

textbook

Riccardo Caporale
Leonardo Roberti

Manuale di psicodiagnostica clinica integrata

Psychodiagnostic
Multi-level System (PMS)

FrancoAngeli

PSICOLOGIA



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Riccardo Caporale
Leonardo Roberti

Manuale di psicodiagnostica clinica integrata

Psychodiagnostic
Multi-level System (PMS)

FrancoAngeli

textbook

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*Ogni opera non realizzata
è una parte di sé incompiuta*

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 11
1. FONDAMENTI DI PSICODIAGNOSTICA CLINICA INTEGRATA	
<i>di Riccardo Caporale</i>	» 13
1. Nuovi fondamenti del processo psicodiagnostico: approccio clinico e agire integrato	» 13
2. Le linee guida nell'utilizzo dei test psicologici	» 16
2. PSYCHODIAGNOSTIC MULTI-LEVEL SYSTEM (PMS)	
<i>di Riccardo Caporale</i>	» 22
1. La diagnosi: concetti di sanità mentale e patologia	» 22
2. Lo <i>Psychodiagnostic Multi-level System</i> (PMS)	» 23
3. Test e livelli diagnostici target	» 31
3. LO SCREENING CLINICO-PSICOPATOLOGICO (LIVELLO 1) CON IL MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2-RESTRUCTURED FORM (MMPI-2-RF)	
<i>di Riccardo Caporale</i>	» 33
1. Struttura del test	» 33
2. Le scale di validità	» 34
3. Le scale sostanziali	» 37
4. Scale PSY-5 (<i>Personality Psychopathology Five Scales</i>)	» 51
5. Psicodiagnostica di livello 1 e linee guida alla stesura della relazione psicodiagnostica	» 52
4. LA DIAGNOSI PERSONOLOGICA (LIVELLO 2) CON IL MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY (MCMII-III)	
<i>di Ilaria Tagliavia</i>	» 56
1. Caratteristiche generali del test	» 56
2. La teoria della personalità secondo Theodore Millon	» 56
3. MCM-III e diagnosi personologica di livello 2	» 58
4. La struttura del test	» 58
5. Somministrazione e inchiesta	» 66

6. Attribuzione dei punteggi	pag. 67
7. Linee guida al processo interpretativo nella psicodiagnosi di livello 2	» 67
5. LA DIAGNOSI DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITÀ (LIVELLO 3) CON IL METODO RORSCHACH	
<i>di Riccardo Caporale, Antonio Maccarone</i>	» 71
1. Premessa teorica, inquadramento testologico e finalità clinica	» 71
2. Fondamenti del metodo e specificità del setting	» 72
3. Presentazione gestaltica e analisi funzionale delle tavole	» 74
4. Le fasi della somministrazione Rorschach	» 78
5. La siglatura (secondo il Metodo Rizzo/Scuola romana Rorschach)	» 80
6. Il computo dei dati	» 90
7. Analisi funzionale della personalità e psicodiagnostica di livello 3	» 91
8. Funzionamento della personalità e psicodiagnostica di livello 3	» 98
6. LA DIAGNOSI DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITÀ (LIVELLO 3) CON IL THEMATIC APPERCEPTION TEST (TAT)	
<i>di Cettina Allone</i>	» 102
1. Cenni storici	» 102
2. La <i>Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS)</i> , analisi funzionale della personalità e psicodiagnostica di livello 3	» 116
3. Evoluzioni della SCORS	» 126
4. Ultimi sviluppi nell'utilizzo del TAT: il <i>Functional Assessment of Personality (FAP)</i> di Martellotti e Caporale	» 134
7. L'AUSILIO DEI TEST GRAFICI NELLA PSICODIAGNOSI DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITÀ (LIVELLO 3)	
<i>di Leonardo Roberti</i>	» 136
1. Il Test del disegno della figura umana (DFU)	» 136
2. Il Test del disegno della famiglia	» 141
3. Il Test del disegno dell'albero (TDA)	» 146
4. Il Test del disegno della casa	» 148
8. LA VALUTAZIONE DEL PROFILO COGNITIVO CON LA WAIS-IV COME AUSILIO ALLA DIAGNOSI CLINICO-PSICOPATOLOGICA	
<i>di Lucia Barolo, Simona Bortolai</i>	» 152
1. Riflessioni sul concetto di intelligenza	» 152
2. Wechsler e la WAIS: l'intelligenza è la capacità che permette di adattarsi alla vita quotidiana	» 155
3. WAIS-IV: descrizione generale dello strumento	» 157
4. Struttura del test	» 158
5. Regole di somministrazione	» 159
6. Ordine di somministrazione standard e analisi dei singoli sub-test	» 159
7. WAIS-IV: Quoziente intellettivo totale (QIT) e i suoi quattro indici compositi	» 166
8. WAIS-IV e analisi ipsativa o intra-individuale	» 168
9. WAIS-IV e interpretazione dei principali quadri clinici	» 168

