

# **LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA**

M. Celoria L. Moretti

## **1. INTRODUZIONE**

Il presente articolo è focalizzato su una particolare area di lavoro dello psicologo clinico: la consultazione diagnostica della personalità o perizia psicologica. Per consultazione diagnostica intendiamo quel processo che si svolge tra lo psicologo clinico ed il paziente, che si rivolga direttamente o venga inviato per un disagio psicologico, riconosciuto dalla persona stessa o da altri, che permetta di delineare la prognosi e le modalità più appropriate di intervento terapeutico.

Tratteremo della valutazione testistica nel suo insieme, con particolare attenzione all'area dei test psicologici proiettivi, importante strumento scientifico per l'ottenimento di dati significativi della personalità, quest'ultima intesa come l'insieme delle caratteristiche di pensiero che, nella loro evoluzione psico-genetica e sociale, unitamente agli aspetti costituzionali, determinano il carattere e le modalità relazionali dell'individuo.

Dal punto di vista storico i metodi proiettivi si propongono un'analisi dinamica e funzionale della personalità, che tenga conto del ruolo di tutte le funzioni e dei processi psicologici che operano nel contesto della personalità totale, piuttosto che limitarsi all'esame di frammenti isolati di essa. La diagnosi non si riduce ad una collezione di punteggi, ma richiede la comprensione delle intercorrelazioni dinamiche fra la storia del soggetto, le sue esperienze, i suoi bisogni e il suo ambiente. I metodi proiettivi hanno sempre mantenuto alla loro base un approccio olistico della personalità, in cui aspetti cognitivi, affettivi, e relazionali si compenetrano e vengono isolati solo per ragioni di studio, ma tenendo sempre presente che un aspetto richiama l'altro e non può essere completamente separato.

Sarà descritta in modo particolare la valutazione testistica dell'adulto. I reattivi di cui parleremo sono comunque utilizzabili anche per la valutazione del bambino e dell'adolescente, nelle forme espressamente adattate alle varie età di riferimento, tenuto conto che epistemologicamente i criteri diagnostici in questo caso si riferiscono ad un individuo in evoluzione, non ancora definitivamente strutturato, e devono quindi tenere in considerazione le particolarità e le caratteristiche legate alle varie tappe di sviluppo mentale ed intellettuale.

## **2. LA CONSULTAZIONE**

### **2.1 SCOPO**

Lo scopo della consultazione diagnostica è di prestare attenzione alla problematica psicologica che ha portato alla consultazione, dal disagio soggettivamente esperito al sintomo o comportamento disadattivo che altri hanno evidenziato, inserendo tale problematica del paziente nella sua complessità, come portatore di una sofferenza, che va iscritta e contestualizzata nell'insieme della personalità.

La sua finalità è di giungere ad un profilo complessivo che approfondisca e metta in relazione il sintomo o il problema con le istanze intra psichiche (es, Io, Super-Io), gli aspetti e le modalità più sanamente adattive con i tratti patologici, le forze progressive con le spinte regressive, che descriva le caratteristiche generali dal quadro, differenziando gli aspetti più stabili e consolidati da ciò che si connota come più transitorio e reattivo. Si tratta di giungere alla cosiddetta diagnosi strutturale,

implicante un'indagine significativamente più approfondita della semplice diagnosi sintomatologica, abitualmente utilizzata in psichiatria tramite i manuali diagnostici ICD 10 e DSM IV. Uno o più colloqui diagnostici, integrati con una batteria testistica e condotti con adeguati riferimenti teorici, dovrebbero portare alla possibilità di formulare delle ipotesi su un quadro di personalità e fornire informazioni pronostiche. La consultazione costituisce la porta preliminare del successivo intervento psicoterapico; viene inoltre richiesta in sede psichiatrica, per un approfondimento diagnostico, peritale (affidamento di minori, richiesta rendita AI) e penale (responsabilità penale, coscienza dei propri atti e delle loro conseguenze). La fase di approfondimento diagnostico implica, nella sua stessa definizione, che il soggetto abbia un certo sollievo da un disagio.

## **2.2 MODALITÀ**

La consultazione può risultare più o meno estesa, più o meno approfondita, utilizzare o meno oltre al colloquio strumenti testistici, portare ad un approfondito profilo della personalità o limitarsi ad un profilo più limitato, a seconda delle finalità, della problematica presentata, dal contesto in cui la consultazione viene fatta.

L'organizzazione della consultazione si sviluppa in tre fasi:

-la fase preliminare, cioè il primo approccio al paziente (ed eventualmente all'inviante). Ne fanno parte la presentazione, la specificazione dei motivi della consultazione, l'illustrazione dell'oggetto o dello scopo della consultazione, l'individuazione delle aspettative.

-nella fase centrale si affronta l'oggetto vero e proprio della consultazione nei suoi differenti aspetti che comprendono l'approfondimento della personalità del paziente attraverso tre metodologie: il colloquio, la somministrazione di test e l'osservazione.

-la fase conclusiva consiste in una breve sintesi di quanto è accaduto durante la consultazione, dei temi trattati e dei test somministrati, stabilendo qualche semplice connessione e proponendo un bilancio. Nel caso del paziente inviato, c'è una risposta da dare all'inviante, che è referente primo e di cui il paziente continua a restare cliente.

