) e la RMN (Risonanza Magnetico-Nucleare) per la valutazione delle strutture;
- La PET (Tomografia a Emissione di Positroni) per lo studio delle funzioni cerebrali.

La neuropsicologia clinica esamina:

- L'impatto di lesioni cerebrali o malattie cerebrali sul funzionamento cognitivo e comportamentale;
- Disturbi di apprendimento, il ritardo mentale, i deficit dell'attenzione e di alcune sindromi associate con il comportamento iperattivo.

Esistono due categorie di test:

- *Test per compiti specifici* → Essi sono stati costruiti allo scopo di valutare una singola funzione cerebrale che si presuppone sia danneggiata. Un esempio può essere il Bender Motor Gestal Test utilizzato per i deficit di apprendimento;
- *Batterie di test* → Un esempio è il Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (Golden et al., 1985). Questo test è utilizzato in giovani e adulti ed è composto da 269 item che formano 11 scale. Esse sono:
  - *Scala motoria* → Misura la velocità motoria, il controllo e la qualità di esecuzione;
  - *Scala ritmica* → Valuta la capacità di discriminazione dell'altezza dei suoni e l'analisi del ritmo;
  - *Scala tattile* → Misura la capacità di discriminazione tattile tra diversi oggetti e tipi di superficie, oltre che la direzione del movimento;
  - *Scala visiva* → Studia il riconoscimento visivo di oggetti e figure e altre abilità visivo-spaziali;
  - *Scala del linguaggio recettivo* → Valuta gli aspetti inerenti alla capacità di comprensione del linguaggio;
  - *Scala del linguaggio espressivo* → Misura gli aspetti inerenti al linguaggio parlato semplice e complesso;
  - *Scala di lettura* → Valuta le capacità di lettura sia di semplici parole che di frasi o piccole storie;
  - *Scala di scrittura* → Valuta aspetti di scrittura quali copiare un testo, oppure la scrittura spontanea;
  - *Scala di aritmetica* → Valuta sia la scrittura di numeri che la capacità di esecuzione di operazioni semplici e complesse;
  - *Scala di memoria* → Valuta sia la memoria a breve termine che quella remota, con stimoli verbali, immagini, ritmi e associazioni di parole e immagini;
  - *Scala di intelligenza* → Gli item di questa scala sono simili a quella della WAIS.

## 2.7.2. I TEST E LA DIAGNOSI IN CLINICA

Attualmente nella psichiatria e nella psicologia clinica sono stati compiuti grandi sforzi per migliorare l'accuratezza della diagnosi dei disturbi mentali. Il frutto di questi sforzi sono le procedure che hanno portato alla pubblicazione del manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, il DSM.

Il DSM propone delle classificazioni dei disturbi mentali non teoriche e l'utilizzo dei test offre un notevole aiuto al clinico poiché lo aiutano a confermare una diagnosi, ma non possono sostituirsi ad essa. Esistono dei limiti di questi test:

- Essi non consentono di ottenere informazioni di tipo non verbale e relazionale come avviene nel colloquio clinico;
- Essi non hanno un significato psicologico, ossia non permettono di individuare quelle dimensioni psicologiche fondamentali relative al comportamento umano. Questa tecnica non offre la possibilità di essere a conoscenza delle informazioni sui gruppi diagnostici ma solo su quelli diagnostici (pazienti).

Un altro aspetto da considerare è l'approccio alla diagnosi nell'ambito della psicologia clinica dell'invecchiamento. La psicopatologia della terza età e della quarta età presenta caratteristiche peculiari in termini di tipologia di sintomi riferiti alla persona anziana. Ciò significa che si deve adattare il metodo di raccolta delle informazioni alla specificità dell'utente, nel senso che si deve validare lo strumento tenendo conto dell'età sia in termini normativi di riferimento sia in termini di descrittori sintomatologici riportati.

### **2.7.3. I TEST NELLA VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO**

Ai fini della valutazione di un trattamento, è utile scegliere un ottimo test per risolvere le difficoltà come le differenze individuali dei pazienti, le differenze tra terapeuti, la difficoltà di ottenere dei gruppi di controllo e l'importanza dell'interazione tra terapeuta e paziente.

Per scegliere un ottimo test, esso deve avere due proprietà principali di ordine psicometrico:

- L'attendibilità;
- La validità.

Oltre a queste caratteristiche si devono considerare altre caratteristiche, come la sensibilità al cambiamento. Si deve verificare la capacità propria del test di essere sensibile al potenziale cambiamento. Un ottimo test è quello che rileva il minimo grado di modifica della condizione che viene trattata.

Occorre considerare inoltre lo spazio temporale utile da frapponere tra somministrazioni successive dello stesso test.

### **2.7.4. I TEST E LA TEORIA**

Un'altra possibilità di utilizzo dei test in ambito clinico è il contributo di validazione teorica che possono offrire alla psicologia clinica.

I test possono offrire questo contributo in ambiti clinici dove è necessario sviluppare dei metodi per la verifica di teorie di riferimento. Un altro contributo ancora è la possibilità di utilizzarne i risultati per la costruzione di una teoria clinica.

### 3. IL PROCESSO DIAGNOSTICO A PARTIRE DAL DATO QUANTITATIVO: IL SYMPTOM QUESTIONNAIRE

Il Symptom Questionnaire, costituito da brevi e semplici item a risposte “sì/no”, è uno strumento valido e attendibile. Le sue scale di autovalutazione (depressione, ansia, somatizzazione, rabbia-ostilità) discriminano popolazioni differenti. L’uso di questo questionario è vantaggioso in studi con campioni esigui di soggetti in cui la sensibilità delle scale è importante e in popolazioni di soggetti con scarse capacità verbali.

#### 3.1. INTRODUZIONE

Il problema della diagnosi sta acquisendo una crescente importanza in psichiatria e in psicologia clinica.

Il DSM e la Classificazione delle Malattie Mentali (ICD-10) si sono imposti come indici di riferimento della diagnostica psichiatrica e psicologica. La diagnostica multi assiale del DSM è conforme alla natura psicopatologica ed è inevitabile ricorrervi nella sistematizzazione delle osservazioni cliniche.

Le categorie di questi manuali sono denominate con caratteristiche descrittive e ciò rappresenta il metodo tradizionale di organizzare e di trasmettere l’informazione nella vita. Questa divisione funziona bene se tutti i componenti della classe diagnostica sono omogenei ma non è sempre così perché:

- Il disturbo mentale non può essere sempre considerato un’entità totalmente distinta;
- Non è detto che tutti gli individui descritti all’interno dello stesso disturbo mentale sono simili tra loro da tutti i punti di vista.

Questa visione sottolinea la necessità di ottenere ulteriori informazioni cliniche al di là della diagnosi. Dal momento che i criteri diagnostici non forniscono una valutazione di soglia di intensità dei sintomi, si deve utilizzare uno strumento di tipo dimensionale. Un sistema dimensionale classifica le presentazioni cliniche basandosi su una quantificazione degli attributi e funziona meglio nella descrizione dei fenomeni lungo un continuum e che non hanno confini netti.

Questi strumenti che cercano di quantificare la sintomatologia devono essere in grado di registrare i cambiamenti che si possono manifestare nella sintomatologia manifesta. Essi sono dei termometri clinici. Le scale sintomatologiche sono delle misurazioni di stato che si differenziano da quelle che si riferiscono allo studio della personalità, poiché quest’ultime sono misurazioni di tratto e presuppongono una certa stabilità nel tempo.

Le scale sintomatologiche possono basarsi su:

- Un’intervista clinica più o meno strutturata (Scale di etero valutazione);
- Questionari di autovalutazione.

La forza dei questionari di etero valutazione sta nel fatto che un clinico può mediare con l’ausilio delle proprie conoscenze tecniche le percezioni del paziente e cogliere aspetti che andrebbero persi.

La scelta dello strumento da utilizzare comunque va rapportata al fenomeno clinico da esaminare. In linea di massima:

- *Fenomeni come la valutazione della gravità dei sintomi* → Richiede una etero valutazione esperta;
- *Fenomeni come la valutazione della qualità di vita* → Prevede una autovalutazione.

Esistono molti strumenti di autovalutazione. La forza di questa metodologia sta nel fatto che è facilmente standardizzabile: gli elementi che lo compongono sono uguali per tutti i pazienti e per tutte le occasioni. Per misurare l'omogeneità delle componenti (item) si utilizzano diverse metodiche come:

- L'analisi fattoriale;
- L'indice alfa di Cronbach Per gli item con risposte ordinali;
- L'indice di omogeneità di Kuder-Richardson Per gli item con risposte dicotomiche.

I limiti di questi strumenti invece sono:

- Il soggetto può essere troppo disturbato per completare un questionario;
- Il soggetto può avere problemi di comprensione nelle sue parti, o dove sia chiamato a quantificare un disturbo, fornendo valutazioni troppo grossolane.

Il problema di conciliare gli aspetti categorici e dimensionali della valutazione psicologica è sempre presente nella diagnostica e nella pratica clinica. La psicometria è sempre rimasta marginale al processo clinico. Per aumentare la sua incisività clinica deve contestualizzarsi all'interno della clinimetria.

La clinimetria è un termine introdotto dall'epidemiologo americano Alvan R. Feinstein (1982) che indica una disciplina medica che, utilizzando i contributi di medicina clinica, psicometria e statistica, è finalizzata allo sviluppo e alla standardizzazione delle misure cliniche. Nella pratica clinica, gli psicologici clinici, attraverso i principi clinimetrici, possono dare peso a fattori come la progressione della malattia, la gravità generale del disturbo, la risposta a trattamenti precedenti, il supporto sociale, l'adattamento del paziente, la resilienza e la reazione a circostanze stressanti della vita.

Un questionario di autovalutazione che si è affermato sempre più in psicometria e come ausilio in ambito clinimetrico è il Symptom Questionnaire.

### 3.2. IL SYMPTOM QUESTIONNAIRE

Il Symptom Questionnaire (SQ) di R. Kellner (1987) è un questionario di autovalutazione che deriva dal Symptom Rating Test.

Esso differisce dal Symptom Rating Test:

- Per la semplicità e brevità del suo testo;
- Per un numero maggiore di item (92) per incrementare la sensibilità delle scale.

Il SQ è composto di item con risposta “sì/no” e “vero/falso” e sono presenti item che indicano i sintomi e altri che indicano gli stati di benessere.

Il SQ contiene 4 scale:

- Ansia;
- Depressione;
- Sintomi somatici;
- Rabbia-ostilità.

Le prime tre derivano da uno studio di revisione della letteratura sull’analisi fattoriale di pazienti psichiatrici e di soggetti sani.

L’analisi degli item è stata condotta su 114 sintomi ed espressioni di benessere; sono stati mantenuti nella versione finale solo gli item che discriminavano:

- Pazienti psichiatrici non psicotici affetti da ansia e depressione da soggetti sani di controllo;
- Trattamento psicofarmacologico dal placebo in tre studi farmacologici.

La quarta scala è stata costruita sulla base di dichiarazioni di rabbia e ostilità durante i colloqui con un clinico da parte di pazienti nevrotici e affetti da disturbi di personalità. Sono stati mantenuti nella versione finale gli item a cui i pazienti ostili rispondevano con maggior frequenza.

### 3.3. DESCRIZIONE DEL SYMPTOM QUESTIONNAIRE

Il Symptom Questionnaire è costituito da 92 item:

- 62 item indicano sintomi che costituiscono le sottoscale dei sintomi;
- 24 item indicano situazioni di benessere che costituiscono le sottoscale del benessere.

Le scale e le sottoscale del questionario sono riassunte in questa tabella:

Scala	Sottoscala dei sintomi	Sottoscala del benessere
Depressione	Sintomi depressivi	Contentezza
Ansia	Sintomi ansiosi	Rilassatezzazza
Rabbia-ostilità	Sintomi di rabbia e ostilità	Socievolezza
Somatizzazione	Sintomi somatici	Benessere fisico

Il punteggio massimo che si ottiene per ogni sottoscala dei sintomi è 17 e per ogni sottoscala del benessere è 6.

Se il punteggio di una scala è superiore di una o più deviazioni standard rispetto alla media dei soggetti normali vi è un moderato stress, se è di due deviazioni standard si suggerisce la presenza di grave distress o psicopatologia.

Un punteggio considerato da solo non può essere indicativo di una patologia senza una valutazione clinica aggiuntiva.

Quando le sottoscale del benessere sono conteggiate separatamente, i punteggi si calcolano sottraendo il punteggio grezzo a 6. In questo caso maggiore è il punteggio, maggiore è il benessere.

### 3.3.1. SOMMINISTRAZIONE

Esistono tre versioni del questionario:

- Oraria;
- Giornaliera;
- Settimanale.

Esse si riferiscono rispettivamente allo stato psicologico rispettivamente dell'ora, del giorno, della settimana precedente alla somministrazione del test.

La versione settimanale del Symptom Questionnaire è preferibilmente usata per l'autovalutazione di cambiamenti di distress.

### 3.4. LA VERSIONE ITALIANA DEL SYMPTOM QUESTIONNAIRE

Nella versione italiana si è tenuto conto dei problemi semantici riguardanti la traduzione. Dopo alcuni field-trials su pazienti nevrotici, depressi, soggetti nella popolazione generale e donne sottoposte all'intervento di amniocentesi, si è giunti ad una versione che è stata sottoposta a cinque italo-americano. Questi hanno ritradotto il questionario in lingua inglese, separatamente, e ciò ha permesso di identificare eventuali distorsione di significato. Prima di arrivare alla versione finale di G. A. Fava e R. Kellner sono state necessarie tre ritraduzioni.

### 3.5. VALIDITÀ E SENSIBILITÀ

Sono stati condotti vari studi per la validazione del SQ. Esempi di studi sono i seguenti:

- È stata condotta una validazione transculturale della scala in contemporanea fra il Dipartimento di Psichiatria dell'Università del Nuovo Messico e il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna. In tutti gli studi il questionario discriminava significativamente i pazienti psichiatrici da quelli di controllo;
- In cinque studi in ambito endocrinologico alcune o tutte le scale o le sottoscale del SQ hanno discriminato donne con normali livelli di prolattina e donne con alti livelli di prolattina;
- Il SQ ha discriminato, rispetto al Symptom Rating Test, pazienti amenorroiche da donne normali;
- In ambito cardiologico il SQ è stato utilizzato allo scopo di valutare il ruolo rivestito dal disagio psicologico e dalla sintomatologia depressiva subclinica sulla prognosi a breve termine dello scompenso cardiaco. Al follow-up di due mesi, i 68 pazienti arruolati hanno manifestato un elevato grado di sintomatologia somatica, non necessariamente connessa alla patologia cardiaca, tuttavia, solamente la diagnosi di depressione minore si è rilevata predittiva di eventi cardiaci sfavorevoli;

- In uno studio sulla sindrome da sospensione di SSRI si è scelto il SQ per valutare la stabilità nel tempo della risposta agli antidepressivi, alla luce della maggiore sensibilità mostrata da tale strumento rispetto alle scale di etero valutazione. I punteggi ottenuti sono risultati consistenti quanto quelli ottenuti da strumenti etero valutativi;
- In tutti gli studi le sottoscale del benessere del SQ erano negativamente correlate alle scale dei sintomi.

### 3.6. ATTENDIBILITÀ (VERSIONE SETTIMANALE)

L'attendibilità test-retest di uno strumento di personalità è la prova della sua stabilità nel tempo. Essendo il SQ una misura di stato, il re-test va a misurare un'alterazione di stato in un gran numero di pazienti.

Lo studio condotto da Fava con pazienti ambulatoriali ansiosi (N=18) dopo quattro settimane, ha mostrato le seguenti correlazioni:

- *Ansia* → +0.71;
- *Depressione* → +0.95;
- *Somatizzazione* → +0.77;
- *Ostilità* → +0.82.

Le sottoscale del benessere risultano instabili, ma le sottoscale dei sintomi mostrano una correlazione test-retest molto alta (+0.96) dopo un mese.

Questi risultati mostrano che le scale del SQ sono attendibili.

### 3.7. CONCLUSIONI

La sensibilità delle scale del SQ sembra essere dovuta alla selezione empirica di item semplici e sensibili e alla scelta empirica delle risposte.

Il SQ può essere utilizzato in indagini psichiatriche e psicosomatiche. La sua maneggevolezza lo rende indicato anche a procedimenti epidemiologici di screening e alla routine clinica. In questo ambito può essere utilizzato con altri strumenti o scale, come la Hamilton Rating Scale of Depression.

Questo strumento di valutazione può essere importante per la valutazione della personalità. Ma si deve essere consapevoli che è uno strumento di stato. I punteggi troppo elevati ci possono infatti mettere in guardia da valutazioni di tratto che non riflettano le caratteristiche del paziente ma siano influenzate pesantemente dalla sintomatologia di un processo in atto.

## 4. IL MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY DALL'ESORDIO AL MMPI-A E AL MMPI-2-RF

Qui di seguito si parlerà degli elementi necessari per comprendere l'evoluzione, il significato, le potenzialità e le modalità di utilizzazione del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), attualmente rinnovato (MMPI-2) e disponibile anche nella versione per adolescenti (MMPI-A).

### 4.1. INTRODUZIONE

Hathway e McKinley si avvalevano della classificazione psichiatrica proposta da Kraepelin e dell'approccio proposto da Adolf Meyer per costruire un concetto essenzialmente unitario della malattia mentale. Egli propose una visione olistica dell'organismo, ove le varie componenti psicobiologiche che venivano esaminate mediante l'uso di tecniche d'indagine diverse.

Il gruppo di lavoro che si era costituito attorno al progetto del MMPI era ben articolato e ricco di esperienze diverse.