9. SCHEMA DI RELAZIONE PSICODIAGNOSTICA ED ESEMPIO DI REFERTAZIONE SECONDO IL PMS

1. Schema di relazione psicodiagnostica secondo il PMS pag. 179
2. Esempio di refertazione secondo il modello PMS » 180

BIBLIOGRAFIA » 183

INTRODUZIONE

Nel 2013 nasceva da parte nostra un primo tentativo di riformulare il concetto di diagnosi come costruito multi-dimensionale e multi-strumentale. Inoltre, in quegli stessi anni si provava a implementare un nuovo modo di integrare dati, provenienti da diversificate fonti d'indagine psicologica e testologica, che avesse la capacità di parlare una lingua comune tra differenti orientamenti teorici della psicodiagnostica. Tali intuizioni e riflessioni vennero con grande entusiasmo raccolte e concretizzate nella nostra pubblicazione-manifesto intitolata *Percorsi di psicodiagnostica clinica integrata*, un testo che aveva la giusta ambizione di essere un primo passo verso una nuova teoria della tecnica dei test basata sui concetti di clinica e integrazione.

Per *clinica* a tutt'oggi intendiamo sia lo sviluppo da parte del professionista di un particolare e costante assetto emotivo, cognitivo e relazionale nella modalità di svolgimento dell'indagine psicologica e nel ragionamento clinico, che l'adozione di un valido modello esplicativo-inferenziale di funzionamento e di sviluppo della personalità e, conseguentemente, della psicopatologia e dei processi di cambiamento terapeutico.

Per *integrazione* consideriamo sia un'integrazione epistemologica che metodologica. La prima si sostanzia nell'adozione di teorie sullo sviluppo e sul funzionamento della personalità sempre più *evidence-based*. La seconda consiste nell'utilizzare un ampio ventaglio di procedure, tecniche e strumenti in grado di ottenere "nuovi vertici di osservazione e di indagine" nello studio della personalità, un approccio integrato necessario poiché determinato dalla complessità dell'oggetto di indagine, l'uomo come sistema aperto e interdipendente dal suo contesto di riferimento fisico, economico e socio-culturale.

Dopo oltre dieci anni di formazione, clinica e ricerca sul *testing*, e sulla scia delle riflessioni contenute nel primo manuale, presentiamo qui un nuovo modello psicodiagnostico integrato di indagine della personalità e del suo relativo grado di psicopatologia, fruibile in contesti sia clinici sia giuridico-peritali, e compatibile con differenti impostazioni teoriche e indirizzi psicoterapeutici.

