Giulio Gasca,
Carola Palazzi Trivelli

La schizofrenia nel test di Rorschach

Un'analisi di 124 protocolli

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli

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
o scrivere, inviando il loro indirizzo, a "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano".

Giulio Gasca,
Carola Palazzi Trivelli

La schizofrenia nel test di Rorschach

Un'analisi di 124 protocolli

FrancoAngeli | PSICOTERAPIE

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2018 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

Ma chi le fa? Le fanno i pazzi queste cose qui?

D.G. l'amico di penna dei potenti

Indice

Introduzione pag. 11

1. La schizofrenia » 17
1.1. Dai sintomi all'essenza della schizofrenia » 17
1.2. Eziopatogenesi della schizofrenia: le ipotesi organiciste » 22
1.3. Eziopatogenesi della schizofrenia: le ipotesi psicodinamiche » 25
1.4. Eziopatogenesi della schizofrenia: le ipotesi sulle dinamiche familiari » 31
1.5. Un primo tentativo di sintesi » 36
1.6. Collegamento tra neurofisiologia e psicogenesi » 38
1.7. Il funzionamento della schizofrenia: le fasi » 40
1.8. I meccanismi di difesa schizofrenici » 45
1.9. Segno e simbolo: un altro punto di vista » 49
1.10. Questioni di diagnosi » 55

2. Excursus sulle ricerche svolte dai diversi autori » 61
2.1. Premessa » 61
2.2. Il quadro schizofrenico secondo H. Rorschach » 62
2.3. Un confronto tra le rilevazioni di Rorschach e le ricerche successive » 66
2.4. Il paradigma del test di Rorschach: modelli formali e modelli psicodinamici » 79
2.5. Altri paradigmi: la fenomenologia e lo studio del linguaggio » 91

3. Analisi dei protocolli pag. 97
3.1. Descrizione del campione » 97
3.2. Dinamiche Rorschach » 101
3.3. Lo schizofrenico di fronte al Rorschach nelle fasi acute e croniche » 102
3.4. Le risposte nel campione al Rorschach: un primo formale sguardo » 105

4. I segni particolari: il funzionamento schizofrenico » 133
4.1. Premessa » 133
4.2. Fenomeni particolari prevalenti in fase produttiva » 134
4.3. Il linguaggio nel Rorschach in fase sia acuta che cronica » 143
4.4. Fenomeni particolari in fase sia produttiva che difensiva » 145
4.5. Fenomeni particolari presenti ma non significativi » 151
4.6. Conclusioni: nessuna certezza, alcune probabilità » 152

5. Protocolli » 157
5.1. Premessa » 157
5.2. Soggetti schizofrenici in fase acuta » 157
5.3. Soggetti schizofrenici in fase cronica » 174
5.4. Soggetto schizofrenico in temporaneo compenso » 205
5.5. Diagnosi differenziali » 209

6. Declinazione dei disturbi schizofrenici » 227
6.1. Premessa » 227
6.2. Razionalisti rigidi: nucleo ed alone » 228
6.3. Deteriorati impoveriti: nucleo ed alone » 230
6.4. Produttivi brillanti: nucleo ed alone » 232
6.5. Produttivi disorganizzati: nucleo ed alone » 235
6.6. Forme di passaggio evolutive/involutive » 237
6.7. Visualizzazione nel campione de: F+%, Ban%, O+, O–, G comb » 238
6.8. Re-test: verifica di un mutamento » 242
6.9. Conclusioni » 246

7. Confronto tra modelli, di *Stefania Cristofanelli* e *Giulio Gasca* » 249
7.1. Diagnosi e schizofrenia » 249
7.2. Il test di Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di J. Exner e gli indicatori diagnostici della schizofrenia » 250
7.3. Questioni di validità » 255

7.4. Casi clinici pag. 261
7.5. Confronti » 284
7.6. Conclusioni: progetto di ricerca » 285

8. Conclusioni » 289
8.1. Premessa » 289
8.2. La diagnosi di schizofrenia con il Rorschach » 289
8.3. All'interno della schizofrenia con il Rorschach » 295
8.4. Considerazioni metodologiche sul test di Rorschach » 297
8.5. Riflessioni epistemologiche » 300
8.6. Al di là del processo di pensiero schizofrenico » 308