Oltre all'adesione al modello psicobiologico meyeriano, al riferimento alla classificazione kraepeliana, anche la convinzione della validità di un approccio empirico, la ricchezza di esperienze dell'equipe costituiscono le basi della formazione del MMPI.

La pubblicazione della prima versione del MMPI è del 1942. Da allora, lo strumento nella sua prima versione (MMPI) e seconda versione per adulti (MMPI-2), nonché nella versione per adolescenti MMPI-A, ha costituito l'oggetto di migliaia di articoli scientifici.

Attualmente esiste una nuova versione dello strumento, il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF).

### 4.2. STRUTTURA E ARTICOLAZIONE

#### 4.2.1. ESORDIO E SVILUPPO

Il MMPI nella sua versione originale è stato costruito per l'identificazione di disturbi mentali o comportamenti patologici, come l'ipocondria e la paranoia, ma poi è stato estesamente impiegato nell'ambito della diagnosi psichiatrica.

Nella sua versione originaria viene costruito da Hathaway e McKinley nel 1943 ed è composto da 566 item a seguito della ripetizione di 16 item della inclusion di due nuove scale non cliniche:

- *La scala 5* → Femminilità-mascolinità;
- *La scala 0* → Introversione.

Si giunse quindi alla definizione di quattro scale di validità e dieci scale cliniche.

Le scale cliniche risentono dell'impostazione Kraepeliana diffusa all'epoca. Esse sono:

- *Hs* – Ipocondria Gli item riguardano un'ampia gamma di disturbi somatici, in gran parte riconducibili a sintomatologie specifiche;

- D – Depressione Misura della depressione sintomatica, i cui item sono in relazione a sensazioni di estremo pessimismo, basso tono dell'umore, perdita di interesse per la vita, scoraggiamento, bassa autostima;
- Hy – Isteria Misura del disturbo di conversione, i cui item descrivono un'ampia serie di sensazioni, relative a disturbi somatici, negazione di problemi psicologici, mancanza di ansia sociale;
- Pd – Deviazione Psicotica Gli item descrivono un quadro psicopatologico caratterizzato da mancanza di controllo emotivo, antisocialità e disinteresse per le regole, aggressività, incapacità di stabilire rapporti interpersonali;
- Mf – Mascolinità-Femminilità Gli item riguardano reazioni emotive, interessi, atteggiamenti che di solito differenziano uomini e donne. Entro certi limiti concerne orientamenti omoerotici;
- Pa – Paranoia Gli item riguardano ipersensibilità nei rapporti interpersonali, sospettosità, idee di riferimento o di persecuzione;
- Pt – Psicastenia Gli item fanno riferimento a ossessività-compulsività, fobie, comportamenti caratterizzati da sentimenti di colpa e incapacità decisionale;
- Sc – Schizofrenia Concerne un'ampia gamma di convinzioni, idee, percezioni bizzarre e insolite; gli item riguardano anche episodi di delirio e di allucinazioni;
- Ma – Ipomania Concerne aspetti comportamentali e caratteristiche psicologiche connesse con disturbi maniaco-depressivi; gli item fanno riferimento a ipereccitabilità emotiva, ambizione eccessiva, fuga di idee, iperattività motoria;
- Si – Introversione sociale Gli item riguardano timidezza, disagio sociale, scarsa socievolezza, tendenza all'isolamento e all'introversione, sentimenti di inferiorità.

Il MMPI dispone di quattro indicatori di validità:

- “Non so (?)” Punteggio grezzo che corrisponde al numero totale di item a cui il testando non ha dato risposta;
- L – Menzogna Volta a individuare una presentazione di se stessi come individui estremamente virtuosi e onesti;
- F – Frequenza Diretta rilevare risposte poco frequentemente date dalla popolazione generale;
- K – Correzione Costruita per rilevare tendenze alla negazione di problemi di adattamento e manifestazioni psicopatologiche.

I punteggi di scala vengono espressi in punti T, calcolati prendendo in considerazione la media aritmetica e la deviazione standard rilevate nel campione di soggetti normali.

A partire dai primi anni Ottanta del secolo scorso c'è stata una revisione del MMPI, che ha portato alla nuova versione denominata MMPI-2. Esso era composto da 567 item. Fu leggermente variata la composizione delle diverse scale e vennero previste nuove scale di controllo.

Le nuove scale di validità sono:

- F<sub>B</sub> – Back F Corrisponde alla scala F ed è costituita da risposte date alla seconda parte del test, ovvero agli item successivi al 370°;

- VRIN – Incoerenza delle risposte Riflette la tendenza generale a rispondere in modo causale, senza considerare il contenuto dell’item;
- TRIN – Incoerenza nelle risposte “Vero” Saggia la tendenza generale a rispondere in maniera incoerente agli item che dovrebbe avere risposta coerente; tendenza a fornire un tipo di risposta in modo indiscriminato, senza prestare attenzione al contenuto degli item.

Harris e Lingoies per alcune scale cliniche costruirono delle sottoscale di contenuto piuttosto omogeneo, utili sia per definire gli aspetti maggiormente responsabili dell’elevazione di una specifica scala, sia a identificare particolari dimensioni di disagio psicologico anche in scale che presentano elevazioni modeste.

Esempi di sottoscale per gli item della scala 3 (Isteria) di Harris e Lingoies sono:

- Hy1 - Negazione di Ansia Sociale;
- Hy2 - Bisogno di Affetto;
- Hy3 – Stanchezza-Malessere;
- Hy4 – Disagio Somatico;
- Hy5 – Inibizione dell’Aggressività.

Esempi di sottoscale per gli item della scala 6 (Paranoia) di Harris e Lingoies sono:

- Pa1 – Idee Persecutorie;
- Pa2 – Suscettibilità;
- Pa3 – Ingenuità.

Anche il MMPI-2 dispone di numerose scale supplementari, costruite appositamente (come le scale “Ammisione di Tossicodipendenza” (AAS) o “Tossicodipendenza Potenziale” (APS)) o rielaborate nell’ambito del processo di ristandardizzazione.

Esempi di scale supplementari sono:

- A – Ansietà È La misura di distress, ansia, disagio e turbamento emozionale generalizzato;
- Es – Forza dell’Io È una scala mirata alla valutazione delle capacità di trarre profitto da una psicoterapia individuale o di gruppo;
- O-H – Ostilità Ipercontrollata È volta all’assessment della capacità di tollerare le frustrazioni senza reagire;
- MDS – Scala di Disagio Coniugale È una misura di disagio o di contrasti delle relazioni di coppia.

Il MMPI-2 introduce nuove scale, denominate di contenuto, di particolare interesse per la psicologia clinica e la psicosomatica. Esse sono:

- ANX – Ansia Sintomi generali di ansia, che corrispondono a tensione, problemi somatici, disturbi del sonno, preoccupazioni, scarsa concentrazione, difficoltà nel prendere decisioni;
- FRS – Paure La persona manifesta molte paure specifiche;
- OBS – Ossessività Grande difficoltà nel prendere decisioni, tendenza a rimuginare sulle cose, eccessiva preoccupazione; possono essere presenti comportamenti compulsivi;

- DEP – Depressione Sentimenti di malinconia, incertezza sul futuro, indifferenza per la propria vita;
- HEA – Preoccupazioni per la Salute Preoccupazione per la propria salute e presenza di molteplici sintomi fisici;
- BIZ – Ideazione Bizzarra Contenuti connessi a processi di pensiero di tipo psicotico;
- ANG – Rabbia Problemi connessi con il controllo della rabbia; irritabilità, insofferenza, impulsività, desiderio di imprecare o di rompere oggetti;
- CYN – Cinismo Misura di convinzioni ciniche e tendenza alla misantropia, sospetto che le azioni degli altri nascondono scopi negativi, diffidenza verso gli altri;
- ASP – Comportamenti Antisociali Misura di tendenze antisociali di personalità;
- TPA – Tipo A Descrive persone ipermotivate, rapide dei movimenti, centrate sul lavoro, impazienti, irritabili e infastidite;
- LSE – Bassa Autostima Percezione negativa di sé;
- SOD – Disagio Sociale Le persone con punteggio alto preferiscono stare da sole;
- FAM – Problemi Familiari Presenza di seri contrasti nei rapporti familiari;
- WRK – Difficoltà sul Lavoro Indicativa di comportamenti o atteggiamenti che possono contribuire a prestazioni lavorative scadenti e a difficoltà nel perseguimento degli obiettivi;
- TRT – Indicatori di Difficoltà di Trattamento Connessa con atteggiamenti negativi verso il cambiamento e l'accettazione di aiuto da parte degli altri.

Un ulteriore approccio è dato dalla considerazione di quei singoli item definiti critici che sono indicativi di specifici stati psicopatologici. Vari autori hanno proposto liste di item critici di varia lunghezza e concernenti varie aree psicopatologiche. Un esempio di elenco di item critici è quello di Koss-Butcher:

- Stato d'Ansia Acuta “Mi sveglio fresco e riposato quasi tutte le mattine” (F);
- Ideazione Depressiva Suicidaria “A volte mi sento proprio inutile” (V);
- Minaccia di Aggressione “Mi arrabbio facilmente e poi mi passa presto” (V);
- Stress Situazionale da Alcolismo “Ho fatto un sacco di grossi errori nella mia vita” (V);
- Confusione Mentale “Ho avuto esperienze molto strane e insolite” (V);
- Idee Persecutorie “Qualcuno ce l'ha con me” (V).

Esistono anche critiche e riserve a questo strumento. In particolare, si rileva che:

- Gli indicatori di attendibilità di alcune scale non risultano molto elevati;
- La validazione iniziale si basa su un numero limitato di soggetti;
- Il questionario riesce piuttosto bene a distinguere i neurotici e gli psicotici dai soggetti normali, ma fornisce quadri nosologici non particolarmente raffinati;
- Le intercorrelazioni tra alcune scale cliniche risultano particolarmente elevate, ma talvolta sono poco spiegabili da un punto di vista clinico.

#### **4.2.2. LA VERSIONE ITALIANA. TRADUZIONE E STRANDARDIZZAZIONE**

Pancheri e Sirigatti per l'adattamento in italiano del MMPI-2 hanno seguito le seguenti fasi:

- Traduzione del questionario da parte di due gruppi indipendenti di psicologi e psichiatri;
- Mantenimento senza alterazioni della traduzione degli item presenti sia nel MMPI sia nel MMPI-2, per evitare di introdurre tra le due versioni italiane diversità maggiori di quelle presenti tra le due edizioni americane;
- Somministrazione della versione preliminare così ottenuta a vari soggetti per individuare e modificare item ambigui;
- Somministrazione del questionario originale e sperimentale a soggetti bilingui;
- Somministrazione del questionario sperimentale a pazienti psichiatrici;
- Somministrazione del questionario sperimentale alla popolazione generale;
- Svolgimento della retro traduzione a cura del Centro Linguistico della Minnesota University;
- Preparazione della versione definitiva dalle indicazioni della retro traduzione;
- Verifica della leggibilità della versione definitiva;
- Elaborazione dei dati raccolti per definire le proprietà psicometriche della versione italiana del MMPI-2.

#### **4.2.3. VALIDAZIONE DI SCALE NUOVE E RINNOVATE, CON RIFERIMENTO AL CONTESTO ITALIANO**

La prima verifica della versione sperimentale del questionario è stata svolta allo scopo di saggiarne l'accuratezza nel distinguere soggetti della popolazione generale da pazienti psichiatrici. Alcune scale in occasione della ristandardizzazione del MMPI-2 erano state costruite ex novo o rielaborate, sono state sottoposte a un accertamento di validità.

In relazione alle ricerche sui profili dei tossicodipendenti si può dire che esse erano caratterizzate dagli orientamenti clinici del ricercatore. A tale soggettività di giudizio si pensò di rimediare con l'utilizzo di strumenti oggettivi, come il MMPI.

L'analisi delle possibili elevazioni di punteggi di scala evidenziano che i dipendenti da alcool e da sostanze ha valori alti in Pd e D, ma anche nella scala Pt.

Nel tentativo di distinguere più efficacemente i tossicodipendenti sia dalla popolazione generale da quella psichiatrica, sono state impiegate procedure di analisi discriminante multivariata. L'analisi dei cluster ha costituito un approccio abbastanza promettente nella definizione della tipologia dei tossicodipendenti. I limiti riscontrati nei diversi approcci orientarono vari ricercatori alla costruzione di scale appositamente dirette alla identificazione di varie forme di dipendenza da sostanze.

Quando venne affrontata la revisione del MMPI, la questione riguardante la dipendenza da sostanze fu tenuta presente. Furono introdotti nuovi item, utili a valutare l'abuso di alcool e di altre sostanze, in modo da rendere possibili la revisione della MAC e la costruzione di due scale specifiche.

Nel manuale del MMPI-2 queste scale vengono descritte in tal modo:

- La MAC-R (Scala MacAndrew di Alcoolismo Rivista) è composta da 49 affermazioni, ma quattro item della scala originale di contenuto religioso sono stati sostituiti con altri, risultati associati all'abuso di alcool e di droghe. Punteggi inferiori a 24 indicano l'assenza

di problemi connessi con abusi di sostanze. Punteggi oltre il 28 evidenziano possibilità di problemi di tossicodipendenza. Punteggi elevati indicano persone estroverse, esibizioniste, desiderose di correre rischi. Persone con punteggi bassi indicano persone timide, introversive, con poca fiducia in loro stesse;

- L'APS (Scala di Tossicodipendenza Potenziale) è composta di 39 item che caratterizzano individui con potenzialità a sviluppare problemi legati a dipendenza da sostanze. Nessun item contiene riferimenti espliciti all'abuso di alcool o di droghe. Gli item riguardano dimensioni della personalità o situazioni associate con abuso di sostanze. Alti punteggi in APS dovrebbero suggerire l'assenza di altri significativi disturbi psicologici. Un soggetto con difficoltà psicologiche marcate con problemi di abuso di sostanze dovrebbe ottenere punteggi bassi;
- L'AAS (Scala di Ammissione di Tossicodipendenza) non contiene item che fanno esplicito riferimento all'abuso di sostanze, consiste interamente di item concernenti tale abuso. Nella prima versione erano stati identificati 14 item. Tre di questi, che non contribuivano alla coerenza interna della scala, vennero scartati e rimpiazzati da due che miglioravano la coerenza interna. Questi 13 item costituiscono la scala AAS.

Per la validazione italiana delle tre scale sono stati confrontati i risultati ottenuti con soggetti riferibili alla popolazione generale e ospiti di una comunità di recupero di tossicodipendenti.

Tutte e tre le scale hanno dimostrato una diversa, ma elevata, efficacia discriminante. Con soggetti collaboranti, la AAS si è rivelata la più efficace.

La costruzione della scala S ha preso spunto dall'osservazione che si può riscontrare l'intento del soggetto esaminato sotto il profilo psicologico a minimizzare sintomi psicopatologici e a presentarsi sotto una luce favorevole. La Superlative Scale (S) è composta da 50 item, articolata in cinque sottoscale, ha inizialmente dimostrato una certa capacità di identificare tentativi di trasmettere immagini altamente positive di sé e profili distorti da atteggiamenti volti alla negazione dei sintomi. Si è avviata una ricerca per la validazione di questa scala nella versione italiana del MMPI-2. Il questionario è stato sottoposto a 3 gruppi di soggetti:

- Soggetti sottoposti a valutazione professionale;
- Soggetti tratti dalla popolazione generale;
- Soggetti che hanno avuto esperienze di dipendenza da sostanze.

Le ipotesi erano:

- Il secondo gruppo doveva essere la base di riferimento;
- Il primo gruppo avrebbe avuto punteggi alti;
- Il terzo gruppo avrebbe avuto punteggi bassi.

La scala S si è dimostrata in grado di discriminare in maniera significativa i tre gruppi considerati nella direzione ipotizzata.

#### **4.3. SOMMINISTRAZIONE E STRATEGIE INTERPRETATIVE**

La somministrazione e la correzione del MMPI-2 sono relativamente facili e semplici; tuttavia la sua interpretazione richiede un livello di competenza psicometrica, clinica e personale. Oltre a queste caratteristiche, il clinico deve essere capace di integrare le ipotesi diagnostiche con una specifica conoscenza dell'anamnesi e delle caratteristiche del testando.

### **4.3.1. SOMMINISTRAZIONE DEL MMPI-2**

Il MMPI-2 non presenta particolari difficoltà per la sua applicazione e la sua interpretazione. Per la somministrazione occorre assicurare riservatezza durante lo svolgimento dell'esame, evitare ingerenze da parte di terzi, tutelare i risultati ottenuti, usare le indicazioni ricavate a beneficio della persona valutata.

L'utilità delle informazioni ottenute attraverso il MMPI-2 dipende dall'abilità del soggetto testato di capire le istruzioni, svolgere il compito richiesto, comprendere e interpretare il contenuto degli item, registrare correttamente le proprie risposte.

Butcher e Pope raccomandano che il questionario sia riempito sotto supervisione.

Occorre tener presente che soltanto la totale compilazione del questionario consente l'elaborazione di tutte le scale e dei vari indicatori.

Esiste la possibilità di applicare il questionario mediante computer.

Un intero MMPI-2 può essere compilato in 60-75 minuti.

### **4.3.2. STRATEGIE INTERPRETATIVE**

L'interpretazione passo dopo passo del profilo di base e delle informazioni che si possono ricavare da un protocollo MMPI-2, prevede le seguenti fasi:

- Valutazione dell'accettabilità del protocollo ai fini della sua interpretazione;
- Esame dei punteggi alle scale cliniche nel profilo di base;
- Consultazione di diverse guide all'interpretazione del MMPI;
- Definizione, per le scale che hanno una modesta elevazione di punteggio, delle sottoscale che contribuiscono in maniera determinante a queste elevazioni;
- Annotazione di ogni item critico significativo;
- Esame dei punteggi alle scale di contenuto per sviluppare le ipotesi interpretative già delineate.

