

Simona Leonardi

Dott.ssa in Psicologia

IL PROCESSO DIAGNOSTICO IN PSICO- TERAPIA

Indice

Introduzione.....	p. 2
1. Storia del processo diagnostico in psicologia clinica.....	p. 4
1.1 La definizione	p. 4
1.2 Le origini.....	p. 7
2. Evoluzione storica dei sistemi diagnostici in psicopatologia.....	p. 17
2.1 Diagnosi: la definizione.....	p. 24
2.2 La personalità tra salute e normalità.....	p. 31
2.3 La follia come dimensione della mente e del corpo.....	p. 40
2.4 Il metodo in psicologia clinica.....	p. 48
3. La diagnosi testologica.....	p. 54
3.1 Problemi posti dalla diagnosi testologica.....	p. 65
3.2 Somministrazione e scelta dello strumento.....	p. 73
3.3 Stesura relazione diagnostica	p. 79
3.4 Gli errori più frequenti.....	p. 84
4 Classificazione dei test.....	p. 86

4.1 L'uso dei test in età evolutiva.....	p. 93
4.2 Chi somministra i test.....	p. 94
4.3 Aspetti metodologici nella somministrazione dei test	p. 97.
Conclusioni.....	p. 103
Bibliografia.....	p.105
Allegato: Relazione di tirocinio.....	p. I III.II

Introduzione

Il processo diagnostico in psicologia clinica rappresenta “*l’iter che il paziente percorre insieme al clinico allo scopo di rilevare l’ampiezza e l’entità del/dei disturbo/i lamentato/i, attribuire loro un significato (diagnosi) e individuare le possibili strategie cui avvalersi per ridurre, modificare o eliminare, laddove è possibile, la causa che provoca la sofferenza che il paziente stesso e/o i suoi familiari lamentano*” (M. Lang, 1996).

Nel presente lavoro, diviso essenzialmente in due parti, si cerca di dare un quadro unitario del processo diagnostico in psicologia clinica con una particolare attenzione alla diagnosi testologica.

Nella prima parte vengono descritte le origini della psicologia clinica attraverso un breve *excursus* storico, dei più importanti autori che vi hanno contribuito, cercando di spiegare al meglio i concetti di diagnosi e il metodo clinico utilizzato.

Nella seconda parte del lavoro invece viene descritta la diagnosi testologica delineando le varie fasi che la costituiscono. Attraverso la descrizione dei test utilizzati in ambito clinico. I test mentali applicati alla clinica rappresentano un strumento di valutazione quantitativa in grado di fornire notizie complementari all'esame clinico, notizie utili ad una possibile classificazione e comprensione di aspetti del funzionamento psicologico del soggetto. Essi permettono di misurare le capacità intellettive attuali e potenziali, di analizzare aspetti della personalità e del comportamento dell'individuo esaminato.

Inizialmente però dobbiamo dire che il processo di valutazione in psicologia clinica non includeva la quantificazione obiettiva e riproducibile degli aspetti psicopatologici. Descrizioni acute ed interessanti ma caratterizzate da estrema variabilità individuale contraddistinguevano lo stile di comunicare sui fenomeni psicopatologici tra clinici e ricercatori (Faravelli, 2004). E' solo tra la fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60 che va emergendo, in psicologia clinica, il bisogno di sviluppare strumenti di misurazione obiettivi e standardizzati sia di gravità che di cambiamento dello stato psicologico come reazione all'atteggiamento prevalente in quegli anni, che, ispirato dalla fenomenologia e dalla psicoanalisi, caldeggiava la mancanza di

riproducibilità come principio basilare nella studio della psicopatologia (ibidem). E' da allora che la psicologia clinica moderna attribuisce notevole importanza all'uso di strumenti di misurazione e di valutazione che si fondino sui principi di validità ed attendibilità.

I motivi che mi hanno portato a scegliere questo argomento sono sicuramente la curiosità e il grande interesse che nutro per questa tematica e, quindi, la volontà di poterla approfondire anche se in piccola parte, per poter così arricchire la mia conoscenza e cultura sull'argomento.

1. Storia del processo diagnostico in psicologia clinica

1.1 La definizione

“La psicologia clinica è la disciplina che si avvale dell’insieme delle conoscenze, in ambito psicologico, che permettono di valutare l’adattamento dell’individuo all’ambiente, sia normale che patologico, e di usufruire di queste competenze per migliorare la relazione dell’essere umano con il proprio contesto di appartenenza” (Sanavio, Cornoldi, 2001).

Jervis (1993) afferma che la psicologia clinica non si occupa solo della sofferenza dell’individuo e della sua terapia, ma il suo campo d’azione può essere esteso “a tutte le relazioni di valutazione, di intervento e di aiuto”.

Secondo Carli e Paniccia (2003) la psicologia clinica si può definire facendo uso di diversi criteri:

- Il contesto (pubblico, privato, organizzativo e aziendale, scolastico ecc...);
- Gli obiettivi (in quanto l'intervento può essere mirato ad un singolo o ad una organizzazione);
- Il modello teorico di riferimento (psicoanalitico, comportamentale, sistematico-relazionale o cognitivo);
- Le metodologie e le tecniche d'intervento (in quanto l'intervento può essere centrato sull'individuo, sul gruppo, sulla famiglia, sull'organizzazione o sulle istituzioni);

Sono quattro, inoltre, i momenti fondamentali dell'intervento rintracciabili nella psicologia clinica:

- Costruzione di una relazione interpersonale autentica;
- Valutazione clinica della persona, del gruppo, delle organizzazioni che richiede la consulenza psicologica;
- Progettazione di un intervento (di tipo terapeutico, preventivo, intervento di counseling ecc...);
- Verifica dell'efficacia dell'interventi.

La psicologia clinica è, inoltre, l'ambito del sapere psicologico dove possono essere osservati l'evoluzione delle teorie partendo dai risultati ottenuti dalle osservazioni cliniche e la costruzione dei pro-

grammi d'intervento attraverso i concetti derivati dalla teoria. Secondo Korchin (1976) quindi la psicologia svolge due compiti:

- migliorare le modalità di funzionamento della mente;
- accrescere le conoscenze dei principi che regolano il funzionamento in generale della mente umana.

1.2 Le origini

Secondo Lombardo (2003) le radici storiche della psicologia clinica sono legate in particolare a due tradizioni della psicologia scientifica sviluppate in Europa tra l'Ottocento e il Novecento: da un lato quella **psicometrica e differenziale**, dall'altro quella **psicodinamica**.

Per quanto riguarda il contributo alla ricerca psicometrica, il principale precursore è **Francis Galton (1822-1911)**, il quale sulla scia dei lavori del belga **Quételet (1796-1874)** e durante il lavoro condotto da Wundt a Lipsia, attivò nel 1884 a Londra un laboratorio antropometrico per la misurazione di processi psicologici elementari.

James Mc Keen Cattell (1860-1944), statunitense (è lui ad utilizzare per la prima volta, nel 1890, il termine **test mentale**), intraprese la formazione nel laboratorio di Wundt, entrò in contatto con Galton (conobbe le sue ricerche basate sulla distribuzione normale) e dagli

anni 90 iniziò uno studio su larga scala delle **differenze individuali in fenomeni psicologici molto circoscritti** (percezione del dolore, del peso, dei colori). E' ad opera di quest'ultimo che la tradizione psicometrica comincia ad avere una certa diffusione in America, anche perché il taglio della psicologia americana è stato da sempre applicativo.

Nel 1896 Witmer, allievo e successore di Cattell direttore del laboratorio di psicologia dell'Università di Pennsylvania, fonda la prima "clinica psicologica" per bambini con problemi di adattamento e sottopone all'American Psychological Association un nuovo metodo di ricerca e insegnamento che chiama "**metodo clinico in psicologia e metodo diagnostico di insegnamento**", definendo la psicologia clinica: "*La psicologia clinica è costituita dai risultati dello studio, uno ad uno, di molti esseri umani, il metodo analitico permette di discriminare le capacità e i difetti mentali, dà luogo, attraverso una generalizzazione successiva all'analisi, a una classificazione ordinata dei comportamenti osservati* " (Korchin, 1976).

Witmer , pur riconoscendo di "aver preso in prestito" il metodo clinico dalla medicina, fu fermo nel non identificare la psicologia clinica con una sorta di "psicologia medica".

Il termine “clinico” utilizzato da Witmer deriva dal greco **Kline** che indicava in senso letterale il “letto”. Il termine nella sua trasformazione attraverso i secoli ha assunto una connotazione prettamente medica che richiama infatti l’immagine del medico chino sul letto del malato e, quindi, alla condizione di sofferenza di un individuo che ha bisogno di aiuto.

L’affermazione della psicologia clinica è, però, connessa allo spostamento dell’interesse degli psicologi verso problemi pratici quali **la comprensione delle alterazioni del comportamento individuale** (finalizzata all’individuazione delle modalità con cui trattarle) o ancora la comprensione **delle differenze individuali nelle capacità cognitive** (finalizzata alla programmazione didattica o alla selezione a determinati compiti), la ricerca psicometrica, debitrice a Galton del concetto di misura quantitativa delle differenze individuali, nasce dunque con l’obiettivo di rispondere a questo problema e conduce alla costruzione dei primi reattivi mentali. Infatti, nel 1905 venne proposta da Binet la prima scala di misurazione delle capacità intellettive. Egli, evidenziò che le misure di attività sensoriali semplici, spesso condotte in laboratorio, non si erano rivelate utili nel discriminare quelle caratteristiche psichiche su cui poter fare affidabili previsioni

riguardanti la riuscita scolastica o lavorativa degli individui. Secondo Binet, quindi, il modo migliore per discriminare gli individui consiste nella rilevazione delle loro capacità psicologiche superiori (memoria, natura delle immagini, ecc.).

Intanto, mentre erano state gettate le fondamenta di un nuovo contesto disciplinare, in Europa venivano elaborati i modelli psicodinamici della personalità che tanto hanno influenzato, nei metodi e nelle tecniche, la nascente psicologia clinica. La tradizione psicodinamica prese l'avvio da un lato dal lavoro di Théodule Ribot, Pierre Janet e Gorge Dumas, studiosi appartenenti all'area di studio della Psicologia Patologica e dall'altro dal lavoro Eugen Bleuler e Sigmund Freud, esponenti di prestigio dell'area medica e psicopatologica.

Freud, infatti, fu in grado di formalizzare modelli sistemici di funzionamento dell'attività psichica e di studiare la personalità e le sue modalità di cambiamento mediante l'utilizzazione sistematica di uno specifico approccio clinico. (Reisman, 1988).

Nel 1916, Terman pubblica la Stanford Revision della scala Binet Simon e introduce il concetto di "Quoziente di Intelligenza". L'incremento nell'uso dei test psicologici è favorito anche dal fatto che, in quelli anni, cominciano ad aprirsi sempre più numerose le

child guidance clinics, nelle quali un équipe composta da psichiatri, psicologi clinici e assistenti sociali si occupa della valutazione e del trattamento di bambini e adolescenti con anomalie del comportamento, soprattutto di tipo delinquenziale. Tuttavia, in questa, come nella maggior parte delle altre istituzioni, la responsabilità della valutazione e della scelta delle strategie terapeutiche è affidata, pressoché interamente, agli psichiatri. La prima generazione di psicologi clinici, quindi, non riesce ad affrancarsi da un ruolo secondario, che si identifica perlopiù con la somministrazione dei test diagnostici.

Accanto al movimento per il *child guidance* si sviluppa, nello stesso periodo, anche il movimento per l'igiene mentale; esso ha lo scopo di incrementare la quantità e la qualità dei trattamenti per i pazienti ospedalizzati, ma soprattutto di stimolare la società a compiere ogni sforzo per prevenire lo sviluppo dei disturbi di carattere psichiatrico. Quindi, possiamo dire che nei primi 15 anni del ventesimo secolo, la psicologia clinica registra alcuni consistenti progressi, rappresentati soprattutto dall'apertura di laboratori dedicati alla ricerca che, un tempo, erano diffusi solo all'interno delle università e che ora cominciano a essere collocati anche in molti ospedali psichiatrici.

Negli anni '20 esisteva già, quindi, tutta una serie di test più o meno affidabili per persone di ogni età. Gli psicologici tentavano di costruire misure della personalità, del carattere e del temperamento, in aggiunta a quelle relative all'interesse e alle attitudini. Hermann Rorschach (1921), psichiatra svizzero, aveva affrontato il problema della diagnosi di personalità, usando una serie di macchie d'inchiostro che cominciarono ad essere usate solo dopo la sua morte in alcune istituzioni psichiatriche.

Allo stesso tempo cominciava a farsi strada l'ipotesi che l'intelligenza, considerata fino ad allora ereditaria, venne messa in discussione dalla dimostrazione dell'importanza dell'influenza ambientale su essa; questo cambiamento di prospettiva, però non era basato su prove raccolte a sostegno di questa ipotesi, ma derivava da un cambiamento nell'interpretazione dei risultati e delle osservazioni.

Gli anni Trenta, furono caratterizzati dalla scoperta di nuovi test sia negli Stati Uniti sia in Europa; uno dei principali test fu inventato nel 1932 da Wechsler, che laureatosi alla Columbia University, si interessò ai problemi connessi alla misurazione dell'intelligenza e fu

l'ideatore delle scale di intelligenza Wechsler che presero il suo nome.

Nel 1939, l'APA aveva riconosciuto agli psicologi una coscienza di gruppo, un'identità e un prestigio nel mondo accademico.

Agli inizi degli anni Quaranta si verifica uno spostamento dell'interesse dei psicoanalisti sul funzionamento dell'Io; l'organismo, quindi, veniva concepito come corredato sin dalla nascita di impulsi istintuali (Es) e di istanze preposte alla motilità, alla percezione e alla memoria (Io). Naturalmente questa teoria suscita forti opposizioni fra gli antropologi culturali. Nel 1945 Otto Fenichel, nel suo **“Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi”** afferma che:

“Non esiste una psicologia dell'uomo in senso lato, bensì soltanto una psicologia dell'uomo in una società determinata, e in una certa situazione sociale all'interno di quella determinata società” quindi si va concretizzando sempre di più l'importanza del ruolo della cultura nella strutturazione della personalità.

Contemporaneamente alle teorie della personalità, anche le tecniche diagnostiche stavano aumentando di numero, complessità ed estensione. Alla fine degli anni '40 la Wechsler-Bellevue raggiunse l'obiettivo di fornire una scala capace di misurare il funzionamento

intellettuale adulto; nacque così la Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC).

Mentre gli psicoanalisti si concentravano sempre più sui processi dell'Io, alcuni dei risultati e delle conclusioni, a cui era giunta la psicologia sperimentale, convogliavano nella dottrina psicoanalitica. L'esponente di orientamento analitico più noto e più importante fu sicuramente Erik H. Erikson, che nel 1950, operò una sintesi tra la teoria psicosociale dello sviluppo e la teoria psicosessuale di Freud. Secondo la teoria di Erikson, ogni fase psicosessuale porta l'individuo ad affrontare esigenze o compiti sociali che si presumono universali nel funzionamento del proprio corpo e negli altri. Le soluzioni tipiche di ogni conflitto individuale variano invece da una cultura ad all'altra. La soluzione di una crisi o di un problema di sviluppo rende probabile una felice soluzione del successivo.

Nel 1952, il Consiglio dell'American Psychiatric Association pronunciò un parere favorevole alla certificazione degli psicologi clinici, mentre, un altro grande risultato ottenuto fu l'elaborazione di un codice di etica professionale.

Gli anni '60, invece, sono caratterizzati dalla nascita, in tutto il mondo occidentale, dei movimenti per la salute mentale e per la psichiatria di comunità.

Gli anni '70, sono rappresentati, da un declino della psicologia clinica e del favore che era stato accordato alle tecniche di assessment che si avverte non solo negli Stati Uniti, ma anche in Europa.

Due sono gli eventi principali che caratterizzano questo periodo:

1. nel 1973, L' American Psychiatric Association prende posizione ufficialmente sui **non medical mental-health professionals**, relegando queste figure in ruoli subordinati alla supervisione e al controllo di uno psichiatra, malgrado esistano già da anni leggi che regolano l'esercizio della libera professione di psicologo e psicoterapeuta.
2. Nel 1975, ancora l'American Psychiatric Association definisce il trattamento delle malattie mentali come "psicoterapia medica" che deve essere esercitata da un terapeuta con formazione in "medicina psichiatrica".
3. Gli anni '80 sono rappresentati da due scoperte mediche molto importanti che hanno influito sulla psicologia clinica: in primo luogo, ci fu un'accettazione sempre maggiore della medicina solistica e

dell'idea che, nel trattamento di qualsiasi problema, si dovesse prendere in considerazione gli atteggiamenti, le attese e i sentimenti del paziente; in secondo luogo, vennero elaborate nuove tecniche per costruire immagini del cervello (es TAC); queste nuove scoperte avrebbero permesso di migliorare la ricerca e comprensione del funzionamento del cervello. La seconda metà degli anni '80 è contraddistinta invece dal 21° International Congress Psychology, tenuto a Gerusalemme (1986), dove è stata argomentata per la prima volta a livello internazionale il problema della formazione dello psicologo; in particolare, si è confrontata la questione degli Stati Uniti con quella dell'Europa Occidentale, dell'America Latina, dell'Australia, della nuova Zelanda e di Israele. L'elemento più rilevante, che è stato evidenziato, sono le notevoli variazioni tra i paesi, relativamente alla pratica professionale.