## **3. L'UTILIZZAZIONE DEI TEST:**

Come detto il test è uno degli strumenti che lo psicologo clinico ha a disposizione per decodificare la richiesta del soggetto o dell'inviante e per contestualizzare il sintomo o il disagio. L'applicazione del test sottende l'oggettività insita nella sua stessa definizione: il test va somministrato seguendo regole prefissate e successivamente valutato ed interpretato secondo determinate norme. Aspetti personali, cognitivi e relazionali si intrecciano nella somministrazione dei test e vanno tenuti presenti nella situazione clinica. I test devono in effetti costituire le tessere di un mosaico, di cui ciascuna va messa al posto opportuno. Con un soggetto nella norma ci aspettiamo di ottenere un profilo armonico; nel caso di patologie, i test permettono di quantificarne le discrepanze.

L'attività testistica, genericamente intesa, non risulta specialità a sé; dovrebbe far parte del bagaglio delle competenze di base dello psicologo clinico; conoscenze approfondite dei metodi statistici, della metodologia scientifica e della psicologia differenziale, branca della psicologia che ha come scopo di studiare le differenze individuali. Un discorso a parte meritano le tecniche proiettive che per le loro caratteristiche necessitano di ulteriori competenze psicopatologiche e di una

approfondita esperienza da parte dell'esaminatore. In questo le tecniche proiettive costituiscono una specialità a sé stante e presuppongono un'ulteriore specializzazione dello psicologo clinico della durata di almeno tre anni, secondo le direttive dell'International Rorschach Society.

### **3.1 LA SCELTA DELLA BATTERIA TESTISTICA**

La scelta del tipo di batteria di test dipende da almeno quattro variabili: finalità della consultazione, tipo di disturbo, età dei soggetti, indirizzo teorico dello psicologo. L'età dei soggetti possono essere distinti in: sotto i tre anni, 3-5 anni, età scolare, scuola media, adolescenza, età adulta e anziani.

La batteria di test utilizzati nell'attività clinica in età adulta sono di tre tipi:

- Test neuropsicologici
- Test d'intelligenza
- Test proiettivi

#### **3.1.1 Test neuropsicologici.**

Il procedimento "a cascata" è ormai verosimilmente adottato nella diagnostica dei disturbi neuropsicologici. La batteria di Müller (Müller, 1981) costituisce il principale riferimento testologico in materia neuropsicologica. Il test permette di valutare finemente, su un piano qualitativo, la funzionalità dei principali strumenti di relazione che il soggetto acquisisce con lo sviluppo della corticalità cerebrale; attenzione, linguaggio, memoria e orientamento, prassie, gnosie. Si tratta delle funzioni strumentali di base grazie alle quali è reso possibile lo sviluppo cognitivo e il successivo normale funzionamento operativo, secondarizzato sul piano della metalizzazione.

La compromissione di una o più funzioni strumentali, o del loro insieme ha evidenti ripercussioni sull'insieme della personalità. È quindi importante che l'analisi dello stato neuro-cognitivo del soggetto venga integrato nell'insieme della sua valutazione mentale e cognitiva. Specificamente vengono esaminati i disturbi delle principali funzioni strumentali da compromissione dell'emisfero sinistro/destro, quelli delle funzioni di controllo ed eventuali manifestazioni psichiatriche, tipiche di sindromi neuro-psicologiche (sindrome frontale di Pick, demenza di Alzheimer, sindrome di Korsakof, ecc.) (Barbizet Duizabo, 1977). Questo schema longitudinale ha il vantaggio di ancorare la descrizione testistica al corpo di conoscenze neuropsicologiche fondate su criteri correlativi generali tra funzione e struttura acquisiti da lungo tempo nella cultura neuropsicologica.

Sono state recentemente introdotte procedure psicometriche benché sommarie come il MODA, e la formula separazione formale della diagnosi di deterioramento demenziale da quella nosografica di malattia di Alzheimer che hanno migliorato l'accuratezza diagnostica specifica.

Fuori da un setting di ricerca, l'indagine neuropsicologica non merita di essere spinta oltre la collezione sistematica dell'anamnesi comportamentale e l'applicazione delle batterie testistiche menzionate. È però opportuno ampliare le indagini neuropsicologiche formali con i test ogniqualvolta si pongano problemi di diagnostica neuropsicologica differenziale, soprattutto quando viene richiesta una documentazione ai fini medico-legali nella valutazione di un processo di inabilitazione o di interdizione.

#### **3.1.2 Test d'intelligenza:**

I test d'intelligenza servono non solo a rilevare la capacità intellettiva e comprensiva del soggetto, ma danno informazioni sul funzionamento di aspetti di base dell'io e su eventuali influenze di aspetti connessi con l'affettività su tali funzioni. Chiariscono eventuali dubbi sul funzionamento intellettuale del soggetto, permettono anche di ottenere informazioni su come gestire un compito di realtà: accettazione e rispetto di norme; adattamento ad un compito; capacità di fare un esame di realtà, di attenzione, concentrazione nell'eseguire un compito. Sono "campioni" di vissuto simili a quelli che il soggetto si trova a gestire nelle sue attività quotidiane.

I test di intelligenza permettono di rilevare inoltre, qualitativamente, aspetti relativi a funzioni dell'io; ad aree più o meno libere da conflitti; alla messa in atto di ideali dell'io; ad eventuali conflitti tra principio di piacere e di realtà.

