

Un'indagine sull'uso dei test in età evolutiva: scelte basate sulla qualità o su pratiche condivise?

Patrizio E. Tressoldi (Università di Padova)

Luigi Pedrabissi (Università di Padova)

Mauro Trevisan (Università di Padova)

Cesare Cornoldi (Università di Padova)

In collaborazione con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e l'Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento – AIRIPA

L'obiettivo dell'attività dello psicologo, specialmente clinico, consiste essenzialmente in un intervento di aiuto alle persone in varie circostanze della vita: quando esse devono prendere decisioni riguardanti la carriera scolastica e/o professionale, effettuare importanti scelte di vita, o nel cercare di modificare la loro situazione di disagio emotivo. Poiché è in gioco la vita presente o futura di un individuo, occorre che lo psicologo proceda con molta prudenza, acquisendo una vasta gamma di dati e di elementi conoscitivi e valutativi per un corretto *assessment*.

Generalmente viene privilegiato un approccio multidimensionale all'*assessment* psicologico: oltre ad informazioni ottenute per via intuitiva (colloquio, intervista), ci si serve dell'osservazione diretta e delle registrazioni del comportamento manifesto, dell'analisi delle risposte fisiologiche, delle informazioni offerte da persone significative (genitori, familiari), nonché delle risultanze di alcuni test, scelti in funzione dei vari aspetti della personalità e delle aree psicologiche di cui si vuole approfondire la conoscenza.

Fino ad ora in Italia non si conosceva quanti fra i test disponibili sul mercato fossero utilizzati e quali fra essi fossero considerati più

utili e validi, al punto da essere raccomandati ad altri colleghi psicologi. Analoghe ricerche sono state condotte in ambito anglosassone (Camara, Nathan e Puente, 2000; Lally, 2003; Shapiro e Heick, 2004; Bekhit, Thomas e Jolley, 2005; Archer, Buffington-Vollum, Vauter Stredny e Handel, 2006), ma nessuna ancora in Italia.

È proprio questa curiosità che ci ha motivato alla presente ricerca.

Anche per coloro che hanno a cuore il miglioramento della formazione e della pratica professionale degli psicologi, ed in particolare le modalità di *assessment*, può risultare utile conoscere quali strumenti vengono utilizzati per valutare le competenze cognitive, relazionali, di personalità, di apprendimento, ecc., dagli psicologi italiani e il grado di fiducia che in questi ripongono.

A questo scopo abbiamo predisposto un Questionario on-line, divulgato grazie alla preziosa collaborazione dell'Ordine Nazionale degli Psicologi e dell'AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento), di cui riportiamo le istruzioni e una parte della schermata (fig. 1).

Gli obiettivi principali erano sostanzialmente due: a) ricavare una frequenza d'uso dei

Indagine esplorativa sull'uso degli strumenti per l'assessment in età evolutiva

Secondo la sua esperienza diretta, tra gli strumenti per l'assessment psicologico in età evolutiva sotto elencati, indichi quali ritiene indispensabili e il grado di raccomandabilità ai suoi colleghi.

Se non usa le norme allegate ai manuali indichi quali usa.




Strumento	Norme o manuale di riferimento	Grado di raccomandabilità
WISC-R - WISC-III - WIPPS-R		Min 1 2 3 4 5 Max <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
RORSCHACH		Min 1 2 3 4 5 Max <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Matrici progressive colorate di Raven		Min 1 2 3 4 5 Max <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

FIG. 1. Esempio di schermata del Questionario on-line da noi proposto.

vari test e b) il grado di raccomandabilità (fiducia) negli stessi.

Il Questionario è rimasto on-line da Luglio a Novembre 2008.

Hanno risposto, in modo completo, 173 psicologi, abbastanza rappresentativi della popolazione degli psicologi italiani: 16 sono dipendenti di Servizio privato, 60 dipendenti di servizio pubblico e 97 liberi professionisti. Anche la loro regione di appartenenza riflette abbastanza bene la distribuzione degli psicologi italiani, con

qualche inevitabile sovrastima o sottostima per alcune regioni (v. tab. 1). Le maggiori differenze si evidenziano per il Veneto e la Valle d'Aosta con una percentuale di rispondenti superiore del 7% rispetto alla percentuale di quelli iscritti all'Ordine Nazionale ed una percentuale inferiore al 12% degli psicologi del Lazio.