Per quanto riguarda l'Italia, invece questo periodo ha rappresentato una tappa importante per la ridefinizione dell'iter formativo, con la revisione del programma del corso di laurea in Psicologia. Si è finalmente giunti alla regolamentazione della professione con la Legge del 18 febbraio 1989, n. 56 che istituisce l'Ordine degli psicologi (articolato in un ordine nazionale, 15 ordini regionali e due provin-

ciali). I giovani laureati in psicologia possono poi scegliere di specializzarsi in psicologia clinica. Oggi però la procedura che è stata descritta è stata radicalmente modificata dal DPR 328/2001, che ha cambiato l'ordinamento della professione dello psicologo; sono stati infatti istituite due diverse sezioni dell'Albo: Sezione A: psicologo con laurea specialistica in psicologia; Sezione B: dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro.

2. Evoluzione storica dei sistemi diagnostici in psicopatologia

Numerosi sono stati i tentativi di classificazione del comportamento patologico, nel corso del tempo. Alla fine del 19° secolo la medicina era notevolmente progredita rispetto a quella che era stata la pratica medica del Medioevo, quando il salasso rappresentava il trattamento con cui si curavano la maggior parte dei problemi di tipo organico; con il passare del tempo però si era giunti alla conclusione che malattie diverse richiedevano trattamenti diversi.

Le procedure diagnostiche vennero migliorate, le malattie vennero classificate e i rimedi somministrati divennero più adeguati. Visti i

risultati raggiunti nel campo della medicina grazie all'impiego di nuovi strumenti diagnostici, gli studiosi del comportamento patologico cercarono di sviluppare anch'essi un sistema di classificazione delle malattie.

Uno dei primi moderni sistemi per la diagnosi del comportamento patologico fu sviluppato dallo psichiatra francese Philippe Pinel (1745-1826). Pinel è noto principalmente per il suo lavoro di umanizzazione e liberalizzazione del trattamento dei pazienti psichiatrici negli ospedali francesi; il suo movimento per il "trattamento morale" fu una delle più grandi riforme umanitarie che si svilupparono tra la fine del Settecento e l'inizio del Ottocento.

Pinel ideò anche un sistema diagnostico che comprendeva quattro differenti tipi di disturbo mentale: melanconia (depressione), mania (estrema eccitabilità), idiozia (ritardo mentale) e demenza (confusione mentale) (Pinel, 1802/1803; Riese, 1969).

Un altro tentativo di ideare un sistema per la classificazione e la diagnosi delle malattie mentali fu compiuto, circa un secolo più tardi, dal medico tedesco Emil Kraepelin (1856-1926), il quale presentò un sistema diagnostico costituito da 13 disturbi, risultato dei suoi studi compiuti su centinaia di casi clinici di pazienti ospedalizzati e da lui

visionati. Kraepelin crede in un' eziologia del disturbo, pur sostenendo la necessità di una attenta analisi del comportamento del paziente in modo da capirne il quadro clinico. Ciononostante, il sistema di Kraepelin si rivela poco flessibile e parzialmente adeguato alla realtà clinica dei pazienti, per cui si avverte sempre di più l'esigenza di modificare e cambiare il sistema classificatorio.

In quegli anni lo sviluppo dei sistemi diagnostici negli Stati Uniti può essere esaminato attraverso i questionari dei censimenti, che includono domande sulle malattie mentali. Nel censimento del 1840, veniva identificata ancora solo una categoria di malattia mentale: "Idiozia/ pazzia"; mentre, nel censimento successivo del 1880, furono identificate sette categorie: mania, melanconia, demenza, monomania (ossessione a tema unico), paresi, dipsomania, (alcolismo) e epilessia (considerata a quel tempo ancora come un disturbo di origine psichiatrica).

Con la prima guerra mondiale, il lavoro degli psicologi clinici non è più circoscritto all'area evolutiva e al ritardo mentale, ma si rivolge soprattutto a pazienti adulti. La psicologia clinica viene legittimata a "occuparsi" di disturbo psichico; i modelli teoretici, fino ad allora in uso, perdono la loro unicità, (come il modello organogenetico); così,

inizia un lento e progressivo processo di demedicalizzazione del disturbo psichico. La messa in discussione del modello organogenetico di disturbo psichico è indice di un importante cambiamento nella concezione dei disturbi, che da monocausale diventa pluricausale.

Nel 1948, il WHO (comitato per la revisione dei sistemi classificatori in tutto il mondo) pubblica l'ICD-6 che, per la prima volta, include la classificazione dei disturbi psichici. La nuova classificazione, però, presenta dei limiti tra cui il fatto di non diagnosticare malattie come la demenza, i disturbi dell'adattamento e molti disturbi di personalità.

La mancanza di una denominazione adeguata diventa il principale ostacolo alla classificazione, per cui vengono sviluppate diverse nomenclature. Questo stato di cose produce molta confusione in campo medico, in quanto legittima una grande quantità di posizioni, fondate su presupposti diversi. Si avverte, quindi, l'esigenza di un nuovo sistema classificatorio rivolto, in particolare, ai disturbi di personalità e alle reazioni transitorie allo stress.

Il nuovo sistema di classificazione avrebbe dovuto essere di facile applicazione, rispecchiando il pensiero psichiatrico americano con-

temporaneo; così, nel 1952 nasce il DSM I (Diagnostic and Statistical Manual).

Anche a livello internazionale si inizia ad avvertire la necessità di una nomenclatura unica che dia accesso alle informazioni raccolte da operatori di differente provenienza e orientamento.

Nel 1968 venne pubblicato il DSM II, e gli psichiatri americani potevano usufruire, per la prima volta nella loro storia, di categorie diagnostiche che appartengono a una classificazione internazionale delle malattie. Nel successivo ventennio (1950-1970) si registrano cambiamenti importanti:

- la scoperta di nuovi farmaci;
- il rinnovo della legislazione per il trattamento asilare;
- la nascita di strutture intermedie;
- la comparsa di nuove forme di psicoterapia.

Un'importanza sempre maggiore viene data alla validazione empirica delle diagnosi psichiatriche che avviene attraverso un processo a cinque fasi:

- Descrizione clinica accurata;
- ricerche di laboratorio;
- distinzione rispetto ad altri disturbi contigui;

- follow up;
- ricerche familiari.

Al DSM II succedettero altre edizioni (DSM III, DSM III-R e DSM-IV); i DSM sono creati sulla base del “consenso degli esperti”, impongono un nuovo paradigma, hanno un approccio ateoretico e si avvalgono di un sistema multiassiale, si fondono sul presupposto che i disturbi psichici siano entità discrete, usano criteri diagnostici di inclusione e di esclusione e sono costruiti ai fini di una maggiore validità e attendibilità diagnostica.

Una classificazione è considerata attendibile, quando raggiunge gli obiettivi della comunicazione, del controllo e della comprensione.

Il sistema multiassiale del DSM si articola su cinque assi:

Asse I: disturbi clinici;

Asse II: disturbi di personalità. Ritardo Mentale;

Asse III: condizioni mediche generali;

Asse IV: problemi psicosociali e ambientali;

Asse V: Valutazione globale del funzionamento.

I primi tre sono assi categoriali, gli altri due dimensionali.

Nell'edizione del DSM IV sono stati effettuati alcuni cambiamenti; sono stati proposti altri tre Assi relativi al funzionamento difensivo, relazionale e a quello sociale e lavorativo.

Vantaggi del moderno approccio DSM

- Migliorare l'affidabilità e la validità delle diagnosi in psicopatologia;
- Maggiore enfasi sulla diagnosi consiste nella maggiore consapevolezza, da parte dei clinici, dell'importanza della diagnosi;
- offre un linguaggio comune a clinici e ricercatori.

Limiti del moderno approccio DSM

- permanenza dei problemi di affidabilità e validità;
- Pregiudizi teorici;
- pregiudizi culturali.

Nel 2000 è stato pubblicato il DSM-IV-TR. Gli aggiornamenti riguardano: le caratteristiche associate, cultura, età, caratteristiche di genere, prevalenza, decorso e pattern familiari dei disturbi mentali; nel 2010 è prevista l'edizione del DSM V. Molti clinici, però, si domandano se queste continue revisioni migliorino effettivamente la validità e l'attendibilità diagnostica e portino a effettivi cambiamenti nella qualità dei trattamenti effettuati sui pazienti. Da una parte si so-

stiene che la rapidità con cui avvengono le revisioni ostacola lo sviluppo e la verifica delle conoscenze, necessarie per migliorare i fondamenti scientifici della nosologia psichiatrica, dall'altra si impone l'esigenza di una nuova edizione del DSM per aumentare la compatibilità con il nuovo ICD-10.

2.1 Diagnosi: la definizione

La diagnosi in psicologia clinica può essere definita come quel processo volto alla rilevazione e descrizione di fenomeni riconosciuti come patologici, quindi come un processo attivo di raccolta, analisi e integrazione di informazioni. (citazione)

La parola proviene dal greco ***dia-gnosis*** che significa “conoscere attraverso”; quindi la psicodiagnosi comporta un percorso di “conoscenza attraverso la psiche” nel senso complessivo di coinvolgimento della psiche sia dell'operatore che del soggetto che è sottoposto alla valutazione; quindi, l'obiettivo della diagnosi è la conoscenza approfondita dell'individuo lungo molteplici dimensioni. La colloca-

zione del soggetto all'interno di una specifica categoria diagnostica, diviene il risultato di un processo "ragionato" di conoscenza del singolo.

La capacità di fare diagnosi coincide a livello individuale con lo sviluppo di attitudini specifiche (curiosità, attitudini parentali, aspetti riparativi) che si collegano alle componenti motivazionali, alla base della scelta dello studio della psicologia trasformandole, in seguito, in competenze professionali.

Fare diagnosi, infatti, è uno dei compiti più importanti di un clinico; senza diagnosi, qualsiasi tipo di trattamento è casuale, privo di basi scientifiche e non valutabile. L'intervento professionale, invece, deve essere chiaro, fondato scientificamente, condiviso e trasmissibile in modo da facilitare la comunicazione tra i diversi professionisti del settore. La diagnosi psicologica nasce dall'empatia e dalle regole. L'empatia implica che è fondamentale la capacità dell'operatore di percepire emotivamente ciò che il cliente prova e contemporaneamente di sospendere questo coinvolgimento per tornare ad osservare, diagnosticare ed interpretare.

Un'altra componente importante della diagnosi è costituita dalle *regole del setting* e dall'individuazione di costanti nella definizione della valutazione diagnostica.

In ambito clinico i tipi di diagnosi (Labella, 2001) sono:

La diagnosi categoriale prevede due livelli di complessità:

1. per inclusione-esclusione;
2. per inquadramento nosografico clinico.

La diagnosi dinamica prevede tre livelli di complessità:

1. dinamico interpretativa o descrittiva, legata al sintomo;
2. dinamico processuale o di stato, legata alle funzioni;
3. dinamico strutturale o di psicopatologia, legata alla personalità.

La diagnosi categoriale per inclusione-esclusione è molto frequente in ambito medico, in particolare quando si formula un'ipotesi diagnostica basata sulla presenza o assenza di segni di una patologia; in genere si definisce soggetto “sano” o “malato”, in relazione all'individuazione di indici o valori considerati nella norma.

Questa formulazione può essere utilizzata anche nel campo psicologico quando lo psicologo deve pronunciarsi su quesiti specifici che riguardino competenze, funzioni o idoneità e quando la tutela della

privacy gli impone il riserbo su una valutazione strutturale della personalità.

L'inquadramento nosografico clinico comporta la valutazione in base alla definizione delle manifestazioni sintomatologiche che caratterizzano patologie definite e codificate. La nosografia presuppone un percorso culturale, scientifico ed epistemologico interno e coerente ai presupposti teorici delle discipline. Lo psicologo deve conoscere la classificazione ed i contenuti delle nosografie psichiatriche, può adottarne la lettura nella comprensione dei quadri patologici, ma, deve trovare una propria specificità e individuare il corpus teorico e tecnico in ambito diagnostico. Il rischio è di utilizzare categorie di riferimento astratte e di non proporsi con un approccio diagnostico complementare, ma sovrapponibile alle conoscenze mediche, con il limite di non poterne condividere formazione e modalità operative intervento. La diagnosi psicologica ha come scopo la riconquista della condizione di benessere e di salute emotiva da parte del paziente, deve favorire l'equilibrio adattivo e la "normalità di stato" nell'assetto dinamico di personalità, più che codificare la patologia e combattere contro la malattia come è peculiare dell'approccio medico.

La diagnosi dinamica invece si contraddistingue per la capacità di essere espressione di un approccio poliedrico e relativo; questo vuol dire che è in grado di proporre varie letture della personalità in relazione alla:

1. descrizione degli aspetti e delle modalità di relazionarsi che la caratterizzano nelle sue espressioni di contatto con l'ambiente o di prestazione di fronte ad un compito, a una richiesta;
2. definizione dei contenuti e della qualità del processo in cui interagiscono, integrandosi e collegandosi, le funzioni ed i sistemi di “governo centrale” ed in cui si definisce l'assetto di identità della persona, nel momento storico in cui la osserviamo;
3. individuazione delle strutture portanti, delle componenti irreversibili e quindi “biologiche”, colte nella loro potenzialità psicopatologica e di rischio di sviluppo.

Tre sono i livelli di classificazione possibili:

La diagnosi descrittiva si basa sulla caratterizzazione del sintomo, ne descrive il contesto e le manifestazioni osservabili, sottolineando gli aspetti più significativi alla base del disagio che il soggetto porta alla valutazione dello psicologo.

La diagnosi processuale o di stato si verifica quando si combinano gli elementi in un quadro funzionale, definendo un punto di equilibrio possibile; si definisce così una condizione attuale che si è creata ed è attiva nel soggetto e che può rientrare o al contrario cronicizzarsi, se non si interviene.

La diagnosi strutturale mette in luce aspetti di base della personalità, generalmente stabili ed irreversibili, ed è finalizzata a cogliere le sue organizzazioni permanenti a valenza psicopatologica.

Il livello della diagnosi può essere collegato al contesto, allo stato o alla struttura:

- il *contesto* è caratterizzato dal tempo e dallo spazio nel senso che affronta le tematiche di vita ed i contenuti che la persona trasmette nel momento in cui la osserviamo;
- lo *stato* valuta le modalità e le organizzazioni dinamico-funzionali, il punto di equilibrio, la normalità di stato che è possibile individuare all'interno della sfera psichica;
- la *struttura*, infine, fa riferimento agli elementi di base, strutturali che caratterizzano la personalità.

Le **manifestazioni** indicano il livello su cui si opera, cioè il rilievo diagnostico determinato dall'analisi della domanda dell'utente o dal-

la richiesta del committente e che sono caratterizzabili come: disagio, problema, sintomo, sindrome e patologia.

- Il *disagio o problema* si riferisce al contesto di vita del paziente; è importante capire, nel momento in cui si affronta il problema, quale sia il disagio manifestato dal paziente all'interno del suo contesto di vita.

- La *sindrome* è espressione di una condizione reattiva, condizione che è stata generata da una rottura dell'equilibrio adattivo. È, quindi, una situazione che è possibile cogliere e caratterizzare per intervenire e quindi risolvere. All'interno della sindrome si possono definire qualità e contenuti prevalenti dei sintomi.

- La *patologia* coincide con la dimensione dell'oggettività della malattia valutata dal tecnico, a prescindere dalla richiesta o dalla consapevolezza del paziente ed è legata all'organizzazione strutturale della personalità, ad una trasformazione o evoluzione che si differenzia dalla sindrome in quanto espressione di psicopatologia strutturale.