La grande schiera dei test di intelligenza fa riferimento a due principali tendenze concettuali; la concezione analitica e unifattoriale, che valuta il funzionamento cognitivo con prove omogenee e riferite principalmente ad un livello logico-matematico. Le più conosciute ed utilizzate sono le PM 38 (Raven, 1938) che presentano inoltre il vantaggio di poter essere somministrate indipendentemente dalle competenze linguistiche del soggetto. La concezione globale dell'intelligenza tende per contro a valutare i processi intellettivi nella loro forma più elementare e con un insieme di prove che fanno riferimento sia ai processi logico-matematici che alle competenze linguistiche del soggetto. Il Wechsler (WAIS) è l'esempio più conosciuto e più frequentemente utilizzato. I risultati alla WAIS (Wechsler, 1955) vengono tradotti per trasformazione e conversione matematica in quoziente intellettivo (QI). Il test comprende 11 subtest (sei per la scala verbale e 5 per la scala Performance). La standardizzazione è molto accurata ed ampia, così come buone risultano la sua attendibilità e la sua validità. La struttura della WAIS permette di verificare il funzionamento mentale in atto in una vasta gamma di compiti, ciò che può consentire di toccare con mano eventuali lacune di tale funzionamento.

Un riferimento a parte meritano le prove operatorie di Piaget (Piaget 1947, 1955), concepite dall'autore per valutare clinicamente la propria teoria di sviluppo cognitivo, e successivamente standardizzate dalla scuola di psicologia genetica di Ginevra. Si tratta di prove che possiedono perlomeno due particolarità rispetto ai classici test intellettivi. Permettono una fine ed approfondita valutazione dell'insieme dell'operatività del soggetto e ciò indipendentemente dalle sue manifeste prestazioni scolastiche e/o professionali; possiedono inoltre un chiaro ed universalmente riconosciuto riferimento teorico: la psicologia genetica, sviluppata dall'autore e che fornisce un'interpretazione coerente e unitaria dei risultati ottenuti. Queste prove vengono abitualmente utilizzate con bambini e adolescenti, ma una parte di esse, soprattutto quelle concernenti il livello operativo formale, può essere impiegata nella valutazione cognitiva dell'adulto.

Eccezion fatta per le prove operatorie di Piaget dunque, i classici test intellettivi citati, indipendentemente dalle loro concezioni di riferimento, sono stati concepiti ed usati sostanzialmente per poter misurare le differenze individuali; fanno quindi riferimento a criteri sostanzialmente statistici e non possiedono alcuna teoria di riferimento per quanto concerne lo sviluppo intellettivo. L'interpretazione dei risultati deve essere condotta conoscendo precisamente i limiti, la portata delle misure compiute avvalendosi di un chiaro ed esplicito riferimento teorico di fondo.

### **3.1.3 Test di personalità proiettivi:**

#### **3.1.3.1 Il concetto di proiezione**

La parola "proiezione" deriva dal verbo latino *proiectus*, che significa "proiettare in avanti".

In senso stretto , da un punto di vista psicoanalitico la proiezione consiste in un meccanismo attraverso cui si attribuiscono agli altri, al mondo esterno, sentimenti e qualità proprie mediante un processo difensivo inconscio (Freud, 1895 ;Freud,1986). Freud approfondì ulteriormente questo concetto in psicopatologia della vita quotidiana (Freud,1901) e nel saggio sulla paranoia (Freud,1910), in cui la proiezione viene indicata come un disconoscimento e non solo un espulsione, da parte del soggetto che non accetta emozioni e desideri come propri.

Healy, Bronner e Bowers (Healy,Bronner,Bowers,1930) definiscono la proiezione un processo difensivo, sotto l'influenza del principio del piacere per cui l'io riversa sul mondo esterno desideri e idee inconscie che, se fosse permesso che s'inserissero nella coscienza, sarebbero penose all'io.

### **3.1.3.2 La psicologia proiettiva**

Frank (Frank,1939) è stato il primo a coniare l'espressione "metodi proiettivi", riunendo sotto un unico termine alcuni di questi metodi, allora già sviluppati. Egli definì la proiezione come un processo col quale un soggetto organizza e struttura una esperienza proiettando in questa la sua esperienza interiore, la struttura stessa della sua personalità. È questa una definizione allargata rispetto alla precedente, che caratterizza l'abituale uso della nozione in psicologia.

Tale processo avviene tanto più facilmente quanto più vago e meno strutturato è lo stimolo al quale vengono sottoposti i soggetti e quanto più forte è la pulsione interna. Lo dimostrano gli esperimenti di Levine, Chiein e Murphy (1943), i quali presentano al tachioscopio a soggetti affamati, immagini diverse fra cui alcune rappresentano varietà di cibo. Dai risultati si ricava che i soggetti affamati percepiscono il cibo anche quando obiettivamente lo stimolo non lo rappresenta. Frank specifica come vi sia un processo attivo che trasforma l'ambiente e la persone in immagini, significati e valori che l'individuo ha imparato a percepire trasferendo su di essi il significato che hanno per lui. Da dunque ragione ad Abt (Abt,1950) quando nel suo saggio sulla teoria della psicologia proiettiva afferma che la percezione può considerarsi come un processo attivo e significativo che interessa tutto l'organismo in relazione al suo ambiente.

Il presupposto fondamentale per l'uso delle tecniche proiettive è che al soggetto si presentino un certo numero di stimolazioni ambigue e quindi lo stesso sia indotto a reagire a queste stimolazioni. Con tali mezzi si suppone che il soggetto proietti i suoi bisogni e i suoi desideri e che questi appariranno in risposta agli stimoli ambigui. Da questo punto di vista, qualunque tipo di test possiede un determinato grado di ambiguità ,anche se in misura minore rispetto ai reattivi espressamente proiettivi, e può dunque venire interpretato nell'ottica della psicologia proiettiva.