### **4.3.3. ACCESSIBILITÀ AL PROTOCOLLO**

Innanzitutto, il tempo impiegato per completare il questionario può fornire utili dati per valutare la sua accessibilità. Se il MMPI è stato completato in meno di un'ora, è lecito supporre che il testando abbia svolto il proprio compito frettolosamente. Se è stato completato in due o più ore, si può supporre deficit intellettivo, limitate abilità di lettura, lesioni cerebrali, gravi disturbi psicologici.

Se il foglio delle risposte presenta poche correzioni si può pensare ad impegno e serietà. Se il numero di correzioni è eccessivo si può pensare a tendenze ossessivo-compulsive.

Prima di ogni ulteriore considerazione è indispensabile verificare la validità del protocollo attraverso le scale di validità.

Ci si può trovare davanti a due profili:

- Atteggiamento di tipo difensivo Si osserva un'elevazione nella scala K, che si accompagna a un L modale e un basso punteggio F. questo quadro non invalida il protocollo;
- Quadro esagerato dei sintomi Quando la scala F ottiene un punteggio superiore a 80T, il soggetto ha segnalato un numero eccessivo di problemi psicologici: o non comprende le istruzioni o è confuso, o cerca di esagerare i sintomi.

#### 4.3.4. INTERPRETAZIONE PER PUNTE DELLE SCALE CLINICHE

Superata la verifica di validità, si ordinano le scale cliniche in base ai punti T. una procedura seguita che consente di ottenere una rappresentazione sintetica ed efficace dei risultati è la procedura di Welsh. Essa è composta da pochi passi:

- Scrivere in ordine decrescente i punteggi T i numeri delle scale cliniche; le scale cliniche che hanno lo stesso valore sono indicate in ordine di numero. A destra, separatamente, si scrivono – sempre in ordine decrescente – le abbreviazioni delle scale di validità;
- Si sottolineano le scale che hanno lo stesso punteggio T o che si differenziano di un solo punto;
- Si inseriscono i simboli che indicano le elevazioni del punteggio, includendo il simbolo anche per gli intervalli mancanti.
- Si ottiene il codice.

#### 4.3.5. INTERPRETAZIONE PER CODICI-TIPO

I codici-tipo sono basati su due e, talvolta, su tre elezioni. È stato osservato che le ipotesi diagnostiche derivate dai codici-tipo sono spesso più accurate e clinicamente rilevanti di quelle tratte da scale singole. Si possono ricavare utili informazioni concernenti la sintomatologia, le manifestazioni comportamentali, le caratteristiche di personalità e le indicazioni terapeutiche.

Un contributo all'interpretazione è offerto anche dalle varie scale supplementari che hanno ampliato lo spettro diagnostico del MMPI, facilitando l'interpretazione di quelle di base.

#### 4.3.6. CONTRIBUTO DELLE SCALE UNIDIMENSIONALI

Non sempre il profilo in esame presenta una configurazione ove una o più punte emergono nettamente. In tali casi non è praticabile l'interpretazione per punte o per codici-tipo, ma occorre adottare una procedura diversa. Si consiglia di evitare il ricorso a descrizioni psicopatologiche accentuate e, in ogni modo, far riferimento a quelle caratteristiche che sono comuni alle scale maggiormente elevate. Può rivelarsi inoltre utile considerare quali aspetti, in una scala mediamente elevata, risultino preminenti. A questo proposito le sottoscale Harris-Longoes consentono di individuare quali costellazioni di risposte abbiano maggiormente contribuito al punteggio complessivo.

### 4.3.7. CONTRIBUTO DEGLI ITEM CRITICI

Si raccomanda di esaminare le risposte di alcuni di questi item specifici, insieme ai dati ricavati con colloqui o altre procedure. Un tipo di organizzazione degli item critici è quella di Koss-Butcher.

### 4.3.8. ACCESSIBILITÀ ALLA PSICOTERAPIA

Un problema è l'interazione tra i vari indicatori del MMPI-2 e la trattabilità del trattamento. Si possono considerare:

- Le scale di validità;
- Le scale cliniche;
- I codici-tipo;
- *Le scale supplementari* → Es (Forza dell'Io), sviluppatasi come indicatore di trattabilità del trattamento; che indica la disponibilità al cambiamento;
- *Le scale di contenuto* → TRT (Indicatori di Difficoltà di Trattamento), che valuta sia la resistenza che il paziente manifesta a collaborare alla terapia sia la presenza di atteggiamenti che riflettono avversione o impossibilità al cambiamento.

### 4.3.9. REDAZIONE DEL RAPPORTO

Un'adeguata interpretazione del MMPI-2 costituisce un importante contributo per la formulazione di una solida ipotesi diagnostica. Per la redazione della relazione gli aspetti da trattare sono:

- Eventuali fattori personali o ambientali che possono avere influito sui risultati del MMPI-2;
- L'atteggiamento assunto riguardo alla prova;
- Sintomi e comportamenti riferiti dalla persona; eventuali stati di acuto disagio psichico;
- Problemi di autocontrollo; possibili manifestazioni;
- Ipotesi plausibili sulle caratteristiche di personalità del testando;
- Possibile rischio riguardo a problemi con sostanze psicoattive; ammissione di abusi di droga o di alcool;
- Tipo di relazioni interpersonali; capacità di mettersi in relazione in maniera efficace con gli altri;
- Stabilità del profilo nel tempo;
- Entità del disturbo in confronto agli altri;
- Considerazioni diagnostiche.

Per la valutazione della trattabilità gli aspetti da considerare sono:

- Bisogno di un trattamento psicologico in questo momento;
- Consapevolezza dei propri problemi;
- Attendibilità nella descrizione di sé;
- Disponibilità a comunicare al terapeuta informazioni personali;
- Motivazione al trattamento;

- Capacità di insight per i propri problemi;
- Disponibilità al trattamento e al cambiamento del proprio comportamento;
- Specifici bisogni di trattamento suggeriti dal MMPI-2;
- Presenza di qualità o punti di forza su cui si può contare per il trattamento;
- Presenza di tratti di personalità che potrebbero favorire la relazione terapeutica.

#### 4.4. IL MMPI-A

Il MMPI-A è una versione del MMPI costruita per soggetti dai 14 ai 18 anni. Mantiene continuità rispetto allo strumento originario, rappresentata dalle scale cliniche di base, ma rappresenta uno stretto collegamento con il MMPI-2, per quanto attiene alle scale di controllo e di contenuto.

Il pool di item è passato da 566 a 478 e sono stati creati nuovi item più utili per la misurazione della psicopatologia negli adolescenti.

Alcune scale di contenuto sono state modificate e altre create. Le tre nuove scale sono:

- *A-aln – Alienazione-Adolescenti* → Quanto il soggetto si sente emotivamente distante dagli altri;
- *A-las – Basse Aspirazioni-Adolescenti* → Scarso interesse per il successo, limitata partecipazione nell'ambiente scolastico;
- *A-sch – Problemi Scolastici-Adolescenti* → Problemi di apprendimento, atteggiamenti negativi verso gli insegnanti.

Nel MMPI-A alcuni costrutti hanno richiesto delle modifiche:

- La scala ASP è stata sostituita dalla scala Problemi di Condotta (A-con) costituita da 23 item;
- Solo 15 item di 35 sono stati mantenuti della Scala Problemi Familiari;
- La scala di contenuto Paure è stata eliminata.

Vengono introdotte tre nuove scale supplementari:

- *ACK – Ammissione di Problemi con alcool o droga;*
- *PRO – Tendenza all'abuso di alcool e droga;*
- *IMM – Immaturità.*

#### 4.5. DAL MMPI-2 AL MMPI-2-RF

VEDI “*METODI DELLA VALUTAZIONE CLINICA*”

##### 4.5.1. LA RISTRUTTURAZIONE DELLE SCALE CLINICHE

VEDI “*METODI DELLA VALUTAZIONE CLINICA*”

## 4.5.2. IL MMPI-2-RF

VEDI “*METODI DELLA VALUTAZIONE CLINICA*”

## 5. IL TEST DELLE MACCHIE DI RORSCHACH

Dopo una premessa sulla necessità di integrazione fra diagnosi nosografica e approccio esplicativo nell'uso dei test proiettivi e del Rorschach in particolare, viene ripercorsa la storia del test delle macchie dal 1921 fino al Sistema Integrato di Exner. L'analisi delle componenti del processo di risposta al test è il fondamento teorico su cui si basa l'integrazione tra gli indicatori percettivi e cognitivi e quelli "proiettivi" del sistema di codifica e interpretazione.

### 5.1. L'USO DEI TEST "PROIETTIVI" TRA DIAGNOSI NOSOGRAFICA E APPROCCIO ESPLICATIVO

Le tradizionali dicotomie nella valutazione delle personalità hanno portato ad affermare che:

- I test obiettivi colgono meglio i tratti, la struttura e l'aspetto nomotetico;
- I test proiettivi sono più adatti per attingere il livello delle dinamiche, dei processi, dell'idiografico.

Gli studi successivi sulla personalità hanno portato a conclusioni diverse. L'attenzione passa dalla contrapposizione tra aspetti nomotetici e idiografici alla finalità della valutazione ossia:

- *All'inquadramento nosografico* → Collocazione diagnostica in categorie prefissate;
- *Alla comprensione dei problemi* → Di cui il soggetto è portatore.

L'assessment quindi può avere sia la finalità di verificare un'ipotesi diagnostica psichiatrica sia la finalità di comprendere perché un soggetto manifesta determinati problemi. Questi sono due assi dimensionali che interagiscono tra loro. E quindi sia i test obiettivi che i test proiettivi possono concorrere alla rilevazione delle due dimensioni.

Un esempio di come un test proiettivo può aiutare a raggiungere sia un inquadramento nosografico che la comprensione dei problemi è il test delle macchie di Rorschach.

### 5.2. IL TEST DELLE MACCHIE: 90 ANNI DI STORIA

Lo psichiatra svizzero Hermann Rorschach elaborò il suo test nei primi anni Venti. Inizialmente il test era composto da 40 tavole, selezionate fra circa un migliaio di immagini ricavate lasciando cadere dell'inchiostro sulla carta e piegando e riaprendo il foglio. Di queste immagini, 15 erano quelle più usate. Per ragioni economiche si è arrivati alla versione definitiva che consiste in una serie di 10 tavole. Queste 10 tavole sono così organizzate:

- 5 tavole riportano macchie con sfumature diverse di grigio;
- 2 tavole con aggiunta del colore rosso;
- 3 tavole con diversi colori.

Le consegne del test richiedono al soggetto di dire a cosa somiglia il contenuto della tavola. Successivamente si invita il soggetto a descrivere meglio le risposte già date.

Le risposte vengono codificate e siglate secondo questi criteri:

- Dove l'immagine riferita nella risposta è stata vista (localizzazione)?
- In base a quali elementi: forma, colore, chiaroscuro, percezione di movimento, ecc. (determinante)?
- L'immagine prodotta è adeguata allo stimolo oppure si distanzia eccessivamente da esso (qualità formale)?
- A quale categoria può essere ricondotto il contenuto della risposta?
- Il contenuto del percepito è abbastanza comune oppure peculiare e idiosincratico?
- Quali fenomeni particolari si possono dedurre dalla risposta e dalle verbalizzazioni che la costituiscono e la integrano?

I dati vengono riepilogati in un sommario quantitativo e in uno psicogramma, che evidenzia graficamente il rapporto tra le determinanti.

Si calcolano gli indici derivati dalle variabili quantitative o da loro incroci, e riportati tutti i fenomeni e le osservazioni qualitative che assumono grande rilievo dal punto di vista dinamico-clinico.

Esistono diverse versioni di test basati sulle macchie d'inchiostro simili al Rorschach:

- L' *Holtzmann Inkblot Technique*;
- Diverse serie di tavole parallele per il retest, quelle di Behn-Eschemburg, di Fuchs, di Kataguchi, note rispettivamente come *BE-RO*, *FU-RO*, *KA-RO*;
- Una serie di tre sole tavole (*Z test di Zulliger*) che ha una versione di diapositive per la somministrazione di gruppo;
- Il *Consensus Rorschach* in cui più soggetti devono accordarsi su una risposta comune, evidenziando dinamiche relazionali.

### **5.3. IL PROCESSO DI RISPOSTA AL RORSCHACH: UNA ANALISI COPONENZIALE**

Quando al soggetto viene chiesto ciò che vede nelle macchie d'inchiostro egli deve risolvere una situazione-problema che consiste nel dare un senso a stimoli scarsamente strutturati. A differenza di altri test proiettivi, il Rorschach non prevede richieste esplicite ma semplicemente cosa vede in esse: è l'ambiguità dello stimolo, che congiunta alla massima libertà di criteri consentiti, a lasciare margini per una interpretazione di esso, cioè per una risposta che vada oltre le sue caratteristiche fisiche. Attenzione però che questa libertà interpretativa non significa espressione completa di materiale inconscio.

Non appena il soggetto riceve la tavola del test, inizia una operazione di scansione percettiva la cui completezza e accuratezza dipende dalle caratteristiche dello stimolo e dalle capacità attentive e percettive del soggetto.

La scansione delle tavole unitari (I, IV, V, VI, IX) richiede processi di analisi percettiva diversa da stimoli sparsi e spezzettati (II, III, VII, VIII, X).

Lo stile globale della persona si rifletterà sulla definizione dei confini del percepito, estesi all'insieme dello stimolo o focalizzati su dettagli: si ha la localizzazione. La durata e l'accuratezza di questa fase sono legate alle capacità del soggetto e alla sua motivazione.

Ovviamente il compito richiede di andare oltre la percezione. Si passa quindi alla fase cognitiva o rappresentazionale. Quindi la percezione viene superata dal processo di ricostruzione del percepito iniziale, per dar senso allo stimolo ambiguo. Per far ciò le aree e i contorni devono essere confrontati con le informazioni in memoria e codificati in termini linguistici. Competenze semantiche e linguistiche entrano in gioco affinché ciò avvenga, ma anche le capacità critiche entrano in gioco per far sì che il processo di costruzione non vada oltre lo stimolo iniziale.

Si va quindi a confrontare il percepito con le caratteristiche dello stimolo per eliminare le risposte inaccettabili. Per far ciò serve la flessibilità cognitiva ed emozionale del soggetto.

La flessibilità è importante per modificare l'impressione iniziale in modo da renderla il più adeguata possibile alle caratteristiche dello stimolo.

La eliminazione delle risposte ritenute non accettabili dal soggetto può avvenire o per l'atteggiamento di flessibilità/rigidità o sulla base di valutazioni legate alle rappresentazioni prevalenti nel contesto culturale di appartenenza.

L'influenza di un set personale in interazione con la percezione di elementi situazionali, può provocare una censura e quindi un'eliminazione di risposte ritenute adeguate allo stimolo ma non accettabili da comunicare.

Il passo successivo del percorso di analisi è quello che le risposte ritenute accettabili vengono articolate sul piano verbale e comunicate allo psicologo.

Il periodo che va dalla scansione percettiva alla risposta costituisce il periodo di latenza.

Dopo la comunicazione della risposta, il processo di analisi può essere ripreso, anche più volte per una tavola. Al contrario, il processo può essere interrotto. Questa scelta dipende dalla tendenza del soggetto a rendere più complessa o al contrario semplificare l'elaborazione cognitiva, oppure alla sua capacità o voglia di produrre cognitivamente.

Importante è soffermarsi sulla fase di espressione verbale della risposta. La modalità di elaborazione e integrazione delle risposte consente al soggetto di aggiungere alla rappresentazione elementi peculiari legati alle sue dinamiche emozionali, affettive e relazionali: aspetti del suo mondo interno, la cui traduzione, spesso non consapevole, ha consentito di definire il test come proiettivo.

L'aggiunta di commenti o altre verbalizzazioni va oltre la risposta base. La definizione del tipo di movimenti percepiti (cooperativi, aggressivi, passivi) o della specifica categoria di contenuto (complessuale, pre-morboso) testimoniano il coinvolgimento di elementi proiettivi.

Il soggetto influenzato da questi elementi, elabora in modo rilevante alcuni aspetti del campo delle stimolazioni, attribuendo loro specifiche caratteristiche sulla base dei propri sentimenti, bisogni, conflitti, rappresentazioni di sé, rapporti oggettuali di cui lui non è consapevole.

Il test è testimonianza di come il soggetto si comporta davanti a stimoli nuovi e sconosciuti e di come procede la sua elaborazione dell'informazione, ma anche fornisce l'occasione per l'espressione di risposte simboliche esempio di motivazioni, bisogni, conflitti non espressi direttamente dal comportamento.

Altrettanto utili, per fornire informazioni sul piano idiografico utilissime a fini clinici, sono i comportamenti paraverbali e non verbali, le interiezioni, le mimiche, nonché i commenti e tutti gli altri segni che accompagnano le risposte vere e proprie e spesso le precedono durante la fase silente di elaborazione.

## 5.4. “IL” RORSCHACH O “I” RORSCHACH? DIVERSI APPROCCI TEORICI AL TEST DELLE MACCHIE

Il test di Rorschach è nato per una diagnosi sulla percezioni ma è stato oggetto di numerosi sistematizzazioni tendenti a consentire modalità di scoring e punteggi riepilogativi di tipo quantitativo e qualitativo. L'esistenza di tanti sistemi interpretativi rende il Rorschach uno strumento raro.