La percentuale di rispondenti delle diverse regioni italiane, rispetta abbastanza bene il rapporto con il numero di iscritti all'albo nazionale del 2007¹.

¹ Ringraziamo il vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi, Claudio Tonzar per averci fornito questi dati.

Un'indagine sull'uso dei test in età evolutiva

TAB. 1. Regione di appartenenza degli psicologi che hanno risposto al Questionario

Regione	Frequenza	Percentuale
Abruzzo	7	4
Basilicata	5	3
Calabria	1	1
Campania	4	2
Emilia-Romagna	9	5
Friuli-Venezia Giulia	4	2
Lazio	17	10
Liguria	3	2
Lombardia	29	17
Marche	7	4
Piemonte	13	8
Puglia	7	4
Sardegna	1	1
Sicilia	12	7
Toscana	9	5
Trentino-Alto Adige	2	1
Umbria	1	1
Valle d'Aosta	14	8
Veneto	28	16
Totale	173	-

Nel Questionario chiedevamo anche gli anni di esperienza lavorativa dello psicologo. Gli psicologi che hanno risposto erano in prevalenza «professionalmente» giovani, il 25,3% con 1-3 anni di esperienza, il 25,4% con 4-6 anni, il 24% con 7-12 anni, e il 25,3% con più di 12 anni di esperienza.

Nella tabella 2 indichiamo le frequenze d'uso dei test e le statistiche descrittive del loro grado di raccomandabilità. Poiché la divisione del campione in due gruppi di esperienza, inferiore o uguale a 6 anni e superiore ai 6, non ha evidenziato alcuna differenza, i dati sono stati raggruppati.

Per quanto riguarda i test per la valutazione di funzioni cognitive generali, non ci sono sorprese. La supremazia delle scale Wechsler nelle loro diverse versioni è un risultato atteso, come pure il secondo posto delle Matrici di Raven. L'uso meno frequente delle scale Griffiths, Bayley e del Cattell possono essere dovuti al fatto che i primi due strumenti sono applicabili a fasce d'età molto basse e quindi alle minori occasioni d'uso mentre per il Cattell, che tra l'altro riporta il grado minore di raccomandabilità (Media 2,4; DS=1,1), potrebbe aver anche

prevalso la riflessione di una minore praticità rispetto al suo diretto concorrente, e cioè le Matrici di Raven. Sorprende comunque la scomparsa del classico Stanford-Binet, un tempo molto popolare anche in Italia, e su questo potrebbe anche aver influito l'età dei rispondenti.

Alcuni dati sconcertanti, che differenziano la comunità degli psicologi italiani da quella emersa con analoghe indagini in altri paesi occidentali, sono presenti nella categoria dei test per la valutazione degli aspetti emozionali, relazionali e di personalità. Le prime posizioni sono occupate da strumenti cosiddetti proiettivi seguiti dal MMPI-A e a seguire tutti gli altri test *self* o *external report*. Che gli strumenti proiettivi fossero molto usati non è una sorpresa, ma vederli tutti precedere quelli più strutturati forse lo è. Tuttavia qualche informazione meno scontata viene rilevata dai dati relativi al grado di raccomandabilità.

All'interno degli strumenti proiettivi è singolare la differenza in «raccomandabilità» tra il disegno della figura umana e della famiglia e il Rorschach, lo strumento sicuramente più studiato anche dal punto di vista della ricerca. In termini di differenza standardizzata equiva-

Tab. 2. *Frequenza d'uso, media e deviazione standard del grado di raccomandabilità dei test in ordine decrescente, divisi per categoria di appartenenza*