Oltre alle caratteristiche proiettive, insite nel materiale testistico, la situazione di esame psicologico ed il confronto con stimoli che fanno riferimento diretto al funzionamento immaginario, come è il caso del Rorschach, induce una parziale regressione del funzionamento mentale ,abituamente secondarizzato, del soggetto; permette di attivare di conseguenza l'espressione dell'angoscia e di intensificare i meccanismi difensivi abituali, rivelando così le caratteristiche peculiari del suo funzionamento mentale. Seppure, a prima vista paradossale, è grazie alla situazione relativamente "stressante" per l'esaminato ,che lo psicologo clinico può raccogliere i dati significativi della sua personalità. È dunque importante che correlativamente l'atteggiamento dell'esaminatore permanga neutrale e sufficientemente distaccato da permettere l'emergenza pulsionale nel funzionamento intra-psichico della persona, anche a costo di un aumento ,evidentemente sgradevole, dell'angoscia. Per questo motivo, inoltre, è opportuno che la valutazione testistica non venga attuata dalla stessa persona che abitualmente si occupa del paziente e che mantiene con lui un atteggiamento psicoterapico e quindi meno chirurgico.

### **3.1.3.3. I principali tests proiettivi**

Nella loro prassi clinica gli psicologi clinici distinguono due categorie di tests proiettivi:

I tests proiettivi strutturali hanno per prototipo il Rorschach. Sono strumenti atti ad indagare non tanto i contenuti della personalità, quanto la sua struttura. Forniscono la conoscenza di come il soggetto vive le sue esperienze, dell'organizzazione della sua personalità, del suo equilibrio psichico, dell'esame di realtà.

I tests proiettivi tematici, dei quali il TAT resta il modello, rilevano alcuni contenuti significativi di una personalità: natura dei conflitti, reazioni all'ambiente, modalità relazionali, momenti chiave della storia vissuta. Tali sono i giochi, i disegni e i racconti liberi da completare, le interpretazioni di dipinti, fotografie o documenti diversi.

Il soggetto può proiettarvi ciò che gli altri sono o dovrebbero essere nei suoi confronti. Da ciò, lo psicologo clinico, è informato in modo essenziale sugli intrecci pulsionali e relazionali del soggetto.

I test tematici e strutturali si completano a vicenda, per cui lo psicologo clinico che vuole ottenere dai tests proiettivi sufficienti indicazioni sulla personalità di un soggetto ricorrerà ad almeno un test strutturale e a uno o più tests tematici.

A. Anastasi (Anastasi, 1954), ha riportato le seguenti tipologie di stimoli testistici:

- Tecniche di tipo associativo; al soggetto vengono presentati degli stimoli a cui deve rispondere con la prima parola, frase o associazione che gli venga in mente (come il Rorschach, Zülliger, le associazioni di parole di Yung).

- Tecniche di tipo costruttivo, in cui al soggetto viene chiesto di completare frasi o racconti. Le favole di Düss, l'ORT di Phillipson, il TAT di Murray ed il CAT di Bellak sono i più usati.

- Metodi espressivi; il soggetto deve ancora costruire o creare qualche cosa, ma la tecnica si distingue dalle tecniche di costruzione in quanto viene valutato, oltre al risultato finale, anche la modalità con cui il soggetto esegue il compito proposto. Le tecniche che utilizzano il disegno rientrano in questa categoria, quali il test dell'albero di Koch, della figura umana di Machover, o del disegno della famiglia di Corman. Infatti fra il 1920 ed il 1930, gli psicoanalisti estendono i loro studi ai bambini ed invece che all'espressione verbale, ancora poco sviluppata in quest'ultimo, ricorrono al disegno libero come sostituto delle associazioni libere. I disegni ed i racconti liberi riveleranno rapidamente di possedere un significato simbolico, analogo a quello dei sogni e dei sintomi nevrotici.

- Tecniche di coordinamento o di scelta; al soggetto viene richiesto di scegliere o di ordinare una serie di stimoli, come il test del mosaico di Lowenfeld e il test di Szondi.

### **3.1.3.4 Il modello teorico di riferimento**

Il test di Rorschach (Rorschach, 1921) nasce dagli studi condotti dallo psicoanalista zurighese, Herman Rorschach, sulla scia dell'influenza della psicoanalisi nella Svizzera, nei primi anni del secolo scorso, grazie soprattutto a C.G. Jung. Questi aveva già a sua volta sviluppato la tecnica del test di associazione verbale (Anzieu, 1976), forse uno tra i primi tentativi di psicoanalisi applicata alla psicologia. Era l'epoca in cui l'attività al Burgoltzi di Zurigo si caratterizzava da un grande fermento innovativo; il suo direttore, E. Bleuler, conduceva e completava la revisione della nosografia psichiatrica Kraepeliniana sulla demenza precoce, introducendo il concetto di schizofrenia.

Già verso la fine dell'ottocento, da parte tra l'altro di A. Binet, il cui nome diventerà famoso per avere inventato la nozione di quoziente intellettuale (Q.I.) vi erano stati tentativi di utilizzo di macchie d'inchiostro in prove essenzialmente di creatività. L'intuizione di Rorschach fu di utilizzare le macchie d'inchiostro non più a scopo creativo quanto diagnostico, ipotizzando un parziale isomorfismo tra attività percettiva e attività rappresentativa mentale. Per l'aneddotica pare che l'autore, il cui padre era

pittore , da sempre interessato all'arte , da studente venisse chiamato dagli amici con il soprannome di Kleck,che tradotto significa macchia, pasticcio.