Si tratterà qui di seguito una panorami dei sistemi principali:

- *Le scuole europee* → Quelle che fanno capo a Bohm e alla Loosli Usteri;
- *La scuola italiana* → Di Barison e Passi Tognazzo;
- *La scuola francese* → Di Beizmann, Ombredane, Cavinet, Anzieu;
- *Le scuole belga e spagnola*;
- *La Scuola Romana* → Fondata da Carlo rizzo nel 1938;
- Oltre oceano il test fu introdotto nei primi anni Venti da David Levy che aveva appreso il metodo in Europa da Oberholzer.

Il Test di Rorschach per un trentennio fu oggetto di entusiastici studi che lo consideravano un metodo globale di studiare la personalità in modo profondo.

Alla fine degli anni Sessanta all'interno della “*Rorschach Research Foundation*”, coordinata da John Exner Jr., fu intrapresa una ricerca sui cinque sistemi di siglatura e interpretazione del test più utilizzati negli USA. I sistemi erano:

- Sistema di Samuel Beck;
- Sistema di Marguerite Hertz;
- Sistema di Bruno Klopfer;
- Sistema di Zygmunt Piotrowski;
- Sistema dell'equipe della Menninger Clinic.

Questi cinque sistemi differivano profondamente nelle procedure e nell'interpretazione. Obiettivo di Exner con il “*Comprehensive System*” è quello che la siglatura dei test delle macchie deve offrire una testimonianza di tutti i complessi processi psicologici messi in atto dal soggetto nel momento della strutturazione di un campo di stimolazioni.

L'interpretazione del Rorschach deve rispondere all'esigenza di conciliare lo studio delle modalità percettive e delle rappresentazioni espresse dal soggetto.

Le dimensioni legate alla percezione vengono colte dalle risposte relative al colore, al chiaroscuro, alla forma; le dimensioni legate alla rappresentazione riguardano l'attribuzione contenutistica, incluso il movimento. L'accuratezza di una risposta, il grado di congruenza della risposta con la forma dello stimolo sono una mescolanza tra percezione e rappresentazione. Il *Comprehensive System* è stato pubblicato nel 1974 e risponde alle esigenze di conciliare l'approccio cognitivo e quello clinico. Exner ha messo a punto anche una versione computerizzata del metodo di scoring e valutazione.

## 5.5. LA SIGLATURA E INTERPRETAZIONE DEL TEST DI RORSCHACH NEL COMPREHENSIVE SYSTEM

Gli obiettivi di Exner erano:

- Selezionare dai cinque sistemi di partenza, gli aspetti con le migliori convalide empiriche;
- Mantenere solo le variabili con alta attendibilità derivante dalla concordanza tra diversi valutatori (>.80);
- Individuare nuovi indici compositi che avessero una adeguata validità empirica.

Si vedranno qui di seguito alcuni aspetti del Comprehensive System confrontandolo con il metodo più usato in Italia di Bohm e Passi Tognazzo.

Nel Comprehensive System per quanto riguarda le *localizzazioni* non sono previste “*globali incomplete*”: se la risposta si riferisce a una parte della macchia verrà siglata “*Dettaglio*”.

La distinzione tra D e Dd avviene in base alla frequenza statistica. Exner riporta e cataloga un totale di 79 dettagli “frequenti” in quanto riscontrati in più del 5% dei 3000 soggetti del campione di riferimento.

Riguardo alle *determinanti*, è prevista la possibilità di una determinante multipla (blend), le cui componenti vengono conteggiate in proporzione nel riepilogo quantitativo.

La *qualità formali*, cioè il grado di adeguamento della risposta allo stimolo presenta una maggiore articolazione nel sistema exneriano:

- Le forme buone vanno distinte in elaborate (+) e in ordinarie (o). Questa distinzione dipende dal grado di articolazione della risposta. Se è ben articolata ed arricchita con precisione è siglata con superiore (+);
- Le forme deboli (-) sono quelle risposte in cui l’uso della forma è distorto, arbitrario e non tiene conto dei contorni dell’area della macchia utilizzata;
- Alcune risposte sono insolite e singolari e la siglatura è u, unusual.

È prevista l’assegnazione della qualità formale per tutte le risposte, anche per quelle la cui forma è del tutto assente.

Riguardo ai *contenuti*, Exner fa distinzione tra:

- Primari;
- Secondari;
- Idiografici.

## 5.6. QUALITÀ EVOLUTIVA DELLA RISPOSTA

Accanto alle localizzazioni è prevista la siglatura della “*qualità di sviluppo*” della risposta (DQ, Developmental Quality). Questo punteggio valuta l’articolazione del percepito su una scala a diversi livelli:

- *Risposta vaga (DQv)* → Il soggetto esprime nella risposta un'impressione di tipo diffuso e generico, evitando di articolare contorni peculiari; l'oggetto non presenta forma specifica;
- *Forma specifica priva di sintesi (DQo)* → L'oggetto riportato ha di per sé una forma specifica seppur variabile oppure la forma è stata creata nella specificazione del soggetto. Non ci sono relazioni tra oggetti diversi;
- *Sintesi: relazione funzionale tra parti (DQ+)* → Oggetti differenti, visti in una o più aree di una tavola, sono articolati e messi in relazione significativa tra loro in una stessa risposta.

## 5.7. ATTIVITÀ ORGANIZZATIVA (PUNTI Z)

I punti Z esprimono l'attività di organizzazione cognitiva mediante la quale il soggetto mette in relazione tra loro due o più parti della macchia. I punti Z vanno assegnati soltanto alle risposte in cui si verifica una delle seguenti specifiche condizioni:

- Percezione "globale";
- Associazione tra dettagli adiacenti;
- Associazione tra dettagli distanti;
- Integrazione di spazi bianchi con altri dettagli.

I punteggi sono assegnati se la risposta include una determinante forma.

I valori specifici di Z da attribuire a ciascuna risposta che lo richieda dipendono dalla difficoltà di attuazione del processo organizzativo. Più la combinazione è rara, più il punteggio Z è elevato.

La somma dei punteggi per l'intero test va confrontata con una certa quantità attesa statisticamente. Vengono calcolati e riportati nel riepilogo statistico i diversi indici concernenti i punti Z:

- $Z_f$  → Frequenza di Z ossia numero di risposte che hanno ottenuto punti Z;
- $Z_t$  → Totale dei punti Z conteggiati con il metodo sopra esposto;
- $Z_{es}$  → Totale di Z statisticamente atteso sulla base di  $Z_f$ ;
- $Z_d$  → Differenza fra il valore ottenuto e quello atteso ( $Z_d = Z_t - Z_{es}$ ).

## 5.8. PUNTEGGI SPECIALI

I punti speciali si riferiscono alle verbalizzazioni peculiari che il soggetto comunica durante l'esecuzione di un test.

Nel sistema integrato Exner le principali forme di verbalizzazione peculiare sono:

- *Risposta Deviante (DR)* → Contiene frasi inappropriate o del tutto irrilevanti;
- *Verbalizzazione Peculiare (DV)* → Uso particolare del linguaggio, con neologismi o parole scorrette o inappropriate o ridondanti;
- *Combinazione Incongrua (INCOM)* → In un unico percetto vengono condensati in modo incongruente dettagli della macchia;
- *Combinazione Fabulata (FABCOM)* → Due o più dettagli vengono visti in relazione non plausibile, o in trasparenza impossibile;

- *Contaminazione (CONTAM)* → In un unico percetto vengono fuse in modo bizzarro due impressioni relative a una singola macchia;
- *Logica Inappropriata (ALOG)* → Uso di ragionamenti slegati e inappropriati per giustificare la risposta data;
- *Confabulazione (CONFAB)* → Risposta data a partire da un dettaglio e generalizzata indebitamente ad aree più estese o all'intera macchia;
- *Perseverazione (PSV)* → Ripetizioni di risposte con la stessa localizzazione, determinante, qualità formale, categoria di contenuto, punteggio Z all'interno della tavola;
- *Movimento Aggressivo (AG)* → Risposta di movimento includente ostilità;
- *Contenuto Morboso (MORBID CONTENT, MOR)* → Persone o oggetti feriti, malati, distrutti, danneggiati, spezzati, infelici, tristi, soli;
- *Proiezione di Colore (CP)* → Interpretazioni di colore nelle tavole acromatiche;
- *Risposte Personalizzate (PER)* → La risposta include riferimenti alla propria esperienza personale.

Esiste anche un punteggio riepilogativo per i sei punteggi speciali più carichi di significato patologico (*WSum6*), in cui vengono ponderate nell'intero protocollo:

- *Verbalizzazioni peculiari* → Ciascuna pesata x1;
- *Combinazioni incongrue* → Ciascuna pesata x2;
- *Risposte devianti* → Ciascuna pesata x3;
- *Combinazioni fabulate* → Ciascuna pesata x4;
- *Logica inappropriata* → Ciascuna pesata x5;
- *Contaminazioni* → Ciascuna pesata x7.

Il *WSum6* ha un'alta attendibilità (tra .93 e .99).

## 5.9. INDICE “LAMBDA”

Esso esprime la proporzione nell'intero protocollo di forme pure, cioè senza componenti di movimento, o chiaroscuro, o colore. La formula è  $[F/(R-F)]$ . Esso è indicatore di una tendenza alla semplificazione della complessità, di economizzazione dello sforzo cognitivo. In presenza di un basso numero di risposte un alto Lambda ( $>1.5$ ) indica che la prestazione è stata eseguita al risparmio.

## 5.10. INDICE DI EGOCENTRICITÀ

Consiste nel rapporto tra risposte doppie o duali (2), più le riflesse (r) e il numero totale di risposte del protocollo:  $[(2) + (3r)]/R$ .

Più alto è l'indice più c'è un elevato coinvolgimento col proprio sé a scapito di quello con gli altri. L'indice è più elevato:

- Nei bambini rispetto ad adolescenti e adulti;

- In soggetti sperimentali che passano più tempo a guardarsi allo specchio in attesa del colloquio;
- In soggetti che usa più volte nel colloquio i termini “Io, me, mio”;
- In artisti e danzatori;
- In psicotici.

Nei depressi, negli ossessivi e negli psicosomatici è più basso.

### 5.11. INTEGRARE IL “SISTEMA INTEGRATO”?

L’inserimento di alcuni aspetti possono rendere integrato il sistema exneriano. Questi aspetti sono:

- La considerazione dei tempi, della posizione della tavola al momento della risposta e di altri indici derivanti dal comportamento del soggetto durante la prova;
- La specificazione di localizzazioni in cui la percezione globale è costituita a partire da un dettaglio frequente (DW) o da un dettaglio raro (DdW). Questo tipo di localizzazione esprime un’essenziale modalità di stile cognitivo;
- La valutazione della successione ossia il modo in cui si succede la localizzazione delle diverse risposte a una tavola è indice importante del tipo di approccio percettivo e cognitivo del soggetto;
- La valutazione delle difese ossia le indicazioni delle variabili relative a tattiche difensive quali:
  - *Negazione* → Risposte in termini negativi; contenuti che simboleggiano diniego di pulsioni; ripudio delle risposte date;
  - *Annullamento* → Risposte con connotazione negativa o legate agli impulsi vengono annullate con parole o comportamenti;
  - *Minimizzazione* → Risposte a connotazione negativa vengono presentate in modo non minaccioso;
  - *Razionalizzazione* → Sostituzione dell’aspetto affettivo della risposta mediante presentazioni tecniche, scientifiche, artistiche o letterarie;
  - *Scissione (Splitting)* → Successione di risposte con connotazione affettiva opposta;
  - *Identificazione Proiettiva* → Risposte umane con connotazioni aggressive attive o passive;
- La scala barriera/penetrazione per rilevare la stabilità o debolezza dei confini del corpo e più in generale dello schema corporeo.

### 5.12. LA VALUTAZIONE PSICOMETRICA DEL RORSCHACH: IL PROBLEMA DELLA ATTENDIBILITÀ E DELLE “NORME DI RIFERIMENTO”

La critica più aspra è ovviamente sulle caratteristiche di attendibilità del test che come si è visto non è poi così bassa. Essa risulta mediamente di 0.83 nello studio di meta analisi di Parker e cresce fino a 0.93 quando le attendibilità fra valutatori si riferisce a psicologi addestrati all’uso dello stesso metodo.

Quanto all'attendibilità test-retest Exner e Weiner riportano in uno studio su 100 adulti normali coefficienti di stabilità, dopo un periodo da sette giorni a tre anni, oltre 0.70, e per molte variabili oltre 0.80.

Weiner sintetizzando gli studi di meta analisi compiuti sul test di Rorschach ha confermato l'adeguatezza delle caratteristiche psicometriche quando il test viene valutato con uno scoring standardizzato come quello del Sistema Integrativo.

Per una corretta valutazione degli indici quantitativi si devono avere tarature specifiche per i luoghi, culturalmente differenti, in cui il test viene utilizzato.

### **5.13. LA VALIDAZIONE DEL TEST DELLE MACCHIE: DALL'APPROCCIO "EMPIRICO" A QUELLO "CONCETTUALE"**

Fin dai primi studi di Rorschach, l'approccio tipico alla validazione del test è di tipo empirico. Se una costellazione di variabili risulta dall'indagine empirica particolarmente elevata in un certo gruppo di soggetti patologici rispetto ai normali e ad altri gruppi patologici essa costituisce un indice discriminante della patologia specifica.

Non può essere messa in discussione la validazione discriminante, ma quando si parla di validazione concorrente, in cui indici specifici del funzionamento cognitivo o interpersonale o di adattamento sociale vengono confrontati con criteri di tipo comportamentale derivanti da strumenti self-report, il discorso cambia poiché si ottengono risultati contrastanti. Ciò porta Weiner a suggerire di integrare l'approccio empirico con quello concettuale. Esso consiste nell'identificare i processi di personalità e le caratteristiche cognitive, emozionali e dinamiche che spiegano sia il comportamento al test sia il comportamento messo in atto dal soggetto nella vita quotidiana.

Quindi prima si definiscono i processi psichici secondo un'ottica concettuale e poi si ipotizza che essi facciano parte di una certa sindrome, e così facendo si può usare in modo mirato l'approccio empirico per verificare quali variabili Rorschach riflettono meglio i processi in questione.

#### **5.13.1. PATOLOGIE "ORGANICHE" E INDICATORI NEUROPSICOLOGICI**

Uno degli obiettivi della valutazione degli aspetti sia cognitivi che emozionali della personalità è l'individuazione di segni di organicità, ossia di indicatori correlati con patologie organiche.

Per *sindrome organica* si intende una condizione patologica connessa a danno cerebrale focalizzato o diffuso.

Il DSM indica con:

- *Sindrome mentale organica* → La costellazione di segni psicologici o comportamentali o di sintomi a prescindere dalla eziologia;
- *Disordine mentale organico specifico* → Una particolare sindrome mentale organica in cui l'eziologia è nota o presunta.

Attraverso i test di personalità è possibile avere indicatori di queste condizioni. Per quanto riguarda il test di Rorschach, Piotrowski nel 1937 evidenziò i dieci segni indicatori di organicità:

- Numero totale di risposte <15;
- Tempo medio di reazione (tempo totale diviso numero delle risposte) >1’;
- Risposte di movimento umano in forma buona <2;
- Presenza colori nominati;
- Forme buone <70%;
- Risorse popolari <25%;
- Perseverazioni >2;
- Sensazione di incapacità interpretativa: il soggetto riconosce la inadeguatezza della risposta ma non la ritira né riesce a migliorarla;
- Frequenti perplessità, richieste di rassicurazione;
- Stereotipie, frasi automatiche, espressioni ripetute più volte in modo automatico.

La soglia critica che fa ipotizzare la presenza di una sindrome organica è il rilievo di cinque indicatori su dieci, per età superiori a 12 anni.

Un altro metodo di assessment psicologico è presentato dalla Lezak, che sintetizza i segni la cui osservazione durante l’esecuzione del test proiettivo può integrare gli altri elementi diagnostici:

- *Inibizione* → Risposte ridotte in quantità ed elaborazione;
- *Stretto legame con lo stimolo* → Pura descrizione, reiterazioni senza ampliamenti o elaborazioni;
- *Ricerca di strutturazione* → Il paziente ha difficoltà nello strutturare autonomamente e creativamente la configurazione di stimoli, e se ne lascia guidare passivamente;
- *Rigidità* → Difficoltà nel cambiamento, nella flessibilità, nell’adattamento a richieste diverse;
- *Frammentazione* → Difficoltà nella organizzazione delle parti;
- *Semplificazione* → Percezioni e risposte globali;
- *Confusione concettuale e/o disorganizzazione spaziale*;
- *Risposte confabulate* → Combinazioni illogiche o inappropriate di parti di un insieme;
- *Esitazione e dubbiosità* → Continua incertezza e insoddisfazione della propria prestazione, nonostante le eventuali rassicurazioni;
- *Scarsa flessibilità* → Difficoltà a produrre interpretazioni diverse della stessa tavola;
- *Limitazione al concreto* → Difficoltà a produrre globali organizzate;
- *Reazioni emozionali catastrofiche* → Che rendono impossibile la risposta;
- *Copertura con la mano di parte della tavola durante l’interpretazione* → Come per ridurre la complessità disturbante degli stimoli.

Numerose ricerche hanno studiato i correlati neuropsicologici della prestazione al test di Rorschach. Il metodo ha fatto riferimento sia alle alterate prestazioni in soggetti con lesioni focalizzate sia a particolari modalità utilizzabili con soggetti normali.