Per *ambiti di valutazione* si intende l'area di approfondimento nel lavoro d'indagine durante l'esame psichico specifico:

1. si colloca il disagio e il problema nella storia del paziente; l'obiettivo è cogliere le determinanti del contesto e si attende una risposta con un intervento mirato;
 2. Si studiano le organizzazioni delle aree funzionali;
 3. Si caratterizza e definisce lo stile, i tratti della personalità.
 4. Le *aree funzionali* sono valutate rilevando come sono organizzate dinamicamente tra loro, come si distribuiscono a livello di energie. Lo stile, è costituito da ciò che caratterizza la persona, il suo modo di porsi rispetto alle situazioni, ai problemi, agli eventi nuovi.
- Il quesito diagnostico può essere legato all'*hic et nunc*, orientato sul processo o nella definizione del segno (Capri, 1996).

2.2 La personalità tra salute e normalità

La personalità può essere definita *“come l'organizzazione dinamica degli aspetti affettivi, cognitivi e conativi (pulsionali e volitivi), fisiologici e morfologici dell'individuo”* (Sheldon, 1975).

Il termine “personalità” proviene dal latino “persona”, che indicava la maschera dell'attore teatrale. Una delle caratteristiche della maschera teatrale era la continuità, la sua fissità, in quanto l'attore portava la stessa maschera durante tutta la rappresentazione.

La personalità è, quindi, una struttura fissa, portante e, per questo motivo, la si può contraddistinguere, definire e riconoscere. La fissità che la caratterizza ci consente, inoltre, di prevedere un comportamento coerente e costante, perché proprio del suo repertorio di base.

Lo psicologo, quindi, per descrivere un profilo di personalità, una valutazione della “persona”, deve conoscere gli strumenti idonei da utilizzare per poter rappresentare un individuo nei suoi aspetti dinamici, nel suo contesto funzionale e relazionale. E in particolare:

1. le sue funzioni cognitive e critiche;
2. la dimensione affettiva relazionale;
3. la posizione rispetto alla capacità di essere presente nella realtà;
4. come soggetto storico in grado di condividere norme e regole sociali;
5. l’aspetto psicosomatico di riferimento in quanto fisicità del corpo.

Esponiamo ora il concetto di identità, cercando di spiegare al meglio la differenza che intercorre tra identità e personalità.

La personalità, come già detto in precedenza, coincide con la “maschera” e ne definisce nella fissità gli elementi strutturali; l’identità, invece, coincide con la persona, che è sotto la maschera, con colui

che la indossa e vivifica. L'identità è la persona, ossia coincide con la sua storia; è l'assetto raggiunto nella vita relazionale ed affettiva per l'insieme delle esperienze, dei significati e dei valori che partecipano alla organizzazione dei sistemi di riferimento, alla costruzione del proprio assetto interno ed al relativo possibile benessere, inteso come equilibrio ottimale (Labella, 2001).

Dopo aver delineato il dualismo personalità-identità, passerò ad esaminare un'altra importante dicotomia: salute-normalità.

Con il concetto di "salute" non intendiamo solo la condizione di assenza da malattie, ma coincide con la qualità di vita, con l'equilibrio e il benessere in cui si raggiunge la trasparenza; cioè, non si avverte alcuna presenza interna o esterna che sia fonte di disagio, sofferenza o più genericamente estraneità.

La definizione di salute per la persona, specialmente se parliamo di una persona malata, costituisce uno degli ambiti di maggiore interesse e confronto nel mondo contemporaneo, sia per l'etica del rapporto sanitario-paziente, sia per la definizione di obiettivi comuni di educazione sanitaria e di prevenzione.

E' necessario, comunque, in ambito clinico avere le competenze per poter definire, quando osserviamo una persona, basandoci su dei dati oggettivi, se essa si trova o meno in condizioni di "salute mentale".

La salute emotiva, quindi, coincide con la qualità di vita della persona e con la capacità che la stessa ha acquisito di essere una presenza storica e sociale, autonoma ed integrata; è, quindi, una condizione che è intensamente vincolata e legata alla attualità delle situazioni ed agli eventi.

Possiamo concludere che il concetto di salute è in relazione all'assetto di vita della persona; mentre, il concetto di normalità è in relazione all'assetto funzionale della struttura di personalità del soggetto; esse costituiscono due facce della stessa realtà psichica, utilizzate dallo psicologo clinico, a secondo delle richieste sociali o professionali e delle esigenze di diagnosi.

Prima di porsi il problema della diagnosi psicologica bisogna (Abbate, Capri, Ferracuti, 1990) definire:

1. la funzione operativa;
2. la sua significatività in quanto valutazione di una condizione strutturale;

3. la sua predittività nell'individuazione degli elementi di rischio possibili nello stato attuale e/o futuro.

La diagnosi comporta, quindi, l'individuazione dei valori (indici o standard) presupposti normali, delle costanti funzionali dalle quali, comparandoli, è possibile cogliere il divario della diversità e l'incidenza del dato rilevato nell'organizzazione della personalità del soggetto; è necessario, quindi, porsi il problema della normalità e della sua organizzazione nella definizione dell'assetto di personalità. Fondamentale è chiedersi quale sia la "diagnosi" di personalità possibile per il soggetto preso in esame. Non bisogna confondere però la definizione di "normalità" con il concetto di "norma",: *"Norma è statuto, legge, prescrizione che prevede dovere e necessità o colpa se non si è in sintonia con il rispetto della norma stessa"* (Tani, 2007). Per normalità, invece, intendiamo: *"Il processo dinamico che consente libertà, integrazione, crescita, cambiamento e storia"* (Idem 2007).

Per formulare la diagnosi in base ad un criterio di normalità, è necessario integrare tutti gli aspetti della persona e, soprattutto, bisogna caratterizzare lo stato della persona nel momento in cui la osserviamo, inserendola nel percorso di crescita, cambiamento e nella sua storia.

Possiamo analizzare la normalità da diversi aspetti:

▪ **la normalità come non malattia:** è una diagnosi per esclusione-inclusione, un tipo di diagnosi che è tipica della prassi medica, quando si riferisce una condizione di normalità perché si esclude la patologia. In questo caso si effettua una valutazione in base alla rilevazione di indici o segni che, se non offrono rilevanza significativa, consentono di escludere una patologia conclamata in atto. Si applica un test che consente di confrontare il risultato con i valori considerati normali in relazione alle competenze richieste dall'esame.

In psicologia di base si può applicare una procedura parallela:

1. nel caso di richiesta di valutazione delle condizioni di normalità del soggetto da parte di enti sociali per l'accesso ad attività riservate;
2. per il possesso di determinati requisiti indispensabili per legge;
3. per l'attestato di idoneità necessario ad esempio per il rilascio della patente o per l'ammissione a corsi o per porto d'armi, caso in cui è richiesta la certificazione di "salute mentale". Sono certificazioni che si riferiscono a condizioni inerenti la persona normale in quanto cittadino avente dei diritti e doveri. Nell'attestazione di normalità di "salute mentale" si tende a scrivere: *"dall'osservazione non si evincono elementi tali da pregiudicare la capacità lavorativa del soggetto, l'attitudine a, l'adattamento alla realtà, il buon uso delle funzioni critiche e co-*

scienti ecc..” (A. Labella, *Il processo diagnostico in psicologia clinica*, Società Editrice Universo, Roma, 2001).

Si possono verificare casi di pazienti che hanno avuto episodi di rottura, delle manifestazioni critiche, o che sono portatori di una patologia strutturale psichiatrica; questi soggetti, attraverso un intervento farmacologico idoneo, possono essere curati in modo che le manifestazioni patologiche possano rientrare, pur mantenendo una condizione potenziale di rischio. In questi casi si attesta la condizione attuale osservata: *“allo stato si escludono elementi psicopatologici tali da compromettere la sua capacità di ecc.. ecc..”*

- **Normalità come proiezione ideale:** secondo questo concetto la normalità è la spinta verso una condizione ottimale mai raggiungibile, a cui l'uomo tende e che appare sempre minacciata da impedimenti: si delinea una normalità impossibile, utopica che coinciderebbe con l'assenza di conflitti.

- **Normalità come media:** si definisce normale chi si colloca come prestazioni nella media statistica. In base a questa affermazione viene considerato all'interno della norma, il soggetto che raggiunge 100 Q.I.; mentre, contemporaneamente, si pone al di fuori della norma sia chi è inferiore sia chi è superiore. Questa valutazione, però, pre-

senta notevoli limiti in quanto viene data molta più importanza all'aspetto quantitativo che a quello qualitativo.

E' possibile una valutazione di normalità secondo questi criteri, quando si considera un comportamento o una prestazione che si deve quantificare per coglierne gli aspetti descrittivi e/o i deficit. Certo, è possibile valutare se un soggetto, rispetto alla somministrazione di un test d'intelligenza, si situa all'interno di un *range* di normalità oppure no; però, la diagnosi prevede, comunque, la definizione della qualità della sua prestazione o l'interpretazione del come e del perché del deficit. Questa definizione di normalità è considerata, quindi, parziale, anche se viene utilizzata nell'ambito clinico, in particolare per le valutazioni settoriali o di funzioni specifiche.

- ***Normalità come conformismo:*** normale viene considerato colui che è conforme alle norme di comportamento richieste dal contesto sociale, che si comporta in maniera adeguata, in sintonia con “quanto gli altri si aspettano da lui”. La valutazione dell'accettabile sociale del comportamento è importante, ma non è l'unico indice da tenere in considerazione nella valutazione della qualità dell'adattamento, in quanto lo stesso comportamento può essere interpretato secondo modalità opposte se rapportato a valori culturali, religiosi etnici di-

versi. Questa definizione di normalità, però, può causare dei fraintendimenti in quanto potrebbe sembrare che la persona normale sia quella più conformista, cioè colui che utilizza la “divisa” per legarsi ad un aspetto di riferimento e certezze, sviluppando così una personalità poco integrata o indefinita; infatti l’eccesso di conformismo è espressione di fissità disturbata ed a rischio, così come l’assenza di adeguamento alle regole ambientali.

L’accettabilità sociale, quindi, rappresenta un criterio parziale ma utile a definire la normalità di una persona, considerata nel suo rapporto con il contesto di vita relazionale.

- ***Normalità come processo storico:*** la normalità è valutata in relazione al processo dinamico di acquisizione e tensione verso un equilibrio ottimale di funzionamento. Per processo s’intende la possibilità di definire la personalità come una “struttura in equilibrio dinamico, storicizzato”. Ogni individuo nasce con delle potenzialità legate al patrimonio genetico e biologico: potenzialità che si attivano, si sviluppano e si trasformano nel corso della sua vita; quindi, considerando la sua storia, possiamo cercare di cogliere e definire quale sia la condizione ottimale di equilibrio possibile e quali le sue potenzialità di sviluppo (A.Freud, 1969).

In questo ambito dobbiamo dunque, distinguere una normalità di “stato”, una di “fatto” e una di “diritto”.

Per “normalità di stato” intendiamo l’equilibrio ottimale di adattamento e produttività che ogni individuo può raggiungere come sintesi di diversi fattori, quali il rapporto con gli altri, le prestazioni produttive, il mondo del lavoro.

Per quanto riguarda la “normalità di fatto” è necessario capire quanto i problemi che una persona ha, limitano il suo adattamento all’ambiente, cioè il divario tra la sua condizione di normalità e le richieste ambientali, in altre parole, la sua produttività nel contesto.

La “normalità di diritto”, invece, è legata alle norme sociali. Nel caso, ad esempio, di un paziente psicotico che richiede la patente, è necessario valutare bene la compatibilità tra la patologia e la possibilità di esercitare tale diritto.

2.3 La follia come dimensione della mente del corpo

“La follia è una dimensione della mente e del corpo in cui si rompe l’equilibrio interno alla persona per il prodursi di un comportamento bizzarro ed evasivo svincolato dalla ragione e dalla realtà” (Foucault, 2006).

In questa definizione si evince chiaramente che è possibile il verificarsi di un comportamento, una dimensione di sofferenza psichica, per tutti noi; ciò non significa che la follia sia una malattia o una psicosi, ma può, comunque, diventarlo se non coincide con nuovo assetto d'identità. Per esempio, nel caso in cui si vivono delle esperienze dolorose come un lutto, una separazione, un cambiamento, ci veniamo a trovare in una situazione “patologica” in cui c'è una rottura dell'equilibrio determinata dal contesto e, in alcuni casi, anche in una dimensione di “follia”, nel senso che l'aspetto di gestione e controllo della realtà, l'assetto emotivo che consentiva un adattamento sereno ed equilibrato, si rompono e si attivano dei comportamenti svincolati da controllo. La follia, quindi, non è una malattia, ma è una possibile evoluzione della normalità: un “uscire fuori”, una fase attraverso la quale l'individuo può rientrare arricchito e cambiato in un nuovo equilibrio di normalità, in una nuova dimensione, con un arricchimento del Sé e della posizione esistenziale nel progetto della vita.

La follia è, quindi, una dimensione possibile, estrema, dell'ampia fascia della normalità. Logicamente, osservando una persona in una dimensione di sofferenza psichica, deduciamo che non si trova in

stato di normalità, cioè non è nella “norma” di riferimento; tuttavia, risulta, comunque, fondamentale e corretto operare una diagnosi che la differenzi dalla patologia strutturale, consentendo, in tal modo, di evitare la radicalizzazione degli elementi patologici a rischio di possibile evoluzione.

Nel caso in cui la dimensione della follia si trasformi in patologia, questo può comportare:

- la rottura dell’equilibrio;
- pericolo di rottura allarme crisi;
- evoluzione.

La patologia comporta la *rottura dell’equilibrio* legato all’omeostasi, la perdita della condizione di salute e quindi di benessere. In altri casi, invece, possiamo trovarci di fronte ad una manifestazione che rappresenta soltanto un segnale *d’allarme* di una situazione che non è più distribuita in maniera normale, quindi non è più sana.

Questo segnale, che si manifesta sempre attraverso il sintomo, è legato al pericolo che si verifichi una rottura e, quindi, una condizione patologica. La diagnosi corretta è importante per la valutazione della prognosi e dell’intervento necessario per evitare che la patologia

emergente sia slatentizzata. In questi casi non si definisce e si interviene sul sintomo, ma si individua il nucleo patologico comprendendone la portata e le potenzialità di attivazione.

Altre volte, si può creare, all'interno di un sistema, una condizione di sovraccarico dovuta generalmente a una condizione di stress, quindi, un sovraccarico di tensione per delle pressioni che non sono distribuite in maniera produttiva; di conseguenza, si viene a creare un "corto circuito", che si esprime generalmente a livello psicosomatico e si ha un episodio critico, dopo il quale tutto dovrebbe rientrare nella normalità.

Un ulteriore possibile segno della patologia è quello che avviene **per evoluzione**, in cui si evolve una situazione precedente, una dimensione patologica preesistente.

Come già spiegato in precedenza, in ognuno di noi è presente una potenzialità psicopatologica, si può, quindi, in alcuni casi verificare una trasformazione strutturale dell'assetto della personalità con l'evoluzione del nucleo psicopatologico di base. In questi casi, nella diagnosi è possibile sottolineare la possibile radicalizzazione del sintomo che, dall'essere parziale o reattivo, può trasformarsi in strutturale. Questo aspetto è, in genere legato ad un cambiamento irreversi-

bile che ha come conseguenza una nuova organizzazione della personalità spesso più compromessa e meno permeabile ad un intervento che ripristini una condizione di equilibrio adattivo o di recupero del benessere precedente (S. Freud 1977).

I livelli della patologia possono essere : .

Il livello **reattivo-transitorio** che comporta l'attivazione di una manifestazione sintomatologica come reazione ad un contesto o a una situazione emotiva ed è espressione della potenzialità psicopatologica di base. In questi casi bisogna, quindi:

- individuare il contesto che ha determinato il meccanismo reattivo;
- descrivere il tipo di risposta attivata collegandola all'assetto di personalità;
- valutare l'entità e la portata del disturbo nella vita del soggetto in esame.

Dopo aver individuato gli elementi che la caratterizzano, si sottolinea, nella diagnosi, l'aspetto transitorio che consente un intervento mirato e precoce e si cerca di ripristinare una situazione di benessere e di salute.

La diagnosi opportuna non coincide con la valutazione strutturale, legata al nucleo patologico di base, ma si articola con le modalità di una diagnosi descrittiva. Essa guarda infatti:

- gli aspetti della situazione che interferiscono con un funzionamento ottimale della personalità;
- implica la definizione delle componenti emotive o cognitive coinvolte;
- individua le caratteristiche della dinamica;
- segnala i contenuti prevalenti;
- propone un intervento centrato a cogliere gli elementi di stabilità della organizzazione emotiva;
- conclude con indicazioni sull'equilibrio possibile ed ottimale nel sistema di vita della persona (Pavan, Banon, 1996).