Glossario » 313

Bibliografia » 329

Avvertenza editoriale

Le parole dei pazienti sono sempre riportate nel testo virgolettate ed in corsivo, come in: "*questo è un pipistrello*", sia che si tratti dei soggetti del campione preso in esame, sia quando sono parole di pazienti riportate da altri autori. Ciò in quanto, come si vedrà, il linguaggio delle persone schizofreniche è molto particolare e non va confuso con altre citazioni.

Introduzione

Pensiamo che il problema di definire quali siano gli elementi in base a cui si può fare diagnosi di schizofrenia al test di Rorschach non possa venire affrontato e risolto in termini puramente statistici, riducendo la ricerca di senso ad un insieme di numeri.

Infatti la sindrome considerata è così complessa ed a tale complessità risponde una pari complessità del test, sì che i quadri che possono risultarne sono assai differenti di volta in volta a seconda del vario combinarsi di forme e fasi del processo morboso con tipi di personalità premorbosa, affetti, indole del soggetto, sovrapposizione o concomitanza di altre patologie, situazione ambientale, intelligenza, livello di scolarità, cultura d'appartenenza e altro ancora.

Perciò non basta raggruppare una grande quantità di dati, come abbiamo comunque cercato di fare con i nostri 124 test Rorschach somministrati a soggetti schizofrenici, ma occorre sapere quali tra i numerosissimi modi in cui tali dati possono venir combinati, ha senso cercare.

Ma tale ipotesi non ha neppur senso formularla, se prima non approfondiamo il discorso sulla schizofrenia stessa.

Ciò per una duplice ragione. In primo luogo le categorie diagnostiche variano col tempo a secondo delle diverse scuole di studiosi che le applicano. Il termine schizofrenia ha una lunga storia, non del tutto univoca. Alcuni studiosi sono giunti a negare che costituisse una forma realmente esistente; altri, come vedremo, hanno ritenuto che sotto questo termine si raggruppassero due (o più) condizioni morbose del tutto differenti.

Parlando di psicopatologia, in generale, riteniamo che si possa sostenere di aver a che fare con un'entità morbosa definita se e solo se si può riferire un insieme di sintomi che solitamente ricorrono assieme (una sindrome appunto) ad una specifica eziopatogenesi, che dia ragione del prodursi di ciascuno di tali sintomi, in collegamento ad un disturbo fondamentale causato

da fattori eziologici ben definiti e tale interpretazione appaia coerentemente collegata con l'evolversi del processo morboso, la prognosi ed i risultati delle terapie intraprese.

Sebbene un tale risultato sia stato finalmente raggiunto negli ultimi decenni del XX secolo (la sua miglior sintesi è stata prodotta da Ciompi nel 1982), colpisce come la gran parte degli psichiatri e degli psicologi clinici sembrino ignorarlo. Nel 2009 Beck, Rector, Stolar e Grant, sintetizzando ed integrando tra loro alcuni schemi di neurologia e cognitivismo (Braver, Barch, Cohen 1999; West e Grace 2001; Kapur 2003) hanno prodotto un modello del funzionamento schizofrenico per molti aspetti analogo a quello di Ciompi, che evidentemente ignoravano, così come non parevano conoscere il modello, ben precedente, di Mc Reynolds (1960) che alcuni degli autori da loro citati sembrano replicare. Il modello del 2009 appare leggermente più dettagliato di quello di Ciompi per quanto riguarda le ipotesi neurologico biochimiche, mentre si limita ad accenni assai vaghi alla dimensione psicodinamica e familiare. Esempio significativo di come sulla schizofrenia spesso autori che conoscono in modo assai approfondito gli scritti della propria scuola ignorino totalmente tutte le altre. Ciò si riflette, naturalmente, anche su molti lavori di testistica Rorschach intorno alla diagnosi di schizofrenia.