I principali risultati di queste ricerche sono sintetizzati in questa tabella:

EMISFERO SINISTRO	EMISFERO DESTRO
Comportano incremento di:	
Quantità di risposte	Risposte combinatorie di più parti dello stimolo
Dettagli comuni	Determinanti diverse da Forma

Spazi bianchi	Risposte FC+
Risposte Forma (anche F-)	Risposte chiaroscuro
LESIONE A SINISTRA	LESIONE A DESTRA
Perplexità	Uso acritico delle determinanti
Scarsa produttività	Combinazioni immaginative
Frequenti rifiuti	Associazioni bizzarre

Si è concluso che il processo di risposta al test delle macchie coinvolge tutte le aree degli emisferi cerebrali, coprendo vari aspetti di attenzione visiva e percezione, riconoscimento di oggetti, memoria associativa, produzione linguistica e funzioni esecutive.

### 5.13.2. IL RORSCHACH NELLE PATOLOGIE DEPRESSIVE

Il Rorschach è stato usato per discriminare forme differenti all'interno di stesse patologie. Sono state confermate due forme di depressione, sovrapponibili quanto ai sintomi comportamentali previsti nella diagnosi DSM, ma differenti rispetto ai processi patogenetici implicati:

- *Depressione legata al carattere* → Centrata maggiormente su problema di controllo delle pulsioni e di ambivalenza tra dipendenza e manipolazione verso le figure del mondo esterno;
- *Depressione reattiva* → Centrata su scarsa autonomia, bisogno di indipendenza e passività, inibizione di produttività e attività verso l'esterno, insufficienza cognitiva ed emozionale a reggere situazioni stressanti.

Soggetti affetti dalle due forme di depressione evidenziano profonde differenze agli indicatori Rorschach. Nel gruppo delle depressioni reattive, rispetto all'altro gruppo, è presente:

- Un numero significativamente inferiore di risposte totali, di globali, di movimenti umani, di risposte di colore, di temi aggressivi e conflittuali;
- Sono maggiori le proporzioni di risposte Forma, di contenuti animali, di Popolari.

Nella depressione reattiva si evidenziano:

- Maggiore inibizione sia cognitiva che emozionale;
- Minore capacità di sintesi e di pensiero costruttivo;
- Marcata coartazione e stereotipia;
- Forte autocontrollo;
- Formalismo e rigidità emozionale.

Nella depressione relativa al carattere si evidenziano:

- Maggiore presenza di contenuti di ostilità;
- Maggiore presenza di contenuti di deformazione e devitalizzazione delle figure umane;
- Tendenza alla conflittualità e alla manipolazione verso le persone dell'ambiente.

### 5.13.3. TIPI DIFFERENTI DI PATOLOGIE PSICOTICHE

Una discriminazione simile alla precedente si è vista fra la sindrome florida e quella di ripiegamento distinguibili nella psicosi schizofrenica. La prima presenta prevalenza di sintomi positivi, la seconda prevalenza di sintomi negativi.

Aspetti comuni delle due sindromi sono:

- Carenze di controllo formale della realtà;
- Carenze nell'accuratezza percettiva;
- Ridotte capacità di mediare stimoli emotivi mediante meccanismi adattivi;

Gli psicotici floridi si differenziano dall'altro gruppo poiché:

- Sono più propensi a organizzare il campo di stimoli come un "tutto", anche se questo tentativo fallisce quanto ad adeguamento formale;
- Hanno una produzione ideativa meno convenzionale, ma più disordinata e inappropriata; presentano più risposte umane.

La sindrome da ripiegamento è caratterizzata da:

- Ridotta produzione cognitiva;
- Una maggiore chiusura intratensiva;
- Una più marcata perdita di interesse verso la realtà e il contatto con essa.

In sintesi:

- La sindrome florida sembra riflettere un estremo quanto inefficace sforzo di dar senso a una realtà interna ed esterna che minaccia di sopraffare il soggetto;
- Nella sindrome negativa la fuga dalla realtà e un minore interesse all'elaborazione di essa comportano un minore danneggiamento formale dell'attività cognitiva.

### 5.13.4. INDICATORI DELLA SINDROME BORDERLINE

Le caratteristiche della sindrome borderline sono:

- L'evitamento dell'intimità;
- La sospettosità;
- Il timore delle critiche;
- I conflitti legati all'aggressività;
- L'uso di meccanismi di difesa primitiva quali negazione e protezione;
- Il basso livello di autostima.

Kenberg colloca la sindrome a un livello di funzionamento psichico diverso da quelli dello psicotico o del nevrotico: in sesso gravi deficit dell'integrazione dell'Io e dell'identità sociale coesistono con un'adeguata capacità di esame di realtà.

Secondo il DSM gli otto criteri diagnostici sono:

- Relazioni interpersonali instabili e intense, con alternanza di idealizzazione e svalutazione;
- Impulsività;
- Instabilità affettiva e tono dell'umore;
- Rabbia intensa e inappropriata, o costante;
- Atti di autolesionismo fisico;
- Disturbi persistenti dell'identità;
- Sentimenti cronici di vuoto e noia;
- Difficoltà a sopportare la solitudine;
- Intolleranza agli abbandoni, reali o immaginari.

Cinque di questi otto criteri devono essere positivi per dar luogo alla diagnosi di borderline.

Nei borderline si registra, rispetto agli schizofrenici:

- Una minore frequenza di forme deboli;
- Maggiore quantità di risposte popolari, di chiaroscuri tattili, di spazi bianchi;
- Più elevato indice di egocentricità.

Sia i borderline che gli schizofrenici mostrano:

- Prevalenza di CF+C sulle FC (difficoltà di controllo delle pulsioni);
- Presenza di almeno una risposta Colore;
- Contenuti umani fantastici o devitalizzanti (H);
- Contenuti "sangue" e "cibo";
- Frequenza superiore alla norma di risposte con qualità evolutiva vaga.

## 5.14. VERSO UNA VALUTAZIONE MULTI-LIVELLO

Attualmente un metodo integrato di valutazione a diversi livelli: da quello di base, percettivo e cognitivo/rappresentazionale, a quello clinico utilizzabile per scopi sia di inquadramento nosografico che di approfondimenti dinamico.

Nello specifico:

N.	Livello	Indicatori
1.	PERCETTIVO/COGNITIVO	Quantità di Risposte (Produttività)
		Localizzazioni (Modalità di approccio percettivo/cognitivo)
		Successione (Ordine/rigidità/incoerenza del pensiero)
		Punti Z (Attività organizzativa)
		Qualità evolutiva delle risposte (Articolazione del pensiero)
		Quantità di blends (Complessità cognitiva)
		Varietà dei contenuti (Flessibilità ideativa)

		Quantità di popolari (Adeguamento al pensiero comune)
		Quantità formale (Concentrazione, pensiero critico)
		Indice Lamba (Economizzazione delle risorse)
		Analisi formale delle verbalizzazioni
2.	EMOZIONALE	Erlebnistypus (Tipo di equilibrio emozionale)
		Quantità e tipo di emozioni
		Quantità e tipo di colori
		Quantità e tipo di chiaroscuri
		Rapporto colori acromatici/colori
		Uso degli spazi bianchi
		Choc o rifiuti a particolari tavole
		Risposte alle tavole colorate
		Indice di isolamento
		Indice di aspirazione
3.	COMPORTAMENTALE	Atteggiamento verso il test
		Modalità di comunicazione verbale e non verbale
		Tempi di latenza
		Rotazione delle tavole
		Risposte interrogative, dubitative
		Rilievi della simmetria delle tavole
		Segnali di ansia, indecisione, ostilità, ecc.
4.	CLINICO/DINAMICO	Contenuti complessuali (idiografici)
		Indice di egocentrismo
		Indice di isolamento
		Indice di intellettualizzazione
		Indice di interesse personale
		Indice di acting-out (Difficoltà nel controllo pulsionale)
		Analisi delle difese
		Rilievi qualitativi
		Rilievi fenomeni particolari
5.	CLINICO/NOSOGRAFICO	Distorsione forme (Esame di realtà)
		Punteggi speciali
		Indici di patologia specifica

### 5.15. IL TEST DI RORSCHACH IN ETÀ EVOLUTIVA

Il test di Rorschach con le dovute modificazioni può essere utilizzato con adolescenti e bambini, da cinque anni in poi.

Esistono diverse tarature, si citano quella della Passi Tognazzo e del sistema di Exner. Le differenze interpretative tra i protocolli dei bambini e adolescenti e quelli degli adulti sono legate alla particolare valenza che certi fenomeni e tipologie di risposte assumono in età evolutiva. Ad esempio:

- L'uso della percezione globale è legato a carenza nella percezione analitica piuttosto che a capacità di sintesi;
- La combinazione incongrua tra due percetti ha un significato meno patognomico poiché il bambino dovendo scegliere tra una realtà concettuale e una percettiva sceglie quest'ultima;
- La denominazione del colore è del tutto normale nei bambini;

- Le risposte anatomiche sono più rare negli adulti;
- Abbastanza scontata è l'alta frequenza di contenuti fantastici o derivati da fumetti o cartoni animati;
- Almeno fino ai 6-8 anni, risultano normali il rifiuto di una tavola, successioni disordinate, perseverazioni;
- Sempre nella prima infanzia sono frequenti le risposte confabulatorie;
- Rilievi di simmetria e dell'asse centrale, e critica della forma sono molto frequenti in adolescenza, testimoniando un incremento dei livelli di ansia e aggressività tipici di questa età;
- Fra i 5 e i 16 anni i valori di alcune variabili risultano crescere con l'età: il numero delle risposte, le risposte dettaglio, i movimenti umani, le risposte colore con controllo prevalente della forma, le risposte chiaroscuro, le risposte a contenuto umano, le popolari;
- Decrescono con l'età la quantità di globali, i colori puri e nominati, la percentuale di forme pure e le risposte a contenuto animale;
- L'indice di egocentrismo mostra una diminuzione con l'età.

## 5.16. IL RORSCHACH IN AMBITO GIURIDICO-FORENSE

Il Rorschach si colloca ai primi posti tra gli scelti dagli psicologi forensi per le valutazioni criminologiche.

In Italia è usato per:

- Individuare le conseguenze di abuso sessuale già accertato;
- Meno per dimostrare l'esistenza dell'abuso stesso;
- Le perizie in campo penale;
- Individuare la deliberata simulazione di psicosi.

## 5.17. LA FORMAZIONE ALLA PRATICA DI RORSCHACH

Un'adeguata formazione al test di Rorschach deve tenere conto delle diverse componenti inferenziali che lo psicologo compie per arrivare alla psicodiagnosi mediante questo strumento. Il processo consiste in diversi stadi:

- Appropriata e completa raccolta di dati, attraverso una corretta procedura di somministrazione, una esauriente inchiesta, un accurato scoring delle singole risposte;
- Analisi quantitativa fino alla formulazione del sommario degli indici previsti dal sistema usato;
- Inferenze di primo livello di tipo descrittivo a partire dalle singole risposte e dalle verbalizzazioni che le accompagnano e le integrano;
- Inferenze di secondo livello che si estendono a categorie più generali, pervenendo a ipotesi diagnostiche complessive;
- Stesura del rapporto tecnico che riassume i principali dati, le inferenze compiute e le ipotesi che sono state sottoposte a verifica.

Fondamento del processo è una buona formazione sulle teorie di personalità e sulla psicopatologia, e sulle metodologie della formulazione e verifica delle ipotesi diagnostiche.

Inoltre è necessario un addestramento volto a cogliere tutti gli aspetti relazionali impliciti nella interazione esaminatore-soggetto. Lo sperimentatore inoltre deve essere cosciente che il soggetto potrebbe manifestare passività o deferenza o al contrario ostilità e rifiuto di sottoporsi al test o di esprimersi.

È importante addestrare alla teoria analitica chi intende specializzarsi nella pratica del test. Bisognerebbe apprendere una modalità d'inchiesta di tipo associativo.

Infine, chi adopera questo strumento deve avere un referente teorico sempre in mente con cui confrontare i dati che emergono dal protocollo e dal comportamento del soggetto.

## 5.18. SUGGERIMENTI DI LETTURE ED ESERCITAZIONI

L'approfondimento della siglatura e interpretazione del test va fatto riferendosi ai manuali introduttivi. Tra i manuali si citano:

- I manuali di Dolores Passi Tognazzo;
- I manuali della Scuola Romana;
- I manuali dei metodi di Klopfer, Rapaport, Schafer, Holt, Chabert; Bohm, Loosli Usteri, Exner.

In Italia il sistema Exner è condiviso da Caterina Laicardi e dall'Accademia Rorschach di Milano. Il Prontuario Rorschach di Berengo riassume i seguenti metodi:

- Loosli Uster;
- Binder;
- Passi Tognazzo;
- Kopper;
- Furer;
- Piotrowski.

La scuola dell'Università Cattolica di Roma ha pubblicato ottime traduzioni alla psicodiagnostica Rorschach con riferimento allo studio del confine del Sé.

La Scuola Romana di Rizzo ha studiato la possibilità di individuare indici Rorschach dei tratti caratteristici dei diversi disturbi psicopatologici.

Sul Rorschach nei bambini sono utili i test di:

- Ames;
- Francis-Williams;
- Passi Tognazzo.

Il Rorschach di coppia è presentato nel volume di Willi.

### 5.18.1. SOCIETÀ E RIVISTE SCIENTIFICHE

Klopfer fondò nel 1936 il “*Rorschach Research Exchange*” e nel 1939 l’Istituto Rorschach, che nel dopoguerra divenne la “*Society for Projective Techniques*”. La rivista da essa promossa è uno degli strumenti essenziali per chi voglia seguire le tappe della ricerca riguardante il Rorschach e le altre tecniche di indagine della personalità.

Altra rivista è “*Rorschachiana*”, curata annualmente dalla “*International Society of the Rorschach and Projective Methods (ISR)*”.

La Società francese del Rorschach pubblica il “*Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes Projectives*”.

In Italia la Scuola Romana Rorschach pubblica la rivista “*Studi Rorschachiani*”. Nel 2001 è stata costituita la Società Italiana Rorschach secondo il Sistema Comprensivo (SIRCS).

### 5.18.2. PROGRAMMI COMPUTERIZZATI

Esistono diversi programmi di elaborazione automatica del Rorschach:

- Piotrowski approda nel 1980 al “*Computerized Perceptanalytic Rorschach*”;
- In Italia hanno proceduto a computerizzazioni del test l’Istituto di Psichiatria di Roma, l’Accademia Lombarda Rorschach, il CeRPs di Palermo, e le Organizzazioni Speciali di Firenze.

## 6. IL TAT: SISTEMI DIAGNOSTICI E INTERPRETATIVI

Il capitolo è un'introduzione al significato clinico del TAT secondo l'impostazione teorico-clinica di riferimento primariamente psicoanalitica.

### 6.1. INTRODUZIONE

Il Thematic Apperception Test (TAT) è un test proiettivo che si basa sull'assunto che i processi che compongono la struttura di personalità possano essere proiettati su un materiale-stimolo, attraverso il quale diventa possibile descriverli. Esso non viene usato solo nell'ambito diagnostico-clinico, ma anche all'interno di studi sperimentali.

Per una completa conoscenza delle modalità applicative del test, si rimanda alla consultazione della seconda edizione del "Manuale clinico del TAT" di Imbasciati.

### 6.2. ORIGINE E SVILUPPO DELLO STRUMENTO

#### 6.2.1. IL TAT DI MURRAY

La forma definitiva del TAT fu presentata da Murray nel 1943. Il test consiste di 31 tavole in bianco e nero che differiscono tra di loro:

- 11 sono uguali per tutti;
- 20 sono specifiche in base all'età e/o al sesso.

Una di queste tavole è bianca, ossia priva di immagini.

Il soggetto è invitato a raccontare, per ciascuna tavola, una storia, cercando di immaginare cosa è successo prima e cosa accadrà in seguito. L'esaminatore prende nota del racconto, senza omettere nulla anche gli indicatori non verbali e non interrompe la narrazione.

Le immagini delle tavole sono costituite da disegni, fotografie, riproduzioni di quadri:

- Le tavole numerate da 1 a 10 rappresentano scene quotidiane e relativamente realistiche;
- Le tavole numerate da 11 a 20 rappresentano scene poco comuni, drammatiche o irreali.

Il significato delle tavole è ambiguo e suggestivo.

Murray divise le 31 tavole del TAT in quattro serie specifiche costituite da 20 tavole ciascuna, scelte a seconda del sesso e dell'età del soggetto, da utilizzarsi, dieci per volta, in due sedute. La consegna mutava nelle due sedute:

- *Prima seduta* → Il TAT viene presentato come un test di immaginazione;
- *Seconda seduta* → Il soggetto era invitato a lasciar libero corso all'immaginazione.

La richiesta comune era quella di costruire una storia in cui si dovevano indicare la situazione raffigurata, gli antecedenti, la conclusione, i sentimenti e i pensieri dei personaggi. Subito dopo si

deve condurre un'inchiesta, durante la quale si deve far ricordare al soggetto se le idee o il tema delle storie derivassero da esperienze personali, da letture o da altre fonti.

L'interpretazione si basava sulla personologia, ovvero sulla teoria di personalità di Murray, secondo la quale le storie narrate al TAT rappresentano unità elementari di condotta, frutto dell'interazione tra soggetto e oggetto organizzate in modo da fornire programmi seriali. L'analisi di tali unità elementari permetteva di enucleare temi tipici, frutto delle soluzioni o del'esito, che il soggetto attua tra i suoi bisogni e le espressioni ambientali.

### **6.2.2. IL CONTRIBUTO DI BELLAK**

Bellak è uno dei pochi artefici di una procedura sistematica di analisi del protocollo. L'importanza del contributo di Bellak sta sulla fondazione del processo percettivo come indissolubilmente dipendente da esperienze passate dell'individuo e veicolato da processi percettivi.