Il livello **strutturale-irreversibile** si valuta e si definisce quando è necessario sottolineare una evoluzione patologica della struttura di personalità; è quindi, centrato sull'assetto portante. La diagnosi strutturale è generalmente orientata alla definizione degli aspetti negativi che compromettono il funzionamento mentale, ma implica anche il rilievo di elementi e di organizzazioni funzionali che possono svolgere una funzione positiva di appoggio e di elaborazione. Nello spe-

cifico, ad esempio, una situazione traumatica determina la rottura dell'equilibrio di stato precedentemente acquisito ed attiva una prima risposta che ha le caratteristiche delle manifestazioni reattivo-transitorie. Queste manifestazioni possono sfociare in episodi leggibili come manifestazione di crisi o segnale di allarme; di crisi, in quanto si verifica un sovraccarico; di allarme, invece, perché rispetto all'evento, si avverte se l'esperienza traumatica non è stata sufficientemente elaborata. L'intervento possibile sarà rivolto all'elaborazione del trauma attraverso sia la comprensione cognitiva degli eventi che hanno prodotto la manifestazione, sia come possibilità di cogliere il significato personale e le implicazioni emotive che lo accompagnano e che premono per un nuovo assetto di identità e per una riorganizzazione del Sé. Attraverso la realizzazione di questi stadi, quindi, si attua un processo in cui si ripristina l'equilibrio a un livello diverso di crescita e di evoluzione personale; nel caso in cui tutto ciò non avvenga, invece, preverrà la reazione difensiva, attivata dalla condizione traumatica, che si cristallizza trasformandosi in espressione psicopatologica di un cambiamento strutturale.

Il livello ***destrutturate-degenerativo*** si verifica quando in una patologia si osserva una situazione di destrutturazione, che non è una

evoluzione in crescita, ma una trasformazione con le caratteristiche della perdita; si evidenzia, così, una situazione di impoverimento parziale o generalizzato. La possibilità di delineare questa patologia consente al clinico di operare una diagnosi con finalità riabilitative, cioè cercando di orientare gli operatori a un intervento mirato a non recuperare le funzioni irrimediabilmente perdute, ma a rafforzare le funzioni indenni.

Il livello **disintegrativo** rappresenta la condizione patologica più complessa e drammatica per la dimensione catastrofica della patologia. Esistono, infatti, alcune strutture di personalità, (come per es. quelle a valenza schizoide) molto rigide, organizzate in maniera autotona, che riescono a mantenere un proprio equilibrio adattivo, pur evidenziando povertà, superficialità, immobilità e mancanza di plasticità nell'affrontare situazioni nuove o sconosciute. Nel caso in cui, però, si venga a creare un sovraccarico per un evento traumatico che non è pensabile o tollerabile, mancando in questi soggetti la circolarità dell'integrazione e la plasticità di una struttura centrale che consenta il modificarsi in funzione delle pressioni, la persona va in pezzi; questo, può portare all'inizio di un percorso psicotico che non

prevede più un possibile riequilibrio di normalità e, quindi, una possibile riorganizzazione di benessere ottimale.

Nello specifico, possiamo affermare che, nel momento in cui osserviamo, il soggetto presenta una condizione di sufficiente “compenso clinico”; ciò significa che una persona strutturalmente ha una patologia, ma che al momento non è attiva, essendo compensata, sia dal supporto farmacologico, sia dall'intervento di sostegno psicoterapeutico o riabilitativo che interviene a supportare la qualità di vita del soggetto (Grivois, 2002).

2.4 Il metodo in psicologia clinica

Il metodo clinico consiste in un atteggiamento osservativo mirato alla raccolta sistematica di dati relativi a un singolo individuo visto nel suo contesto ambientale. Questo metodo porta alla costruzione di un quadro generale di funzionamento della personalità indagata, che può essere utilizzato per la formulazione di ipotesi interpretative dello sviluppo psicologico, per comprendere i processi sottostanti e per intervenire al fine del suo totale ripristino (Lombardo, Foschi, 1996). Lo scopo di ogni intervento clinico è, quindi, quello di aumentare il benessere e l'efficienza degli individui che soffrono, comprendendo

lo stato della persona, (procedimento valutativo) modificandone la personalità e il funzionamento (procedimento terapeutico), modificandone le influenze che agiscono sulla persona generando o aumentando i suoi problemi (procedimento di controllo ambientale).

Un punto molto importante nella psicologia clinica riguarda il suo dominio di applicazione, che è costituito da casi individuali. La ricerca da cui attinge la psicologia clinica è solo parzialmente scientifica, se per scienza si intende solo quella che impiega il metodo sperimentale; ma se per scienza si intende un discorso su eventi empirici sottoposti a restrizioni che permettono di falsificarlo o di scegliere tra discorsi alternativi, allora anche la ricerca, condotta con le prescrizioni del metodo storico-clinico, è scientifica. Il metodo storico-clinico, contrariamente al metodo sperimentale, sfrutta il coinvolgimento reciproco, anche emotivo, di osservatore e di osservato, la cui relazione è essa stessa oggetto di osservazione (Codispoti, Clementel 1999).

L'avere riconosciuto che le diverse teorie psicogenetiche del comportamento sono scienze vere e proprie, rende superflua la questione del confronto fra l'una e l'altra al fine di attribuire premi di veridicità. Bisogna riconoscere, infatti, che le vicende quotidiane della cura

pongono il problema di una scelta fra le teorie e, più immediatamente, fra le loro applicazioni pratiche (i trattamenti). Qual è allora il criterio attraverso il quale si sceglie un trattamento?

Dobbiamo prendere atto che questa scelta è già stata compiuta dal soggetto che, si rivolge allo psicologo. Senza saperlo e talvolta senza poterlo riconoscere, il cliente ha optato, per risolvere il suo disagio verso una consultazione psicoanalitica oppure verso la teoria sistemica, o cognitiva o ancora verso il behaviorismo, ecc.

È naturale che alcuni psicologici recalcitrino dinnanzi alla scelta del cliente costringendo il paziente entro il loro modello. E' quello che si chiama *errore nell'indicazione*.

Sempre più frequentemente, in questi ultimi anni, in letteratura, il lavoro diagnostico è indicato come il luogo nel quale confluisce gran parte di queste conoscenze e la capacità di effettuare una diagnosi del funzionamento del paziente (diagnosi funzionale) e identificata come requisito professionale che definisce il ruolo e il compito dello psicologo clinico.

Bisogna riconoscere, tuttavia, che, a parte alcune posizioni antidia-
gnostiche soprattutto ideologiche o eccessivamente affettivizzate, le

critiche erano spesso rivolte allo scarso fondamento metodologico delle diverse procedure diagnostiche (Horwitz, 1996).

Le nuove metodiche prese in considerazione, quindi, capovolgono questa prospettiva. Non è più il paziente che deve dimostrare la propria identità, bensì è il clinico che deve pianificare un trattamento su misura per il paziente, del quale è stato in grado di comprendere a fondo problemi, preoccupazioni, punti di forza e di debolezza, struttura difensiva e stile di relazione. Sul piano metodologico, questo modo di vedere le cose presuppone che lo psicologo clinico, nel momento in cui costruisce la diagnosi, riesca a collocarsi emotivamente e cognitivamente al di qua delle teorie psicogenetiche esistenti e delle tecniche terapeutiche che ne derivano, cioè non faccia lo psicoanalista, né il terapeuta sistemico né il terapeuta cognitivo ecc., bensì usi una teoria e una tecnica specifiche, che sono quelle del lavoro diagnostico; la situazione diagnostica, infatti, è caratterizzata dal fatto di essere una sorta di stato di tregua in cui ogni giudizio è sospeso, da parte sia del clinico che del paziente. La possibilità, che la consultazione diagnostica finisca senza l'indicazione di un trattamento, è un buon modello da prendere in esempio per capire cosa s'intende quando si sottolinea l'importanza di evitare scelte preordi-

nate e intenzioni fuorvianti, sia da parte del clinico che del paziente. Sempre più frequentemente, infatti, è accaduto che i pazienti accettassero con benevolenza la proposta di un lavoro diagnostico, cioè di una ricognizione precedente a ogni indicazione di una nuova terapia; anche la possibilità di usare degli strumenti diversi dal solo colloquio clinico è stata accolta bene (Lang, Orefice, 1995).

La consultazione diagnostica è, infatti, l'occasione per esporre le proprie paure, le delusioni per i precedenti tentativi terapeutici andati a vuoto.

In genere, pochi sono gli psicoterapeuti che sanno e amano fare diagnosi; se un paziente si rivolge a loro di solito dedicano qualche seduta iniziale a verificare la situazione di malessere presentata dal paziente stesso. Accade, anche, che qualche psicoterapeuta si limiti a dire di non potere fare nulla per il paziente e lo congedi senza alcun altro suggerimento.

Oggi, infatti, sempre più spesso, l'intervento dello psicoterapeuta viene richiesto dopo una consultazione diagnostica condotta, insieme al paziente, da un altro professionista, che assume il ruolo di invian-

Da qui deriva, quindi, la distinzione tra psicologia clinica e psicoterapia: lo psicologo clinico, quando svolge la propria attività professionale, fa delle consultazioni diagnostiche e si occupa di diagnosi funzionale; il metodo che segue non ha nulla a che fare con il metodo di qualunque trattamento psicoterapeutico, mentre lo psicoterapeuta svolge un lavoro che ha un proprio razionale specifico che varia in rapporto al modello di disturbo psichico privilegiato dal particolare tipo di terapia (M. Lang, 1996).

Gli psicologi clinici in passato erano considerati solo come psicodiagnosti, cioè coloro che facevano diagnosi di fanciulli problematici o di soldati da avviare al fronte; dopo aver rifiutato quel ruolo mortificante e limitato e aver guadagnato l'accesso all'attività psicoterapeutica, si ritrovano oggi di nuovo identificati in quel ruolo. Il motivo preponderante è da attribuire alla massiccia offerta di tecniche terapeutiche di quest'ultimo trentennio; la riflessione, quindi, non può che ripartire dall'inizio, ossia dal primo contatto con il paziente, dalla diagnosi e dalla scelta del trattamento. Si tratta, quindi, di ripensare ai fondamenti del metodo clinico in psicologia, in quanto decenni di lavoro sul tema dell'efficacia delle diverse terapie hanno confermato ciò che sosteneva G.L. Paul nel 1967: *“Le maggiori probabilità di*

successo terapeutico sono legate alla capacità di capire quale trattamento, fatto da chi, è più efficace per questo individuo, con questo specifico problema, in questo set di circostanze”.

3. La diagnosi testologica

La parola test deriva dal latino “*testum*”, che significa vaso, ossia il vaso (reattivo) che serviva agli alchimisti per saggiare la presenza in

un minerale di particelle di oro (razionale del reattivo). Un test psicologico consiste in una misurazione obiettiva e standardizzata di un campione di comportamento. Caratteristica precipua della standardizzazione è l'uniformità sia delle procedure di somministrazione del test sia dei processi di determinazione del punteggio nel reattivo. Per assicurare che questo accada, chi costruisce un test fornisce istruzioni particolareggiate per la somministrazione, che riguardano la precisazione dei materiali da impiegare, i limiti di tempo, le disposizioni verbali da impartire ai soggetti; delle dimostrazioni preliminari, dei criteri da seguire per rispondere alle domande dei soggetti, e ogni altro particolare relativo alla somministrazione del test. Un altro passo importante per la standardizzazione di un test, è la determinazione delle norme statistiche che consentono di interpretare i punteggi ottenuti. Il punteggio al test di una determinata persona può venire valutato soltanto se lo si pone in relazione con i punteggi ottenuti da altri soggetti. La somministrazione, la determinazione e l'interpretazione dei punteggi sono definitivi "oggettivi" solo nella misura in cui sono indipendenti dal giudizio soggettivo del singolo esaminatore. Teoricamente, qualsiasi persona dovrebbe ottenere sempre il medesimo punteggio, indipendentemente dall'esaminatore. Anche se è

estremamente complesso riuscire a raggiungere standard così alti di oggettività, questo rimane lo scopo che si vuole raggiungere quando si costruisce un test.

Anastasi (1997), intende per reattivo psicologico *“una valutazione obiettiva e standardizzata nei termini di diagnosi e prognosi delle capacità o potenzialità della persona esaminata nel comportamento attuale e futuro”*.

L'utilizzo dei test rappresenta il tentativo di lavorare con dei dati oggettivi in ambito di diagnosi, e di sottolineare di usufruire di strumenti comuni e condivisi nell'esercizio professionale. Il test dovrebbe essere usato dallo psicologo come elemento in grado di chiarire dei dubbi diagnostici e di migliorare la comprensione dei problemi del paziente, ricoprendo la funzione di mediazione tra ipotesi e realtà storica, ma non rappresentando il dato oggettivo a cui delegare la diagnosi. La stessa funzione di raccordo è svolta dalla raccolta anamnestica nel corso del colloquio clinico o in qualsiasi altra valutazione in cui è necessario che l'operatore utilizzi un “canovaccio” di riferimento utile per evitare l'affluire di informazioni che non possono essere utilizzati, se troppo confuse.

I test mentali applicati alla clinica rappresentano un strumento di valutazione quantitativa in grado di fornire notizie complementari all'esame clinico, notizie utili ad una possibile classificazione e

comprensione di aspetti del funzionamento psicologico del soggetto. Essi permettono di misurare le capacità intellettive attuali e potenziali, di analizzare aspetti della personalità e del comportamento dell'individuo esaminato. Nella pratica (Anzieu, 1967) il test psicometrico è determinante in quelle situazioni in cui i dati rilevati attraverso l'esame clinico non sono sufficienti per un inquadramento diagnostico-prognostico (per es, sindrome limite in cui frequentemente esiste il dubbio di possibili manifestazioni prepsicotiche; casi in cui è necessario valutare la partecipazione di un eventuale deficit intellettuale nel determinismo di una sindrome psico-patologica, o la presenza e l'entità di una componente psico-organica). La loro organizzazione non deve essere un'alternativa ad altre possibilità di approccio al paziente. Soprattutto per chi è alle prime armi, è consigliabile usare il test ma mai assolutizzare il suo valore: il risultato ottenuto con la somministrazione del test non coincide con la formulazione della diagnosi.

I test forniscono, quindi, dati utilizzabili per: (Del Corno, Lang, 1997)

- formulare una diagnosi;

- stabilire l'indicazione/controindicazione al trattamento e, in particolare, individuare il trattamento migliore per il paziente;
- individuare il focus del trattamento prescelto;
- valutare l'andamento di un trattamento o il suo esito;
- effettuare uno screening, (es. in studi di tipo epidemiologico).

I test forniscono dati per formulare una diagnosi alcuni clinici sono convinti dell'utilità dei test a scopo diagnostico, mentre altri la negano. In genere i dubbi non riguardano particolarmente i test, ma l'attività diagnostica. Negli ultimi anni, tanto gli psicologici clinici quanto gli psichiatri si sono mostrati sempre più insoddisfatti dell'intera attività diagnostica, sia condotta per mezzo di reattivi sia in altro modo, anche perché le persone raramente rientrano perfettamente nelle entità diagnostiche classiche. Perciò molti clinici hanno rifiutato la diagnosi nel suo complesso come “statica” o “non dinamica” e hanno optato, invece, per una specie di inconsistente descrizione letteraria piena di profonde speculazioni su sequenze genetiche, traumi, fissazioni e fantasie inconsce.

Di fatto, il processo di valutazione psicologica ha subito, nel tempo, continue variazioni ed è stato influenzato dalle teorie assunte, di volta in volta (Holt, 1968).

I test forniscono dati per stabilire l'indicazione/controindicazione al trattamento Eysenck et al., (1983) nella critica al DSM-III sostenevano che le scelte sarebbero state più facili se:

- le categorie diagnostiche fossero state sostituite o affiancate da valutazioni quantitative di caratteristiche emotive del paziente, che costituiscono un miglior indice dei processi psicologici;
- la valutazione di queste caratteristiche fosse stata fatta in rapporto alle indicazioni per i trattamenti a disposizione;
- la valutazione riflettesse comportamenti osservati in modo attendibile più che preferenze personali idiosincratiche dei clinici.

I diversi trattamenti hanno in comune lo stesso obiettivo (quello di far star meglio il paziente), gli obiettivi intermedi, invece, sono differenti, per cui sono necessarie procedure d'indagine specifiche, che permettano di cogliere altri elementi, in base ai quali formulare indicazioni più precise al trattamento.