Diversi clinici (chi di orientamento organicista, chi psicodinamico, chi sostenitore della socio psichiatria) continuano a ripetere, con poche variazioni, dogmi spesso superati della propria scuola, ignorando pressoché tutte le altre ricerche. Essi forzano, per così dire, i casi che riportano in una griglia costruita a priori. Altri, in particolare per quel che qui interessa i diagnosti attraverso il test Rorschach, rinunciando ad una ricerca su ciò che osservano, hanno sostituito all'*entità morbosa* come sopra l'abbiamo definita, una pseudo entità statistica, come se la schizofrenia non fosse altro che una somma di sintomi esterni, anziché ciò che li causa.

Certo le versioni del DSM (il cui primo modello non nacque dal desiderio di un approfondimento clinico ma dal questionario di una società di assicurazioni) hanno il merito di poter venire agevolmente applicate anche da un giovane medico inesperto, non richiedendo né intelligenza né intuito clinico: questo rende il DSM utilissimo per rilevamenti uniformi e ricerche statistiche di massa, ma prescinde del tutto dalla comprensione di ciò che sta sotto l'apparenza immediata dei dati rilevati e che dà loro un significato.

Considerazioni non molto diverse valgono per altri sistemi che si pongono prevalentemente o esclusivamente fini di rilevazioni statistiche uniformi quali il CSB, l'NHSI o l'ICD 10.

Un confronto tra diagnostica classica (Kraepelin, Bleuler, Schneider) e successivi criteri diagnostici di ispirazione statistica si trova in una sintetica ma incisiva esposizione di Cazzullo (1993).

Poiché per affrontare il tema del rapporto tra test di Rorschach e schizofrenia è necessario avere di quest'ultima un'idea che non sia né superficiale, né parziale, né distorta, riteniamo irrinunciabile il prendere in esame tutte le più importanti e differenti teorie su di essa, per confrontarle criticamente e formularne una sintesi. Di questo tratterà il primo capitolo, nella sua prima parte.

E proprio perché non vogliamo che questo studio si riduca ad un semplice assemblaggio di dati statistici, occorre cercare il senso per il quale il test Rorschach presenta certe caratteristiche, e non altre, nella persona schizofrenica, ed inoltre il motivo che determina certe modalità di risposta.

Ciò può avvenire solo se si formula un'ipotesi di lavoro che tenga conto:

1. del o dei fattori che sono alla base delle sintomatologie che si è convenuto (nella comunità scientifica psichiatrica) chiamare schizofreniche
2. della relazione tra tali fattori e le alterazioni da essi indotte nei processi di pensiero, nell'affettività, nella volizione, nell'attenzione ed in generale in tutte le funzioni psichiche che si esprimono attraverso l'interpretazione del test Rorschach o la influenzano.

A questo punto si può cercare di formulare criteri validi nella generalità dei casi.

La seconda parte del primo capitolo tratterà così dell'ipotesi da noi formulata sul modo di funzionamento schizofrenico, e, a seguire nei capitoli successivi, come tali modi di funzionamento si manifestino nel test.

Per effettuare un confronto il più possibile esaustivo il secondo capitolo esporrà una disamina ampia e dettagliata di quanto affermano le principali scuole di testistica rorschachiana sul rivelarsi della schizofrenia appunto nel Rorschach, a partire dai risultati pubblicati da H. Rorschach stesso via via messi a confronto con gli autori più noti ed esperti sul tema: l'analisi formale e vecchi e nuovi paradigmi relativi al test verranno esplicitati e, laddove necessario, criticati. L'analisi fenomenologica del test e lo studio del linguaggio utilizzato per rispondere al test di Rorschach saranno inoltre esaminati. Per il confronto con il metodo Exner bisognerà attendere il settimo capitolo.