Partendo dalle più recenti classificazioni della personalità e della psicopatologia psicodinamica, il *Psychodiagnostic Multi-level System* (PMS) si presenta come un sistema qualitativo e quantitativo di analisi, organizzazione e sintesi dei dati ottenuti ai test costituito dall'integrazione di tre macro livelli psicodiagnostici. Il livello 1 consente una diagnostica sintomatologica e sindromica rispondendo al-

la domanda: "In quale categoria di disagio psichico statisticamente significativa rientra il paziente in questo momento di vita?". Il livello 2 apre a una valutazione sull'organizzazione personologica e dunque al quesito: "Quali caratteristiche di personalità il paziente esprime ricorrentemente nella relazione con l'Altro?". Infine il livello 3 permette una più profonda analisi del grado di sviluppo del funzionamento di personalità indagando su *come funziona quel determinato paziente in termini di equilibrio dinamico tra processi psichici*.

Per arrivare a formulare una completa psicodiagnostica individuale, promuoviamo l'impiego di una batteria di test *ad hoc*, valida nell'intercettare tutti i livelli del sistema PMS. I test selezionati verranno approfonditi nella loro interpretazione e interazione clinica tenendo conto dell'ancoraggio al PMS. L'MMPI-2-RF sarà presentato come test di livello 1 per lo screening psicopatologico, il MCMI-III come test di livello 2 utile a rilevare tratti e organizzazioni patologiche della personalità, Rorschach, TAT e prove grafiche come tecniche proiettive interdipendenti valide nella stesura di un approfondito profilo di funzionamento psichico. La valutazione degli aspetti più neuro attraverso la WAIS-IV concorrerà a completare l'intera indagine restituendo una maggiore specificità al quadro psicopatologico in termini di punti di forza e punti di debolezza cognitivi.

Inoltre, nel manuale vengono presentate le nuove "Linee guida alla prassi testologica", elaborate nel 2013 dagli stessi autori, in collaborazione con il Centro italiano psicodiagnostica integrata (CIPI) e l'Istituto di formazione, clinica e ricerca LRpsicologia. Il testo integrale può essere considerato un valido punto di riferimento scientifico nella metodologia d'impiego dei test psicologici, guidando il clinico dalla fase di costruzione del set e del setting, passando per la fase di somministrazione fino a quella di interpretazione.

Infine, nell'ultima parte viene inserito uno schema di relazione con un esempio di refertazione secondo il sistema PMS, utile ausilio di lavoro sia per testisti esperti sia per psicologi e psicoterapeuti in formazione alla ricerca di un modo comune di riconsiderare la teoria e la tecnica della prassi testologica.

Ringraziamo tutti gli allievi che con i loro silenzi non hanno fatto altro che motivarci ad andar sempre più avanti e che, altresì, con i loro spunti di riflessione hanno permesso il confronto e lo sviluppo di un pensiero critico alla base di qualsiasi vero apprendimento. La formazione non è qualcosa che tu paghi in cambio di qualcos'altro ma qualcosa che conquisti a fronte di tanti sacrifici.

Spero che il nostro esempio sia preso come modello nella comprensione e costruzione di valido percorso umano e professionale.

1. Nuovi fondamenti del processo psicodiagnostico: approccio clinico e agire integrato

Si potrebbe definire il processo o la situazione psicodiagnostica come un articolato ma ben definito momento dell'intervento psicologico finalizzato alla comprensione del "funzionamento globale" dell'individuo. Un senso della diagnosi che rimette al centro la persona ridimensionando il disturbo, che coglie il significato dei sintomi all'interno dei loro contesti, che parte da un'attenta analisi delle risorse a disposizione per pianificare un intervento (Caporale e Roberti, 2013).

L'oramai sempre più indiscussa centralità di tale impostazione deve muoversi da un principio di fondo tanto semplice quanto poco sottolineato: il processo di diagnosi si identifica prima di tutto con una metodologia di indagine e di valutazione che è quella *clinica*. Diatribe epistemologiche e storico-culturali hanno ostacolato fortemente tale connubio, da una parte, il dominio assoluto di una diagnosi *symptom behavior-oriented*, dall'altra, una teoria e un utilizzo dei test di matrice psicometrica.