Valutazione abilità cognitive generali	N.	Media	Dev. std.
WISC-R – WISC-III – WIPPSI-R	157	4.5	0.7
Raven PM47	149	3.7	1.0
Raven PM38	124	3.4	1.2
IPDA	111	3.3	1.1
Leiter-R	108	3.5	1.2
Vineland	97	3.6	1.1
Griffiths MDS	85	3.2	1.2
Culture Fair di Cattell	82	2.4	1.1
Bayley scales	79	3.1	1.2
Personalità-comportamento-relazioni-umore			
Disegno famiglia	140	3.4	1.3
Disegno figura umana	130	3.2	1.3
Rorschach	127	2.6	1.4
Favole Düss	127	2.7	1.3
C.A.T	121	2.9	1.4
BLACKY	117	2.7	1.3
MMPI-A	104	3.3	1.1
TMA	98	3.2	1.3
CDI	98	3.1	1.2
AMOS	97	3.1	1.3
TAD	95	3.0	1.1
Conners	92	3.3	1.1
K-SADS-PL	92	3.0	1.2
Quest. ansia	82	2.8	1.1
TRI	81	2.6	1.3
BFQ-C	80	2.7	1.1
IND. CAP. ADATT. SOC	75	2.8	1.1
Apprendimento scolastico			
Prove lettura MT	138	4.5	0.7
DDE-2	125	4.4	0.8
AC-MT	122	4.2	0.9
ABCA	118	4.0	0.9
BDE	104	3.8	1.1
Funzioni cognitive specifiche			
Torre di Londra	124	3.8	1.1
BNV5-11	120	3.8	1.0
REY	114	3.5	1.1
Bender	110	3.2	1.2
VMI	110	3.7	0.9
Corsi	110	3.9	1.1
Wisconsin	91	3.4	1.2
Movement ABC	69	2.9	1.2
Altri			
Frostig-Campanelle-KITAP-TEMA-TCGB-TINV-CMF		4.1	0.9
CBCL-SAT-SDAI-SIB DDO			
Test albero-Patte noir-Wartegg-Family relation Test-Sceno test			

Un'indagine sull'uso dei test in età evolutiva

lente a punti z , la grandezza dell'effetto (*effect size*), utilizzando l'indice d di Cohen tra il disegno della famiglia e il Rorschach è pari a: .60; IF95% .23-.95, solo un po' superiore a quella con il disegno della figura umana. Non ci sono invece sostanziali differenze tra il disegno della figura umana e della famiglia e i test strutturati quali MMPI-A, TMA, CDI, ecc. In sintesi, il disegno della famiglia e della figura umana godono della stessa fiducia dei testi più strutturati e tutti questi superano di almeno mezza deviazione standard quella del Rorschach. È solo un problema dovuto alla maggiore difficoltà nell'uso di questo strumento (e alla minore conoscenza dei metodi d'uso) o alla qualità delle informazioni che fornisce? Questo non è desumibile dai dati raccolti e lo lasciamo commentare a chi vorrà intervenire sul dibattito che apriamo con questa nota.

Infine non ci sembra emergano sorprese dalle categorie di strumenti per la valutazione dell'apprendimento scolastico e delle funzioni cognitive specifiche. Il primato della Torre di Londra e della BVN5-11 è probabilmente dovuto alla fama della prima e alla praticità della seconda che permette di avere a disposizione una gamma di test per valutare le principali funzioni cognitive.

Una nota finale rispetto ad altri test meno usati, ma segnalati dai partecipanti. Si evidenzia un elenco equamente diviso tra strumenti strutturati per la valutazione del comportamento, es. SDAI, SIB e di altre funzioni cognitive, es. TCGB, TEMA e altri strumenti proiettivi quali il disegno dell'albero, lo Sceno test, il Wartegg, ecc.

Infine una nota di rammarico dovuta alla mancanza di indicazioni relative alle norme utilizzate. Mentre non c'erano particolari curiosità rispetto a quelle relative ai test per la valutazione delle funzioni cognitive generali e per gli strumenti più strutturati quasi sempre forniti di norme allegate con misure di validazione psicometrica, era interessante conoscere quelle utilizzate per l'utilizzo dei molti strumenti proiettivi in quanto quelle disponibili sono alquanto carenti come per altro documentato non troppo tempo fa da Tressoldi, Barilani e Pedrabissi (2004). Sarà dovuto al fatto che chi utilizza

questi test si accontenta generalmente di indicazioni qualitative?

Dalla nostra indagine emergono quindi indicazioni interessanti e spunti per il dibattito. Chi vuole intervenire può liberamente commentarla o prendere spunto dagli interrogativi che abbiamo menzionato e qui sotto aggiungiamo.

Ecco alcuni quesiti per la discussione:

– I dati rilevati dal Questionario rappresentano una fotografia attendibile dell'uso e della fiducia attuale da parte degli psicologi dell'età evolutiva?

