Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

Testing psicologico e Assessment Diagnostico. [1]

Luigi Abbate

Per usare propriamente uno strumento diagnostico chi lo interpreta deve possedere una serie di attributi di base […]deve capire pienamente lo strumento che sta utilizzando: la sua base razionale; i metodi di standardizzazione; le tecniche di somministrazione; i risultati clinici e sperimentali; il valore e i limiti nel valutare ed esaminare il particolare fenomeno per il quale è stato costruito. Comunque, avendo tutti questi attributi per un particolare test o per una serie di tecniche diagnostiche l'interprete non si qualifica come un clinico. Senza nulla togliere è soltanto uno psicometrista, anche se, può essere veramente bravo e può dare buoni contributi in questo ambito. Non andrebbe sottovalutata la funzione e il valore dello psicometrista, ma, nello stesso tempo, non dovremmo confonderli con la funzione e il valore del clinico.
M.L.Hutt, (1977) Hutt Adaption of BVMGT

If anything exists, it exists in some amount. If it exists in some amount, it can be measured.
E.L. Thorndike, The measurement of intelligence.

La valutazione psicologica e l'uso dei test

Che cosa è una valutazione psicologica? A questa e ad altre domande sulla valutazione e sulla sua utilità, risponde in maniera chiara ed esaustiva una *brochure* per l'utente, pubblicata dalla *Society for Personality Assessment* per chiarire a chi ne fruisce il senso e l'utilità di un esame psicodiagnostico. In sintesi la definizionione di valutazione che la brochure offre:

"La valutazione psicologica si riferisce ai *metodi scientifici* che gli psicologi spesso usano per comprendere la personalità umana. Quando combinati con informazioni ottenute al colloquio, osservazioni e altre fonti, la valutazione può

[1] Una versione precedente pubblicata in Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di) (2009) La diagnosi in psicologia clinica. Raffaello Cortina Editore, Milano

aiutare i clienti a esplorare modi nuovi e più efficaci di risolvere i problemi dell'uomo. Dopo che le procedure di valutazione sono state completate e i risultati ottenuti, gli psicologi in genere danno ai clienti un feedback riguardo ai risultati. Lo scopo è di promuovere una maggiore comprensione di sé e una maggiore capacità di pianificare un trattamento appropriato. In questo modo, la valutazione psicologica può ridurre i tempi di un trattamento basato unicamente sulle informazioni ottenute al colloquio clinico. La valutazione psicologica può anche fornire informazioni precise e obiettive che aiutino a rispondere a quesiti posti da altri professionisti della salute o da strutture come la scuola, il tribunale e i servizi sociali. *" (SPA,2008)*

Quando ho iniziato questa professione, nel 1977, si diceva "fare i test": non c'erano distinzioni particolari, i professionisti che si occupavano di test erano pochi e soprattutto, per motivi fondamentalmente ideologici e legati al momento storico, erano malvisti. Ciò nonostante il "fare i test" è andato avanti e soprattutto, nella realtà nordamericana, si è cercato farli essere un momento di valutazione clinica affidabile e attendibile.

Nel corso degli ultimi cinquant'anni, abbiamo così assistito al passaggio e alla distinzione importante tra *psychological testing*, "fare i test", e *psychological assessment.* Le parole di Sloves, Docherty, e Schneider (1979) possono aiutarci a capire meglio questa distinzione: "*psychological testing* è definito come un insieme di tecniche, tattiche, e strategie compresi sotto l'etichetta di metodi psicologici. Da questo punto di vista, i metodi rappresentano gli strumenti tecnici usati come mezzo per effettuare uno *psychological assessment*. Lo *psychological assessment* è orientato al problema e ai sistemi, dinamico e concettuale; laddove il *testing* è orientato ai metodi e alla misurazione, descrittivo e tecnico". Appare chiaro che *testing* è riconducibile all'uso e alle caratteristiche proprie dello strumento, mentre *assessment* sintetizza in sé l'intero processo di valutazione, ove l'uso del test è solo uno dei momenti di raccolta delle informazioni utili alla valutazione[2]. E per definire meglio cosa si intende per processo di valutazione, le

[2] Vale la pena ricordare la definizione di test data da Pichot (1949) "definiamo test mentale una situazione sperimentale standardizzata che serve da stimolo a un comportamento. Questo comportamento è valutato attraverso una comparazione statistica con altri individui posti nella stessa situazione, permettendo così di classificare i soggetti esaminati sia quantitativamente sia tipologicamente"; per quanto diverso, utile e interessante è anche il concetto di Test come "ambiente analogo" proposto da L. E. Beutler (1995): "la valutazione psicologica consiste nel costruire ambienti rappresentativi ma analoghi chiamati "test" e nel misurare sistematicamente il comportamento risultante. Nella misura in cui le caratteristiche dei nostri ambienti artificiali

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

parole di Maloney e Ward (1976) sono dirimenti. L'assessment è "un *processo di problem solving* estremamente complesso in cui i test sono spesso usati come *uno* dei metodi per la raccolta di dati utili … lo *psychological assessment* è un processo che varia, e che dipende dai quesiti posti, dalla persona coinvolta, dal tempo che uno vi dedica, e da una miriade di altri fattori, così che non è possibile ricondurlo a un insieme definito di regole e passaggi"; in sintesi, un processo variabile di *problem solving*, di presa di decisioni e di procedure valutative (Sloves, Docherty, e Schneider ,1979)

Il senso di una valutazione è legato all'utilità di definire quelle caratteristiche della personalità che risultano rilevanti per prendere decisioni nei contesti più diversi, quali quello clinico, forense, lavorativo, scolastico, ecc.

Come sintetizzano Weiner e Greene (2008), nel contesto clinico l'assessment è rilevante per rispondere a quesiti inerenti la diagnosi differenziale e la pianificazione del trattamento; in un contesto forense contribuisce a valutare la sanità o la capacità di intendere e di volere o di dare un contributo rispetto alle capacità genitoriali nelle cause d'affidamento; così come in un contesto scolastico può offrire un contributo per chiarire le difficoltà di apprendimento del soggetto valutato e suggerire l'intervento migliore[3].

Il concetto di *assessment*, inoltre, porta in sé un'identità professionale che trascende quella di semplice somministratore di test, il che ci consente di fare l'importante passaggio dal modello *psicometrico* al modello *clinico*. Nel modello psicometrico, la valutazione attraverso i test è l'elemento centrale. La predizione statistica dei tratti è lo scopo, e richiede perciò che i test usati siano validi e attendibili. Nel modello clinico, l'elemento centrale è la figura dello psicologo (*assessor*) che "… può utilizzare tecniche psicometriche, ma in contrasto con lo scopo psicometrico di delineare i tratti di un individuo …. si focalizza sul

assomigliano a quelle degli ambienti in cui i nostri pazienti di fatto stanno vivendo, possiamo logicamente presumere che anche le risposte ai nostri "test" siano simili ad alcuni aspetti del comportamento dei pazienti nei loro propri ambienti".