Il terzo capitolo, oltre a descrivere quanto sia particolare la reazione di una persona sofferente di schizofrenia di fronte ad un test come il Rorschach, analizzerà gli elementi emersi dai 124 protocolli secondo il modo classico di raccogliere i dati in uno psicogramma Rorschach (l'analisi formale), dando conto del metodo di siglatura, con i suoi significati, e confrontandoli, sistematicamente, con un campione di italiani raccolto negli anni corrispondenti e pubblicato da Dolores Passi Tognazzo. Dall'analisi dei protocolli emergeranno delle significative differenze rispetto a convinzioni diffuse sul funzionamento schizofrenico ed anche delle importanti conferme.

Nel quarto capitolo verranno elencati i segni particolari (in senso affine al termine fenomeni particolari di Bohm) più interessanti per il funzionamento schizofrenico, suddivisi secondo il loro manifestarsi in fase attiva o passiva, fasi più o meno corrispondenti ai sintomi positivi e negativi della schizofrenia, e verrà esaminato il linguaggio schizofrenico così come si è rivelato nel campione dei 118 soggetti diagnosticati come schizofrenici. Questa trattazione sarà densa di esempi, tratti dai protocolli, che riveleranno, in tutta la loro specificità, il modo, appunto particolare, di pensare, sentire ed adattarsi degli schizofrenici.

Il quinto capitolo rende pubblici, integralmente, 11 protocolli Rorschach di altrettanti schizofrenici, 3 in fase acuto/produttiva, 4 in fase di delirio cronico paranoide, e altre 3 persone diagnosticate l'una ebefrenica, un'altra residuale, e un'altra come schizofrenico simplex, ed un ultimo protocollo di soggetto schizofrenico somministrato in temporaneo compenso; altri 3 protocolli, riportati anch'essi per esteso, sono dedicati alla diagnosi differenziale: l'uno sarà un esempio di difficoltà diagnostica Rorschach a fronte di una grave forma isterica, gli altri trattano dei problemi che si possono incontrare esaminando Rorschach sia in una demenza sia, diversamente, in un disturbo della personalità con deliroide. Per ciascuno di questi 14 test Rorschach vengono pubblicati il protocollo, lo psicogramma e la relativa interpretazione.

Il sesto capitolo analizzerà nuovamente i protocolli secondo la linea tracciata nella seconda parte del primo capitolo, ovvero un modo di considerare la schizofrenia come un fenomeno umano a multi eziologia, che tenga conto di tutte le ricerche e le intuizioni pubblicate dai clinici nel corso del '900 e dei primi anni 2000. Ciò darà luogo alla risposta ad una domanda essenziale, quale: la schizofrenia è un fenomeno unico o si tratta di fenomeni diversi? È una malattia o un processo, dove trovano posto diversi modi di funzionamento? Ed è possibile capire queste persone ed entrare in rapporto con loro, avendone scrutato l'interiorità attraverso il test?

Un capitolo (il settimo) sarà dedicato ad una scuola di ricerca Rorschach che è andata affermandosi sempre di più negli ultimi anni per il suo rigore scientifico ed il suo obiettivo di far convergere in un unico metodo di siglatura ed interpretazione le diverse scoperte delle differenti scuole: il metodo Exner. Il capitolo, a cura della dr.ssa Cristofanelli, riporta anche l'approccio e l'interpretazione di alcuni protocolli, consentendo così un confronto tra il metodo Exner ed il metodo clinico psicodinamico che contraddistingue questo testo. Un progetto di ricerca, secondo il CS, viene qui proposto.

Le conclusioni terranno conto di tutto quanto esaminato in precedenza con speciale attenzione alla possibilità di effettuare una diagnosi certa di schizofrenia, evidenziando le possibilità di distinguere uno schizofrenico da altri tipi di sofferenze mentali, grazie all'inquadramento per fasi fornito

dal nostro studio. In particolare si riporteranno alcune considerazioni di metodo specifico Rorschach, suggerite appunto dalla somministrazione del test agli schizofrenici, soggetti al contempo molto banali e molto originali, od anche molto stupidi piuttosto che stranamente molto intelligenti.

Le riflessioni finali, contenute nelle conclusioni, ci porteranno a considerare la schizofrenia come un fenomeno profondamente umano: una variante patologica delle difficoltà umane in presenza di messaggi caotici.