Dagli anni venti in poi il test è stato oggetto di numerosi studi volti a raffinarne l'analisi e a codificarne i principi metodologici, tanto da diventare uno dei test meglio studiati e sperimentati nella pratica clinica. Sulla scia del Rorschach nacquero poi innumerevoli altri reattivi proiettivi tra cui il TAT, nel 1935, per opera dell'americano Murray (Murray,1992), test che,nella sua più recente revisione della Shentoub (Shentoub,1971), viene abitualmente utilizzato in associazione al Rorschach e ne costituisce un buon complemento, pur fornendo indicazioni più vicine all'osservazione clinica.

Nella sua evoluzione, il Rorschach ha dato luogo a due grandi correnti di pensiero. Dopo una prima codifica negli anni 40/50 di tipo statistico-gestaltistico , con relativa elaborazione dello psicogramma , il cui autore più rappresentativo è il Bohm (Bohm,1955) e che ha molto influenzato l'utilizzo del test nei paesi di lingua tedesca, si sono creati due modi molto diversi tra loro di utilizzare il Rorschach. Una corrente scienziata che postula un uso empirico , quantitativo e ateoretico delle tecniche proiettive, attualmente rappresentata dal "sistema comprensivo" di Exner (Exner,1993), diffusosi soprattutto nei paesi anglofoni. L'altra che si avvale di un punto di vista qualitativo su base psicoanalitica ( Schafer 1984; Chabert,1983) , che ricordiamo è all'origine della creazione del Rorschach, in auge nei paesi Francofoni.

Gli autori si situano all'interno di questa seconda corrente di pensiero e si avvalgono dell'elaborazione della scuola di Ginevra, F.Rossel,C. Merceron e coll.(Husain et coll.,2001) fondatori dell' "analisi dinamica del linguaggio". Il quadro teorico elaborato dagli autori risulta naturalmente collocato nel solco dell'epistemologica psicoanalitica, con un occhio di riguardo per la psicologia genetica di J.Piaget. Si tratta di una metodica di approccio alle tecniche proiettive fondamentalmente strutturalista che si sposa coerentemente con le teorie di J.Bergeret (Bergeret 1974) e di O.Kernberg ( Kernberg,1979), suoi referenti psicopatologici e nosologici di fondo. L'analisi e l'interpretazione qualitativa della struttura linguistica del discorso ottenuto al Rorschach, permette di giungere a ipotesi sul funzionamento intra-psichico riguardante l'organizzazione di personalità sottostante; da essa emanano le caratteristiche caratteriologiche e/o sintomatologiche che in funzione del tipo di angoscia, della natura del conflitto, dei meccanismi di difesa e delle modalità oggettuali, strutturano la diagnosi.

### **3.1.4. ESEMPIO CLINICO**

Riteniamo possa essere utile presentare una valutazione diagnostica che ben si presta ad una esemplificazione didattica.

Nella strategia della valutazione testistica il Rorschach è abitualmente il primo test ad essere utilizzato. Oltre a fornire indicazioni sulla personalità,il test induce e mobilita un'attività mentale globale e complessa in grado di attivare l'insieme degli strumenti che caratterizzano l'attività di pensiero.Il Rorschach si è in effetti rivelato un test sensibile sia al funzionamento strumentale che cognitivo, in grado di fornire preziose indicazioni ,su un piano qualitativo, a livello neuro-psicologico oltre che intellettuale( AAVV 1999).

In funzione dell'ipotesi diagnostica che emerge dall'analisi dei suoi risultati, viene in seguito definito il livello da approfondire e determinati i successivi strumenti testistici da utilizzare; batteria di Muller se il problema sembra essere di tipo neuro-psicologico; WAIS, PM38 ecc., se il disturbo riguarda la sfera intellettuale.

### **Notizie anamnestiche**

Maria, nata nel 1930, di origine meridionale, è attualmente in attesa di divorzio. Si è sposata quarant'anni fa e dal 1965 vive e lavora in Svizzera. Dopo aver frequentato la scuola dell'obbligo e professionali, Maria ha lavorato come cuoca e impiegata. Attualmente è in AVS e si dedica, nel tempo libero, alle sue passioni artistiche. Ha due figli adulti, che vivono fuori casa. Già trent'anni fa è stata ricoverata in un reparto psichiatrico per un episodio depressivo in seguito a un aborto subito per ragioni mediche.

Si presenta in clinica, in quanto, negli ultimi anni, l'attività quotidiana diventa discontinua, e la situazione sociale e familiare va via via peggiorando. Maria viene segnalata dal Medico curante in seguito ad una presunta sindrome depressiva causata da collutazioni fisiche avvenute con il marito.

Nei primi colloqui, i racconti degli accadimenti appaiono confusi e poco verosimili, per cui si decide per una somministrazione testologica al fine di precisare l'origine ed il significato di tale confabulazione. La paziente si è sottoposta alla testologia in modo sostanzialmente collaborante; l'emergere di una discreta e persistente ansia ha caratterizzato l'insieme della valutazione.

### **Valutazione della personalità**

Al Rorschach il discorso della paziente risulta confuso, poco strutturato, estremamente incerto ed, a tratti, confabulato e tinto da modalità ipomaniacali (Risposta alla tavola V: "...è molto del pensiero allegro, il rosso, il blu con il rosa e la protezione che si può avere tramite i colori"). Osserviamo difficoltà nel formulare le percezioni a livello di mancanza di parole (R1: "Non mi viene in mente il nome di quelli che fanno la metamorfosi"; R3: "Qui non so dare un nome...").