[3] Va sottolineato che in qualche modo il contesto determina anche la modalità e la scelta degli strumenti. A differenza di un contesto clinico, in quello forense, per esempio, a parità di quesito, è difficile scegliere uno strumento rispetto a un altro, quello che conta è lo *scoring system* che noi usiamo, che deve essere **empiricamente validato** ed avere dei **dati normativi di riferimento per la popolazione che stiamo valutando.** Se questo non accade, allora lo strumento perde di senso in un'aula di tribunale e diventa solo un mezzo che rischia di sostanziare falsamente l'opinione del clinico.

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

carattere o sulla descrizione della personalità abbracciando diverse aree e livelli di funzionamento" (Tallent, 1992)

Nella valutazione psicologica, il ruolo giocato dallo psicologo si sposta fra posizioni diverse. Fare questi spostamenti in maniera facile ed efficace richiede una comunicazione chiara, un'intuizione fondata e un giudizio clinico informato su ciascun punto. Il clinico comincia il processo di valutazione psicologica definendo la natura del quesito posto. Per questo compito, il ruolo dello psicologo clinico è quello di *consulente*. Una volta che il quesito è stato definito e formulato in un modo in cui si possa rispondere, il suo ruolo cambia e diviene quello di un *esperto di misurazioni*. In questo ruolo, il clinico collega le esigenze del compito con quelle delle procedure di misurazione disponibili e sviluppa un progetto per sondare le condizioni d'interesse. Per il compito di somministrare gli strumenti ed eseguirne lo *scoring* (siglature e attribuzione di punteggi), il ruolo del clinico diviene (almeno momentaneamente) quello di un *tecnico* psicologico, il cui comportamento è regolato da dati di standardizzazione esterni, linee guida sul comportamento da adottare e regole da seguire. Una volta che il clinico ha completato questi compiti strettamente tecnici, il ruolo adottato torna ad essere quello di un esperto di misurazioni. Il giudizio clinico, l'esperienza, l'intuizione e il training professionale hanno tutti un posto nell'espletamento di questo ruolo, poiché il clinico organizza e da senso e una risposta professionale al quesito/i di invio. Le risposte sono interpretate, gli aspetti e le conclusioni dissonanti chiarite. Le osservazioni fatte e il significato loro attribuito sono integrati; in questo processo, il clinico fa affidamento sulla conoscenza delle qualità psicometriche delle procedure di misurazione. Infine, il clinico torna al ruolo di *consulente* quando comunica le conclusioni a chi ha chiesto la valutazione (Tallent, 1992; Beutler, 1995).

In questa sequenza di ruoli che il clinico ricopre nel corso dell'*assessment*, l'elemento portante consiste nella capacità di utilizzare e mettere insieme sia gli aspetti oggettivo-psicometrici dello strumento sia le proprie capacità clinico-professionali.

Valutare gli altri implica, oltre a una conoscenza degli strumenti, anche la necessità di soffermarsi sulla personalità di chi valuta. Secondo Allport (1965), gli attributi di un buon valutatore sono: esperienza, somiglianza, intelligenza, complessità conoscitiva, conoscenza di sé, abilità sociale e adattamento, distacco,

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

atteggiamento estetico, intracettività[4]. L'incontro tra il clinico che valuta e il soggetto valutato comporta di conseguenza la messa in atto di modalità relazionali da non sottovalutare, e la *relazione*, così come la psicoanalisi ci insegna, diventa *strumento* (vedi anche Capitoli 1 e 3). Gli interventi a tutt'oggi più esaustivi sul ruolo delle dinamiche e dei ruoli nella relazione psicodiagnostica sono certamente quelli di Schafer (1954) e Schacthel[5] (1965), ripresi e aggiornati di nuovi contributi da Lerner (1998). Per questi autori, di formazione psicoanalitica, la personalità dell'esaminatore ricopre un ruolo centrale ove fattori riguardanti il ruolo professionale e l'assetto interno si declinano in modo da costituire sì elemento di interferenza, ma anche di comprensione, e ove gli aspetti soggettivi, per quanto difficilmente quantificabili, fanno la differenza tra un esaminatore ed un altro. Schaffer (1954) prende in considerazione "otto tipi di esaminatori: quelli incerti della propria identità, quelli socialmente inibiti e chiusi, quelli dipendenti, quelli che si difendono rigidamente dai bisogni di dipendenza, quelli rigidamente intellettualizzanti, i sadici, quelli con rigide difese contro l'ostilità e i masochisti". Ma sono prese in considerazione anche le dinamiche peculiari dell'esaminato che variano, oltre che per le problematiche interne, anche per la diversità del contesto (clinico, forense, lavoro, ecc.). Lerner (1998) fa proprie le posizioni di Schafer e di Shachtel e punta l'attenzione sul controtransfert fino alle nuove letture della relazione proposte dalla Psicologia del Sé[6].

Nozioni essenziali sui principali test psicologici

Gli strumenti a disposizione dello psicologo sono numerosi, e generalmente quelli usati sono scelti in base all'esperienza e al training del clinico, alle sue

[4] Il concetto di intracettività introdotto da Murray (1938) va inteso come la capacità di comprendere se stessi e gli altri secondo una modalità psicologica.

[5] Riportiamo le poco note parole di Schachtel riferite al test di Rorschach, ma ovviamente estendibili a tutto l'esame psicodiagnostico: "Per comprendere un protocollo Rorschach è essenziale essere coscienti degli aspetti e delle implicazioni interpersonali. Questo significa, in primo luogo, che non possiamo dimenticare che la *performance* al Rorschach e il vissuto del soggetto nelle situazioni Rorschach sono esperienze e *performance* interpersonali. Io uso interpersonale nel senso di Sullivan (1953), che comprende non solo le relazioni interpersonali delle persone implicate nella situazione Rorschach, lo psicologo (tester) e il soggetto (testee), ma anche quelle che sono mentalmente parte della situazione perché giocano un ruolo nella mente dello psicologo, e ancora più importante, nella mente del soggetto, da una parte in una distorsione paratassica dell'atteggiamento e della personalità dello psicologo o perché esso rappresenta nelle idee e nelle fantasie del soggetto, coscientemente come inconsciamente, o ciò che egli "deve" fare, ciò che ci si aspetta da lui, e quale effetto la sua performance possa avere nello psicologo e sulle persone significative della sua vita presente e passata" (Schachtel, 1965, p 269)

[6] A riguardo, interessante il lavoro di Ronnie Levine (1988)

preferenze personali e alla familiarità con la letteratura, ma soprattutto devono essere scelti rispetto alla capacità che hanno di rispondere al quesito d'invio.