Ringraziamenti

Si ringrazia il dr. Luca Pinciaroli per le tabelle che illustrano il capitolo 6, anche perché non è certo il suo mestiere…

Ringraziamo poi i 118 soggetti che, nel tempo, si sono sottoposti al test di Rorschach, senza i quali dunque questo libro non potrebbe esistere. Molti di loro non ci sono più, ma non li abbiamo certo dimenticati. Di altri abbiamo notizie sia dirette che indirette. Tutti li ricordiamo con grande affetto.

1. La schizofrenia

1.1. Dai sintomi all'essenza della schizofrenia

Il termine schizofrenia ha dato luogo a molteplici descrizioni, alcune delle quali includevano sintomi affini, mentre altre le consideravano manifestazioni a parte. Si è parlato, e scritto, di schizofrenie, al plurale, oppure se ne è negata l'esistenza. Uno studio storico e terminologico di tali definizioni esula dalla nostra ricerca.

Qui ci proponiamo di vedere se le concezioni, le descrizioni e le ipotesi che per tutto il XX secolo, e questo principio di XXI, si sono raccolte intorno al nome schizofrenia possono venir riferite ad un'unità morbosa con specifiche caratteristiche: un sintomo, o nucleo di sintomi, fondamentale di cui sia individuata un'eziopatogenesi che lo spieghi coerentemente con i decorsi possibili e che orienti i clinici nel capire i pazienti e decidere le terapie.

La prima ampia descrizione di quella che poi si chiamò schizofrenia si deve a Kraepelin in fine secolo XIX (ovviamente i casi che noi chiameremo schizofrenia si possono già trovare, variamente definiti, in tutta la letteratura dell'800), il quale, colpito dal grave deterioramento che ad essa seguiva in soggetti giovani, la definì demenza precoce. Il termine schizofrenia fu introdotto una quindicina di anni più tardi da Bleuler e in seguito dette luogo ad innumerevoli discussioni, precisazioni e distinzioni. Mostreremo in parallelo tre elenchi di sintomi, ad opera di autori di periodi diversi, come punto di partenza per porci alla ricerca di un possibile principio unitario sottostante.

Tabella di confronto sintomi schizofrenia

Kraepelin (1896)	*Bleuler (1911)*	*Schneider (1965)*
Sintomi demenza precoce	***Sintomi fondamentali*** (presenti solo nella schizofrenia)	***Sintomi di primo ordine*** (la presenza anche di uno solo di essi è segno sicuro di schizofrenia)
1 **Difficoltà dell'attenzione e della comprensione** 2 **Disturbi del pensiero** (sconnessione) 3 **Allucinazioni** 4 **Perdita della capacità di giudizio** 5 **Appiattimento dell'affettività** 6 **Alterazioni del comportamento e dell'espressione** 7 **Disturbi del controllo delle pulsioni** 8 **Eccitamento catatonico** 9 **Negativismo** 10 **Autismo** 11 **Perdita della volontà** 12 **Stereotipia**	1 **Disturbi del corso del pensiero** (sconnessione delle associazioni) 2 **Disturbi dell'affettività** (inadeguatezza affettiva ed ottusità) 3 **Ambivalenza** (coesistenza di sentimenti contrastanti) 4 **Autismo** (perdite di contatto con la realtà) 5 **Alterazioni della personalità** (della coscienza della propria identità) **e della volontà**	1 **Allucinazioni uditive di tipo specifico** (eco del pensiero, voci che commentano o rispondono ai pensieri, che commentano le azioni del soggetto, discutono tra loro) 2 **Aumento permeabilità tra il soggetto e l'ambiente:** • Furto o influenzamento del pensiero • Diffusione del pensiero • Percezione delirante • Senso di costrizione del proprio volere • Senso di influenzamento del proprio corpo
	Sintomi accessori (che possono presentarsi anche in altre sintomatologie)	***Sintomi di secondo ordine*** (non sono segni sicuri di schizofrenia)
	1 **Fenomeni dispercettivi** (allucinazioni ed illusioni) 2 **Idee deliranti** 3 **Disturbi del linguaggio e della scrittura** 4 **Disturbi della memoria** 5 **Sintomi catatonici**	1 **Altri disturbi dispercettivi** 2 **Alterazioni dell'umore** 3 **Perplessità** 4 **Sentimenti di impoverimento affettivo** 5 **Intuizione delirante**