– Qual è la ragione del maggior uso delle tecniche proiettive rispetto agli strumenti *self* o *external report*?

– Qual è la ragione per la fiducia nelle tecniche proiettive ed in particolare del disegno della figura umana e della famiglia?

– Per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei testi, quali forme e contenuti di formazione sarebbero prioritari?

Riferimenti bibliografici

- Archer, R.P., Buffington-Vollum, J.K., Vauter Stredny, R., Handel, R.W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87, 84-94.
- Bekhit, N.S., Thomas, G.V., Jolley, R.P. (2005). The use of drawing for psychological assessment in Britain: Survey findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 205-217.
- Camara, W., Nathan, J.S., Puente, A.E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology – Research & Practice*, 31 (2), 141-154.
- Lally, S. (2003). What tests are acceptable for use in forensic evaluations? A survey of experts. *Professional Psychology – Research & Practice*, 3, 491-498.
- Shapiro, E.S., Heick, P.F. (2004). School psychologist assessment practices in the evaluation of students referred for social/behavioral/emotional problems. *Psychology in the School*, 41 (5), 551-561.
- Tressoldi, P.E., Barilani, C., Pedrabissi, L. (2004). Lo stato (preoccupante) delle tecniche proiettive per l'età evolutiva in Italia. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (1), 9-28.

Considerazioni in margine all'indagine sull'uso dei test in età evolutiva

PIER LUIGI BALDI
Università Cattolica di Milano
E-mail: pier.baldi@unicatt.it

1. Osservazioni preliminari. Prima di qualsiasi commento ai dati del questionario, penso sia opportuno rilevare che, senza nulla togliere ai meriti e all'interesse della ricerca e pur accettando l'osservazione dei suoi autori, secondo cui i 173 rispondenti sono «abbastanza rappresentativi della popolazione degli psicologi italiani», le risposte ottenute sono comunque quelle di un gruppo autoselezionato e che la rappresentatività di tale gruppo, su base regionale, lascia a desiderare; relativamente a questo secondo aspetto, balzano facilmente all'occhio alcuni squilibri numerici: mi limito a citare i 14 psicologi della Valle d'Aosta, che annovera, dalle notizie desunte dal sito-web dell'Ordine degli Psicologi della Regione Valle d'Aosta, 134 psicologi nelle due sezioni, A e B, dell'Ordine, a fronte dell'unico rappresentante, rispettivamente, della Regione Calabria e della Regione Sardegna; in ambedue queste Regioni mi risulta che gli iscritti all'Ordine degli Psicologi superino abbondantemente le mille unità (in Sardegna sono oltre 1.800).

Ritengo inoltre che il poter disporre di informazioni sugli ambiti professionali, in cui operano gli psicologi che hanno risposto alle domande, avrebbe fornito un contributo a meglio comprendere i dati raccolti. Ad esempio, si sa che in area forense i reattivi proiettivi, a partire dal test di Rorschach, godono di particolare considerazione (cfr., ad es. le «Linee Guida per l'utilizzo dei test psicologici in ambito forense», pubblicate dall'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio) e che, tra essi, il «Disegno della famiglia» e il «Disegno della figura umana» sono ritenuti strumenti di agevole applicazione ai soggetti più giovani, utili ad ottenere dati facilmente comunicabili anche a chi è sprovvisto di una specifica preparazione in psicologia (cfr., ad es. Fornari, 2007; Magrin, 2000). Anche nello studio e nel trattamento dei disabili

cognitivo-intellettivi, soprattutto in età infantile, i test di disegno possono essere opportunamente utilizzati in vari casi. Non escluderei poi che, in certi contesti professionali, la scelta dei test possa essere dettata da motivi che esulano dall'effettiva preparazione dello psicologo: ragioni di tempo, economiche, strumenti non sempre aggiornati.