Quando pensiamo ai test, siamo abituati a pensare ai test di livello, ai questionari di personalità e soprattutto alle *tecniche proiettive*. Il concetto di tecniche proiettive risale al 1939. Frank ha proposto l'attributo *proiettivo* per quei test, quali il Rorschach, in cui stimolo e consegna sono relativamente poco strutturate così da indurre il soggetto a "proiettare su un terreno particolarmente malleabile … il proprio mondo privato di sentimenti e significati personali". Nel tempo è diventato uso comune pensare al Rorschach, al Thematic Apperception Test (TAT; Murray, 1943; Abbate & Massaro, 2008), al Draw a Person (Machover, 1949), ecc. come ai metodi *proiettivi* in contrapposizione a strumenti quali i questionari self-report, il MMPI come esempio fra tutti, come a metodi *oggettivi*. Questa distinzione tra oggettivo e proiettivo ha fatto si che si è ritenuto erroneamente che le misure oggettive fossero più scientifiche e attendibili, mentre le altre fossero soggettive, meno scientifiche e conseguentemente anche meno affidabili.

Nella realtà non è così vero che i test oggettivi siano interamente oggettivi, né che quelli proiettivi siano interamente soggettivi. Spesso gli item di un questionario self-report implicano una soggettività rispetto al modo in cui la persona esaminata può interpretarli. Un esempio lo troviamo nella frequenza di un comportamento: alternative di risposta come "spesso", "talvolta" ecc. implicano una scelta da parte del soggetto che non corrisponde necessariamente a quella di un altro soggetto. Così come nelle tecniche cosiddette proiettive esistono degli aspetti di oggettività. Chiedere a una persona dove ha visto una cosa al Rorschach (localizzazione) non è una richiesta ambigua, così come non è uno stimolo ambiguo il bambino col violino nella figura 1 del TAT. "L'ambiguità è di conseguenza una caratteristica dimensionale e non categoriale degli strumenti di valutazione della personalità, e nessuno di loro è totalmente oggettivo o soggettivo. I questionari self-report e le tecniche basate su una performance (performance-based measures) variano in ambiguità, e differiscono tra di loro così come l'una dall'altra nella misura in cui lo stimolo e il compito dell'esaminato sono ambigui" (Weiner, Greene, 2008).

Secondo Meyer e Kurtz (2006), questa contrapposizione tra oggettivo e proiettivo, anche se oramai a tutti familiare, è fuorviante e ingannevole. Mentre da

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

una parte può essere relativamente facile attribuire i self-report a una certa categoria evidenziando il loro essere "relativamente strutturati", dall'altra parte evidenziare che sono "relativamente non strutturate" non rende giustizia al vasto modo delle tecniche proiettive[7]; in ogni caso, per gli autori è arrivato il momento di "eliminare il termine proiettivo dal lessico dei metodi valutativi". Già nel 2001 la distinzione era stata proposta da una task force specifica istituita dall'American Psychological Association, che era giunta alla conclusione di distinguere i test in due gruppi: gli strumenti self-report, che funzionano sulla base di ciò che le persone sanno di sé, e le misure *performance-based*, che si basano sull'esame dell'esecuzione di un compito cui i soggetti sono sottoposti (Meyer et al, 2001) [8].

La psicologia, inoltre, propone due differenti modalità di approccio alla valutazione: una modalità *idiografica* e una modalità *nomotetica*. L'interpretazione nomotetica è basata sulla comparazione dei valori ottenuti dal soggetto con dei dati normativi; quella idiografica, invece, permette una concettualizzazione individualizzata del caso specifico (Weiner, 2001)[9]. In sintesi, si potrebbe affermare che l'approccio nomotetico assume il massimo valore in un ambito di ricerca e sperimentale, mentre quello idiografico in quello clinico. Va da sé che l'integrazione tra i due approcci è quello consigliabile. Uno ci consente di confrontare *psicometricamente* il soggetto da noi valutato a un gruppo normativo di riferimento, l'altro ci consente di cogliere le *sue* caratteristiche peculiari.

[7] "L'ampia differenza tra queste tecniche … rende difficile trovare un termine alternativo adeguato … Alcune possibilità sono "performance tasks", "behavioral tasks", "constructive methods", "free response measures", "exspressive personality test", "implicit methods", o anche "attributive tests".

[8] Al dibattito sul tema si è aggiunto recentemente un interessante contributo di C. Fischer (2009) che oltre a sostenere la necessità di "ritirare" i termini "proiettivo" e "oggettivi" propone una ulteriore differenziazione basata sul tipo di somministrazione, il formato, e compito richiesto. In questa differenziazione il TAT, per esempio, sarebbe "una tecnica, a somministrazione individuale, con stimolo verbale e suscettibile di più interpretazioni"

[9] Trombini e Baldoni (1999) mettono in evidenza che la disputa fra queste due metodologie d'indagine antitetiche è molto antica e affonda le sue radici nell'antica Grecia dove la scuola di medicina di Kòs, il cui massimo esponente fu Ippocrate, "sosteneva l'importanza di curare l'individuo nella sua originalità e globalità (approccio chiamato ideografico da *idio*: proprio, particolare)", mentre quella di Knidos, al contrario, "sosteneva la necessità di uno studio analitico e descrittivo, teso ad individuare leggi universali valide per ogni essere umano e", dunque, "tendeva a considerare i sintomi delle malattie come delle entità a sé stanti (approccio nomotetico, da *nomos*: legge)". Galimberti (1999), invece, afferma che questa differenziazione fu "introdotta da Windelband per caratterizzare il metodo delle scienze della natura che seguono leggi generali (in greco *nòmos*), rispetto al metodo delle scienze storiche o dello spirito che non seguono leggi generali, ma colgono eventi nella loro specificità e singolarità (in greco, *ìdios*). In campo psicologico, conformemente a questa distinzione, si parla di "studio nomotetico" e di "studio ideografico" a seconda che la descrizione del comportamento, della personalità o della patologia avvenga in base a parametri generali e leggi psicologiche riconosciute come generalmente valide, o segua il caso particolare cercando di coglierne la struttura a partire dal suo mondo".