Una "psicodiagnostica clinica" o una "psicodiagnostica clinicamente orientata" si può chiamare tale a condizione che soddisfi due requisiti necessari e sufficienti:

- 1) lo sviluppo da parte del professionista di un particolare e costante assetto emotivo, cognitivo e relazionale nella modalità di svolgimento dell'indagine psicologica e nel ragionamento clinico;
- 2) l'adozione di un valido modello esplicativo-inferenziale di funzionamento e di sviluppo della personalità e, conseguentemente, della psicopatologia e dei processi di cambiamento terapeutico. Riguardo al primo requisito, centrale è la questione della costruzione di un setting adeguato, uno spazio clinico che tenda, allo stesso modo, sia alla comprensione della specificità del singolo caso (aspetto idiografico) che a una valutazione più oggettiva, ossia statistico-formale (aspetto nomotetico). Per soddisfare tale requisito, il professionista dovrà raggiungere alcuni *qualia* di formazione personale indispensabili:
 - a) una pre-ordinata disponibilità a sospendere il giudizio e subordinare il proprio assetto di "persona" costituito da valori, aspettative, motivazioni, desideri, credenze a favore della centralità dell'Altro. In tale disposizione

mentale dovrà ricadere anche la scelta flessibile degli strumenti e delle procedure da impiegare, come delle diverse chiavi di lettura teorico-cliniche da applicare nell'interpretazione del disagio psichico (*capacità di attenzione fluttuante e flessibilità clinica*);

- b) una costante capacità di riuscire a entrare in rapporto quasi immediato con un'altra soggettività (*capacità empatica*);
- c) una complessa attività mentale volta all'elaborazione della dinamica affettivo-relazionale tra clinico e paziente che va co-costruendosi (capacità di mentalizzazione);
- d) una sempre viva propensione nel lasciarsi incuriosire dal nuovo, dal diverso, come se fosse ogni volta una prima volta (*motivazione all'esplorazione e ai rapporti interpersonali, capacità creative*).

Mantenere un tale assetto clinico sancisce inevitabilmente la piena entrata del mentionista in una dinamica intersoggettiva nuova e totalizzante, in cui si incoraggia la collaborazione attiva del paziente a scapito della dipendenza patologica. Risultato finale è un tipo di diagnosi che coglie *dal di dentro* il modo sempre unico di sentire, pensare, percepire, relazionarsi di quel determinato individuo (*livello fenomenologico della diagnosi*).

Riguardo al secondo requisito la sua importanza si ritrova nel tradurre le informazioni acquisite ai test in un più inferenziale ed esplicativo livello di comprensione del disturbo e della personalità. Solamente così la diagnosi diviene uno "schema d'azione" a servizio della decisionalità clinica e, dunque, di un intervento professionale responsabile.

Le conoscenze psicodinamiche, oramai sempre più *evidence-based*, mettono a disposizione del clinico una fine e articolata modellistica teorico-clinica sullo sviluppo della personalità, il suo funzionamento e il relativo grado di psicopatologia, *baseline* sulla quale gli psicologi molto spesso si poggiano per fare psicodiagnosi. Sugarman (1991) sostiene, in linea con quanto affermato, che solo una teoria della personalità coerente permette di attribuire significato a una particolare risposta o insieme di risposte, mettendo a disposizione una struttura per organizzare la quantità di dati raccolti.

Allo stesso tempo, una psicodiagnostica clinica dovrebbe integrare nella propria prassi una teoria del funzionamento psichico normale e patologico sempre più esplicativa e vicina all'esperienza umana soggettiva, momento di convergenza e anello di congiunzione rispetto ai parcellizzati modelli della mente attualmente esistenti. Ad avvalorare tali affermazioni sono da riportare le parole di Smith (1997) quando sostiene che solo una teoria delle relazioni oggettuali contenga "proposizioni capaci di associare i risultati del test a processi psicologici soggiacenti, genetici o evolutivi così che il comportamento osservabile possa fornire il quadro per una valutazione psicologica globale". In linea con tali affermazioni, in questo nuovo contesto, sosteniamo una visione dinamica e sistemica della personalità che parta da una valutazione personologica e di funzionamento psichico per poi approdare a una visione del suo sviluppo oramai sempre più di matrice relazionale e intersoggettiva.