Col procedere del test appaiono contaminazioni, che traducono un procedere mentale per associazione di rappresentazione senza più alcuna considerazione per la realtà percettiva delle tavole (R1: "Potrebbe essere il pipistrello e di sotto ... può essere i piccoli"). Meccanismi dissociativi, osservabili in risposte di dissociazione simmetrica (R1: "Da una parte sembra, dall'altra sembra qualcos'altro") mettono in luce, a loro volta, il ripetuto diniego percettivo e ne precisano i meccanismi psico-patologici.

L'identità della paziente risulta chiaramente poco coesa (R4: "Sì, c'è un pezzetto che viene dalla farfalla"); le delimitazioni tra sé e la realtà esterna è affievolita, a momenti, pressoché assente (R4: "Questo disegno è la confusione mentale"), e le rappresentazioni mentali tendono a fuoriuscire sotto forma di astrazioni arbitrarie, dal carattere autistiforme (R3: "È un'espressione di protezione"; R9: "Questo disegno potrebbe essere l'armonia"). Nello stesso registro, possiamo osservare il disturbo della coscienza interpretativa (R1: "Lei mi fa vedere un pipistrello!"; R2: "Sono proprio disegni?"), che, unitamente alle risposte interrogative (R1: "Lei lo sa cosa è?"), ai momenti di perplessità (R1: "È un pipistrello, potrebbe essere forse ma non lo è"), alle perseverazioni (R2: "Sono proprio disegni?"; R3: "Ma questi disegni sono disegni originali? hanno un nome questi disegni o non è niente? ma sono dei disegni?") ed ai continui tentativi di coinvolgere l'esaminatore (R1: "Secondo lei? non so cosa è, lei lo sa cosa è? è un pipistrello per lei?"; R2: "Cosa è secondo la sua idea? qui non hanno niente di preciso, sono delle cose astratte... le ha fatte lei?") mettono in luce un vissuto "d'impotence" nel senso di Piotrowski (Anzieu 1976).

Rispetto ai dati osservati al test, non è possibile, col solo Rorschach delimitare la diagnosi; la frammentazione, la dissociazione dell'io, il diniego della realtà e l'estrema proiezione della paziente risultano caratteristiche tipiche della struttura psicotica, di versante schizofrenico. Sono però presenti anche segni patognomonicamente del registro psico-organico quali le risposte interrogative, la mancanza di parole, le perseverazioni e l'"impotence". Nella strategia testistica si è dunque previsto un ulteriore approfondimento neuro-psicologico, tramite la batteria di Muller. Vedremo in seguito



come la possibilità di delineare l'eziologia psico-organica e la sua quantificazione abbia permesso di precisare la diagnosi.

### **Valutazione neuro-psicologica**

Dal punto di vista strumentale, a livello linguistico, l'espressione della paziente non presenta problemi di articolazione; designazione e denominazione sono nella norma. Comprensione di ordini semplici presente. Ordini complessi in sequenza (Pierre Marie) vengono integrati ma in modo impacciato. Lettura e scrittura nella norma. Fluenza verbale sufficiente anche se caratterizzata da perseverazioni; nella prova "nomi di animali" la Signora debutta dando un nome di animale ("merlo") continua perseverando con la consegna precedente, ripete le parole con la lettera "M" ("merletto, melograno, mite, misterioso". ecc....). Deficitaria la capacità di calcolo sia per quello automatico che per quello scritto; durante la prova più volte la paziente guarda l'esaminatore chiedendogli: "È sbagliato? Ma me lo dice? Ah, ma devo fare il calcolo? Lei ne vuole sapere troppo. Non sono fresca di scuola, se ci avrei la macchinetta lo farei subito". Programmazione linguistica (la costruzione di brevi frasi con parole stimolo) insufficiente; la paziente non capisce la consegna, ripete inizialmente le parole stimolo senza la costruzione di nessuna frase, prosegue poi in modo confabulato cambiando le parole stimolo ("sedia, animale, penna", invece di costruire una frase con "poltrona, dottore e sedersi").

A livello prassico, si notano delle leggere imprecisioni nella riproduzione di gesti senza significato, in particolare per il gesto dei due anelli intrecciati. Nelle prassie costruttive si nota una difficoltà sia a disegnare su ordine il cubo; al suo posto la paziente disegna un rettangolo, riprodotto anche nella riproduzione su copia dello stesso, mettendo in evidenza un problema di tridimensionalità. Gestualità fine presente.

A livello gnosico, la somatognosia è corretta, gnosie digitali nella norma. Distinzione destra/sinistra presente su di sé ma non sull'esaminatore. Gnosie visive (Poppelreuter) imprecise, la paziente riconosce quantitativamente il numero degli oggetti, anche se di questi solo due sono verbalizzati in modo corretto. Gnosie uditive presenti. Gnosie visuo-spaziali colpite sia a livello topologico che euclideo. La paziente inoltre tende ad aggiungere, in modo riempitivo, elementi non presenti (una scala).

A livello mnemonico, la fissazione di cifre è sufficiente per l'ordine diretto (5 cifre); insufficiente per l'ordine inverso (2 cifre). La fissazione di parole risulta inferiore alla norma e caratterizzata da riempitivi confabulatori (al subtest di Schulz, la paziente ripete due parole alla prima ripetizione, due alla seconda, cinque alla terza e quattro alla quarta ripetizione). L'evocazione a breve termine (20 minuti) è deficitaria; la paziente riesce a ricordare una sola parola su dieci, aggiungendo riempitivamente due termini dall'analogo gruppo semantico. A livello della memoria a lungo termine la paziente fornisce migliori prestazioni; fatica comunque a situarsi rispetto ai normali fatti della recente attualità.