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

3 Linee guida per la costruzione di una batteria di test

Gli strumenti a disposizione del clinico sono numerosi (Boncori, 1993), per questo motivo solo un'adeguata preparazione consente di scegliere quelli più idonei per una specifica valutazione. Di sicuro, lo psicologo si troverà nella posizione di mettere insieme strumenti diversi che gli consentano di rispondere ai quesiti d'invio e che siano anche adeguati al contesto in cui opera (forense, clinico o scolastico). La necessità di utilizzare un insieme di strumenti collegati tra loro fino a farne uno "singolo strumento diagnostico" è stato segnalato già da Rapaport (1968)[10], e riproposta recentemente da Acklin (2002); ogni psicologo che si occupi di psicodiagnostica ormai aderisce a questo tipo di approccio.

Di là dal quesito specifico, riteniamo che una Batteria di test esaustiva debba partire dal mettere insieme un questionario self-Report a una misura *performance-based*. Nello specifico, MMPI-2 (Abbate e Massaro, 2008) e il metodo delle macchie diRorschach, a cui si possono aggiungere, a seconda del quesito, un test di livello (scale Wechsler), un test tematico (TAT) e dei test grafici (Bender, DAP, ecc). L'uso congiunto di MMPI-2 e Rorschach[11] ha trovato un ampio

[10] "L'idea guida intorno alla quale fu organizzata questa batteria di reattivi è che occorrerebbe dare ai diversi aspetti e livelli di funzionamento del paziente l'opportunità di manifestarsi nei reattivi. Tale idea si impresse in noi nel corso della nostra esperienza clinica, della quale si possono riassumere come segue i due punti principali:
a) nessun singolo reattivo è in grado di fornire una diagnosi in tutti i casi o di essere in tutti i casi corretto nella diagnosi che indica:
b) il disadattamento psicologico, grave o lieve, può incidere su ciascuna o su parecchie delle funzioni indicate da questi reattivi, lasciando altre funzioni del tutto o in parte inalterate"
(Rapaport e al. 1968, p. 63 ed. ital.).

[11] Provocatoriamente potremmo dire che il Rorschach sono solo dieci macchie d'inchiostro e che solo il sistema usato per interpretarlo lo fanno essere un test. Le posizioni sul Rorschach, oscillano tra due poli, da una parte troviamo Aronow et al (1994), che sostengono che il Rorschach non è solamente uno strumento di analisi percettiva, come concepito originariamente da Rorschach, ma che l'analisi contenutistica del materiale verbale "consente di entrare nello specifico mondo idiografico del soggetto" (Aronow et al.: xiii, 1994). Questi autori sottolineano che la caratteristica di una tecnica è la sua flessibilità, e che è proprio perché il Rorschach consente una gamma di libertà così ampia da parte dell'esaminatore, che è uno strumento utile, il quale indurrebbe una situazione "tipo quella di un sogno" nel corso dell'esame. Il punto di questi autori è che il Rorschach non è uno strumento psicometrico, e che quindi non andrebbe valutato psicometricamente. Ciò significa che ogni protocollo è talmente peculiare dell'individuo esaminato che non è possibile applicare a questo alcun criterio di confronto. Posizioni affini a quella di Aronow affermano che la somministrazione del metodo di Rorschach (e di altre tecniche proiettive) è analoga al processo psicoterapeutico, specialmente per quanto concerne gli aspetti del transfert e del controtransfert. Sul polo opposto, Weiner (1994) dal canto suo suggerisce di rinominare il test *Rorschach Inkblot Method* (RIM), perché il Rorschach è più correttamente identificabile come un *metodo* in grado di generare dati che possono essere interpretati da differenti prospettive teoriche. "Il RIM è (a) una misura della strutturazione cognitiva che implica i processi di attenzione, percezione, memoria, decisione e analisi logica, e (b) una misura di tematiche immaginative che implicano un processo di associazione, attribuzione e simbolizzazione" (Weiner, 1998, p.22). La nostra posizione è più vicina a Weiner e con lui

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

consenso nel corso degli ultimi quindici anni. Entrambi misurano in modo diverso le caratteristiche della personalità e consentono al soggetto esaminato di esprimere la capacità e la volontà di riconoscere e comunicare aspetti di sé collocati a livelli differenti. Da una parte il MMPI-2, poiché questionario self-report, è più sensibile e in grado di evidenziare gli aspetti di stato; dall'altra il Rorschach, in quanto misura *performance-based,* è più sensibile a quelli di tratto. L'uno, essendo una misura diretta, è più in grado di determinare la presenza e la gravità di uno specifico disturbo, mentre l'altro, essendo una misura indiretta, raramente offre informazioni su cosa la persona stia pensando o stia esperendo in quel momento o su quali sintomi siano presenti. D'altra parte, però, in virtù del suo essere meno ovvio e relativamente meno strutturato, il Rorschach consente di rilevare tratti, tendenze, attitudini di base e motivazioni implicite di cui spesso il soggetto non è pienamente cosciente (Weiner, Greene, 2008). In sintesi, come afferma Ganellen (1996, p.69): "L'uso congiunto del MMPI-2 e del Rorschach può essere considerato una strategia a più metodi per valutare il funzionamento psicologico di un individuo usando due test con due metodi di valutazione non sovrapponibili che hanno proprietà psicometriche non comparabili" . Conclusioni divergenti ottenute con i due test non sono necessariamente contraddittorie, né è possibile affermare che i risultati ottenuti da uno strumento siano più veri o più validi di quelli ottenuti dall'altro. I risultati possono essere visti come in accordo, in conflitto, o complementari l'uno all'altro. La modalità di integrazione tra i due strumenti viene mostrata in un interessante lavoro di Finn (1996), che considera le diverse possibilità: quando entrambi gli strumenti evidenziano un quadro di convergenza, questo aumenta la certezza delle inferenze che si possono fare sui dati ottenuti. Finn riferisce che protocolli validi del MMPI-2 e del Rorschach che evidenziano una situazione poco disturbata caratterizzano soggetti determinati, con una buona tolleranza allo stress, che esperiscono poca o nessuna angoscia e che possono funzionare adeguatamente anche in situazioni impegnative poco

riteniamo che il *Comprensive System* (Exner, 203) sia il sistema Rorschach più attuale e più utile. Questa nostra affermazione non significa che altri sistemi in uso nella realtà italiana siano da scartare (pensiamo, ad esempio, a quello della Scuola Romana Rorschach), quanto piuttosto il fatto che la letteratura internazionale oramai privilegia il CS, che finisce per essere il sistema di interpretazione di questo test più esaustivo e più ricco di letteratura e, soprattutto, quello i cui indici sono tutti empiricamente validati. Va comunque sottolineato che sistemi che da decenni sono spariti dal panorama internazionale e su cui non è reperibile una letteratura aggiornata, quali il Klopfer per esempio, peraltro integrato nel *Comprehensive System*, o addirittura i sistemi "fatti in casa", cioè approntati da clinici che hanno assemblato elementi di sistemi diversi, siano assolutamente da evitare.