Nella prassi, la psicodiagnostica clinica si avvale a oggi di un altro concetto di fondamentale importanza ossia quello di integrazione epistemologica e metodologica, capace di elaborare diagnosi sempre più rappresentative della realtà

psicologica della “persona”. L’integrazione epistemologica si sostanzia nell’adozione di teorie sullo sviluppo e sul funzionamento della personalità sempre più *evidence-based*. L’integrazione metodologica consiste nell’utilizzare un ampio ventaglio di procedure, tecniche e strumenti in grado di ottenere “nuovi vertici di osservazione e di indagine” nello studio della personalità, un approccio integrato necessario poiché determinato dalla complessità dell’oggetto di indagine, l’uomo come sistema aperto e interdipendente dal suo contesto di riferimento fisico, economico e socio-culturale.

Da tali premesse nasce l’esigenza di ridefinire un ambito di conoscenza e competenza come quello della psicodiagnostica, punto di convergenza e campo interdisciplinare di saperi diversi, derivanti, oltre che dalla pratica dei test, dalla psicologia clinica e generale, dalla psicopatologia clinico-descrittiva, dalla psichiatria di impostazione dinamica e dalla psicoterapia fino alla più lontana statistica psicometrica. Nostro obiettivo è mettere al centro un metodo di indagine e valutazione della personalità, una teoria della tecnica che si fondi sui principi della “clinica” e dell’“integrazione”.

Una psicodiagnostica utile è, allo stesso tempo, momento di valutazione e di terapia, diagnosi e cura che si prendono per mano, perché è proprio nella profonda comprensione dell’Altro, che l’Altro si riconosce e ci riconosce.

Per processo o situazione psicodiagnostica s’intende l’intero percorso di assessment clinico, e il *testing* uno specifico momento di valutazione che il professionista può concordare con il paziente al fine di migliorarne l’accuratezza nella diagnosi e la predittività rispetto alle indicazioni e previsioni del trattamento.

Base sperimentale di tale assunto, rimangono i lavori di Appelbaum (1977), il quale ha dimostrato con le sue ricerche che le inferenze tratte dai risultati ottenuti ai test, confrontate con le inferenze tratte da dati ricavati da altre tecniche psicodiagnostiche, siano più affidabili in termini di predittività sull’esito della terapia. Dunque, la situazione standardizzata del test può presentarsi dinanzi ai nostri occhi come fonte di informazioni valida e imprescindibile, ausilio e catalizzatore rispetto a momenti di incertezza psicodiagnostica o *empasse* terapeutica.

Le fasi del processo psicodiagnostico possono essere schematizzate nei seguenti 5 momenti d’intervento:

- *prima accoglienza* in cui vengono eseguiti l’esame psichico, l’analisi della domanda, la diagnostica relazionale tra clinico e paziente e delle reazioni pre-controtrasferali a essa collegate, il focus su aspettative e obiettivi della valutazione;
- *raccolta anamnestica*, distinta in anamnesi personale e familiare, fisiologica e fisiopatologica, prossima e remota del sintomo;
- *colloqui di approfondimento tematico*, diretti a far luce su singole aree ancora non esplorate e/o poco chiare sul piano diagnostico;
- *somministrazione della batteria di test* per approfondire il funzionamento cognitivo e affettivo-relazionale;
- *colloquio di restituzione* in cui si riformulano al paziente i risultati diagnostici e d’intervento secondo una logica e un linguaggio in linea con le sue possibilità di elaborazione.