La ricerca ha cercato di individuare alcuni criteri che fossero di ausilio nell'identificare i trattamenti con maggior probabilità di successo, rispetto ad altri che potevano risultare non adeguati o poco efficaci. Modelli diversi hanno focalizzato l'attenzione su singole variabili o

su gruppi di variabili. Dato che il numero di caratteristiche del paziente, del terapeuta e del trattamento che possono incidere sull'indicazione è teoricamente illimitato (Arkowitz, 1992; Beutler, 1991), bisogna delimitare il campo, individuando solo alcune tra le variabili relative al paziente, che costituiscono un indice attendibile nel predire le risposte ai singoli trattamenti (Beutler, Clarkin, 1990). Il presupposto è che si possono utilizzare, come *markers* per l'indicazione ai trattamenti, misure psicometricamente stabili di caratteristiche del paziente, ritenute rilevanti per il trattamento.

I test forniscono dati per individuare il focus del trattamento prescelto la relazione tra diagnosi e trattamento è stata per lungo tempo oggetto di discussione (Hayes *et al.*, 1987).

Autori di differente formazione sottolineano i pericoli insiti nel trattare un paziente non diagnosticato. Il rischio è di trovarsi, nel corso del trattamento, ad affrontare problemi più gravi di quelli preventivati, senza avere a disposizione strumenti, capacità e risorse adeguate. Ma allora in questo contesto a cosa servono i test? I test costituiscono un altro vertice di osservazione, riducono la probabilità che la patologia del paziente sia sottovalutata e aiutano a decidere quali elementi, nel corso della terapia, debbano essere affrontati immediata-

mente; il rischio altrimenti è una cronicizzazione della terapia stessa (Blank, 1965, Kissen, 1973, Smith, 1983).

Alcuni autori, invece, sostengono che la diagnosi testistica permette di conoscere elementi clinici importanti per il trattamento ed evidenzia il potenziale impulsivo del paziente, oltre al conseguente rischio di un futuro scompenso (Kissen, 1973). Altri autori utilizzano i risultati dei test all'inizio del trattamento, comunicandoli al paziente per facilitare l'alleanza con quest'ultimo: i dati dei test sono spesso più tangibili di quanto non lo siano le interpretazioni o le inferenze del clinico e forniscono esempi convincenti del comportamento del paziente, che possono essere usati a scopo esemplificativo. Riducono, quindi, l'aspetto difensivo, spesso presente in una relazione terapeutica, facilitando l'alleanza su temi specifici (Baker, 1964).

I test forniscono dati per valutare l'andamento di un trattamento o il suo esito il compito della ricerca in psicoterapia è esaminare empiricamente sia il processo che ha luogo nel corso di un trattamento terapeutico sia l'esito cui tale trattamento perviene. La valutazione dell'esito del trattamento è molto complessa e difficile, deve, infatti, prendere in considerazione prospettive diverse (ad esempio, il punto di vista del paziente, quello degli altri per lui significativi e quello

dei clinici), aspetti caratteristici dell'individuo (emotivi, cognitivi e comportamentali) e aree di funzionamento (lavoro, vita sociale, rapporti interpersonali) (Kazdin, Wilson, 1978; Lambert et al., 1983; Strupp, Hadley, 1977).

E' considerato *outcome measure* qualsiasi strumento di misurazione usato per valutare l'esito del trattamento (Geigle, Jones, 1990). Gli strumenti psicometrici rientrano in questa categoria.

La misurazione del *outcome* pone due problemi, che si correlano alla scelta dei test da impiegare: è meglio utilizzare strumenti che misurano un unico tratto o strumenti che misurano più tratti? E ancora misure di cambiamento individualizzate possono valutare adeguatamente la multiformità dell'esito di un trattamento?

Entrambi gli approcci presentano vantaggi e svantaggi. Le scale che misurano molteplici tratti hanno il vantaggio di valutare un'ampia gamma di sintomi, evidenziando elementi di psicopatologia che potrebbero non essere evidenti. Mentre le scale che misurano un singolo tratto, anche se sono molto maneggevoli e possono essere ripetutamente somministrate, presentano problemi di validità.

Benché si sostenga che i pazienti che rientrano in una stessa categoria diagnostica appartengono a un gruppo omogeneo, in realtà, ogni paziente è unico e porta nel trattamento problemi specifici.

Negli anni '70, si è cercato a lungo di individuare quali fossero i possibili criteri di cambiamento per ogni individuo, allo scopo di superare i molteplici problemi posti dalla misurazione del cambiamento stesso (Bergin, 1971). Negli anni successivi, si è cercato poi di rendere le misure del cambiamento più idiografiche. Sono, quindi, comparse numerose procedure finalizzate a individuare gli obiettivi per il trattamento del singolo paziente e sono stati creati strumenti specifici, ma i risultati ottenuti sono poco soddisfacenti (Garfield, 1991; Herbert , Meuser, 1991).

I problemi presentati sono: il contenuto della valutazione, cioè le capacità intrapersonali, interpersonali e i ruoli sociali; la temporalità, cioè l'esito del trattamento è un processo dinamico, e il cambiamento può avere una durata variabile; la fonte da cui provengono i dati. E' opportuno, infatti, che i dati afferiscano da fonti diverse come per esempio il paziente, i familiari, il terapeuta, gli osservatori esterni ecc..(Strupp, Hadley, 1977); la tecnica di misurazione. Le procedure

usate per rilevare il cambiamento e per raccogliere i dati incidono sulla valutazione del cambiamento globale (Smith et al., 1980).

I test forniscono dati per effettuare uno screening definiamo *screening* come: *“la probabile identificazione di malattie o deficit non riconosciuti, attraverso l'applicazione di test, esami o altre procedure, che possono essere rapidamente applicati per discriminare le persone che stanno bene, ma hanno probabilmente una malattia, da quelle che non ne sono affette”* (Commission on Chronic Illness, 1987).

L'uso di strumenti testistici con finalità di *screening* risale alla fine del XIX secolo e all'inizio del XX. Recentemente sono stati costruiti nuovi strumenti finalizzati a valutare:

- Il funzionamento mentale e la capacità di *coping* *“l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali per far fronte a specifiche esigenze esterne ed interne che sono vissute come imposizioni o come superiori alle risorse del soggetto”* (Lazarus, 1991).
- La qualità della vita in rapporto allo stato di salute (ognuno di noi rileva e cataloga le sensazioni che percepisce avvalendosi di processi cognitivi, finalizzati a decidere se e quando ciò che ha avvertito debba essere oggetto di attenzione da parte di un esperto o possa essere ignorato. La sensazione o il cambiamento rilevato (indizio) assumo-

no un significato particolare (sintomo) perché inseriti in un quadro di riferimento specifico: la malattia).

- La *compliance* (Bech, 1993). La ***compliance***, definita anche aderenza, è il grado in cui un paziente segue le raccomandazioni cliniche del medico. Esempi di compliance possono essere il rispetto degli appuntamenti, l'inizio e il completamento del programma di terapia e l'esecuzione dei cambiamenti indicati a livello comportamentale. Un comportamento collaborativo dipende dalla specifica situazione clinica, dalla natura della malattia e dal programma terapeutico. Il rapporto con il paziente è il più importante fattore nel campo della compliance. Quando il clinico e il paziente hanno priorità e opinioni diverse, diversi stili di comunicazione e diverse aspettative mediche, la compliance del paziente diminuisce.

Questo è causato, in genere, dall'atteggiamento del clinico che può essere avvertito come scostante e poco empatico o ancora dal fatto che il clinico chieda informazioni senza dare risposte e non spieghi la diagnosi o la causa della sintomatologia in atto.

Le strategie consigliate per migliorare la compliance prevedono che si chieda direttamente ai pazienti di descrivere che cosa credono che non vada in loro, che cosa ritengono che debba essere fatto e che co-

sa capiscono di ciò che il clinico ritiene debba essere fatto e quali credono siano i rischi e i benefici del trattamento stabilito.

3.1 Problemi posti dalla diagnosi testologica

Gli psicologici, per anni, hanno creduto che la misurazione in psicologia fosse equivalente alla misurazione in altre scienze, come per esempio la fisica.

La difficoltà di pervenire a misurazioni che fossero valide e attendibili e al tempo stesso specifiche e generalizzabili, ha portato, nel corso degli anni, alla comparsa di due posizioni contraddistinte nei confronti della misurazione. Da una parte, ritroviamo, quindi, la necessità di un approccio psicometrico, facendo proprio il metodo fisicalista; dall'altra, ci si è rivolti a un approccio clinico, che a volte tende a trascurare l'opzione psicometrica. Questa condizione è, in parte, la conseguenza di uno scontro tra *lobby* dei clinici e la *lobby* degli accademici (Holt, 1968). Mentre i primi sono indirizzati a trovare la risposta più efficace per ridurre la sofferenza del paziente, i secondi sono concentrati sul rispetto dei vincoli posti da una corretta metodologia della ricerca, che non è sempre compatibile con le necessità nell'*hic et nunc* della pratica clinica. Il conflitto non è stato utile per-

ché ha causato, un irrigidimento delle due posizioni, con la perdita di vista del problema della misurazione. Questo ha portato, quindi, un utilizzo parziale e settoriale dei diversi strumenti, alcuni dei quali sono stati messi al bando dai ricercatori, mentre continuano a essere usati dai clinici in quanto strumenti in grado di fornire dati indispensabili per la comprensione del paziente. Le critiche riguardavano, soprattutto, i sistemi di siglatura, molto complicati, sulla soggettività dello *scoring*, la scarsa utilità predittiva e su un'inadeguata o inconsistente validità; inoltre, veniva criticata anche l'eccessiva quantità di tempo necessaria per apprendere l'uso di questi test rispetto invece alla maggior validità empirica di molti test oggettivi (MMPI, CPI ecc.). Le critiche in genere provenivano dal mondo accademico, in cui questi test venivano sempre meno usati (Reynolds, Sundberg, 1976).

Nel corso della diagnosi testologica, la valutazione psicometrica è solo uno degli elementi che si devono considerare; gli altri elementi da tenere in conto sono rappresentati dal contenuto delle risposte, gli aspetti formali; le verbalizzazioni; le osservazioni sul comportamento del paziente al reattivo; le reazioni del clinico al paziente (non è possibile mantenere uno stile di conduzione uguale con tutti i pazien-

ti. Alcuni pazienti inducono nel clinico vissuti che determinano la comparsa di difficoltà diagnostiche e possono condizionare la diagnosi stessa) (Pope, 1992).

E' importante, comunque, che il ragionamento clinico mantenga la separazione tra la natura dei dati, discriminando il dato osservativo da quello inferenziale (Bonarius, 1984).

Nella pratica clinica, è di scarsa utilità adottare a priori un approccio psicometrico o uno clinico. Bisogna individuare in quale modo avvalersi di entrambi e/o comprendere quando la realtà del paziente richieda di privilegiare uno dei due. La somministrazione dei test non avviene nel “vuoto”, non è un’ operazione a sé stante e neppure un asettico processo di *problem solving*, bensì rappresenta un momento di un processo diagnostico, cioè: *“l’iter che il paziente percorre insieme al clinico allo scopo di rilevare l’ampiezza e l’entità del/dei disturbo/i lamentato/i, attribuire loro un significato (diagnosi) e individuare le possibili strategie cui avvalersi per ridurre, modificare o eliminare, laddove è possibile, la causa che provoca la sofferenza che il paziente stesso e/o i suoi familiari lamentano”* (M. Lang, 1996).

La diagnosi psicologica del paziente è un processo di durata variabile, non definibile a priori, che vede, nella maggior parte dei casi, impegnate più persone con funzioni diverse. La decisione del clinico di

chiedere una diagnosi testistica non è un'operazione di comune routine, ma una scelta precisa a cui possono essere legate motivazioni diverse. La diagnosi testologica non è sovrapponibile alla diagnosi psicologica, ma ne rappresenta un momento; è compito del clinico, quindi, integrare i dati che provengono da altre fonti (strumenti diversi, e professionisti differenti) e, attraverso un processo di sintesi, formulare una diagnosi del disturbo del paziente e le eventuali indicazioni o controindicazioni ai trattamenti.

I test servono sia al clinico che al paziente (Affleck, Strider, 1971). Il clinico chiede una diagnosi testologica quando ha bisogno di ulteriori dati; considera utile un approfondimento specifico e mirato su una funzione (memoria, attenzione, concentrazione, pianificazione ecc.); ha un dubbio diagnostico; ha la necessità di un altro parere o di una diagnosi sintomatica o di struttura; vuole conoscere in che modo il paziente si relaziona con un'altra persona, che gli propone un compito codificato ecc..

I test in una situazione d'incertezza diagnostica possono rilevare, inoltre, ostacoli non percepiti che potrebbero manifestarsi in seguito nel trattamento, portando, quindi, a esiti negativi; valutano le risorse di personalità del paziente e gli aspetti deficitari, in modo da evitare

sforzi terapeutici inutili; permettono il confronto con dati normativi; forniscono elementi utilizzabili con il paziente per fornirgli un *feedback* rispetto alla natura e all'ampiezza dei suoi problemi (Butcher, 1990, Watkins, 1991).

Il ricorso ai test ha, a sua volta, delle controindicazioni. Come per esempio, può indurre nel clinico la tendenza a basarsi troppo sui risultati dei test senza utilizzare il ragionamento clinico e negando possibili discrepanze, diventare un elemento di confusione, se il clinico coltiva l'illusione di ottenere dati più oggettivi

In questo maniera, i test, da ausilio al processo diagnostico, diventano, invece, un consistente ostacolo a quest'ultimo (idem, 1990).

I test servono al paziente perché gli permettono, sia nel corso della somministrazione che nel corso della restituzione *“La restituzione deve procurare al paziente una chiave di lettura della propria storia e delle proprie vicissitudini relazionali o terapeutiche ed essere emotivamente e cognitivamente integrata a un livello per lui adeguato”* (Balestri et al., 1989 *“La restituzione della psicodiagnosi”*, *Psicologia clinica*, vol. II), di riconoscere alcune modalità di funzionamento sue proprie in modo più concreto e definito. Lo aiutano a capire la natura delle difficoltà che incontra nella vita quotidiana, attraverso un processo di generalizzazione. I test diventano controindicati se il paziente ha bisogno di una presa in carico

immediata o è in una situazione di emergenza; sono inutili quando il materiale emerge già dai colloqui e la diagnosi è chiara, in questo caso costituirebbero solo un inutile dispendio di tempo e di energia.

A questo punto, potremmo, naturalmente, chiederci qual'è l'atteggiamento tipico del paziente verso i test? Che valore attribuisce loro? Chiaramente a queste domande non esiste una sola risposta, ma innumerevoli. Ciò nonostante, è possibile fare alcune osservazioni generalizzabili. Una delle prime questioni che si pongono gli psicologi, non abituati a somministrare test, riguarda la possibilità di avere un rifiuto da parte del paziente; in genere, però, nella pratica clinica è difficile incontrare un rifiuto categorico da parte del paziente a sottoporsi ai test, purché gli venga spiegato in modo chiaro ed adeguato il motivo della richiesta e a cosa servano. Certo, bisogna ammettere che non sempre è facile trovare le parole giuste per motivare l'invio e che si possono presentare difficoltà che sono intrinseche alla situazione in oggetto.

Non si può partire dal presupposto che il paziente sia d'accordo con la proposta di diagnosi testologica: egli, in genere, consulta uno psicologo o uno psichiatra per essere curato per un disturbo specifico. L'aspettativa del paziente, nella maggior parte dei casi, è che la si-

tuazione si risolva in tempi relativamente brevi: qualsiasi cosa si frappone tra la richiesta di aiuto e la guarigione, più o meno “magicamente” attesa, viene percepita come un ostacolo. Spesso il modello che ha in mente il paziente è molto simile a quello della consultazione medica; l’aspettativa è quella di parlare con il clinico (l’equivalente della visita) e di essere avviato immediatamente a un trattamento (la prescrizione). Dovere aspettare e scoprire che non sempre il clinico comprende immediatamente la situazione e sottoporsi al test, sono tappe che, spesso avvertite come indugi, possono causare sia ansia o aumentare il timore di essere affetti da un disturbo incurabile o sconosciuto.

Il paziente, il più delle volte, non è convinto dei vantaggi che gli possono derivare dai test, è spaventato e preoccupato; l’idea che il paziente ha dei test oscilla tra la cartomanzia e i quiz. In ogni caso, il clinico deve avere a disposizione elementi per motivare al paziente la richiesta ed esserne, prima di tutto, egli stesso convinto. Solo in questo modo è possibile ottenere una sufficiente alleanza diagnostica. A questo riguardo dobbiamo distinguere tra alleanza terapeutica e alleanza diagnostica. Orefice (2002) definisce *“l’alleanza diagnostica come il risultato di una posizione emotiva e cognitiva specifica del clinico, contraddistinta da una propria processualità e dalla sospensione di giudizio e di*

decisione. Nella alleanza diagnostica l'obiettivo è circoscritto e temporalmente definito". Per alleanza terapeutica intendiamo invece: "il rapporto stabile e positivo tra terapeuta e paziente, che mette in grado quest'ultimo di impegnarsi produttivamente nel lavoro della terapia" (Zetzel, 1973).