La metodica di Bellak si fonda su un'impostazione teorica originale, che risolve il rapporto percezione-proiezione mediante il concetto di appercezione, ovvero mediante una psicologia percettiva.

Nella teoria di Bellak la proiezione è analizzata in relazione a uno stimolo esterno e rappresenta il costituirsi di uno stato di iper-recettività, determinato da bisogni inconsci ad esso associati. La proiezione non compare solamente quando deve funzionare come meccanismo di difesa in senso adattivo, bensì ogni qualvolta un soggetto struttura una situazione-stimolo facendola propria, ovvero percepandola. Quindi la percezione pura o oggettiva resta un'ipotesi: chiunque distorce soggettivamente il percepito. Per indicare il rapporto percezione-proiezione alla luce della globalità della personalità, Bellak propone il concetto di appercezione.

Essa è un processo di assimilazione e trasformazione di una nuova esperienza, sulla base di esperienze passate, il tutto per formare una nuova globalità.

In tal senso al TAT il soggetto ascrive i propri sentimenti ai personaggi delle tavole, portando all'esterno ciò che gli appartiene.

Nell'analisi delle risposte al TAT Bellak porge particolare attenzione alla maggiore o minore severità, complessità e consapevolezza della distorsione.

L'esito della distorsione è l'assetto migliore con cui l'Io può mantenere costante la propria organizzazione.

Bellak propone una scelta ridotta di tavole da utilizzarsi in una sola seduta: dieci o dodici tavole forniscono stimoli ottimali. A questo criterio di scelta, viene affiancato uno di carattere diagnostico-amnestico, ossia la possibilità di aggiungere altre tavole, sulla base di dati clinici da investigare.

Una volta completato il test, le storie vanno lette come psicologiche significative.

La prima lettura permette di ritrovare schemi che si ripetono. La conclusione dell'analisi origina da una sintesi che fornisce una descrizione della struttura inconscia e dei bisogni del paziente.

Centrale in questa metodologia è l'individuazione del tema della storia, valutato non solo a livello descrittivo, bensì interpretativo, diagnostico e simbolico. Ulteriormente centrale è la rappresentazione del personaggio più utilizzato nella storia, definito eroe, che rappresenta aspetti del Sé del paziente.

### **6.3. LA PSICOLOGIA PSICOANALITICA DELL'IO**

Holt riprende il suo lavoro per suggerire l'uso di due serie riprodotte per maschi e femmine. Holt individua dieci categorie di determinanti psicologiche, che presiedono alla costruzione della storia:

- Contesto della situazione;
- Linee direttive;
- Impatto percettivo;
- Motivazione e affetti;
- Identificazione e identità;
- Modalità difensive;
- Elaborazione cognitiva;
- Effetti limitanti e potenziali le capacità;
- Mondo interno;
- Stile personale.

Dall'analisi di queste categorie si procede verso l'interpretazione che resta molto contestualizzata. Le informazioni traibili dal test possiedono cioè una dimensione relativa e non assoluta, legata all'obiettivo e alle situazioni in cui si è somministrato il test.

Secondo Schafer non fornisca una metodica puntuale, il suo contributo è utile e anticipatorio per la concettualizzazione del processo di risposta al TAT. L'autore riprende quanto evidenziato dalla sua corrente teorica, ovvero che L'Io possieda, tra le sue funzioni, anche quella del linguaggio immaginativo. Secondo l'autore ogni persona possiede, al proprio interno, immagini auto-espressive tratte dalla realtà esterna e dall'esperienza sociale e somatica.

Schafer ritiene che sia l'Io a esprimere, attraverso tali immagini, aspetti del funzionamento. Alla base di queste immagini importanti per l'individuo ci sarebbe una determinazione multipla. Nel corso dello sviluppo, e ai fini dell'adattamento, l'individuo accumula immagini impersonali e neutralizzate, mentre le immagini personali e conflittuali vivono nell'intimità e nella fantasia e nella vita onirica, pur manifestandosi, a livello inconsapevole, nel comportamento espressivo e nella comunicazione implicita. I test proiettivi permettono di interpretare queste immagini private.

La formazione delle risposte ai test comporta l'interscambio e l'interazione tra percezione e immagine, tra oggetto e soggetto, tra Sé e non Sé, con una conseguente oscillazione nel livello di funzionamento psichico.

Il libero accesso a forme e contenuti richiede la regressione a servizio dell'Io. La consegna e gli stimoli del test sembrano offrire al soggetto un sollievo dall'ansia e dalla colpa e un allentamento delle difese, offrendogli l'opportunità di proiettare all'esterno molti elementi del proprio mondo interiore.

Il concetto di identità dell'Io permette a Schafer di inquadrare nel suo funzionamento della personalità i risultati delle tecniche proiettive. Nel processo di risposta al test, l'espressione dell'identità dell'Io dominante risulterà più pronunciata e meglio integrata in certi momenti che in altri, e in dipendenza da aree di particolari difficoltà adattive o di risorse adattive.

Rapaport fu decisivo nell'analisi formale delle storie del TAT. Egli esamina tre modalità di distribuzione degli investimenti personali:

- Nella prima forma, caratteristica del funzionamento normale, le energie pulsionali sono ben controllate e l'Io dispone liberamente delle energie di iperinvestimento per sostenere tutte le

attività volontarie. In questa condizione le storie al TAT sono una mescolanza di cliché, stereotipi e produzioni fantasiose;

- Nella seconda forma, caratterizzata da rigidità e inibizione, l'Io si difende da situazioni pulsionali scarsamente controllate con un ipercontrollo. Qui le storie al TAT acquistano un carattere stereotipato che esprime il modo generale di difesa del soggetto;
- Nella terza forma, caratteristica di stati patologici, vi sono fluidità, labilità e impulsività. In questo caso le storie al TAT rappresentano desideri e tendenze in modo diretto, e possono esprimere anche accentuate contraddizioni.

Mentre il contenuto ideativo consente induzioni relative a tendenze di importanza fondamentale nel soggetto, poiché sono un compromesso tra le tendenze principali e i meccanismi di difesa, i cliché sono induzioni relative al carattere generale delle difese del soggetto, ossia sono il prodotto immaginario autentico e spontaneo del soggetto.

Rapaport quindi fornisce il suo modello interpretativo del TAT basato sull'esame dei cliché o degli schemi convenzionali delle risposte: essi fungono da norme rispetto alle quali si possono misurare le deviazioni.

L'autore propone le seguenti categorie per registrare le storie:

- Caratteristiche formali della struttura della storia:
  - Conformità alle istruzioni;
  - Coerenza delle storie;
- Caratteristiche formali del contenuto della storia:
  - Tono prevalente del racconto, stato d'animo, sentimenti e atteggiamenti;
  - Figure della storia;
  - Tendenze e atteggiamenti del soggetto derivabili dalle storie;
  - Ostacoli di fronte ai quali il soggetto ritiene di ritrovarsi.

Rapaport analizza le implicazioni diagnostiche, partendo dall'analisi della verbalizzazione dei processi di pensiero rilevabili dai protocolli.

### **6.3.1. IL DEFENSE MECHANISM MANUAL DI CRAMER**

Il DMM parte dall'assunto che le tre difese (negazione, proiezione e identificazione) possano essere concettualizzate come ricorrenti in una gerarchia di sviluppo. Esse vanno lungo un continuum evolutivo:

- Con il diniego maggiormente presente nelle prime fasi dello sviluppo;
- La proiezione rilevante nelle fasi centrali;
- L'identificazione quale attività difensiva più matura.

Il DMM fornisce un sistema per codificare i meccanismi di difesa a partire dalle storie narrate alle tavole del TAT. Lo scoring per ogni difesa è basato su sette categorie, ognuna delle quali riflette un differente aspetto della difesa. Le categorie sono:

- *Negazione* → Le categorie di valutazione di questa difesa comprendono:
  - Omissione dei personaggi e degli aspetti più importanti;
  - Dispercezione;
  - Inversione (trasformazione nell'opposto);
  - Affermazioni di negazione;
  - Negazione della realtà;
  - Tendenza a massimizzare apertamente aspetti positivi e a minimizzare quelli negativi;
  - Benevolenza, ottimismo, positività e gentilezza inattesi;
- *Proiezione* → Le categorie di valutazione di questa difesa comprendono:
  - Attribuzione di sentimenti aggressivi od ostili, emozioni o intenzioni a un personaggio o presenza di altri sentimenti, emozioni o intenzioni che sono normativamente insoliti;
  - Aggiunta di persone sinistre, fantasmi animali, oggetti o qualità;
  - Pensieri magici o circostanziali;
  - Protezione da una minaccia esterna;
  - Timore di morte, danno o attacco;
  - Temi di inseguimento, intrappolamento e fuga;
  - Storie o temi bizzarri o molto insoliti;
- *Identificazione* → Le categorie di valutazione di questa difesa comprendono:
  - Emulazione di abilità;
  - Emulazione di caratteristiche;
  - Regolazione di cause o comportamento;
  - Autostima attraverso l'affiliazione;
  - Lavoro: dilazione di gratificazione;
  - Differenziazione di ruoli;
  - Moralismo.

## 6.4. LA SCUOLA FRANCESE

La Shentoub ritiene che il racconto del TAT non debba considerarsi un semplice prodotto cognitivo, privo di risonanza o interferenza fantasmatica, e critica il punto di vista di Holt.

L'autrice ritiene che le fantasie prodotte consciamente, i racconti al TATi e le fantasie spontanee sgorgano dalla fantasia inconscia, dimensione dinamica fondamentale dello psichismo umano, che attinge sia dall'esperienza individuale che collettiva.

Quindi il racconto al TAT è un compromesso originale risultato dell'incontro tra fantasmi, riattivati dal contenuto delle tavole, e le esigenze coscienti di elaborazione narrativa.

“Fantasmi”, “fantasmatizzare” si riferiscono in questo contesto al concetto di fantasia e all'esprimere la fantasia.

Il fantasmatizzare comprare quando il principio di realtà si fonda e l'Io può dominare le pulsioni. Ma queste pulsioni possono ugualmente sfuggire al controllo dell'IO.

Secondo la Shentoub è la qualità strutturale e formale del racconto che rivela la qualità di un simile compromesso e di conseguenza il grado di equilibrio o di adattamento di chi narra.

Il buon racconto avrà le caratteristiche di un testo che è in relazione con il contenuto manifesto dello stimolo e che è in rapporto, a debita distanza, con il contenuto latente.

Secondo l'autrice il materiale del TAT rinvia all'Edipo, non inteso come processo evolutivo, ma come modello strutturale: evocatore di situazioni conflittuali, legate all'equilibrio della libido e dell'aggressività all'interno di una problematica che rimanda alla differenza di sesso e generazioni. La Scuola francese ha selezionato 17 nuove tavole del TAT come più significative e le ha suddivise per sesso.

Il processo di elaborazione di una storia passa attraverso quattro tappe successive:

- Modalità percettive dell'immagine;
- Riattivazione di tracce mnestiche connesse al contenuto latente evocato dal materiale, che rimandano a rappresentazioni inconse per effetto di un reinvestimento sui contenuti di tali tracce mnestiche;
- Rappresentazioni/affetti che urtano con la barriera cosciente dell'Io, che ammetterà o meno queste tendenze in funzione della rappresentazione cosciente del compito;
- Storia o fantasia cosciente indotta fornita dal soggetto, che rappresenta un compromesso originale di fronte allo scontro tra imperativi coscienti e inconsci suscitati dal materiale e dalla situazione nel suo insieme.

Nell'esame della storia si dovrà:

- Valutare la costruzione del contenuto manifesto, riflesso dell'elaborazione da parte dell'Io del contenuto latente;
- Decodificare il contenuto latente del racconto;
- Analizzare le caratteristiche, la varietà, l'impatto dei meccanismi di difesa.

#### **6.4.1. IL SISTEMA DI ANALISI DELLA SCUOLA FRANCESE**

Il sistema di analisi della scuola francese è composto da una scheda di spoglio che funge da griglia di analisi delle forme di risposta date al test e consente di valutare di agnosticamente i processi di costruzione della storia in modo da collegarli a diversi modi di funzionamento mentale:

- Nevrotico;
- Psicotico;
- Stato limite.

Per far ciò la griglia decodifica la forma del racconto. I processi di costruzione vengono individuati tramite cinque fattori:

- Rigidità;
- Labilità;
- Inibizione;
- Comportamento;
- Processo primario.

I primi tre fattori della scheda sono caratterizzati dalla modalità di gestione del conflitto. I primi due fattori: quello riguardante la rigidità, diagnosticherà il funzionamento nevrotico ossessivo, quello riguardante i meccanismi di labilità, diagnosticherà il funzionamento nevrotico isterico. Il terzo fattore (inibizione) è multidimensionale e raccoglie l'elaborazione di storie non conflittuali, cioè dove il conflitto è evitato in due modi:

- Attraverso meccanismi di inibizione, restrizione e presenza di conformismo che diagnosticano i movimenti di evitamento tipici della patologia fobica;
- Attraverso meccanismi di appiattimento, banalizzazione e aderenza al concreto che comportano il fallimento dell'investimento fantasmatico, in cui il conflitto non può essere espresso.

Nell'ultima serie del fattore inibizione vengono iscritti i procedimenti del discorso corrispondenti a meccanismi di funzionamento:

- Fattuale;
- Narcisistico;
- Maniacale.

Il quarto fattore definito comportamento corrisponde alla modalità dell'agito, tipico della patologia stato limite, ovvero al fatto che il paziente sfugge alla richiesta di consegna attraverso agiti esterni o interni alla situazione testologica.

Il quinto fattore descrive procedimenti del discorso caratterizzanti il processo primario, utili a diagnosticare quadri psicopatologici psicotici.

Dopo aver decodificato i singoli processi è possibile valutarli complessivamente mediante l'analisi della leggibilità delle storie. Da qui si procede all'ipotesi sull'organizzazione strutturale del paziente.

## **6.5. PSICOANALISI E NEUROSCIENZE: GLI APPROCCI SOCIO-COGNITIVI**

L'importanza di comprendere il ruolo che svolgono i processi percettivo-cognitivi ha portato allo sviluppo di un nuovo metodo esplicativo del TAT, riconducibile agli approcci socio-cognitivi, che tentano di integrare psicoanalisi, neuroscienze e scienze cognitive.

Qui di seguito vengono citati tre di questi.

### **6.5.1. L'APPROCCIO INTERPERSONALE DI DREW WESTEN**

Westen ha proposto una quantificazione delle storie prodotte al TAT, mirati a valutare la cognizione sociale e le relazioni oggettuali. Per relazioni oggettuali egli intende un insieme di funzione e strutture cognitivo-affettive, che includono modi di rappresentare gli altri nelle relazioni, affetti, conflitti e capacità di investimento nelle relazioni.

Egli costruisce uno strumento che è applicabile sia al TAT che ai colloqui clinici: lo Social Cognition and Object Relations Scales (SCORS). Esso è composto da quattro dimensioni:

- *Complessità delle rappresentazioni degli altri* → Valuta la tendenza dell'individuo a rappresentare se stesso e gli altri in modo differenziato, complesso, integrato;
- *Tono affettivo dei paradigmi relazionali* → Valuta la qualità affettiva delle rappresentazioni delle persone e delle relazioni, la colorazione affettiva del mondo oggettuale e la qualità affettiva delle aspettative interpersonali;
- *Capacità di investimento emotivo nelle relazioni e negli standard morali*;
- *Comprensione della causalità sociale* → Valuta la capacità di riconoscere l'attribuzione causale relativa alle azioni, considerando la presenza di motivazioni complesse, intenzionalità, pensieri e sentimenti quali fattori psicologici che mediano e governano il comportamento, sia di se stessi che degli altri.

Nella seconda versione la dimensione “*Capacità di investimento emotivo nelle relazioni e negli standard morali*” è stata suddivisa in due parti:

- La prima parte più centrata sulle relazioni;
- La seconda parte più centrata sui valori e sugli standard morali.

È stata aggiunta una nuova dimensione che riguarda le paure, i desideri e le preoccupazioni interpersonali.

La versione del 1993 propone sei sottoscale e un sub test, il Riordinamento di Storie Figurate della WAIS-R, che differenzia un campione di soggetti borderline da uno normale.

La versione SCORS-G è una scala a otto dimensioni che ha introdotto:

- Esperienza e gestione degli impulsi aggressivi;
- Autostima;
- Identità e Coerenza del Sé.

La procedura di scoring prevede due fasi:

- La fase di lettura di tutte le narrazioni in riferimento a ogni dimensione;
- La fase del calcolo della media dei punteggi assegnati all'intero protocollo per ognuna delle otto dimensioni.

## 6.5.2. IL CONTRIBUTO DI TEGLASI

Secondo Teglasi il TAT non rileva eventi reali ma fornisce informazioni sugli schemi narrativi. Le storie sono il resoconto dell'esperienza personale.

Nella valutazione del significato vanno considerati alcuni parametri:

- Problema-dilemma, circostanza;
- Intenzioni del personaggio;
- Variabili che complicano;
- Strumenti;

- Esito.

Gli obiettivi specifici della valutazione del protocollo sono quelli di:

- Individuare gli script;
- Identificare i processi psicologici più significativi e le preoccupazioni maggiori del narrante;
- Considerare gli altri racconti del protocollo per collegare le informazioni ottenute;
- Confrontare le informazioni ottenute dal protocollo con quelle provenienti da altre fonti.