2. Le linee guida nell'utilizzo dei test psicologici

Da un punto di vista psicometrico si definisce test, o reattivo psicologico, una situazione standardizzata nella quale il comportamento di una persona viene campionato, osservato e descritto producendo una misura oggettiva e standardizzata di un campione di comportamento (Boncori, 1993).

Altresì, da un punto di vista più strettamente clinico, il *testing* rappresenta "un altro vertice di osservazione" da cui trarre inferenze sull'organizzazione e il funzionamento della personalità.

Tale procedura dà al clinico la possibilità di utilizzare sinergicamente strumenti di indagine diversificati per materiale-stimolo e tipo di compito, come *self report*, *clinical report* e tecniche proiettive, con il vantaggio di esplorare aree bersaglio, funzioni e dinamiche della personalità che, altrimenti, non potrebbero emergere durante i primi colloqui.

Ma la questione del "metodo" anche qui ritorna nella sua essenza. I concetti di "clinica" e "integrazione" rimangono principi cardini alla base dell'agire del somministratore e di colui responsabile nell'elaborare e interpretare i risultati. Il setting testologico dovrebbe rappresentare in un contesto clinico un'estensione naturale del setting originario, cioè di quello che si è andato costruendo fin dai primi colloqui di valutazione. A tal proposito, riteniamo utile che il professionista, dopo aver accolto il paziente e instaurato con lui un clima di fiducia, sicurezza e comprensione, possa valutare, di volta in volta la possibilità di introdurre anche una o più sessioni di test, preparando il terreno a una modifica di setting. In questo passaggio si gioca molto rispetto al destino della relazione terapeutica e, dunque, alle reali possibilità di intervento; la sensibilità clinica appare determinante al fine di mantenere un'alleanza diagnostica da poco costituita.

La scelta di introdurre un approfondimento testologico si costruisce a poco a poco da un'esigenza condivisa tra clinico e paziente; il setting di somministrazione, a tal proposito, deve essere adeguatamente orientato a preservare un buon allineamento emotivo-affettivo con il paziente, il quale potrebbe vivere tutto questo come un distanziamento emotivo fino ad acquisire, in taluni casi, valenze persecutorie in linea con particolari configurazioni di personalità.

Da ciò, l'importanza di riuscire a veicolare da subito con un linguaggio comprensibile per il paziente il senso di tali incontri, le motivazioni reali che spingono a introdurre strumenti diversi dal colloquio, il profondo valore aggiunto di un'altra metodologia, stabilendo, dunque, un'atmosfera non giudicante, accogliente, di libera espressione individuale in cui possano emergere contenuti autentici e profondi, in un'unica parola mettere in sicurezza il paziente riguardo alla fiducia nel potersi aprire e parlare di sé. Tutto ciò potrà essere vissuto come un repentino e brusco cambiamento o, altresì, come una piacevole sorpresa mentre la stessa atmosfera clinica volgerà verso una "benevola neutralità", in cui il silenzio e l'attesa carica di aspettative prenderanno il sopravvento.

Riteniamo, dunque, che una Psicodiagnostica clinica integrata per essere tale nella sostanza debba riscrivere le regole del gioco, puntando verso una nuova metodologia e deontologia nella pratica dei test che ponga l'attenzione sul setting, utilizzi una corretta somministrazione dei test e applichi un utile ed efficace interpretazione e restituzione dei risultati.

Per tale finalità abbiamo elaborato nel 2013, in collaborazione con il Centro italiano psicodiagnostica integrato (CIPI) e l'Istituto di formazione, clinica e ricerca LRpsicologia, il documento sulle "Linee guida alla prassi testologica". L'Istituto LRpsicologia, provider ECM del Ministero della Salute, assieme al CIPI, rappresenta una realtà strutturata da circa dieci anni nel campo della ricerca, della clinica e della didattica psicodiagnostica, vantando a oggi una comunità di oltre 1.000 allievi formati e circa 500 membri ordinari che attivamente continuano a portare avanti la nostra metodologia psicodiagnostica nella specifica attività professionale sia in ambito clinico che giuridico-peritale. Da un punto di vista scientifico, grazie al contributo di tutti, professori e allievi, abbiamo pubblicato a oggi otto manuali specialistici, presentato decine di relazioni in convegni specialistici, stipulato partnership con le più prestigiose comunità scientifiche nazionali e internazionali di settore quali l'Associazione italiana Rorschach (AIR), l'International Rorschach and Projective Methods (IRS) e la Society of Personality Assessment (SPA), e implementato numerose linee di ricerca a tutt'oggi attive.