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

familiari. Quando i protocolli di entrambi i test evidenziano una situazione disturbata, potrebbe indicare una persona che esperisce una considerevole angoscia e che mostra sostanziali difficoltà nel fronteggiare adeguatamente anche situazioni familiari e che richiedono pochi sforzi. In sintesi, nei soggetti in cui il protocollo del Rorschach (*performance based*) suggerisce una problematica psicologica mentre il MMPI-2 (*self-report*) no, è verosimile che il soggetto si muova meglio in situazioni maggiormente strutturate che non in situazioni relativamente non strutturate, dove tende a disorganizzarsi più facilmente. Viceversa, se la problematica è evidente al MMPI-2 ma non nel Rorschach, verosimilmente la persona funziona meglio in situazioni relativamente flessibili piuttosto che in situazioni maggiormente definite. Come ricorda Ganellen (1996), inoltre, ipotesi incoerenti e contraddittorie ricorrono non solo tra il MMPI-2 e il Rorschach, ma anche all'interno di uno stesso test. L'interpretazione di queste incoerenze è compito del clinico. Quanto ripreso da Finn vale soprattutto per un contesto clinico con quesiti clinici, la realtà giuridica in cui ci si trova sempre più frequentemente a operare cambia un po'. In ambito forense il motivo per cui un soggetto si sottopone a una valutazione non ha quasi mai finalità cliniche, e le performance ai test risentiranno inevitabilmente del motivo che portato alla valutazione e della motivazione del soggetto ad alterare, anche se inconsciamente, a proprio vantaggio.

Fra gli strumenti *performance based* non possiamo dimenticare i test tematici. Il termine *thematic* è stato usato, nel tempo, per indicare in generale una serie di figure somministrate con lo scopo di ottenere delle storie da parte del soggetto al quale sono sottoposte. Fra i test tematici, il capostipite e più noto rimante il Thematic Apperception Test (TAT): stimoli ed istruzioni specifiche per il T.A.T sono stati introdotti da Morgan e Murray (1935) e in seguito sviluppati, nella versione che oggi conosciamo, da Murray (1943). Nel tempo, vari set di figure sono stati sviluppati per ottenere temi in accordo con diverse finalità e diversi orientamenti teorici.[12] Nuovi set di figure sono stati introdotti anche in risposta alle critiche secondo cui le figure del TAT sono acromatiche, non considerano

[12] I test tematici sono numerosi, diversi non disponibili in italiano come il *Roberts Apperception Test for Children* (McArtur, Roberts, 1982) o il *Tell-Me-A-Story* (Costantino, Malgady, Rogler, 1988). Altri disponibili e frequentemente usati in Italia come il *Blacky Test* (Blum, 1950), il *Children Apperception Test* (Bellak,Bellak, 1949) e l'*Object Relation Technique* (Phillipson, 1955) recentemente riproposto con una griglia di valutazione empirico-clinica (Lang, Del Corno. 2006)

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

diverse alternative razziali, presentano persone acconciate con capi di abbigliamento e acconciature chiaramente fuori moda, ma soprattutto il loro tono emotivo dominante è negativo. Nonostante le numerose e continue critiche, le figure del TAT rimangono però le più usate (Teglasi, 2001) e il test continua tuttora a essere molto popolare: è il quarto test più utilizzato dagli psicologi clinici ed è la misura *performance based* più usata dopo il Rorschach. Il 63% degli psicologi, inoltre, afferma di utilizzare il test con gli adolescenti, e il 51% vi ricorre in contesti giudiziari con i minori (Piotrowski, 1999; Camara et al. 2000). Infine, la letteratura sul T.A.T negli ultimi anni si è arricchita dei contributi importanti di P. Cramer (1991, 1996) sui meccanismi di difesa e D. Westen (1991) e Westen et al. (1985) sulla valutazione delle relazioni oggettuali (Abbate, Massaro, 2007).

L'uso dei disegni nel contesto del testing, nonostante sia stato ampiamente criticato per la debolezza psicometrica, continua a essere uno dei metodi più usato dai clinici sia in età evolutiva sia con soggetti adulti. Stabilire l'attendibilità e la validità dei disegni è estremamente difficile, data le variazione delle condizioni tra una somministrazione e l'altra e per la frequente ricchezza e complessità dei disegni stessi. Diverse analisi rigorose delle proprietà psicometriche delle valutazioni basate sui disegni intesi come tecnica proiettiva, o come diremmo oggi *performance based,* hanno generalmente fallito nel tentare di dimostrare che essi sono validi indicatori della personalità, per quanto, alcune ricerche hanno parzialmente sostenuto questa ipotesi. I successi maggiori si sono ottenuti quando i disegni sono stati usati come una misura approssimativa della maturità intellettiva; successi moderati sono stati ottenuti nel dare valutazioni globali (livello d'adattamento, impulsività, ansia); ma scarsi successi sono stati registrati nella valutazione di aspetti specifici della personalità o nel produrre una diagnosi definita (Groth-Marnat, 2002).

È possibile classificare in tre gruppi i metodi utilizzati per l'interpretazione dei disegni; questa divisione non è originale e diversi autori hanno suggerito varianti simili: 1) il primo metodo consiste nell'usare le proprie **impressioni globali** per arrivare a delle conclusioni sulle caratteristiche della personalità del soggetto e sul suo possibile livello di patologia. Questo è senza dubbio il metodo più diffuso e non comporta alcuno scoring formale. Per giungere a delle conclusioni, lo psicologo fa affidamento sulla sua "esperienza fenomenologica del disegno, sulle