### 6.5.3. TAT E PROBLEM SOLVING

Nel 1993 Ronan ha sviluppato uno strumento specifico per analizzare gli aspetti legati alla risoluzione dei problemi, il Personal Problem Solving System (PPSS). Il PPSS utilizza il TAT per fornire uno stimolo standard per evocare processi personali e interpersonali di problem solving. Esso è costituito da item in formato Likert. I 18 criteri di scoring sono raggruppati nelle seguenti sottoscale:

- *Orientamento Generale della Storia* → Valuta l'insieme delle abilità generali di problem solving;
- *Disegno della Storia* → Esami l'approccio generale usato della qualità di pensieri distorti e di come la situazione problematica viene formulata;
- *Generazione di Soluzioni alla Storia* → Valuta le soluzioni generate per affrontare la preoccupazione specifica;
- *Risoluzione della Storia* → Valuta l'impatto a breve e a lungo termine dell'implementazione delle soluzioni che sono state suscitate dalla storia, usando una varietà di criteri.

### 6.6. CONSIDERAZIONI TEORICHE E CLINICHE NELL'UTILIZZO DEL TAT

Ad oggi vi sono diverse metodiche di siglatura, ma non un sistema di classificazione. Mancando ciò, resta aperto il problema rispetto alle basi sulle quali potrà basarsi l'interpretazione. Ciò ha esposto il TAT ad un utilizzo intuitivo, poco coerente. Sembra che l'elaborazione dei dati si debba affidare all'interpretazione clinica del diagnosta. La lettura delle storie da parte dei diagnostici è basata sul rapporto tra come il paziente racconta, gli aspetti percettivi e i contenuti latenti o simbolici presenti nelle tavole, ma queste variabili sono state operazionalizzate, e mutano a seconda della chiave teorica.

Per il TAT sembra mancare una sola teoria che spieghi le tavole. Nessuna delle scuole sul TAT ha avuto una funzione unificante e si è validata come la migliore possibile.

### 6.7. METODOLOGICA CLINICA

Il momento psicodiagnostico si configura come un momento di incontro conoscitivo, di comprensione e diagnosi globale del paziente.

Il TAT è produttivo nel momento in cui viene utilizzato all'interno di una relazione psicodiagnostica, in cui l'analisi della relazione stessa diventa uno degli elementi integranti nel fornire conoscenze diagnostiche.

È stata utilizzata la dizione spazio analizzabile di relazione per indicare l'unicità di ogni relazione psicodiagnostica. Il contesto relazionale e gli attori in gioco sono parte integrante di questo spazio. Il modello di lavoro fra paziente e psicologo mediante il TAT può essere configurato come una condivisione di un'esperienza transazionale. L'attivazione dell'esperienza transazionale è data da due fattori:

- La richiesta fatta al paziente di entrare in contatto con le proprie fantasie e immaginazioni;
- Il tipo di materiale-stimolo, strutturato ma sufficiente ambiguo da permettere le proiezioni del paziente.

La consegna e il materiale introducono a un incontro tra il mondo interno del paziente e il mondo esterno.

L'effettuazione del test è un momento di sospensione dell'esame di realtà ma non al fine di annullare totalmente la realtà, bensì per entrare in una dimensione intermedia tra realtà e assenza di realtà. Questa dimensione coinvolge la capacità di mantenere la propria unità, ovvero di restare al proprio interno e all'interno di un'immagine del Sé coesa nelle sue funzioni di pensiero, azione e soma, pur riuscendo a uscire per confrontarsi con le novità spontanee dei propri pensieri, con i dati concreti della realtà esterna. Questa compresenza si configura come un'area di esperienza psichica intermedia tra Sé e non Sé ed è l'aria della fantasia.

## 6.8. IL RUOLO DEL DIAGNOSTA

Per compiere un buon lavoro clinico, il diagnosta deve assumere una particolare funzione di garanzia: mantenere il piano di realtà.

La presenza del diagnosta deve fare da garanzia al processo di immersione e riemersione dall'area transazionale. Tutto ciò richiede la partecipazione emotiva di entrambi.

Il diagnosta deve essere in grado di partecipare alla curiosità del paziente verso le proprie fantasie e essere incuriosito dalle fantasie che emergono dalle storie del test. Deve essere empaticamente curioso. Si deve fare attenzione anche al fatto che il diagnosta deve porre alle proprie capacità di leggere le proprie reazioni emotive, perché l'area transazionale è costituita anche dal suo immaginario.

### 6.8.1. CARATTERISTICHE DEL SETTING TESTOLOGICO

Il TAT non contempla un'interpretazione di una forma indefinita. Lo stimolo formale è dato, è la dimensione della storia da costruire: in questo test realtà (stimolo formale) e immaginario (storia) procedono insieme. In questo senso il TAT fornisce due dimensioni che permettono l'ingresso-uscita dall'area transazionale.

La situazione testologica costituisce un ambiente dotato di una sua particolarità, caratterizzato da confini spazio-temporali. Il fatto di situarsi all'interno di un'area definita di consultazione contribuisce a delimitare, contestualizzare e focalizzare quanto va a costituirsi come ambiente

testologico. Esso consente l'avvio di un processo di conoscenza mirato a fornire un ritratto del paziente e del suo problema, per adattare nel tempo la persona o per focalizzarsi su aspetti sintomatici, al fine di controllarli o trasformarli.

Utilizzare il TAT come facsimile di un percorso terapeutico renderebbe il test un simulacro di se stesso. Costruire un ambiente implica per il diagnosta sapere quando iniziare con il test e quando concludere, delimitare cioè il tempo necessario essendo consapevole che quello è il tempo per il test e che, in quanto tale, va da lui per primo rispettato, senza saltare o spostare appuntamenti o allungare i tempi, e ugualmente regolandosi se il paziente si comportasse allo stesso modo.

Il tempo va quindi contrattato a priori per permettere all'ambiente di avere confini chiari e limitati. Quindi il TAT non è un test che si può somministrare, esso è uno strumento diagnostico che può essere usato solo se l'operatore ha conseguito una specifica formazione.

## 6.9. IL TAT E LA SUA SPECIFICITÀ RISPETTO AL FUNZIONAMENTO MENTALE

I due aspetti evidenziabili come specifici del TAT rispetto al Rorschach sono:

- L'immagine del Sé e il modello di relazione oggettuale;
- Lo stile cognitivo nel funzionamento del pensiero.

Nel TAT la realtà è implicata nel tipo di consegna e di compito, vi è una dimensione spazio-tempo più strutturata. Se al Rorschach la forma è indefinita, al TAT vi è una già una forma ed è la storia che va costruita. Il TAT è un test che suggerisce di restare all'interno di un processo secondario di pensiero, e lo stile cognitivo può emergere maggiormente poiché la situazione del test è meno destrutturata.

Si colloca anche in maniera differente con il Rorschach sul valore diagnostico: se il Rorschach evidenzia le dimensioni più fragili del paziente, il TAT sollecita gli aspetti più adattivi e le risorse del paziente.

Gli indici più specifici e trattabili sono l'area delle relazioni oggettuali e dello stile cognitivo. Col primo indice si intende il fatto che il test può fornire il modello delle relazioni oggettuali del paziente, ossia quali rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono state interiorizzate. Rispetto alle figure parentali primarie e all'immagine del Sé sessuale, il TAT permette di individuare il tipo e la qualità di oggetto interiorizzato (quest'ultima cosa il Rorschach non la fa).

Altra differenza con il Rorschach sta nel differente peso della consegna: il TAT chiede di raccontare una storia, il Rorschach chiede al paziente cosa vede.

Riguardo alle rappresentazioni del Sé, la specificità e l'utilità del TAT consiste nel fatto che le relazioni messe in scena dal paziente gli possano essere restituite per mostrargli che immagine di sé possiede.

Analogamente è possibile analizzare il versante della relazione con l'oggetto, ricostruendo quali siano le immagini dell'oggetto stesso. È importante valutare quali aspettative vengano proiettate sull'oggetto.

L'altro indice specifico del TAT concerne lo stile cognitivo. Esso riguarda le modalità difensive utilizzate dal paziente, così come rintracciabili dalla verbalizzazione e dal tipo di storia raccontata. Lo stile cognitivo interessa il funzionamento dell'Io in senso adattivo-difensivo.

Con stile cognitivo al TAT si indica quale sia lo stile di pensiero del paziente. Per poterlo esplicitare è possibile porsi dal punto di vista dell'Io pensate del paziente, ossia della modalità soggettiva e personale con cui la mente del paziente si pone di fronte alle immagini. È possibile avere uno stile di pensiero confidenziale e senza particolari paure o avere uno stile di pensiero rigido e difeso, espresso dalla descrizione convenzionale del percelto, da uno stile osservativo filmistico, o legato a cliché convenzionali, o arido e circospetto. Vi è il caso di stili nettamente proiettivi, che trattano il percelto come puro pretesto per indurre vicende e relazioni fuori dalla tavola, al fine di giungere a tutta un'altra storia rispetto al percelto.

## 6.10. CENNI DIAGNOSTICI E PATOLOGICI

Utilizzando la storia come incontro tra percezione e proiezione, una possibile modalità di lettura delle stesse ai fini diagnostici deve considerare il rapporto tra stile e struttura del racconto. Va valutata la coerenza tra il racconto e i dati percettivi contenuti nella tavola, in modo da rilevare se vi siano cadute nell'esame di realtà.

Nello stesso tempo va anche valutato il racconto in termini di coerenza interna e leggibilità, considerando il modo in cui lo scenario interno fantasmatico e oggettuale riesca ad essere più o meno ben integrato in uno scenario esterno comprensibile, dato dal racconto.

### 6.10.1. ORGANIZZAZIONI DI PERSONALITÀ E PRODUZIONE AL TAT

La storia del paziente rappresenta il suo stile di funzionamento psichico ed è possibile risalire a diverse strutture di personalità:

- L'organizzazione di personalità *nevrotica* è rappresentata al TAT dalla possibilità di costruire storie dove vi è separazione tra mondo interno e mondo esterno, dove il rapporto tra percelto e proiezione è equilibrato e distinto. All'interno di queste storie la conflittualità è intrapsichica. Tipico dell'organizzazione nevrotica è la drammatizzazione della storia e la presenza di un conflitto fra due istanze psichiche: desiderio-inibizione, impulso-difesa, desiderio-paura.
  - Il funzionamento nevrotico ossessivo si differenzia per lo stile maggiormente dubbioso e ruminante, con difficoltà a costruire le storie;
  - Nel funzionamento fobico l'evitamento e l'inibizione sono prevalenti, con la conseguente espressione di storie dove si tenta di appiattire gli stimoli emotigeni, funzionano come difese di controllo dell'ansia e del panico di fronte a stimoli vissuti per la loro connotazione epidica;
- Apparenti similarità ma sostanziali differenze si riscontrano nelle organizzazioni di personalità poste nel registro degli *stati-limite*.
  - Il paziente narcisista raffredda la drammatizzazione. Descrivendo, senza mettere in scena, egli non rappresenta relazioni oggettuali ma le storie, poste come pseudo-racconti, descrizioni e quadri fotografici, sono rappresentazioni di parti del Sé. Essi saranno caratterizzati secondo due tipologie. Una riguarderà il conflitto tra aspetti del Sé vissuti come grandiosi-onnipotenti e contemporanei aspetti del sé vissuti come svalutanti e impotenti. L'altra tipologia può assumere una caratterizzazione tipo falso Sé. Attraverso

risposte banali o di cliché, il paziente ottiene l'effetto di una messa in quadro che fotografa la scena. Tali storie sono riconoscibili per il tentativo di sfuggire alla dimensione temporale e quindi storicizzazione tipica della drammatizzazione.

- Nel paziente borderline un'elevata operazione proiettiva rende il conflitto esternalizzato e agito nel rapporto con la realtà esterna. Il conflitto non è intrapsichico ma è tra Sé e ambiente, senza soluzione di continuità nei confini tra mondo interno ed esterno. Il paziente borderline appare al TAT come un regista che costruisce trame che poi non riesce a dirigere o alle quali fatica a trovare una conclusione;
- L'ingresso della logica del pensiero primario caratterizza le storie nelle più gravi strutture di personalità *psicotiche*. L'irrompere dei processi primari si manifesta con la comparsa di contenuti crudi, con stranezze di linguaggio e altri indici di bizzaria formale. La narrazione è molto inibita e presenta fratture logiche ideative. Un aspetto che caratterizza il registro psicotico è l'assenza di risonanza fantasmatica della storia.

## 7. COGNITIVE BEHAVIORAL ASSESSMENT: UN MODELLO DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA

L'assessment che utilizza il CBA, ovvero il Cognitive Behavioral Assessment, è multidimensionale e strutturato gerarchicamente per approfondimenti successivi: integrato cioè sia orizzontalmente sia verticalmente.

### 7.1. LA BATTERIA CBA-2.0

La Batteria CBA-2.0 non esaurisce in sé la valutazione del paziente; essa esplora il soggetto lungo uno dei suoi piani di analisi: il piano della propria autovalutazione e auto descrizione soggettiva.

La Batteria CBA-2.0 è organizzata gerarchicamente per l'idea che l'assessment psicologico ha una successione sistematica e intelligentemente organizzata di approfondimenti successivi. Essa comprende:

- *Scale Primarie* → Esse vengono presentate tutte a ciascun soggetto;
- *Scale Secondarie* → Esse vengono selezionate sulla base di una prima elaborazione delle informazioni raccolte attraverso le Scale Primarie e somministrate solo ai soggetti che necessitano di determinati approfondimenti.

#### 7.1.1. LE SCALE PRIMARIE

Le Scale Primarie aiutano il paziente lungo la ricostruzione della storia personale e dei problemi psicologici attualmente lamentati. Esse indagano ampie problematiche di potenziale interesse clinico; esse tendono a individuare eventuali aree disfunzionali nella situazione di vita del soggetto.

Le Scale Primarie della Batteria CBA-2.0 sono le seguenti:

Scheda	Scale	Punteggi	Area d'indagine
Scheda 1			Dati generali
Scheda 2	Scala STAI-X1	STAI-X1	Ansia di stato
Scheda 3	Scala STAI-X2	STAI-X2	Ansia di tratto
Scheda 4			Storia personale
Scheda 5	Scala E	EPO-E	Introversione/estroversione
	Scala N	EPQ-N	Stabilità emotiva
	Scala P	EPQ-P	Disadattamento/antisocialità
	Scala L	EPQ-L	Simulazione e ingenuità sociale
Scheda 6	Scala QPF/R	QPF/R	Disturbi psicofisiologici
Scheda 7	Scala IP/R	IP/R-F	Paure
		IP/R-PH	N° di risposte di massima paura
	Sub scala 1	IP-1	Paure: calamità
	Sub scala 2	IP-2	Paure: rifiuto sociale
	Sub scala 3	IP-3	Paure: animali repellenti
	Sub scala 4	IP-4	Paure: allontanamento
	Sub scala 5	IP-5	Paure: sangue e medici
Scheda 8	Scala QD	QD	Problemi depressivi
Scheda 9	Scala MOCQ/R	MOCO/R	Ossessioni e compulsioni

	Sub scala 1	MOCO-1	“Checking”
	Sub scala 2	MOCQ-2	“Cleaning”
	Sub scala 3	MOCQ-3	“Doubtin-ruminating”
Scheda 10	STAI-X1/R	STAI-X1	Ansia di stato
		STAI-DIFF	Variazioni ansia di stato
		STAI-AOC	Accuratezza e validità
Item ripetuti	Scala IR	IR	Accuratezza e validità

Per considerare un protocollo CBA valido e attendibile si devono analizzare diversi indici:

- L'accuratezza con cui il soggetto ha risposto;
- Eventuali interferenze imputabili a un eventuale stato di ansia durante la compilazione;
- I tentativi di simulazione messi in atto per presentarsi in maniera favorevole;
- Le motivazioni che guidano il soggetto alla compilazione del protocollo.

### 7.1.2. LE SCALE SECONDARIE

Le Scale Secondarie indagano in maniera dettagliata le eventuali aree disfunzionali suggerite dall'analisi delle Scale Primarie.

Esse raccolgono informazioni più specifiche sulla capacità e le risorse del soggetto che potrebbero dispiegarsi durante la psicoterapia. Esse forniscono inoltre indici prognostici e valutazioni relative a potenziali ostacoli e controindicazioni.

Le Scale Secondarie assolvono a tre scopi principali:

- *Approfondimento* → Approfondiscono specifiche aree problematiche per la conoscenza del paziente in esame;
- *Allargamento* → Allargano la base conoscitiva ove vi si ponessero problemi di diagnosi differenziale;
- *Prognosi di trattamento* → Raccolgono indicazioni per valutare l'utilità di una proposta di intervento psicologico.

### 7.1.3. I PATTERN DI APPROFONDIMENTO

La struttura del CBA consiste di 5 parti che riassumono:

- Le informazioni socio-anagrafiche;
- Lo scoring;
- I requisiti di validità, gli item omessi e gli item critici;
- Una sintesi della Scheda 4;
- I commenti conclusivi con i suggerimenti per ulteriori approfondimenti.

Ci si deve soffermare sui pattern di approfondimento che vengono fuori dall'analisi delle Scale Primarie della Batteria CBA-2.0 e guidano il passaggio dalle Scale Primarie a quelle Secondarie.

Un pattern può essere definito come un insieme di eventi che hanno luogo nelle risposte del soggetto alle Scale Primarie:

- Può trattarsi di specifiche risposte a taluni item, che risultano allarmanti o emblematiche;
- Può trattarsi di punteggi anormali riscontrati in talune scale;
- Può trattarsi di combinazioni predeterminate che vengono a presentarsi tra i diversi punteggi e i diversi indici che si possono ricavare dalla Batteria.

In sintesi, un pattern costituisce un suggerimento per opportuni approfondimenti in materia.