Durante la somministrazione di un test, è molto importante instaurare con il paziente una buona alleanza diagnostica; infatti, raramente il materiale che si ottiene dai test riflette un'effettiva povertà del paziente, non diagnosticata nel corso del colloquio. Il più delle volte la povertà manifestata è un indice di una mancata alleanza diagnostica. Infatti, uno dei principali problemi nella raccolta dei dati testistici, è quello di avere un rapporto con il paziente sufficientemente buono da permettere una corretta esecuzione del compito che gli viene proposto.

Altri elementi che si devono tenere in considerazione e che possono influenzare il risultato dei test, sono *nontest factors*, essi sono tutti quegli elementi che, nel corso della diagnosi testologica, possono interferire con il risultato del paziente e che non sono causati dalle caratteristiche specifiche dello strumento utilizzato (Groth-Marnat, 1990).

3.2 Somministrazione e scelta dello strumento

La prima domanda che ci poniamo riguardo alla somministrazione dei test è: quali sono le capacità richieste al professionista che somministra i test?

In realtà, nonostante i vari dibattimenti che si sono susseguiti nel corso degli anni sul ruolo da attribuire al testista, non esiste una regola precisa su chi deve effettuare la somministrazione dei test; la scelta deve avvenire in base a motivi clinici, determinati dalle condizioni del paziente.

La somministrazione dei test richiede una posizione emotivo-cognitiva diversa da quella che il clinico assume nel corso del colloquio e del trattamento, cambia a seconda dello strumento utilizzato (test di abilità, test proiettivi, rating scales, self-report inventories ecc..) rappresentando un punto di osservazione del paziente assolutamente unico, in quanto permette di vedere se, di fronte a stimoli diversi (materiale testistico), il comportamento si modifica e in quale misura.

Se l'operatore che somministra i test è diverso da quello che conduce il processo diagnostico, le motivazioni del passaggio del paziente dall'uno all'altro vanno esplicitate. E' importante che il paziente non

si senta “scaricato” e che non leda il rapporto di fiducia instaurato con l’inviante (Howe, 1981). Alcuni invianti, però, tendono a farsi carico eccessivamente dei problemi del collega che dovrà somministrare i test e dettagliano in modo, quasi ossessivo, tutto quello che l’altro, a loro avviso, deve sapere riguardo il paziente, fino quasi al punto di indicare quali sono i test che devono essere somministrati. Altri, invece, non dicono nulla o inviano il paziente come un pacco postale senza spiegare i motivi che li hanno portati a questa scelta. Ci sono, invece, alcune cose che è necessario fare sapere al clinico a cui è inviato il paziente, come: la pericolosità del paziente (auto o eterodiretta), se può essere soggetto a scoppi di rabbia e/o di aggressività o se presenta gravi manifestazioni asteniche. Ed è anche importante che venga informato di un eventuale trattamento farmacologico in corso al fine di valutare i risultati ottenuti.

Ormai, dopo tanti anni di pratica clinica, si è arrivati alla conclusione che, per un corretto processo diagnostico, sono molti più utili i risultati di test somministrati in “cieco” (con l’utilizzo di una batteria standard). Se si vuole che venga approfondita un’area definita, è meglio limitarsi a segnalare quest’ultima al collega, senza specificare i motivi della richiesta, in modo da non metterlo, suo malgrado, nella

situazione di dover falsificare o verificare ipotesi altrui, senza poterne formularne delle proprie (Del Corno, Lang, 2002).

Non esiste un reattivo che possa fornire tutte le informazioni necessarie al clinico per fare una diagnosi. Test diversi danno informazioni diverse, la diversità dei test è collegata alle caratteristiche dello stimolo (modello teorico dei test) e alle caratteristiche dell'individuo sottoposto alla prova. La scelta dei test deve essere operata in base al tipo di informazioni che desidera ottenere e, quindi, all'obiettivo per il quale si è chiesta una diagnosi testologica, nonché alla psicopatologia del paziente. Se si deve formulare l'indicazione a un trattamento in relazione a un quadro sintomatologico, è importante valutare anche il sintomo e le sue caratteristiche, valutare inoltre l'organizzazione di personalità, le funzioni cognitive perché se il disturbo è di tipo emotivo può interferire con queste capacità.

Purtroppo, molte volte, i test vengono scelti in base alla predilezione del clinico per uno specifico modello teorico. Questo porta sia a un uso improprio dello strumento, ma anche a una scorretta valutazione dei dati. Ogni strumento, infatti, è costruito sul fondamento di un modello nosografico-descrittivo o interpretativo-esplicativo della personalità o ancora su un modello specifico di disturbo psichico: può,

quindi, fornire solo informazioni relative a quell'area, in quanto gli stimoli utilizzati sono congrui in particolare con quest'ultima.

La risposta del soggetto poi è, a sua volta, correlata con lo stimolo proposto (es. stimoli diversi provocano risposte differenti, così come stimoli simili provocano risposte simili ecc..).

Quindi, possiamo concludere affermando che prima di usare un test, il clinico dovrebbe conoscerne l'orientamento teorico, le caratteristiche pratiche, adeguatezza della standardizzazione, l'attendibilità e la validità (Groth-Marnat; 1990).

Il criterio con cui si selezionano i test di una batteria standard è rappresentato dalla rilevazione dei dati che riguardano ambiti diversi e, inoltre, materiale-stimolo rappresentativo di situazioni differenti (Lubin et al., 1984; Sweeney, et al., 1987).

Un elemento importante da tenere in considerazione, nella scelta degli strumenti, è che la validità di una batteria non sempre aumenta in relazione al numero dei test cui si sottopone il paziente. Spesso, però la somministrazione della batteria è estremamente utile, in quanto permette di individuare elementi psicopatologici che, altrimenti, non verrebbero fuori e di avere un quadro più completo del funzionamen-

to del paziente, ma ha una flessibilità ridotta e non sempre risponde in maniera esauriente ai quesiti dell'inviante (Kostlan, 1954).

Esistono strumenti che indagano singoli problemi diagnostici e/o singole aree di trattamento; la scelta avviene in genere in base al quesito posto dall'inviante. In questo caso, la diagnosi non può essere fatta "in cieco", poiché la scelta dei test è tanto più adeguata quanto il problema dell'invio è chiaramente definito. I vantaggi di questo tipo di indagini dipendono dalle capacità del clinico di indicare gli strumenti adatti per individuare la risposta ai quesiti posti dall'inviante. Di solito, però, l'uso di una batteria focale spesso riduce le possibilità di ragionamento clinico e la generalizzazione delle risposte, in quanto gli elementi sono troppo ridotti. Ogni test ha una zona cieca che deve essere vicariata da altri strumenti. L'uso dei test differenti (cioè di strumenti che valutano lo stesso costrutto in base a modelli teorici differenti o che rilevano aree contigue di uno stesso costrutto) può rappresentare un fattore di correzione nei confronti di queste aree dei test di cui si parla poco e che si evidenziano con maggior chiarezza nel corso di un processo diagnostico.

Elaborazione dei dati dei test

Per cercare di far fronte alle difficoltà presentate da una diagnosi testologica, alcuni autori hanno cercato di formalizzare, attraverso la creazione di alcuni modelli, i diversi processi di valutazione dei dati che si possono dividere in due grandi gruppi: (Beutler, 1995)

i modelli “problem solving” costruiti in modo analogo a quelli usati in medicina per il ragionamento clinico e i modelli centrati sulla specificità del rapporto clinico-paziente, che ricalcano, quindi, più da vicino, la relazione psicoterapeutica. Attraverso questi modelli si cerca di spiegare il ragionamento del clinico nel corso della somministrazione dei test e durante il processo di elaborazione dei dati. Già nel corso della somministrazione, il clinico formula delle ipotesi e le verifica. Durante questo processo il clinico valuta e, quindi, decide se usare strumenti diversi da quelli preventivati; questo rappresenta la prima fase del ragionamento clinico, all’interno della quale, l’esperienza precedente e una buona formazione costituiscono un buon punto di partenza (Beutler, Clarkin, 1990).

Ogni ipotesi formulata dal clinico nel corso della somministrazione implica una presa di decisione; se, il clinico ha difficoltà a decidere, aderirà probabilmente a un comportamento routinario; questo porte-

rà, di conseguenza, a formulare ipotesi diagnostiche con un materiale piatto e poco significativo. Erroneamente, si considera la fine della raccolta del materiale con la fine del lavoro diagnostico. Il lavoro diagnostico, invece, comincia in quel momento ed è un processo lungo, lento e faticoso. Il clinico meno esperto, di solito, tende a eliminare i dati discrepanti, proprio perché essi aumentano la sua incertezza. Il clinico con maggiore esperienza utilizza, invece, la discrepanza, proprio per evitare le insidie che possono portare a generalizzazioni improprie e a processi speculativi nei quali viene inevitabilmente perduta la specificità del paziente.

La discrepanza non è la prova dell'incompetenza o dell'incapacità del diagnosa, ma un'indicazione della necessità di approfondimenti (Del Corno, Lang, 2002).

3.3 Stesura della relazione diagnostica

Una relazione può essere articolata secondo tre modelli:

Modello focalizzato sull'ipotesi che si vuole validare è un modello più frequentemente usato quando si risponde al quesito posto dall'inviante. Come, per esempio, se l'inviante ha chiesto i test per

discriminare tra un possibile danno organico e una situazione deficitaria.

Modello focalizzato sulle aree è il modello che si utilizza quando l'inviante chiede una valutazione diagnostica globale del paziente e non delle singole funzioni. Implica un approccio in cui si indicano i punti di forza e di debolezza del paziente. Di solito, la relazione redatta secondo questo modello fornisce un quadro completo del funzionamento del paziente, per cui è in genere la relazione preferita da chi legge (Weiner, 1986).

Il limite, invece, è rappresentato dal grande numero di informazioni che essa fornisce, per cui si può suddividere in tre parti: una prima parte descrittiva, in cui sono riportati i dati quantitativi; una seconda parte in cui si descrivono le ipotesi formulate e si riportano i dati quantitativi e qualitativi che si sono utilizzati per confermare le ipotesi; e una terza parte, molto sintetica, in cui si presenta l'ipotesi diagnostica.

Modello orientato sui singoli test è un modello usato dai clinici meno esperti o quando i clinici si rivolgono a un inviante che ha già una competenza psicodiagnostica. I vantaggi, in questo tipo di relazione, si possono ritrovare nella maggiore comprensione delle infe-

renze e dei dati da parte del lettore; dall'altro lato, però, costringe il lettore a fare a sua volta un ragionamento clinico, da cui, se la relazione è formulata su una quantità molto elevata di dati numerici, rileva indici di devianza da norme statistiche più che elementi riguardanti il singolo paziente.

Il modo in cui viene formulata una relazione, è spesso un indicatore diagnostico di insicurezze e di incertezze nell'esercizio della professione o, addirittura, di una posizione di sfiducia nei confronti delle capacità proprie e dello strumento (Shectman, 1979).

La relazione è anche un momento di assunzione di responsabilità da parte del clinico; non è possibile scrivere relazioni in situazioni che non comportino una continua presa di decisione da parte del clinico e la conseguente assunzione di responsabilità (Hartlage, Merck, 1971).

Stesura della relazione per l'inviante

Il modo in cui chi somministra i test interpreta il proprio ruolo incide in maniera rilevante sul prodotto finale (la relazione della diagnosi testistica). Per questo motivo è necessario chiarire alcune cose: (Tallent, Reiss, 1959) la relazione deve essere scritta in un linguaggio chiaro e comprensibile per chi legge, in quanto alcuni termini, so-

prattutto se ci si esprime in un linguaggio troppo tecnico, possono non essere capiti bene o fraintesi. Questo, non vuol dire che non si debba utilizzare un linguaggio tecnico, ma che è opportuno utilizzarlo solo quando risulta indispensabile (Klopfer, 1960).

Le relazioni, inoltre, non devono essere troppo lunghe perché perdano di incisività; si può utilizzare uno stile clinico, scientifico o letterario (Tallent, 1992). Ognuno di questi stili, infatti, presenta pregi e difetti; la soluzione migliore sarebbe avvalersi di uno stile contraddistinto da frasi brevi e da parole di uso comune con significato preciso (Ownby, 1987); quando si scrive la relazione, bisogna aver presente sia la domanda posta dall'inviante sia la competenza tecnica di quest'ultimo; il materiale che si presenta è sempre, e soltanto, un campione di tutto il materiale raccolto; il materiale presentato deve essere spiegato, cercando di non utilizzare sigle, percentuali e rapporti, comprensibili solo a chi ha già familiarità con il razionale del test; è utile evidenziare le possibili discrepanze ed il materiale che dimostra eventuali ipotesi contraddittorie; quando si fanno delle generalizzazioni, queste dovrebbero essere seguite da descrizioni concrete, riducendo in questo modo la possibilità di interpretazioni erronee (Ownby, 1986).

Stesura della relazione per il paziente

Nel corso degli anni, si è passati dalla convinzione che la relazione sui test fosse troppo complicata per poterla comunicare al paziente; successivamente, invece, ci si è convinti che il paziente dovesse, comunque, avervi, accesso (Brodsky, 1972).

Certamente, il paziente, dopo essere stato sottoposto a parecchie ore di valutazione, ha diritto di ricevere un feedback sui risultati. Ma ci domandiamo: che cosa è più opportuno dire? A questo proposito sono state assunte posizioni diverse: alcuni autori non rilevano la pericolosità di questa comunicazione (Stein et al., 1979); altri, invece, ne sostengono l'utilità, a condizione che non sia fatta per iscritto (Klopper, et al., 1954); altri, ancora, sostengono che la comunicazione dei risultati possa essere di aiuto per aumentare il coinvolgimento del paziente, a patto che sia fatta in modo adeguato (Brodsky, 1972). In realtà, la disputa riguarda, principalmente, la distinzione tra la comunicazione al paziente dei risultati ottenuti ai test e la consegna di una relazione scritta (o referto) (Richman, 1967; Allen, 1981). Parlare con il paziente di alcuni dei risultati ottenuti può essere estremamente utile, ma questa comunicazione deve avvenire in forma orale e le informazioni da fornire al soggetto devono essere scelte con cura.

In genere, è preferibile che la comunicazione non venga fatta dalla persona che ha somministrato i test, ma sia delegata al clinico che ha condotto il processo diagnostico e possiede, quindi, anche le informazioni raccolte nei colloqui clinici.

Nel caso in cui ritenga necessario mettere a disposizione del paziente una relazione scritta dei risultati dei test, questa deve essere strutturata in modo descrittivo, ma, in particolare, dovrebbe essere articolata in maniera da spiegare quelle parti, di ridotto o problematico funzionamento, che hanno indotto il soggetto a chiedere aiuto (Klopfer, et al., 1954).

3.4 Gli errori più frequenti

Le maggiori critiche rivolte, nel corso degli anni, alle relazioni psicologiche sono: mancanza di chiarezza, vaghezza, uso eccessivo del gergo, *bias* teorico, inattendibilità e sovragereneralizzazione (Lacey, Ross, 1964). Spesso esiste anche una confusione rispetto ai termini psicologici utilizzati (Grayson, Tolman, 1950). Le relazioni possono avere errori sia formali sia concettuali, imputabili a difficoltà di comunicazione e problemi di contenuto. La relazione dovrebbe fornire informazioni che siano di aiuto all'inviante; problemi di interpreta-

zione; atteggiamento dello psicologo e suo orientamento teorico. Si possono verificare errori tecnici a causa di una formazione non adeguata, ma alcuni di essi possono essere legati anche alla struttura di personalità del clinico (Tallent, Reiss, 1959c).

Spesso, anche i colleghi che ricevono la relazione non sanno come usarla, cioè hanno difficoltà a integrare i risultati ottenuti attraverso uno strumento che non padroneggiano, con i dati già a loro disposizione. Un elemento che deve risultare chiaro a chi chiede una consulenza testologica è che non esiste relazione che risponda a tutti i quesiti che il clinico può porsi, a proposito di un paziente.

4. Classificazione dei test

I test psicologici possono essere classificati con criteri diversi. Sul piano pratico-operativo in base o al materiale di cui sono costituiti o alle modalità di somministrazione. Più in generale, rispetto al tipo di informazione che sono in grado di fornire; alla natura della caratteristica psicologica che mirano a valutare; all'approccio che li ispira.

Secondo Ciotti (1996), si può fare una suddivisione tra **test di livello** e **test di sviluppo**, a seconda che abbiano finalità descrittive o aspirazioni euristiche.