reazioni affettive o viscerali ad esso, e su impressioni e associazioni relativamente libere" (Scribner, Handler, 1987, p.112). Il secondo metodo cerca di **collegare singoli segni con aspetti specifici della personalità** o diagnosi specifiche. Questo metodo ha origine negli scritti della Machover (1949) e molti dei manuali disponibili sui disegni forniscono un tipo di glossario che assiste il clinico in questo metodo di interpretazione. Il terzo metodo non cerca di collegare i segni particolari con un'interpretazione specifica, ma si focalizza sulla **frequenza degli indicatori di patologia** presenti in un disegno. Comparando il numero di questi indicatori presenti in un disegno con le informazioni normative riguardo alla frequenza attesa, possono essere tratte delle conclusioni circa la presenza di un disadattamento. Questo metodo complessivo di valutazione ha avuto origine con il lavoro della Koppitz (1968), e due dei suoi rappresentanti attuali sono il *Draw A Person: Procedura di Screening per Disturbi Emozionali* (DAP: SPED; Naglieri et al., 1991) e il sistema di scoring di Van Hutton per il *House-Tree-Person* e il *Draw a Person* (Van Hutton, 1994) . A tal proposito sono interessanti le parole di Lally (2003, p246): "Questi metodi possono senza dubbio avere un posto nella pratica clinica, ma non s'integrano in un'aula di tribunale. Le conclusioni riguardo alle scale di valutazione complessiva, come il DAP:SPED e lo scoring di Van Hutton (1994) sono meno nette. Soddisfano, o soddisfano parzialmente, un certo numero di linee guida e criteri e hanno il potenziale, con una ricerca aggiuntiva, per soddisfarne di più. Sebbene la loro validità sia debole, le loro conclusioni siano limitate negli scopi e sembrino non offrire informazioni aggiuntive sui test psicologici, si può almeno sostenere che essi superano l'ostacolo relativamente basso dell'ammissibilità".

Per quanto ci riguarda, possiamo solo aggiungere che non essendo presenti in Italia ricerche adeguate sul sistema di Naglieri (1991) e su quello della Van Hutten (1994), riteniamo sia preferibile non utilizzare i disegni in un contesto forense.

Infine, non possiamo dimenticare i test cognitivi. Senza entrare nello specifico del dibattito teorico intorno al costrutto d'intelligenza e, di conseguenza, del vasto panorama di reattivi che valutano l'intelligenza, ricordiamo fondamentalmente le Scale Wechsler che, nelle diverse forme, consentono un'adeguata valutazione dell'assetto cognitivo dall'età prescolare a quella adulta Queste scale, che hanno preso l'avvio dai primi lavori di Wechsler negli anni '30, nel corso degli anni

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

hanno offerto una serie di revisioni e di aggiornamenti (per es.: WB-F1; WAIS; WAIS-R; WAIS-III, e la WAIS-IV) anche se in Italia i tempi di standardizzazione, e forse anche i tempi commerciali, non fanno combaciare le diverse edizioni, attualmente, oltre alla WPPSI-III, sono disponibili la WISC-III e IV e la WAIS-R. [13].

5 L'interpretazione dei risultati dei test e il report

L'interpretazione dei dati di una valutazione psicologica procede considerando le varie e talvolta contrastanti possibilità interpretative suggerite dai dati del test, ponderando e decidendo tra interpretazioni concorrenti e integrando le molte conclusioni separate suggerite dai dati in una descrizione significativa e teoricamente coerente dei sintomi attuali dei pazienti, dei suoi problemi nell'adattamento psicologico e del suo bisogno di cure psicologiche. Ganellen (1996), ricordando il contributo di diversi autori, sintetizza quest'operazione nel modo seguente: "dopo che i dati del test sono stati raccolti ed è stato effettuato lo *scoring*, il clinico formula prima delle ipotesi preliminari ottenute da una revisione attenta di tutti i dati del test, poi decide quali ipotesi mantenere e quali scartare, e quindi integra i vari risultati in una formulazione completa per descrivere l'organizzazione della personalità dei pazienti, per favorire diagnosi differenziali, per identificare modelli caratteristici di funzionamento interpersonale, per valutare la concezione di sé e per evidenziare problemi per la pianificazione del trattamento".

Dopo aver raccolto i dati si passa quindi allo *scoring* e alla formulazione delle prime ipotesi. Attraverso l'ulteriore analisi dell'*insieme dei dati* ottenuti, l'esaminatore valuterà la plausibilità delle sue ipotesi: alcune verranno mantenute, altre modificate e altre, infine, saranno definitivamente scartate. Si passerà dunque all'integrazione dei dati in una formulazione coerente e in grado di descrivere l'organizzazione della personalità del soggetto e il suo funzionamento, il suo temperamento e suoi atteggiamenti stabili, i problemi maturativi, i pattern difensivi, gli schemi relazionali ecc.

[13] Gli acronimi noti a chiunque si occupi di valutazione rimandano rispettivamente alla *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI),* alla *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)* e alla *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R)* Strumenti in vendita presso l'OS-Giunti di Firenze

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

L'interpretazione dei risultati di un esame psicodiagnostico è certamente l'aspetto più complesso dell'assessment. In questa fase, l'esaminatore integra i dati ottenuti dalla somministrazione dei vari test con quelli dell'anamnesi e dei colloqui e li sintetizza in un *report* significativo e teoricamente coerente che mette in evidenza il funzionamento del soggetto, la presenza di eventuali problemi di adattamento, le sue risorse psicologiche, la necessità di un trattamento e la sua pianificazione .

Il *report* è la sintesi scritta del lavoro di valutazione e rappresenta lo sforzo dell'esaminatore di integrare i dati della valutazione in un *unico funzionale* in modo che le informazioni possano essere utili al soggetto esaminato, o al clinico inviante, per trovare una soluzione ai problemi del soggetto e prendere decisioni. Anche lo strumento d'indagine migliore sarà inutile se le informazioni che è in grado di fornire non sono comunicate in modo rilevante e chiaro e, soprattutto, se non rispondono ai bisogni del cliente. Ciò implica che l'esaminatore, come clinico, non solo comunichi i risultati dei test, ma interagisca anche con quei dati in modo che le sue conclusioni siano utili al soggetto. Il report va considerato come un mezzo strutturato attraverso il quale comunicare ad altri, con un certo senso d'obiettività, gli aspetti cognitivi, comportamentali ed emotivi, e il suo funzionamento. Un report deve fornire il ritratto di un soggetto in modo che il lettore possa riconoscere, comprendere, e relazionarsi a esso. Più che un documento scientifico e tecnico, il report deve dunque essere politico, diplomatico, strategico e persuasivo (Appelbaum, 1970)

Ovviamente c'è più di un modo per scrivere un report, e nessuno è necessariamente migliore di un altro; l'importante è che fornisca informazioni utili. Un report ben scritto dovrebbe chiarire le dinamiche personali e spiegare il comportamento manifesto, gli effetti dell'interazione dei fattori cognitivi e intellettivi sulla personalità.

Le posizioni sul report sono diverse e rispecchiano le diverse impostazioni teoriche e i diversi approcci professionali[14]. In ogni caso, un buon clinico avrà un'immagine mentale di uno schema preciso per il proprio report. Senza un modello strutturato, aree importanti potrebbero essere omesse mentre alcune delle aree considerate potrebbero essere arbitrarie. Avere una lista predeterminata delle aree che dovrebbero essere considerate consente di produrre un report più

[14] Utile il volume 62 (1) del 2006 del *Journal of Clinical Psychology* numero monografico dedicato al Report.