Nel 2018 abbiamo ritenuto indispensabile un aggiornamento al documento sulle "Linee guida alla prassi testologica". Di seguito il testo integrale.

1) Obiettivi del testing

- a) Verificare la solidità delle inferenze e delle ipotesi di lavoro formulate attraverso i primi colloqui clinici. La diagnosi testologica può rappresentare un aspetto della diagnosi clinica ma la diagnosi clinica può anche fondarsi senza alcun approfondimento tramite test;
- b) accelerare il processo di valutazione del funzionamento di personalità e l'individuazione degli eventuali nuclei psicopatologici;
- c) migliorare l'accuratezza nella diagnosi categoriale e dimensionale e nella predittività rispetto a un progetto di trattamento;
- d) consolidare una proficua alleanza diagnostica mediante la cooperazione e la partecipazione attiva del paziente al processo di valutazione;
- e) se necessario, facilitare l'elaborazione di una valida richiesta d'aiuto al fine di una successiva presa in carico terapeutica;
- f) favorire un primo livello di cambiamento individuale attraverso una maggiore presa di consapevolezza delle proprie problematiche (assessment terapeutico).

I test hanno poche controindicazioni al loro utilizzo. L'approfondimento psicodiagnostico è generalmente sconsigliato quando:

- vi è l'urgenza di una presa in carico immediata;
- la psicopatologia del paziente è talmente grave da aver compromesso la capacità di aderire alle consegne;
- particolari caratteristiche di personalità.

2) Allestimento del set

Per la somministrazione di qualsiasi batteria di test, si dovrebbero prediligere le prime ore del giorno e consigliare ai pazienti di non prendere appuntamenti al ridosso del tempo di fine sessione stabilito.

La stanza deve risultare ben illuminata di luce naturale e al riparo da fonti di rumori e/o situazioni potenzialmente disturbanti i processi di elaborazione.

Non devono esservi all'interno quadri o stampe che possano influenzare la produzione del soggetto.

La sedia e il tavolo devono trovarsi a un'altezza tale da consentire un'agevole esecuzione del compito.

Le pause devono essere concordate prima dell'inizio e l'uso del bagno limitato alle urgenze e soprattutto durante lo svolgimento delle tecniche proiettive quali Rorschach e TAT.

Le procedure di somministrazione devono sempre seguire criteri e procedure standardizzate. Più nello specifico, il testista rispetterà fedelmente il linguaggio di consegna previsto e la presentazione delle singole fasi come riportato dai manuali di riferimento.

Sarà cura del professionista somministrare materiale testologico rigorosamente originale e senza alcun segno di evidente danneggiamento e/o usura del tempo.

3) Setting di somministrazione

L'allestimento del setting di somministrazione deve essere orientato a preservare un buon allineamento emotivo-affettivo con il paziente.

Prima della somministrazione di qualsiasi test è sempre opportuno prevedere uno o più colloqui clinici preliminari. Tali colloqui propedeutici avranno come fine quello di:

- a) porre a proprio agio l'esaminando mantenendo quote d'ansia e assetto difensivo a livello adeguato per l'espletamento delle prove;
- b) esplorare il vissuto del paziente rispetto ai test;
- c) ottenere maggiori informazioni necessarie per una corretta interpretazione dei risultati;
- d) far comprendere al paziente il perché dell'utilizzo dei test;
- e) consenso informato.