Nel caso dei test di livello, come le scale WPPSI, WAIS e WISC di Wechsler (1973, 1974, 1987) o come i test di livello psicomotorio e psicosociale come la scala di Brunet-Lézin (1967), e quella di maturità sociale di Hurting e Zazzo (1980), viene fatta una descrizione degli attributi psicologici presenti a diverse età in un ampio campione della popolazione di riferimento degli individui della stessa età.

I test di sviluppo fanno esplicito riferimento ad un specifico modello teorico che guida l'interpretazione dei risultati ottenuti dal soggetto in esame come, per esempio, i test che valutano lo sviluppo cognitivo basandosi sulle prove piagetiane (prove operatorie selezionate da Mancinelli, 1986) oppure come le prove per lo sviluppo affettivo-

relazionale, secondo la teoria dell'attaccamento proposta da Bowlby, tradotta successivamente dalla Ainsworth nell'approccio della *strange-situation* (Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1978).

Negli ultimi anni, però, la necessità di pervenire a una definizione dell'intelligenza non solo consensuale, ma anche operativa, si è fatta più pressante. Il costrutto dell'intelligenza diventa oggetto di studio da parte dei teorici del modello evolutivo, *dell'Human Information Processing* e del modello neurobiologico. L'aspetto psicometrico diventa secondario e l'attenzione si sposta sull'adattamento tra individuo e ambiente, sui processi messi in atto dall'individuo o sui fattori biologici correlabili con l'intelligenza.

L'approccio evolutivo considera l'intelligenza una capacità individuale che si crea nel corso dello sviluppo e sulla base di esperienze volte a mantenere il rapporto con la realtà.

Piaget e la sua scuola, discostandosi dall'approccio psicometrico, ritengono sostanzialmente che i test d'intelligenza prestino attenzione al tipo di risposta fornita ai vari *item*, in quanto non solo le risposte corrette, ma quelle errate sono significative ai fini della comprensione dei processi interni del soggetto.

Questo è il fondamento concettuale di una valutazione qualitativa dell'intelligenza, che influenzerà anche la letteratura dei tradizionali test psicometrici, aumentandone la significatività clinica (Del Corno, 1996).

I modelli costruiti, seguendo l'approccio dell'Human Information Processing, privilegiano i processi messi in atto più che i contenuti. La maggior parte di questi modelli prende in considerazione componenti di tipo strutturale (immagazzinamento della traccia, Memoria a Breve Termine, Memoria a Lungo Termine, Memoria sensoriale) e di tipo funzionale (trasformazioni) (Campione, Brown, 1978; Borowsky, 1985), per descrivere il modo in cui l'informazione viene recepita, immagazzinata, richiamata: cioè, i processi che intercorrono tra stimolo e risposta. L'obiettivo è la comprensione di operazioni, processi mentali, trasformazioni e manipolazioni delle informazioni oltre all'individuazione dei processi di controllo e delle metacognizioni, essenziali per formulare nuove soluzioni.

L'approccio neurobiologico mostra ancora serie difficoltà sul piano teorico e metodologico, in quanto è dubbia l'esistenza di specifiche correlazioni tra struttura cerebrale e intelligenza.

La progressiva revisione e modifica dei modelli relativi alla localizzazione anatomica e alla lateralizzazione emisferica delle funzioni cerebrali (McCarthy, Warrington, 1990), avvenuta negli ultimi anni, ha reso ancora più complesso il compito dei ricercatori; viene, difatti, estremamente difficile “isolare” aspetti dell’intelligenza dai loro fattori culturali ed educativi.

Oggi, l’intelligenza non è più concettualizzata come un costrutto unitario, bensì come un costituito da più componenti (performance, acquisizione, ritenzione, trasfert ecc.). Le ricerche attuali propendono verso la costruzione di subteorie dell’intelligenza; questo, implica necessariamente un progressivo abbandono dei test di tipo globale e un’attenta ricerca, quindi, di strumenti sempre più specifici.

I test sono molto utilizzati anche nella valutazione delle strutture e dinamiche non strettamente cognitive della personalità.

L’assunto di base, in genere, dei test di personalità riguarda il fatto che i pazienti, affetti da disturbi psichici di differente natura, presentino specifiche organizzazioni della struttura di personalità, utilizzino maggiormente alcuni meccanismi di difesa rispetto ad altri, abbiano modalità di relazioni oggettuali diverse e l’Io e il Super-Io presentino

caratteristiche peculiari. La configurazione dei sintomi rivela importanti elementi dei conflitti interni, dei modi in cui l'Io tenta di farvi fronte e aspetti della organizzazione del carattere dell'individuo (Holt, 1968; Wallerstein, 1956).

Possiamo considerare i test di personalità, quindi, come strumenti finalizzati all'applicazione di un modello diagnostico, il cui scopo è valutare ogni persona rispetto a se stessa e al suo punto di partenza (Appelbaum, 1976), facilitandone la comprensione e formulando alcune previsioni individualizzate del comportamento.

I test di personalità, solitamente, si dividono in due categorie:

i test proiettivi, in cui lo stimolo è volutamente ambiguo e, quindi, passibile di ampia gamma di interpretazioni da parte del soggetto;

i test oggettivi (inventari, questionari e *rating scales*) che presentano al soggetto stimoli definiti e richiedono risposte limitate (come ad esempio, vero o falso).

I test proiettivi e i test oggettivi raccolgono e valutano le informazioni in modo diverso, in quanto sono differenti le teorie della personalità ed eziopatologiche cui gli strumenti si riferiscono.

I test proiettivi sono costruiti in modo che il soggetto non possa facilmente individuare quella che potrebbe essere una risposta “buona”

o “cattiva” o il modo in cui verrà interpretata; favoriscono, inoltre, la massima libertà di risposta e inducono il soggetto a produrre risposte “personali”; danno un quadro globale della personalità, invece che “misurare” singoli tratti; possono essere interpretati in modi diversi, che, spesso, implicano una valutazione clinica soggettiva e, infine, le risposte ottenute sono indici della struttura di personalità sottostante.

I metodi oggettivi, invece, sono caratterizzati dal fatto che forniscono risposte valutabili quantitativamente; sono di somministrazione e valutazione relativamente facili e richiedono un *training* più breve per imparare ad applicarli; riducono al minimo il *bias* dell’esaminatore (Butcher, 1971; Goldenberg, 1983).

Il presupposto dei test oggettivi è che gli individui differiscano gli uni dagli altri, in relazione al grado in cui posseggono i singoli tratti. Quest’ultimi, infatti, sono quantificabili e classificabili.

Per classificabilità dei tratti s’intende “*il fatto che il tratto costituisce una qualità o un attributo che gli individui posseggono in misura differente gli uni dagli altri*” (Guilford, 1958, p.28).

La particolare struttura dei test oggettivi li ha resi strumenti adatti a misurare, oltre che i tratti personologici, anche gli “stati” (cioè situazioni che possono essere transitorie o episodiche), che possono caratterizzare un soggetto.

Per i test oggettivi, l'approccio psicometrico ha, quindi, un'importanza fondamentale. Nonostante le continue ricerche per una sempre maggiore obiettività della diagnosi testologica, l'obiettività rimane sempre un concetto relativo (Block, 1965; Marlowe, 1964) in quanto esistono, sempre, delle variabili che interferiscono, come il comportamento dell'esaminatore, il modo di presentarsi dell'esaminato, l'influenza della desiderabilità sociale, la tendenza a rispondere sempre affermativamente e così via. Anche i test oggettivi, quindi, sollevano il diagnosta dal compito di costruire le condizioni migliori per la somministrazione di ciascuno strumento, non solo in termini di *set up* (scelta del tempo, del luogo e del modo) ma anche di qualità della relazione dell'esaminato (Del Corno, Lang, 1996).

Nei questionari di personalità sostenuti da teorie strutturali, alla raccolta empirica dell'elenco dei sintomi in ampio campione della popolazione, segue una classificazione, effettuata tramite tecniche statistiche multivariate di riduzione della dimensionalità come l'analisi fattoriale, mirata a raggrupparli in relazione a specifici tratti che il soggetto in esame può presentare in diverso grado e che ne caratterizzano la personalità complessiva.

4.1 L'uso dei test in età evolutiva

La valutazione psicodiagnostica in età evolutiva prevede, nella maggior parte dei casi, la somministrazione di test psicologici come una delle fasi fondamentali dell'intero processo diagnostico.

Per età evolutiva intendiamo la fascia di età compresa tra i 3 e gli 11 anni, considerando 3 anni come il limite inferiore, al di sotto del quale ci si addentra in un'area di competenza neuropsichiatrica, e gli 11 anni il limite superiore, al di sopra del quale si fa riferimento già alla fascia adolescenziale o preadolescenziale.

I risultati e le informazioni, ottenute attraverso la somministrazione di test psicologici, vanno sempre inserite e confrontate con il resto dei dati ottenuti attraverso i colloqui clinici con i genitori, con il bambino stesso o nei casi in cui è necessaria, con l'osservazione familiare, al fine di valutare al meglio la situazione presentata.

I test effettuati in età evolutiva forniscono informazioni che possono essere utilizzati per effettuare una valutazione quantitativa e qualitativa del funzionamento cognitivo ed affettivo di un bambino oltre che le loro reciproche interrelazioni; formulare una diagnosi funzionale o strutturale della personalità; formulare, all'interno di una diagnosi già accertata, una diagnosi differenziale tra disturbi diversi,

che possono avere la stessa costellazione sintomatologica; fornire indicazioni e controindicazioni relativamente al trattamento.

Per un efficace somministrazione dei test è necessario che il bambino instauri una buona alleanza sia con i genitori che con il clinico. Per di più, una buona alleanza diagnostica con i genitori del bambino renderà i risultati dei test maggiormente affidabili e utilizzabili all'interno della consultazione.

Al contrario, se i motivi di preoccupazione addotti dai genitori si riferiscono maggiormente ad aspetti riguardanti la loro relazione di coppia piuttosto che al bambino stesso ed ai suoi sintomi, è controindicato vedere subito il bambino e sottoporlo a dei test, in quanto il bimbo si sentirà “utilizzato” e sarà così ostacolata la possibilità di instaurare con lui una buona alleanza diagnostica.

In questi quindi casi la soluzione migliore è di preparare il terreno con i genitori, in modo tale da creare le migliori condizioni per poter vedere e valutare il bambino in un secondo momento (Saraceni, 1976).

4.2 Chi somministra i test

Mentre nella somministrazione con gli adulti è opportuno distinguere le varie fasi del processo diagnostico, in età evolutiva invece è difficile separare chi si occupa dei colloqui da chi effettua la diagnosi testologica.

Per un bambino, soprattutto se molto piccolo, può risultare difficile e disorientante avere a che fare con più persone con cui stabilire un contatto fondato sulla fiducia. Quindi, la decisione di separare o meno le due figure diagnostiche dipende da ogni singolo caso.

I test maggiormente usati in età evolutiva si possono dividere in tre grandi categorie (Passi Tognazzo, 1978).

Test di valutazione del livello di sviluppo intellettuale, si suddividono a loro volta, a seconda dell'età in: test pre-verbali di sviluppo psicomotorio (0-5 anni) e test di livello della seconda infanzia (5-12 anni).

Sempre all'interno dell'area del funzionamento cognitivo-intellettuale, sono largamente usati test diversi che non utilizzano, come i precedenti, la valutazione psicometrica (cioè il livello di prestazione raggiunto in una specifica competenza) ma, invece una **valu**

tazione clinico-quantitativa delle strategie che il bambino usa per arrivare a una certa prestazione, come per esempio le prove piaget-tiane: strumenti che utilizzano un sistema di classificazione di tipo ordinale e sono costruiti su un modello psicogenetico che non sottolinea l'importanza dei processi mnestici, attentivi e di riconoscimento nella definizione della struttura mentale (Rice, 1983), ma che mirano a verificare la congruenza tra stadi di sviluppo e procedure cognitive, a seconda dell'età del bambino.

L'utilità delle prove consiste nel definire la tappa evolutiva raggiunta dal bambino e, di conseguenza, il suo livello di sviluppo nelle diverse aree (Pelanda, 1977). Questa valutazione presenta, però, un limite: non consente una precisa individuazione né delle modalità attraverso le quali avviene l'apprendimento del bambino né dei pre-requisiti di cui il bambino deve disporre per acquisire una certa competenza.

Nonostante tutto, però, i test di sviluppo costituiscono un grande aiuto per comprendere le difficoltà di adattamento pedagogico, familiare o sociale del bambino ed il significato di alcune patologie. Sono basilari, inoltre, in ambito scolastico, per l'orientamento e per la valutazione di problematiche nell'ambito dell'apprendimento.

L'ultima categoria, infine, che dobbiamo considerare è rappresentata da **i test proiettivi**.

I test proiettivi presentano stimoli più o meno ambigui, facilitando l'espressione del bambino su tematiche personali e di funzionamento interno. Le risposte permettono di scorgere gli aspetti inconsci della sua personalità, essi rappresentano una metodologia d'indagine della personalità sia nei suoi aspetti strutturali che funzionali (Bergeret, 1984).

4.3 Aspetti metodologici della somministrazione dei test

La somministrazione dei test non può avvenire dopo il colloquio; di solito i test proiettivi si somministrano dopo i test d'intelligenza, in quanto i vissuti e le emozioni da essi spesso suscitati possono disturbare ed inquinare le prestazioni successive interferendo sulle capacità effettive del bambino. Va però precisato che l'applicazione di questa regola non è sempre applicabile, soprattutto nei casi in cui il motivo della consultazione riguardi una difficoltà di apprendimento; in questa circostanza, infatti, somministrare per primo il test d'intelligenza può essere vissuto in maniera negativa dal bambino a

causa delle sue implicazioni scolastiche. È importante, quindi, tenere in considerazione che tutti gli elementi raccolti andranno a costituire un quadro di personalità in continua evoluzione che non può essere valutato in maniera rigida e statica (Boncori, 1993).

Concludendo riteniamo che, la scelta di una batteria standard di test psicodiagnostici in età evolutiva, dipenda da una serie di fattori diversi che vanno sempre valutati attentamente da parte del clinico; tra questi; rivestono maggiore importanza: il modello teorico-clinico di appartenenza dello psicologo; il motivo della richiesta di consultazione psicodiagnostica che rende necessaria la somministrazione di test psicologici e il tipo di disturbo segnalato dai genitori o dagli insegnanti; l'età del bambino e i suoi aspetti peculiari.

Infine, è necessario precisare che non in tutti i casi è possibile la somministrazione dei test psicologici, se non dopo una fase di trattamento di prova, in particolare con bambini gravemente traumatizzati e scottati, che non tollererebbero di essere esaminati da un estraneo verso cui non hanno fiducia (Rubini, 1984).

Le diverse critiche rivolte nei confronti dei test, non hanno spento l'interesse dei ricercatori, che continuano comunque a lavorare per una messa a punto di strumenti validi dal punto di vista psicom-

trico. Il test è ormai uno strumento indispensabile e insostituibile in molti ambiti (ospedali, prigioni, istituzioni di custodia, uffici pubblici) in quanto fornisce una serie di indicazioni che aiutano a prendere decisioni, a verificare e a programmare il lavoro. Esso, quindi, non viene considerato come un sostituto dello psicologo, che ha, invece, il doveroso compito di interpretarne i dati e di integrarli ad altre informazioni e indicazioni, acquisite attraverso diverse modalità di *assessment* (anamnesi, colloquio clinico, rating scales, ecc...).

Gli psicologi clinici, soprattutto, sono consapevoli che ai test non si può chiedere ciò che non sono in grado di fornire, ma solo informazioni riguardanti, di volta in volta, aspetti specifici della personalità di quei soggetti che hanno le stesse caratteristiche del campione originario di standardizzazione. In questo momento nessuno psicologo, ben informato sulle potenzialità e sui limiti dei test, si affiderebbe a procedure di *assessment* e di diagnosi basate unicamente su rilevazioni psicometriche, ma ne integrerebbe validità e rilevanza attraverso le varie forme dell'osservazione e dell'analisi clinica.

I test, quindi, continuano a essere considerati strumenti scientifici e utili per raccogliere informazioni psicologiche che vanno, comun-

que, valutati all'interno di uno specifico quadro teorico di riferimento.

Particolare diffusione, specialmente in ambito clinico e psichiatrico, continuano ad avere gli inventari della personalità e le scale di standardizzate per uso diagnostico. Vanno avanti, infatti, gli studi finalizzati sia a produrre nuovi reattivi, migliori dei precedenti, sia a perfezionare quelli già in uso attraverso più raffinati e complessi controlli statistici e l'applicazione a popolazioni più definite e limitate.