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

esaustivo. In ogni caso, un approccio del genere sarà certamente utile e necessario per chi, agli inizi, è ancora privo di esperienza.

I clinici affrontano la valutazione psicologica da posizioni teoriche differenti che hanno, ovviamente, un effetto sull'organizzazione e sui contenuti della relazione finale. Spesso, tuttavia, le differenze tra le diverse prospettive sono di natura semantica e non concettuale; tra le diverse posizioni teoriche esistono infatti similitudini e sovrapposizioni considerevoli.

Il destinatario del report, in quanto lettore di quello che avremo scritto, è un altro aspetto importante da considerare. Il report scritto sarà diverso a seconda che il destinatario sia uno psicologo, uno psichiatra, un giudice, un insegnate o il soggetto stesso. In ogni caso, bisognerà considerare il livello di conoscenza, l'impostazione teorica e soprattutto i bisogni del destinatario. I punti su cui organizzare un Report dovrebbero essere, comunque, proprio quegli aspetti, clinici o meno, che hanno motivato la richiesta della valutazione.

La base su cui costruire un report sarà quindi definita partendo dai quesiti cui si deve dare risposta. Ciò non significa, tuttavia, che non si possa e/o non si debba andare oltre, e a volte può venire fuori, nel corso dell'esame, che i quesiti posti non siano quelli giusti. Per esempio, il caso in cui il quesito riguarda gli aspetti psicologici o funzionali mentre nel corso dell'esame sono evidenziati e convalidati indici di importanza neuropsicologica.

Una delle critiche più frequenti è che lo psicologo clinico ponga un'attenzione eccessiva agli aspetti patologici e trascuri le "risorse", le "parti sane" dell'individuo. Ciò è sicuramente vero in molti casi. Evidenziare le "parti sane" può aiutare il lettore non solo ad avere e a comprendere meglio un quadro clinico, ma può anche fornirgli indicazioni utili su cui far leva per un eventuale intervento.

In linea generale, comunque, un formato "test per test" in cui un test e la sua interpretazione è seguito da un altro test e relativa interpretazione, è da evitare. Non ci fornirà indicazioni sulla persona, ma sui diversi test usati. Si dovrebbe assolutamente evitare di sviluppare un report da un singolo test, per quanto va considerata la possibilità che questo possa accadere. Per cogliere i diversi aspetti di una personalità è necessario, come abbiamo visto, utilizzare strumenti diversi e il report dovrebbe essere la sintesi di differenti fonti di dati. Inoltre, è importante *non* scrivere mai un report da una prospettiva "cieca": valutare un soggetto senza aver avuto un contatto o un colloquio con lui.

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

Poiché i test psicologici sono usati come ausili per formulare ipotesi riguardanti un soggetto all'interno di un procedimento di valutazione complesso, le interpretazioni non devono venire esclusivamente dal test, ma *dall'intera situazione clinica*. Il report, inoltre, *non* è la storia sociale del soggetto, anche se non è necessario escludere dal report le informazioni anamnestiche, laddove esse siano pertinenti alla comprensione del quadro psichico che emerge dalla valutazione.

Un altro "errore" frequente in alcuni report è l'uso di formule statistiche che hanno poco o nessun significato per chi lo leggerà (per esempio i codici del MMPI-2 o gli indici del Rorschach). L'uso di punteggi grezzi, subtest, indici, siglature, ecc., è accettabile se 1) chi leggerà il Report ha sufficienti conoscenze per trarne vantaggio; 2) viene fornita una chiara interpretazione dei concetti.

La lunghezza e il modo di scrivere un report merita attenzione. La lunghezza non è necessariamente correlata con la qualità (Tallent, 1988): report lunghi tendono a contenere molte informazioni *estranee*, a volte inutili se non addirittura dannose, che in molti casi non sono rilevanti per la valutazione del soggetto. D'altra parte, è discutibile che una valutazione psicologica possa rendere giustizia a una persona in una sola pagina.

Il report va scritto in terza persona e dal punto di vista del processo valutativo. Un altro aspetto da considerare, legato alla professionalità del clinico, è la sua tempestività nel fornire la risposta dell'assessment.

Alcune considerazioni andrebbero fatte sul clinico che scrive il report. Training ed esperienza sono fattori importanti, così come la supervisione di un clinico esperto nella fase di apprendimento. Benché uno psicologo clinico possa ritenere o cerchi di essere oggettivo quando fa una valutazione, le identificazioni proiettive e gli aspetti di controtransfert influenzano il suo lavoro; pertanto, l'oggettività di una terza persona dovrebbe essere considerata una necessità. Inoltre, il clinico deve avere un'ampia conoscenza delle differenti teorie della personalità e della psicopatologia per scrivere un report coerente.

In linea con il rispetto della privacy, lo psicologo dovrebbe evitare di riportare aspetti che non sono rilevanti e che potrebbero indebitamente invadere la vita privata del soggetto esaminato. Aspetti non correlati con la struttura psicologica del soggetto al momento della valutazione dovrebbero essere evitati, soprattutto se possono danneggiare il soggetto in futuro.

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

Alcune parole andrebbero inoltre spese sull'uso, sempre più esteso, del computer e dei relativi programmi che semplificano le procedure di scoring, e sulla loro capacità di generare ipotesi diagnostiche e sviluppare *report*. Groth-Marnat (2000, p 359) ha sottolineato che "i computer (e le tecnologie in generale) offrono soluzioni straordinarie ma, allo stesso tempo, creano nuovi dilemmi per la professione e per la società". Come ben sappiamo, le tecnologie invecchiano facilmente e rischiamo di utilizzare "programmi vecchi" ampiamente superati; inoltre, come sottolinea Groth-Marnat (2000), i report narrativi generati da software specifici tentano il clinico di presentarli come propri e, soprattutto, generano una sorta di passività che trova rappresentazione nel fatto che il processo decisionale insito nell'assessment viene potenzialmente ridotto; ma soprattutto, generano un'impressione non vera di precisione scientifica (Snyder, 2000). Ciò non toglie che i programmi che aiutano nello scoring sono di fondamentale importanza riducendo ad esempio tempo ed errori, mentre i programmi che generano ipotesi diagnostiche e sviluppano un *report* possono indurre in grossolani errori se non altro perché il clinico che li usa difficilmente conosce l'algoritmo che sottende quella specifica interpretazione[15].