Possiamo vedere, nella tabella di confronto, come dai sintomi definiti in modo più vago da Kraepelin, più preciso e sistematico da Bleuler, si passi a descrizioni specifiche e particolareggiate da parte di Schneider.

Ma, ci chiediamo, questi quadri e altri che vanno sotto il nome "schizofrenia", simili, ma non del tutto identici, e spesso non ben delimitabili, sono riferibili ad un'unità morbosa nel senso in cui ne abbiamo parlato nell'introduzione? Qual'è, se c'è, *l'essenza della schizofrenia?*

Bleuler (svizzero di lingua tedesca) ha coniato il nome schizofrenia a partire dal sintomo centrale che investe pensiero, affettività, volizione e la connessione di ciascuna di tali funzioni con le altre due: si tratterebbe della "spaltung" (dissociazione, ma anche scissione o frammentazione psichica). Purtroppo tale termine è equivoco e, come vedremo più avanti, ha determinato confusione e anche interpretazioni errate.

Molti anni prima di Bleuler, Pierre Janet (1889), di lingua francese aveva usato il termine dissociazione per descrivere un sintomo tipico dell'isteria in conseguenza del quale due contenuti di coscienza o due sentimenti tra loro incompatibili non potevano essere vissuti contemporaneamente dal soggetto e venivano perciò "scissi", ovvero separati, in italiano. In francese si parla di: "dissociation hystérique" e di "scission schizophrénique".

La definizione "dissociative sindrome" (qui in lingua inglese) è tutt'ora usata dalle scuole nord-americane per designare certe gravi manifestazioni isteriche ed è stata ripresa da Bromberg (2006) per designare il manifestarsi di una separazione tra i "diversi stati del Sé", che nulla ha a che fare con la schizofrenia.

Bleuler col termine "spaltung" intendeva tutt'altro, infatti. Prendiamo proprio da lui lo scritto di uno schizofrenico presentato come esempio di pensiero dissociato: "*Epaminonda fu un uomo potente, in modo particolare in mare e in terra. Condusse grandi manovre navali ed aperte battaglie sul mare contro Pelopida, ma, durante la seconda guerra punica, ricevette un fiero colpo con il naufragio di una corazzata. Si trasferì con una nave da Atene al boschetto di Mamre, introdusse in patria viti e melograni dalla Caledonia e vinse i beduini. Assediò l'acropoli con le sue cannoniere e fece bruciare i soldati della guarnigione persiana come torce viventi. Il papa successivo Gregorio VII – proprio lui – Nerone seguì il suo esempio ed a causa sua tutti gli ateniesi, tutte le ragazze romanico-germanico-celtiche, che avevano assunto una posizione ostile ai preti, furono bruciate dai druidi in onore del dio del sole Baal*".

Qui non c'è una scissione di contenuti incompatibili, anche se il discorso è sconnesso, ma ciò è piuttosto dovuto ad un eccesso di collegamenti che ne danneggiano la coerenza. Bleuler credeva ancora in un "modello associazionistico" secondo cui il pensiero procedeva attraverso associazioni che lo guidavano da un'idea all'altra.

Tale modello oggi ci appare del tutto inadeguato. Concezioni sviluppate in seguito hanno mostrato come il pensiero coerente nel normale sia guidato da una sorta di "programma operativo, un'idea determinante".

Diversi autori hanno applicato tale concetto al pensiero schizofrenico: l'incapacità di seguire un'idea determinante (Schilder 1951), la carenza di funzione integrativa dell'Io (Sheiner 1967) comportante l'essere continuamente deviati da stimoli interni ed esterni (Salzinger, Portony e Feldman