### **DIAGNOSI**

La sintomatologia osservata alla batteria di Müller: mancanza di parole, deficit della fissazione mnemonica, difficoltà ad integrare ed elaborare le consegne, acalculia, agnosia visuo-spaziale, aprassia costruttiva e difficoltà a situarsi rispetto agli avvenimenti di attualità passata e presente, unitamente a discrete modalità perseveratorie è compatibile con l'ipotesi diagnostica di un deterioramento diffuso (demenza di Alzheimer) di grado medio secondo la scala di Ajuriaguerra.

La diagnosi di demenza non spiega comunque i tratti osservati al Rorschach di registro psicotico, né questi possono essere riconducibili al solo deterioramento cerebrale. È possibile che queste caratteristiche di personalità fossero presenti in nuce, o già conclamati nella paziente, ancor prima che debuttasse la sindrome psico-organica e che l'installarsi di quest'ultima possa averli accentuati nella loro espressione schizofreniforme. In ogni caso solo un complemento anamnestico dettagliato, non più praticabile, per evidenti ragioni, con la paziente, avrebbe potuto fornire le necessarie informazioni per precisare la situazione e l'evoluzione psicopatologica pre-demenziale.

## **5. CONCLUSIONI**

Abbiamo mostrato come una buona parte del lavoro psicodiagnostico con l'adulto sia dedicato alla raccolta di informazioni sul paziente: dalle informazioni sulla sua storia passata e presente a quelle relative ai rapporti con la realtà esterna ed interna, sia che questo avvenga attraverso il solo colloquio che mediante l'applicazione di altre metodologie quali gli strumenti testistici. Queste informazioni vengono raccolte in un contesto relazionale qual'è quello che si crea nella situazione clinica, dove la relazione da una parte facilita al paziente il processo di conoscenza, dall'altra è parte integrante della conoscenza che via via si costruisce. Questo significa che il paziente deve sentirsi motivato ed attivo nell'aprirsi al palcoscenico del suo teatro personale, integrare lo spessore relazionale con la richiesta di informazioni senza mettere il paziente in una posizione di passività, che porterebbe alla considerazione del soggetto come oggetto parziale, anziché oggetto intero della relazione.

Per questo motivo sono, a nostro avviso, categoricamente da escludere l'utilizzo di test informatizzati o a risposta "vero o falso", sul modello dell'MMPI. Oltre ad avere scarsa validità esterna e di costrutto dal punto di vista psicopatologico, queste metodologie non permettono di cogliere quelle che sono importanti informazioni quali: la capacità di dilazionare il bisogno, la capacità di tollerare la frustrazione, l'aspetto relazionale con il clinico e la globalità degli affetti. L'informatizzazione, riteniamo si giustifichi solo quando si tratti di quantificare esclusivamente i risultati sul piano dell'elaborazione matematica e statistica. Affidare la diagnosi o l'interpretazione dei test ad un programma informatico, come purtroppo a volte avviene, è una pura aberrazione sia metodologica che deontologica, per l'intrinseca impossibilità di qualunque software di cogliere il sintomo nelle sue espressioni polisemiche e relativizzarlo con coerenza nella contestualità della personalità del soggetto.

La testologia, se ben condotta, permette di ottenere una ricchezza e una profondità di risultati che spesso vanno molto al di là dell'abituale elaborazione clinica. Le informazioni ottenute ai reattivi presentano il pregio di una discreta oggettività e della ripetibilità nel tempo. Per questi motivi e allo stato attuale delle conoscenze una seria perizia, o una valutazione psicodiagnostica non possono eludere da un'adeguata elaborazione testistica.

I test sono in grado di fornire risposte relativamente precise per quanto concerne le variabili direttamente legate al funzionamento mentale dell'individuo; domande inerenti le capacità di intendere e di volere, il grado di discernimento complessivo, le possibilità di valutare le conseguenze dei propri atti ecc. possono trovare una risposta pertinente. Risulta infinitamente più complessa la possibilità di fornire risposte per quanto concerne la predittività legata al comportamento (rischi di recidive ecc.). I dati messi in luce ai reattivi riguardano il funzionamento interno della persona e non sono traducibili direttamente in termini di realtà comportamentali; il comportamento e la condotta non sono in effetti semplici traduzioni del funzionamento intrapsichico; risultano anche legati ad innumerevoli variabili contestuali impossibili da prevedere, e, né i test, né lo psicologo clinico posseggono abitualmente qualità divinatorie.

## BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1999), Interfaces de la neuropsychologie et de la psychologie projective, in psychologie clinique et projective, vol5, Soc. Ror.Méth.proj. Lang. Fr., Paris.

ABT L., BELLAK L. (1950), Projective Psychology, Knopf, New York.

AJURIAGUERRA J., HECAEN H. (1964), Le cortex cèrèbral. Étude neuro-psycho-pathologique, MASSON, Paris.

ANASTASI A. (1954-1982), Psychological Testing, Fifth Edition, New York.

ANZIEU D. (1976), Les méthodes projectives, Puf, Paris.

BARBIZET J., DUIZABO PH. (1977), Abregé de neuropsychologie, Masson, Paris.

BELLACK L. (1986). The TAT, CAT, and SAT in clinical use. Orlando, FL: Grune e Stratton.

BERGERET J. (1974), La personnalité normale et pathologique, Duod, Paris.

BERGERET J. (1980), La dépression et les états limites, Payot, Paris.

BERGERET J. (1984), Psicologia patologica, Masson, Milano.

BOHM E. (1955), Traité du psychodiagnostic de Rorschach, Puf, Paris.