Infine, ricordiamo che prima di iniziare una valutazione è un obbligo etico e legale ottenere il consenso informato dalla persona che sarà esaminata[16] Uno dei possibili modi di iniziare un processo di valutazione può essere il seguente: "Quello che faremo è una valutazione psicologica, le chiederò alcune cose e le farò fare dei test", dopo di che bisogna spiegare alla persona quali sono i motivi dell'esame (clinico/forense o altro), gli strumenti che saranno utilizzati e chi sarà il destinatario del *report* finale.

[15] Utile e dirimente su molti quesiti inerenti l'uso del computer in psicologia il numero monografico di marzo del 2000 della rivista *Psychological Assessment* su "The use of computers for making judgments and decisions"

[16] Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani all'articolo 24 dice: "Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza. Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato. Se la prestazione professionale ha carattere di continuità nel tempo, dovrà essere indicata, ove possibile, la prevedibile durata" . E segue all'articolo 25: "Lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone. Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio. Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti".

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

Bibliografia

- Abbate, L., Massaro, V. (2007). *La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT. La Social Cognition and Object Relation Scale di Drew Westen*. Raffaello Cortina, Milano.
- Abbate, L., Massaro, V. (2008). Il Thematic Apperception Test in (a cura di M. Lang) *I dieci test che uno psicologo deve conoscere*. Cortina Editore, Milano.
- Abbate, L., Massaro, V. (2008) Minnesota Multiphasic Personalità Inventory – 2 in (a cura di M. Lang) *I dieci test che uno psicologo deve conoscere*. Cortina Editore, Milano.
- Acklin, M.W. (2002) . How to select personality tests for a test battery. In J.N. Butcher *Clinical Personality Assessment* (2nd ed, pp13-23). Oxford University Press, New York.
- Allport, W. G. (1965). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart & Winston, Inc, New York (trad. Italiana) LAS, Roma, 1977.
- Appelbaum, S.A. (1970). Science and persuasion in the psychological test Report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 349-355.
- Aronow E., Reznikoff M., Moreland K. (1994) The Rorschach Tecnique. Boston: Allin and Bacon.
- Beutler, E.L. (1995). Integrating and Comunicating Findings. In Beutler, L.E., Berren, M.R. *Integrative assessment of Adult Personality*, Guilford Press, New York.
- Boncori, L. (1993). *Teoria e tecniche dei test*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cramer, P., (1991), *The development of defense mechanism*. Springer-Verlag. New York.
- Cramer, P., (1996). *Storytelling, narrative and the Thematic Apperception Test.* Guilford Press, New York.
- Del Corno, F., Lang, M(2006). La diagnosi delle relazioni oggettuali con l'Object Relations Technique (ORT). Cortina Editore, Milano.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach a Comprehensive System: Vol I. Basic Foundation and principles of interpretation* (4th Ed). Wiley, Hoboken
- Finn, S.E. (1996) Assessment feedback integrating MMPI-2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment*, 67, 543-557.
- Fischer, C. T. (2009) Practical Characterization of Tests Promoting the Proposed Retirement of the Misleading "Projective"–"Objective" Distinction. SPA – Exchange, vol. 21 (1), p. 2.
- Frank, L.K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 8, 543-557.
- Galimberti, U. (1999). *Enciclopedia di psicologia*. Torino: Garzanti.
- Ganellen R.J. (1996) Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in Personality Assessment. Lawrence Erlbaum Associates.
- Groth-Marnat, G (2000). Visions of clinical Assessment: then, now, and a brief history of the future. *Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 349-365.
- Lerner, P.M. (1998). Psychoanalytic Perspectives on the Rorschach. The Analytic Press, Inc., Hillsdale. (trad. ital.) Cortina Editore, 2000
- Levine, R. (1988) *Contributions of Countertransference data from the analysis of Rorschcah: an object Relation Approach* . in Lerner, H.D. e Lerner, P.M. (Editor) *Primitive Mental States and the Rorschcah*, International Universities Press, Madison.
- Machover, K. (1949). *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure.* Charles C. Thomas, Publisher, Springfiled.

Scaricato da www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it

- Maloney, M.P. & Ward, M.P. (1976) *Psychological Assessment: a conceptual approach.* Oxford University Press, New York.
- Meyer,G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., et al. (2001) Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist,* 56, 128-165.
- Meyer, G,J. & Kurtz, J.E. (2006) Advancing personality assessment terminology: time to retire "objective" and "projective" as personality test descriptors. *Journal of Personality Assessment,* 87, 223-225.
- Morgan, C.D., Murray, H.A. (1935). A method for investigating fantasies: the thematic apperception test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-359.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic Apperception Test Manual*. Harvard University Press, Cambridge. (tr. Ital.) OS Firenze, 1971.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in Personality*. Oxford Univerisity Press, New York.
- Rapaport, D., Gill M.M., Schafer, R. (1968) Diagnostic Psychological Testing, revised Edition, International Universities Press, New York. (trad. Italiana) Boringhieri, Torino, 1981.
- Sloves, R.E., Docherty, E.M, & Schneider, K.C. (1979). A scientific problem-solving model of psychological assessment. *Professional Psychology*, 10, 28-35.
- Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing.* Grune & Stratton, New York. (trad. Italiana) Boringhieri, 1971.
- Snyder, D.K. (2000). Computer-assisted judgment: defining strength and liabilities. *Psychological Assessment,* 12(1), 52-60.
- Tallent, N. (1988). *Psychological Report Writing* (3rd ed.). Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Tallent, N. (1992). *The practice of psychological assessment.* Prentice Hall, New Jersey.
- Teglasi, H. (2001). *TAT and other Storytelling Techniques Assessment.* John Wiley & Sons, New York.
- Trombini, G., Baldoni, F. (1999). *Psicosomatica*. Bologna: il Mulino.
- Weiner, I. (1994). The Rorschach Inkblot Method (RIM) is not a test: implication for theory and practice. *Journal of Personality Assessment*, 62, 498-504.
- Weiner, I. (1998). *Principles of Rorschach Interpretation*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Weiner, I. B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: the Rorschach Inkblot Method as exemplar. *Psychological Assessment,* 13 (4), pp. 423-432.
- Weiner, I.B. & Greene, R.L. (2008). *Handbook of Personality Assessment*. John Wiley& Sons. Inc., Hoboken.
- Westen, D. (1991), "Clinical Assessment of Object Relations Using the TAT". In *Journal of Personality Assessment*, 56 (1), pp. 56-74.
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K.R., Kerber, K. (1985), *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS): Manual for Coding TAT Data*. University of Michigan, Ann Arbor. (tr. Ital.) in Abbate, L., Massaro, V. (2007).