#### 7.1.4. INTERPRETAZIONE AUTOMATICA

Nel CBA-2.0 i programmi di scoring e l'interpretazione automatica si sono evoluti in parallelo sin dall'origine. L'esigenza di minimizzare tempi e fatiche per l'operazione di scoring, stesura di referti, archiviazione e riutilizzo di test è stato il motore di inizio della formazione di un programma di interpretazione computerizzato. Esso comprende:

- Un programma con funzioni di editor, per l'introduzione e la visualizzazione delle risposte alle Scale Primarie, per una eventuale auto somministrazione da terminale, per l'archiviazione delle risposte del soggetto;
- Un programma di scoring;
- Un programma di stampa del rapporto di sintesi di tali Scale Primarie, di un loro commento esplicativo e di un resoconto narrativo;
- Un programma che analizza tali risultati, individua un certo numero di "pattern di approfondimento", seleziona le Scale Secondarie e indica gli approfondimenti giudicati più opportuni.

#### 7.1.5. MODI E FINALITÀ D'IMPIEGO

La Batteria CBA-2.0 Scale Primarie ha conosciuto due modalità e finalità d'impiego:

- *Assessment clinico* → Somministrazione nelle fasi iniziali dell'esame psicodiagnostico, per operare una valutazione ad ampio spettro preliminarmente ad approfondimenti clinici eventuali;
- *Valutazione del cambiamento* → Somministrazione ripetuta più volte a distanza di tempo, per valutare l'evoluzione del caso, il progresso di un intervento psicologico, di una psicoterapia, di un intervento riabilitativo.

Le Scale Primarie CBA-2.0 non esauriscono l'assessment iniziale del caso ma offrono ipotesi e misurazioni. Dai suoi dati emergono:

- Ipotesi di allargamento del problema;
- Ipotesi di approfondimento del problema;
- Ipotesi relative ai meccanismi processuali attraverso i quali si possono essere sviluppati i problemi e i disturbi psicologici al momento lamentati;
- Ipotesi relative alle strategie di intervento che possono essere appropriate nel caso in esame.

## 7.2. RICERCHE E AMBITI DI IMPIEGO

Gli ambiti principali di diffusione e utilizzo della Batteria CBA-2.0 sono:

- La psichiatria;
- La psicologia clinica;
- La psicoterapia.

Esempi di ricerche sono:

- Il CBA-2.0 è stato somministrato parallelamente al MMPI per confrontare i due test. In un primo studio Michielin ossera che CBA-2.0 sembra fornire rispetto al MMPI informazioni maggiormente concordanti con quelle che emergono dal colloquio clinico nella diagnosi medico-psichiatrica di Nevrosi ossessivo-compulsiva con somministrazione indipendente. In un secondo studio si è utilizzata una somministrazione parallela su 24 pazienti psichiatrici, le ipotesi di approfondimento suggerite dai due strumenti circa i disturbi dei soggetti possono essere confermate con la valutazione clinica, basata su colloqui;
- Il CBA-2.0 è stato impiegato nella clinica psicosomatica e nello studio delle caratteristiche psicologiche in patologie come le cefalee;
- Per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa si è utilizzato il CBA-2.0 con il J Jenkins Activity Survey per esplorare le caratteristiche psicologiche e valutare i fattori di rischio di tipo comportamentale;
- Gli studi sulle distorsioni focali e nella valutazione psicologica di pazienti affetti da crampo dello scrivano e da torcicollo spasmodico;
- CBA impiegato anche nello studio della reattività psicofisiologica a stress sperimentalmente indotto in soggetti normali;
- CBA impiegato nella ricerca farmacologica;
- CBA utilizzato nello studio di pazienti anginosi. Attraverso di essi, è stato ipotizzato che possibili differenze cognitive nella percezione dello stimolo doloroso possano modulare la sintomaticità o asintomaticità dell'ischemia miocardica transitoria;
- La Batteria CBA-2.0 è stata ampiamente utilizzata con soggetti con infezione da HIV;
- La Batteria CBA-2.0 è stata utilizzata per valutare psicologicamente pazienti con asma bronchiale, pazienti affetti da broncopneumatia cronico ostruttiva in rapporto alla valutazione della qualità di vita;
- È stata valutata la stabilità psicologica nei pazienti ritenuti idonei al trapianto cardiaco;
- La Batteria CBA-2.0 è stata utilizzata nell'ambito della riabilitazione post-chirurgica del paziente affetto da incontinenza fecale e urinaria;
- La Batteria CBA-2.0 è considerata la tecnica psicodiagnostica più utilizzata in Italia per la medicina riabilitativa. La valutazione psicologica in medicina riabilitativa segue questo iter:
  - Somministrazione della Batteria CBA-2.0;
  - Scoring e interpretazione attraverso gli appositi programmi di analisi automatizzata;
  - Breve colloquio mirato;
  - Eventuali approfondimenti successivi;

- Ritorno di informazioni e indicazioni al paziente e al medico della riabilitazione;
- Eventuali decisioni circa interventi psicologici opportuni.

Le aree riabilitative che interessano le ricerche con Batteria CBA-2.0 (per l'analisi della qualità di vita, dell'analisi dell'impatto psicologico di un iter riabilitativo, delle misurazioni per fini di ricerca e dei fattori comportamentali di rischio), sono:

- Area cardiologica;
- Area pneumologica;
- Area neurologica/fisiatrice;
- Area dipendenze;
- Area distonie;
- Area malattie professionali.

## 7.3. NUOVI TEST PER L'ASSESSMENT

### 7.3.1. CBA-2.0 FORMA ANZIANI

La Batteria CBA-2.0, per il modello multidimensionale cui si ispira, è ritenuta adatta alla valutazione dell'anziano ma necessitante di modifiche per lo studio di variabili contesto ambientale-invecchiamento correlate.

Il nucleo centrale delle modifiche è la Scheda 4 che è stata adattata e modificata secondo le seguenti aree:

- Dati anamnestici generali;
- Condizione lavorativa precedente e attuale;
- Preoccupazioni economiche;
- Condizione affettiva-relazionale:
  - a. Intergenerazionale;
  - b. Di coppia;
  - c. Vita sessuale;
- Eventi stressanti nell'anno in corso;
- Abitudini rischio:
  - a. Fumo;
  - b. Alimentazione;
  - c. Consumo di alcolici
- Condizioni di salute:
  - a. Disordini del sonno;
  - b. Incontinenza;
  - c. Dolore;
  - d. Ricoveri ospedalieri;
  - e. Assistenza medica;
  - f. Assistenza domiciliare;
- Limitazioni comportamentali causate da condizioni di salute;
- Interessi e attività del tempo libero;
- Utilizzo delle strutture e dei servizi pubblici.

### 7.3.2. CBA – FORMA H

La Batteria CBA-2.0 ha avuto una ragguardevole diffusione in ambito ospedaliero. La forma H (Hospital) è stata sviluppata:

- Per potenziare ulteriormente la possibilità di distinguere stati emozionali e modificazioni comportamentali connesse all'impatto con l'ospedalizzazione;
- Per consentire l'utilizzo della Batteria con molteplici patologie e problematiche ospedaliere.

La forma H risulta più breve e semplice della forma originale CBA-2.0. È composta da 147 item brevi e semplici con risposta "vero/falso". Le domande sono organizzate in 4 schede:

- *Scheda A* → Si riferisce al momento attuale e indaga:
  - Lo stato emotivo;
  - Le reazioni di ansia e di depressione;
  - Apprensioni nei confronti del personale sanitario;
  - Preoccupazioni connesse a scarsa informazione;
- *Scheda B* → Si riferisce ai mesi immediatamente precedenti e indaga:
  - Lo stato emotivo;
  - I disturbi psicofisiologici;
  - Percezioni e manifestazioni di stress;
  - Eventi e modalità comportamentali significative;
- *Scheda C* → Si riferisce a un ampio arco di vita e indaga:
  - Introversione/estroversione;
  - Tratti d'ansia;
  - Stile interpersonale;
  - Ostilità e rigidità sociale;
  - Irritabilità e impazienza;
- Coinvolgimento nel lavoro;
- *Scheda D* → Raccoglie informazioni di carattere biografico, come:
  - Supporto sociale;
  - Relazioni affettive e sessuali;
  - Lutti ed eventi stressanti;
  - Soddisfazione e tipologia lavorativa;
  - Abitudini alimentari;
  - Sonno;
  - Attività fisica e sedentarietà;
  - Uso di alcolici;
  - Abitudine al fumo.

Dallo scoring delle risposte si ricavano una cinquantina di variabili che producono a loro volta pattern critici, utili per l'interpretazione del protocollo e per la definizione degli approfondimenti necessari. Il principale impiego di questa versione è nell'ambito della malattia infartuale acuta.

La forma H è indirizzata anche a:

- Pazienti nelle prime giornate di ricovero ospedaliero;
- Pazienti ambulatoriali in prossimità di un evento sanitario rilevante.

### 7.3.3. CBA FORMA GIOVANI

La forma G rispetto alle altre Batterie CBA non è organizzata in segue e presenta di seguito 447 item in 16 argomenti di contenuto omogeneo: al soggetto appare come un'intervista.

Il test ripropone i classici costrutti CBA e indaga i fattori di rischio, di disagio psicologico di disadattamento e di malattia.

I principali ambiti d'indagine sono:

- Avvenimenti significativi dell'infanzia e dell'adolescenza;
- Rapporto con i genitori e adattamento familiare;
- Storia scolastica e adattamento nel contesto scolastico;
- (Eventuale) storia lavorativa e relativo livello di adattamento;
- Relazioni affettive e sessuali;
- Aspettative e atteggiamenti circa sessualità, matrimonio, paternità/maternità;
- Atteggiamenti e convinzioni relativi alla dimensione religiosa e connessi di momenti di aggregazione;
- Convinzioni, credenze stereotipiche (bellezza, denaro, moda, motori, servizio militare, successo);
- Interessi del tempo libero, culturali e sportivi;
- Abitudini connesse a salute e stile di vita, fattori di rischio;
- Elementi di anamnesi di (eventuale) psicopatologia familiare;
- Elementi di anamnesi di (eventuale) psicopatologia del soggetto;
- Eventi traumatici e stressor;
- Malattie, salute e benessere psicofisico;
- Orientamento introversione/estroversione;
- Manifestazioni e tratti d'ansia;
- Stabilità//iper-reattività emozionale;
- Paure connesse a solitudine/allontanamento;
- Paure relative alla critica e al giudizio sociale;
- Paure specifiche;
- Attenzione somatica e lamento somatico;
- Manifestazioni e sentimenti di depressione;
- Pensieri intrusivi e rimuginamenti mentali;
- Ideazione suicidaria;
- Disturbi psicofisiologici e stress;
- Sentimenti, atteggiamenti e comportamenti asociali e/o antisociali;
- Amore per il rischio e condotte connesse.

Il sistema di risposta è originale: il soggetto è invitato a leggere ciascun item e a contrassegnarlo soltanto se ritiene che sia affatto al suo caso. Sul piano tecnico la compilazione risulta agile e celere. Viene utilizzato, oltre che in ambito clinico, anche in ricerche di carattere epidemiologico e preventivo.

### 7.3.4. CBASPORT

La struttura del CBASPORT è la seguente:

- *Scheda 1* → Dati anagrafici e curriculum sportivo;
- *Scheda 2* → Livello d'ansia nei momenti iniziali della compilazione del test;
- *Scheda 3* → Ansia di tratto;
- *Scheda 4* → Cartella autobiografica (standardizzata) di carattere generale integrata con sezione indagante le condizioni della pratica sportiva, il grado di soddisfazione/insoddisfazione, l'atteggiamento e l'eventuale ricorso a preparati farmaceutici per migliorare le prestazioni;
- *Scheda 5* → Reazioni e (eventuali) disturbi psicofisiologici in prossimità di una gara o di altro avvenimento rilevante per la propria pratica sportiva;
- *Scheda 6* → Stile relazionale (passivo, assertivo, aggressivo);
- *Scheda 7* → Situazioni ed eventi che causano paura;
- *Scheda 8* → Manifestazioni e sentimenti di depressione;
- *Scheda 9* → Autopercezione della propria funzionalità corporea (consapevolezza corporea) e del proprio stato di salute psicofisica (efficienza fisica);
- *Scheda 10* → Autoconsapevolezza (privata e pubblica) e ansia sociale;
- *Scheda 11* → Grado di autostima a livello prototipico, etero valutativo e auto valutativo;
- *Scheda 12* → Aspettative attinenti a locus of control contestualizzate alla pratica sportiva e al successo sportivo;
- *Scheda 13* → Interferenza del livello d'ansia nella compilazione del test, grado di accuratezza.

Esso allarga l'indagine ai processi di auto rappresentazione e integra un approccio cognitivo con un altro di tipo interattivo-fenomenologico.

Si struttura sui due livelli delle Scale Primarie e delle Scale Secondarie. Nonostante il numero delle Scale Primarie sia salito da 10 a 13, si è notato che il tempo di compilazione è diminuito.

La presenza di specifici approfondimenti di pertinenza atletica/sportiva rende meno frequente il ricorso a scale secondarie. Esse risultano opportune solo:

- Nei casi in cui emergono problematiche psicologiche disfunzionali;
- Nei casi in cui si desidera approfondire specifici aspetti di rilievo nella valutazione delle potenzialità e delle risorse dell'atleta.

La Batteria si rivolge sia ad atleti di alto livello sia a quegli sportivi che praticano un'attività dilettantistica e/o amatoriale, a partire dai 14 anni, che implichi carichi di allenamento almeno bisettimanali e frequenti attività di tipo competitivo.

### 7.3.5. CBA VALUTAZIONE DI ESITO (CBA-VE)

Il CBA-VE, Valutazione degli Esiti riprende e aggiorna i contenuti e gli item del CBA-Forma Giovani. Esso è finalizzato all'approfondimento di problematiche peculiari della tarda adolescenza e della prima età giovanile, che valuta costrutti indicanti uno stato di psicopatologia o di benessere e fornisce informazioni prospettiche sul rischio di disagio psicologico o di disadattamento.

Attraverso i focus group si è proceduto alla selezione di set di item coerenti con la valutazione inerenti ansia, benessere, depressione, consapevolezza di cambiamento positivo e di sostegno.

Il CBA-VE si compone di 80 item che fanno riferimento alla condizione psicologica degli ultimi 15 giorni e sono strutturati per comodità sintattica in tre parti. Gli item, con risposta su scala a cinque punti, fanno riferimento alle seguenti aree:

- *Ansia* → 14 item;
- *Benessere* → 15 item;
- *Percezione di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri* → 11 item;
- *Depressione* → 19 item;
- *Disagio psicologico, sintomi di disturbo gravi e scarso controllo degli impulsi* → 21 item.

Il test condivide numerose caratteristiche con la Batteria CORE-Clinical Outcomes in Routine Evaluation.

La parte principale della Batteria, ossia il CORE-OM, comprende 34 item riferiti a quattro domini:

- Benessere;
- Funzionamento sociale;
- Problemi e sintomi;
- Rischio per sé e per gli altri.

Vi sono altre due schede:

- Una che raccoglie i dati anagrafici e diagnostici;
- Una che registra il trattamento.

Le caratteristiche che i due strumenti hanno in comune sono:

- L'ateoricità;
- La brevità;
- La sensibilità al cambiamento nella condizione psicologica legato a un trattamento psicologico.

Il questionario si è voluto caratterizzare, rispetto al CORE-OM, per:

- La disponibilità di un maggior numero di item riferiti al benessere psicologico, così da poter valutare in modo consistente e ampio tale costrutto;

- La possibilità di valutare in modo autonomo e specifico la sintomatologia ansiosa e quella depressiva;
- Un maggior numero di informazioni ricavabili dall'analisi qualitativa del protocollo.

Anche il questionario CBA-VE si completa con una scheda che raccoglie i dati anagrafici, diagnostici e di trattamento del paziente. Per la taratura del questionario sono stati utilizzati diversi gruppi:

- Un gruppo di 250 soggetti normali equamente divisi per sesso e per fasce d'età, residenti in Veneto, Emilia, Puglia, Calabria e Sicilia;
- Un gruppo di 50 soggetti clinici che hanno compilato, prima dell'inizio del trattamento, sia CBA-VE che lo STAI-Y1 e Y2 e il Questionario D tratto dalla Batteria CBA-2.0 Scale Primarie;
- Un gruppo di 40 soggetti clinici che hanno compilato, nella parte finale del trattamento, il CBA-VE e il PWB (Psychological Well-Being);
- Un gruppo di 38 soggetti in lista d'attesa per trattamento psicologico ai quali il test è stato somministrato due volte, a distanza mediamente di 33 giorni;
- Un gruppo di 130 soggetti, in trattamento ambulatoriale con psicologi dei servizi sociosanitari pubblici o psicologi liberi professionisti del Veneto; a questi soggetti il test è stato somministrato prima e al termine del trattamento.

Le analisi erano volte a verificare la struttura teorica a cinque fattori del test e hanno supportato la plausibilità del modello e confermato una soddisfacente coerenza interna di ciascuna dimensione. Le differenze nei punteggi ottenuti dai soggetti normali e da quelli clinici sono a sostegno della validità discriminante e la sensibilità al cambiamento dello strumento.

La validità convergente, studiata calcolando le correlazione delle specifiche dimensioni con lo STAI-Y, il Questionario D del CBA e il PWB, è risultata buona.

Il CBA-VE evidenzia caratteristiche metriche tali da poter essere utilizzato per indagare aspetti e costrutti adatti a verificare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici, indipendentemente dal setting di trattamento e dal tipo di disturbi presentati.