4) Distinzione tra la figura professionale del clinico psicodiagnosta e del clinico testista

Si consiglia, quando possibile, di delegare l'aspetto testistico ad altro professionista per una maggiore obiettività della valutazione all'interno del processo psicodiagnostico. Malgrado ciò vi è sempre presente il rischio di bias diagnostici. Per tale motivo il testista ha a disposizione alcune misure di sicurezza:

- mantenere sempre la consapevolezza dell'influenza reciproca e costante tra esaminatore ed esaminando, mentalizzando tutto ciò che va dispiegandosi nella relazione tra clinico e paziente;
- non aver paura di sbagliare e riconoscere i mancati allineamenti emotivi, i momenti di rottura di setting, le possibili trappole collusive e situazioni di empassa, lavorando assieme al paziente alla loro negoziazione e risoluzione;
- avere la possibilità nell'elaborazione delle ipotesi diagnostiche di confrontare tra loro dati qualitativamente differenti, attraverso l'analisi incrociata tra diversificate metodologie di indagine della personalità.

5) La scelta della batteria testologica

Nell'approfondimento psicodiagnostico in cui l'obiettivo clinico è rappresentato dalla conoscenza più esaustiva possibile dell'organizzazione personologica e

del funzionamento psichico, è sempre metodologicamente corretto utilizzare una batteria composta dall'integrazione di differenti tipologie di test (multi-metodo), poiché per ottenere informazioni che appartengano a differenti livelli diagnostici, è necessaria la somministrazione di materiale-stimolo in grado di elicitare la più ampia gamma di risposte possibili.

Non esiste una batteria standard che vada sempre bene per qualsiasi paziente. L'utilità di impiegare un test anziché un altro deriva dalla sua efficacia clinica, ossia dalla capacità di cogliere informazioni clinicamente significative su quel determinato paziente.

I fattori che possono influenzare la scelta di un test sono:

- la finalità dell'approfondimento psicodiagnostico e, dunque, il tipo di informazioni di cui si necessita;
- il grado di psicopatologia e le caratteristiche cliniche del paziente;
- il livello di familiarità del singolo test da parte dello psicologo stesso.

La *flessibilità* del testista consiste proprio nel presentare, a seconda della situazione e del momento, una batteria sempre nuova e "su misura", al fine di poter bilanciare l'obiettivo conoscitivo e valutativo con quello del rispetto della persona e della sua sofferenza.

L'ordine di presentazione dei singoli test può variare rispetto alla specificità del caso singolo; per alcuni pazienti è più semplice e meno ansiogena la situazione di dover iniziare con prove meno strutturate come i proiettivi, per altri, al contrario, è più motivante partire da un test di livello.

Infine, è sempre importante sottolineare l'importanza di utilizzare test con solide proprietà psicometriche al fine di rendere validi e generalizzabili i risultati e le inferenze tratte dagli stessi. Per tale ragione, è utile, prima di utilizzare uno strumento, studiarne il manuale di riferimento, in cui sono riportati criteri di costruzione, norme statistiche e informazioni circa la validità e attendibilità del test in oggetto.

Malgrado tali raccomandazioni, la pratica clinica negli anni ci ha permesso di elaborare un set testologico di base trasversale a qualsiasi tipo di setting e giuridico-peritale. Tale batteria è così composta:

- Rorschach (proiettivo strutturale);
- TAT (proiettivo narrativo);
- figura umana, famiglia, albero (proiettivi grafici d'appoggio);
- MMPI-2-RF (self-report di screening psicopatologico);
- MCMI-III (self-report personologico).

Per eventuali approfondimenti diagnostici, a integrazione di tale set di base, è possibile aggiungere:

- in soggetti con sospetta psicopatologia psicotica eventuale test di livello che valuti il funzionamento cognitivo;
- in soggetti con sospetto disturbo della personalità eventuale SCID-V;
- in soggetti con specifiche psicopatologie eventuali scale mono costrutto.