CHABERT C. (1983), Le Rorschach en clinique adulte: interprétation psychanalytique, Dunod, Paris.

CHABERT C. (1994), I test proiettivi in adolescenza, R. Cortina Editore, Milano.

EXNER J.E. (1993), The Rorschach: a comprehensive System, vol.1: Basic Foundations, Wiley, New York.

EXNER J.E., WEINER I. B. (1982). The Rorschach: a comprehensive System, vol.3, Assessment of children and adolescents, Wiley, New York.

FRANK L. K. (1939), Projective Methods for the Study of personality, in Journal of Psychology, 8, 389-413.

FREUD S. (1895), Minute teoriche per W. Fliess. Minuta H. Paranoia, in opere, vol.2, Boringhieri, Torino, 1968.

FREUD S. (1896), Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa, in opere, vol. 2, Boringhieri, Torino, 1968.

FREUD S. (1901), Psicopatologia della vita quotidiana, in opere, vol., Boringhieri, Torino, 1970.

FREUD S. (1910), Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber), in opere, vol.6, Boringhieri, Torino, 1974.

FREUD S. (1921), Alcuni meccanismi nevrotici nella gelosia,paranoia e omosessualità,in opere,vol.9,Boringhieri,Torino ,1977.

HEARLY, BROMER E. BOWERS(1939), The structure and training of Psychoanalysis, New York, Alfred Knopf.

HUSAIN O., MERCERON C., ROSSEL F.(2001), Psychopathologie et polysémie,Payot,Lausanne.

KERNBERG O.(1979), Les troubles limites de la personnalité, Privat,Toulouse.

KERNBERG O.(1980), La personnalité narcissique, Privat ,Toulouse.

LEVINE R. CHIEN,MURPHY G.(1943), The relation schip of the intensity of a need tho amount of perceptual distortion, Journal of psychology,vol. 13, p. 283-293.

LIS A.(1997), Psicologia clinica dello sviluppo, Il Mulino, Bologna.

LIS A.(1993), Psicologia clinica, Giunti, Firenze.

LIS A., ZENNARO A., Nuovi contibuti allo studio del test di Rorchach e dello Zulliger Test, Domenghini, Padova.

MERCERON C. PONCE L. ROSSEL F.(1983), Aménagement particulier des états limites:les troubles du comportement à caractère délictueux, Psychologie francaise, 156-163.

MERCERON C. HUSAIN O. ROSSEL F. (1985), Aménagement particulier des états limites: les organisations perverses de la personnalité à travers le Rorschach, Psychologie francaise, 202-212.

MERCERON C. PERRON F. ROSSEL F. VILOUX D., Du vecu des personnalités dites psychopatiques à travers le Rorschach, Bulletin de psychologie, t.XXXII ,n339.

MORETTI L. (2001), Valutazione pronostica al Rorschach di adolescenti, Imago, vol.VIII, n.3. Cortivo editore, Padova.

MORETTI L.(2003),Piacere del funzionamento dell`io. , Aspetti metapsicologici.,Imago vol. X,n.2,Cortivo editore,Padova.

MÜLLER C. WERTHEIMER J.(1981), Psychogériatrie,MASSON, Paris.

MURRAY H. A.(1992), T.A.T test di appercezione tematica(manuale) , O.S., Firenze.

PASSI TOGNAZZO(1975-1991)., Metodi e tecniche nella diagnosi di personalità, Giunti, Firenze.

PHILLIPSON H.(1973-1990), Introduzione all'ORT, O.S, Firenze.

PIAGET J.(1947), La psychologie de l'intelligence, Colin, Paris.

PIAGET J , INHELDER B.(1955), De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent, Puf, Paris.

- RAVEN J. C.(1938), Guide to use progressive matrices, H. K. Lewis and co. LTD, London.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG N.(1970),La pratique du Rorschach, Puf ,Paris,.
- REUHLIN M.(1974), La psychologie différentielle, Puf ,Paris.
- RORSCHACH H. (1921), Psychodiagnostic, Puf, Paris,1976.
- ROSSEL F. HUSAIN O. MERCERON C. (1986), Réflexions critiques concernant l`utilisation des techniques projectives, Bulletin de psychologie, t.XXXIX,n 376.
- SCHAFER R. (1984), L`interpretazione psicoanalitica del Rorschach,Boringhieri, Torino,
- SCHNEIDER P.B.(1977), “Apporto dei test proiettivi all`indicazione alla psicoterapia(IV)”, I fondamenti della psicoterapia , Borla, Roma.
- SHENTOUB V. (1987), Techniques projectives III: Le T.A.T, Psychologie française, Paris.
- SHENTOUB V. DEBRAY R.(1971), Fondements théoriques du processus T.A.T, Bulletin de psychologie, Paris.
- SHENTOUB V.(1958), Contribution à la recherche de la validation du T.A.T, Revue de psychologie appliqué,vol.8 ,n4, 275-341.
- WECHSLER D. (1955), Wechsler adult intelligence scale revised, O.S., Firenze,1981.

**Dott. Marco Celoria**

Psicologo specialista FSP in Psicologia clinica e Psicoterapia  
Gruppoanalista, associato A.P.G consociata C.O.I.R.A.G.  
Via Massagno 20, 6900 Lugano  
Via Motta 35, 6850 Mendrisio  
Tel.uff.091/9116870

**Dott. Luca Moretti**

Psicologo specialista FSP in Psicologia clinica e Psicoterapia  
Membro société du Rorschach et des techniques projectives de langue française  
Via Castausio 2a, 6900 Lugano  
Tel.uff. 091/9213371