Inoltre, nell'ultimo trentennio, sono state realizzate tre importanti innovazioni scientifiche e metodologiche che hanno ulteriormente influenzato la storia del *testing* psicologico: **l'uso pervasivo e massiccio dei computer** il test risulta meglio standardizzato perché vengono eliminate differenze nei tempi di somministrazione, errori di correzione e di calcolo dei punteggi.

La somministrazione computerizzata dei test è più veloce di quella carta e matita e garantisce un risparmio economico. I dati vengono rielaborati al computer evitando così anche eventuali errori di trascrizione delle informazioni. Inoltre le figure in movimento create dai computer riescono a valutare le abilità spaziali e percettive im-

possibili prima e inoltre si possono rilevare e interpretare i tempi di latenza nell'esecuzione degli item.

La somministrazione computerizzata presenta, però, due problemi: il primo riguarda l'interazione uomo-computer che risulta più complicata soprattutto con bambini, anziani e persone con handicap, oltre che può essere generatrice di ansia. Il secondo riguarda l'equivalenza dei test tradizionali con la versione computerizzata, in quanto numerose ricerche mettono in luce delle differenze, in particolare nelle prove di intelligenza e di attitudine.

Gli studi comunque stanno compiendo notevoli progressi in Italia, mentre all'estero (come per esempio in America) le tecniche sono già più avanzate anche nello sviluppo (creazione) di test computerizzati adattabili (*adaptive/tailored test*), cioè di test che nella presentazione degli item, si adattano, man mano, alle capacità dell'individuo.

Introduzione della meta-analisi nell'ambito della ricerca il termine meta-analisi, coniato da Glass nel 1977, indica un procedimento di integrazione dei dati ottenuti da singole indagini al fine di arrivare, attraverso un complesso lavoro di ripulitura dei risultati, al ritrovamento di un valore medio, vicino al valore della "verità". La meta-analisi ha dato grossi contributi, anche per esempio, nel campo della

stima dei coefficienti di validità dei test, processo che viene chiamato *validity generalization*. **L'utilizzo della teoria di risposta dell'item o teoria del "tratto latente"**, l'applicazione della teoria del tratto latente permette di rintracciare, all'interno di un gruppo di item, quelli con il medesimo grado di difficoltà e di potere discriminativo. Questo rende, quindi, possibile preparare diversi tipi di test con lo stesso grado di difficoltà o sottoporre gruppi di soggetti a pezzi dello stesso tipo di test anziché all'intero test; in questo modo, ci sarebbe un risparmio anche in termini di tempo e denaro.

Conclusioni

Il lavoro fin qui svolto ha voluto evidenziare il complesso *iter* che caratterizza il processo diagnostico in psicologia clinica. In particolare, attraverso la diagnosi testologica si evidenziano l'importanza di prerequisiti come, l'utilizzazione ottimale di tali strumenti (un uso, cioè che non ne svaluti le potenzialità e, al tempo stesso, non ne forzi le capacità euristiche) richiede una formazione lunga e complessa, oltre ad alcune doti specifiche. Questo è vero, non solo per i test proiettivi, ma anche per la stragrande maggioranza degli altri reattivi, tanto che è quasi impossibile trarre informazioni numerose e significative da un test che non richieda, comunque, all'operatore un impegno cospicuo, nel momento del training e anche in quello della somministrazione e della valutazione.

E' ormai accertato il fatto che un singolo test, pur se correttamente usato, rischia di fornire informazioni parziali e potenzialmente inattendibili. L'impiego di batterie, composte da diversi reattivi e il riscontro dei risultati dei test con quelli ottenuti attraverso l'impiego di altri strumenti clinici (il colloquio, ma anche l'osservazione familiare, la raccolta dei dati anamnestici ecc.), rappresentano una cautela indispensabile.

I test, infatti, non sono strumenti asettici, che possono essere impiegati in qualsiasi contesto. Il cosiddetto *laboratory prescription testing*, cioè l'uso dei test, come se fossero esami del sangue o radiografie, è alla base dell'inattendibilità di molte diagnosi testologiche.

A questo proposito si verificano spesso delle diatribe fra psicologi e psichiatri sull'utilità dei test, dove spesso lo psicologo non riesce a esprimere comprensibilmente ciò che il test gli ha consentito di capire e lo psichiatra che non ha alcuna voglia di ascoltare pareri diversi dal proprio.

Attualmente, infatti, si è ripreso a considerare l'importanza e la necessità di una ridefinizione dell'uso corretto dei test in modo da coniugare il progresso scientifico, l'esigenze di qualità della prestazione e la tutela della privacy e del consenso informato, nel rispetto della normativa vigente.

Una sentenza del Consiglio di Stato (novembre '99) si è espressa sull'illegittimità del test-selettivo di ammissione ad un pubblico concorso se viola il diritto alla riservatezza dei concorrenti. La sentenza afferma: *“deve ritenersi illegittimo e quindi suscettibile di annullamento il test preselettivo per l'ammissione ad un pubblico concorso quando il concorrente indipendentemente dalla pubblicazione o di-*

vulgazione dei dati afferenti alla sua vita privata sia comunque costretto a fornire notizie o elementi attinenti alla propria sfera sentimentale, affettiva, lavorativa, e o sanitaria che possano comportargli turbamenti psichici o possano farlo sentire diminuito proprio nella sua dignità di persona, subendo cioè un'intrusione ingiustificata nella sfera della sua intimità” (Labella, 2001).

Questa sentenza chiarisce quando sia delicato e complesso l'uso di tecniche potenzialmente intrusive. Dobbiamo ricordare a questo proposito che gli stessi dati personali del paziente raccolti durante il colloquio sono tutelati non solo dal segreto professionale, ma anche dalla stessa legge sulla privacy.

I test quindi non dovrebbero mai rappresentare una scorciatoia conoscitiva, ma essere un strumento di ausilio e non di sostituzione della diagnosi psicologica.

Bibliografia

L. Abbate, P. Capri, F. Ferracuti, *La diagnosi psicologica in Criminologia e Psicologia Forense*, Giuffrè, Milano, 1990.

D. C. Affleck, F. D Strider, “contributon of psychological reports topatend Management”, *J Consult. Clin. Psychol.*, 1971, 37, pp. 177-179.

J. G. Allen, “The clinical psychologist as a diagnostic consultant”, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1981, 45, pp. 245-258.

A. Anastasi, *Psychological testing*, Prentice-Hill, New Jersey, 1997.

D. Anzieu, *I metodi proiettivi*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1967.

S. A. Appelbaum, “Rapaport revisited: practice”, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1976, 40, pp. 229-237.

H. Arkowitz , “Integrative theories of psychotherapy”, in D.K. Freedheim (ed.), *History of psychotherapy: a century of change*, APA, Washington, 1992, pp 261-303.

G. Baker, “Atherapeutc application of psychodagnostic test results”, *J. Project. Techn. Pers. Assess.*, 1964, 28, pp. 3-8.

L. Balestri, S. Orefice, A. Pandolfi, “La restituzione della psicodiagnosi”, in F. Del Corno, M. Lang (a cura di), *La relazione con il paziente*, Angeli, Milano, 1989, pp. 161-176.

P. Bech, *Rating Scales for psychopatolog, health status and quality of life. A Compendium on Documentation in Accordance whith the DSM III*, Springer-Verlag, Berlin, 1993.

J. Berget, *La personalità normale e patologica*, Raffaello Cortina, Milano, 1984.

A.E. Bergin, *The evaluation of therapeutic outcomes*, in A.E. Bergin, S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York, pp. 217-270.

L. E. Beutler, “Issues in selecting an assessment battery”, in L. E. Beutler, M. R. Berren (eds.), *Integrative assessment of adult personality*, the Guilford Press, New York, 1995, pp. 65-93.

- L. E. Beutler, J. Clarkin**, *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*, Brunner/Mazel, New York,
- L. Blank**, *Psychological evaluation in psychotherapy, ten case histories*, Aldine, Chicago, 1965.
- H. Bonarius**, "Prediction on anticipation: some implications of personal construct psychology for professional practice", *Jyvaskyla Studies in Education: Psychology and Social Research*, 1984, 54, pp. 190-206.
- L. Boncori**, *Teoria e tecniche dei test*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- S.L. Brodsky**, "Shared results and open files with the client", *Professional Psychology*, 1972, 3, pp. 362-364.
- J. N. Butcher**, *The MMPI-2 in psychological treatment*, Oxford University Press, New York, 1990.
- P. Capri, M. Fontanesi**, *Il Rorschach nei problemi giudiziari penali e civili*, studi Rorschachiani n. 2, Ed. Kappa, Roma, 1985.
- R. Carli, R. M. Paniccia**, *L'analisi della domanda: teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- O. Codispoti, C. Clementel** (a cura di), *Psicologia clinica. Modelli, metodo, trattamenti*, Carocci, Roma, 1999.
- F. Del Corno e M. Lang**, *Elementi di psicologia clinica*, Franco Angeli, Milano.
- H. J. Eysenck, et al.**, *Diagnosis and clinical assessment: the DSM-III*, *Am. Rev Psychol.*, 1983, n° 34, pp. 167-193.
- E. H. Erikson** (1950), *Infanzia e società*, trad. it., Armando, Milano, 1989.
- C. Favarelli**, "Assessment of psychopathology", *Psychother Psychosom*, 2004, 73, 139-141.
- O. Fenichel** (1945), *Trattato di psicoanalisi. Delle nevrosi e delle psicosi*, trad. it., Astrolabio, Roma, 1961.
- A. Freud**, *Normalità e patologia del bambino*, Tr.it. Feltrinelli, Milano, 1969.
- S. Freud**, *Nevrosi e psicosi*, Opere, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.
- M. Foucault**, *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984*, (a cura di) M. Bertani, P. A. Rovatti, trad. it., D. Borca, V. Zini, Cortina Raffaello, 2006.

- S.L. Garfield**, "Psychotherapy models and outcome research" *American Psychologist*, 1991, 46, pp. 1350-1351.
- C. Gerald Davison, John M. Neale**, *Psicologia clinica*, Zanichelli, Bologna, 2000.
- R. Geigle, S.B. Jones**, "Outcomes measurement: a report from the front", *Inquiry*, 1990, 27, pp. 7-23.
- H. M.Grayson, R. S Tolman**, "A semantic study of concepts of clinical psychologists and psychiatrists", *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1950, 45, pp.216-231.
- H. Grivois**, *Nascere alla follia. Un approccio agli esordi psicotici*, trad. it., M. Alessandrini, Ma. Gi. (collana Psicopatologia ieri e oggi), 2002.
- G. Groth-Marnat**, *Handbook of psychological assessment (2°ed.)*, Wiley, New York, 1990.
- S. C. Hayes, R. O Nelson , R. B. Jarrett**, "The treatment utilità of assessment: a functional approach to evaluating assessment quality" *American Psychologist*, 1987, 42, pp. 963-974.
- J. Hansell, L. Damour**, *Psicologia clinica*, Zanichelli, Bologna, 2007.
- L. C. Hartlage, K. H. Merck**, "Increasing the relevance of psychological reports", *J. Clin. Psychol.*, 1971, 27, pp.459-460.
- J. D. Herbert, K. T. Meuser**, "Proof is in the pudding: a commentary on Person", *American Psychologist*, 1991, 46, pp. 1347-1348.
- R.R. Holt** (1968), *Introduzione* , in D. Rapaport et al., *Diagnostic psychological testing*, International Universities Press, New York (trad. it. *Reattivi psicodiagnostici*, Boringhieri, Torino, 1975, pp. 11-60).
- L. Horwitz, et al.**(1996), *Psicoterapia su misura*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- H. E. Howe. Jr**, "Description and application of an evaluation scheme for assessment from a decision-making perspective", *J. Clin. Psychol.*, 1981, 37, pp. 110-117.
- G. Invernizzi**, *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*, McGraw-Hill, Milano, 2000.
- G. Jervis**, *Fondamenti di psicologia dinamica*, Feltrinelli, Milano, 1993.

- A. E. Kazdin, G.T. Wilson**, *Evaluation of behaviour therapy: issues, evidence, and research strategies*, MA, Ballinger, Cambridge.
- W. G. Klopfer**, *The Psychological report*, Grune e Stratton, New York, 1960.
- B. Klopfer, M. D. Ainsworth, et al.** (eds), *Developments in the Rorschach Technique*, vol. 1, *Technique and theory*, World Book, Yonkers-on-Hudson, New York, 1954.
- S. I. Korchin** (1976), *Modern clinical psychology: Principles of intervention in clinic and community*, Basic Books, New York, trad. it., *Psicologia clinica moderna*, vol. II, Borla, Roma, 1977.
- A. Kostlan**, “A method for the empirical study of psychodiagnosis”, *J. Consult. Psychol.*, 1954, 18, pp. 83-88.
- A. Labella**, *Il processo diagnostico in psicologia clinica*, Società Editrice Universo, Roma, 2001.
- H. M. Lacey, A. O. Ross**, “Multidisciplinary views on psychological 1964
- M. J. Lambert**, Introduction to assessment of psychotherapy outcome: historical perspective and current issues, M. J. Lambert, E.R. Christensen, S.S. DeJulio (eds.), *The assessment of psychotherapy outcome*, Wiley Interscience, New York, 1983, pp. 3-32.
- M. Lang**, “La relazione fra psicologo clinico e paziente”, in F. Del Corno, M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica, vol II: La relazione con il paziente*, Angeli, Milano, 1996.
- M. Lang, S. Orefice**, “Alcuni problemi di metodologia clinica nel colloquio”, in G. Trentini (a cura di), *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Utet, Torino, 1995, p. 171-198.
- G. Lombardi**, *Storia e critica della psicologia clinica*, Kappa, 2003.
- Dizionario Etimologico*, Rusconi Libri, Santarcangelo di Romagna (Rimini), 2004.
- G. Lombardo, R. Foschi**, *Studi di storia della psicologia*, Kappa, Roma, 1996.
- B. Lubin, R. M. Larsen** (1984), “Pattern of Psychological test usage in the United States 1935-1982”, *American Psychologist*, 39, 451-454.

- J. M. Reisman**, "Professional psychology in the hungarian people's republic", *Professional psychology: Research and Practice*, 1988, n. 19, pp. 483-485.
- W. M. Reynolds, N. D. Sundberg**, "Recent research trends in testing", *J. Pers. Assess*, 1976, 40, pp. 228-233.
- J. Richman**, "Reporting diagnostic test results to patients and their families", *J. Project. Techn. Pers. Assess*, 1967, 31, pp. 62-70.
- V. Rubini**, *Test e misurazioni psicologiche*, Il Mulino, Bologna, 1984.
- D. Passi Tognazzo**, *Metodi e tecniche della diagnosi di personalità: i test proiettivi*, Giunti Barbera, Firenze 1978.
- L. Pavan, D. Banon**, *Trauma vulnerabilità crisi*, Boringhieri, Torino 1996.
- E. Sanavio, C. Cornoldi**, *Psicologia clinica*, Mulino, 2001.
- C. Saraceni**, *Teorie e dinamica della Diagnosi Psicologica*, in C. Scalpellini, E. Strologo, *L'orientamento. Problemi teorici e metodi operativi*, La Scuola, Brescia, 1976.
- F. Sheckman**, "Problems in communicating psychological understanding: why won't they listen to me?", *American Psychologist*, 1979, 34, pp. 781-790.
- K. Sheldon**, *Se incontri il Buddha per la strada uccidilo. Il pellegrinaggio del paziente nella psicoterapia*, Astrolabio Ubaldini, 1975.
- M. L. Smith, G. V. Glass, T. I. Miller**, *The benefits of psychotherapy*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1980.
- E. J. Stein, R. L. Furedy, et al.**, "Patient access to medical records on a psychiatric inpatient unit", *Am. J. Psychiat.*, 1979, 136, pp. 327-332.
- H. H. Strupp, S. W. Hadley**, "A tripartite model of mental health and therapeutic outcome", *American Psychologist*, 1977, 32, pp. 187-196.
- J. A. Sweeney, J. F. Clarkin, M. L. Fitzgibbon**, "Current practice of psychological assessment", *Professional Psychology: Research and Practice*, 1987, 18, pp. 377-380.
- N. Tallent, W. J. Reiss**, "Multidisciplinary views on the preparation of written psychological reports: I. Spontaneous suggestions for content", *J. Clin. Psychol.*, 1959, 15, pp. 218-221.
- F. Tani**, *Normalità e patologia nello sviluppo psichico*, Giunti Editore, 2007.

V. Verrastro, F. Petrucelli, *Psicologia clinica: la storia, i metodi, gli strumenti*, Franco Angeli, Milano, 2001.

C. E. Watkins, “ What have surveys taught us about the teaching and practice of psychological assessment?, *J. Pers. Assess.*, 1991, 56, pp. 426-437.