Ciò premesso, devo dire che i risultati della ricerca sono sostanzialmente in linea con quanto mi sarei potuto aspettare dopo alcuni anni di esperienza come insegnante incaricato (si tratta del mio secondo insegnamento) di «Teoria e tecniche dei test» e, successivamente all'entrata in vigore del DM 509/1999, di «Metodi e tecniche dei test psicologici». In effetti, fatte le debite eccezioni, non ho mai notato nella maggior parte degli studenti di Psicologia uno spiccato interesse verso i test, soprattutto verso quelli che si caratterizzano per un solido apparato psicometrico e, quindi, per buone qualità metrologiche. Non penso che i più siano particolarmente attratti dallo studio delle procedure che devono essere seguite per ottenere uno strumento attendibile e valido né dall'insieme di norme che vanno apprese e applicate per un suo corretto utilizzo, norme che consentono di ridurre il rischio di ottenere dati distorti e, quindi, fuorvianti; soprattutto non gradiscono approfondire i fondamenti matematico-statistici dei reattivi mentali, fondamenti che negli anni sono andati sempre più articolandosi e affinandosi, riflettendo una linea di sviluppo che è di tutta la scienza psicologica, il cui livello di maturità raggiunto ha progressivamente accentuato «la tendenza a dare forma matematica ad alcuni dei modelli descrittivi della realtà psicologica» (Rubini, 1984). Forse molti studenti preferiscono un uso, che potremmo definire «più disinvolto» e sbrigativo dei reattivi mentali, attraverso cui trovare, possibilmente, una conferma a dati ottenuti per altre vie, in particolare per via intuitiva. In realtà, come osservano gli autori dell'indagine, nel lavoro dello psicologo i dati frutto di intuizione rientrano nell'ambito di un approccio multidimensionale e vanno confermati con i risultati che provengono dall'utilizzo di altre procedure, compresa l'applicazione di reattivi mentali; la sola intuizione, soprattutto

quando gli anni di pratica professionale sono pochi, può esporre ad errori grossolani, con ricadute anche pesantemente negative sulla vita di chi si è affidato allo psicologo per un aiuto professionalmente qualificato.

2. Sui dati relativi all'«indispensabilità» e alla «raccomandabilità» dei test. Il fatto che il «Disegno della famiglia» e il «Disegno della figura umana» occupino i primi due posti fra i reattivi di personalità, sia per frequenza d'uso che per grado di raccomandabilità, può essere ricondotto alla caratteristica condivisa dai test di disegno, che è quella di facilitare la relazione con il bambino e con l'adolescente che presenta problemi di disabilità psichica, oltre che alla semplicità di somministrazione di tali strumenti. Tuttavia stupisce negativamente l'assenza di citazioni delle norme seguite, verosimilmente ricollegabile alla non conoscenza degli studi che offrono criteri interpretativi e, quindi, un quadro di riferimento per il commento dei dati (è noto che, per il «Disegno della famiglia», le metodiche a cui si ricorre più frequentemente sono quelle di Corman e il «Kinetic Family Drawings» e, per il «Disegno della figura umana», quelle di Fay, di Goodenough-Harris, di Machover, ecc.). Non meno grave, a mio parere, l'ampio utilizzo delle «Favole della Düss», utilizzo pari a quello del test di Rorschach e con un grado di raccomandabilità addirittura superiore, anche se di poco; si tratta di uno strumento senza campionatura, senza studi di validazione, le cui norme sono considerate nettamente insufficienti (Boncori, 1993). Anche il C.A.T. non brilla né per livello qualitativo delle norme di riferimento né per validità e stabilità dei dati: questi sono raccolti su un campione USA e le norme di riferimento non sarebbero chiare; i dati sulla validità sarebbero scarsi e «poco incoraggianti» gli studi «sulla stabilità al retest» (Boncori, *op. cit.*). Questi rilievi, spiace dirlo, giustificano l'ipotesi, che spero possa essere smentita, secondo cui molti psicologi non hanno piena consapevolezza degli strumenti che usano e ignorano anche l'esistenza di testi, da cui possono ricavare informazioni orientative (cfr., ad es., Pedrabissi e Santinello, 1997; Boncori, 1993, 2006). Quanto alla frequenza

d'uso del reattivo MMPI-A, inferiore a quella di un insieme di prove proiettive, alcune delle quali «di basso rango», una spiegazione ad essa può essere ricercata nel fatto che tale test è disponibile da non molto tempo in taratura italiana (dal 2001) e che vari professionisti e istituzioni potrebbero non esserne in possesso. Tra i test di *self-report*, mi sarebbe interessato conoscere il livello di utilizzo e di gradimento del «16 PF-5», strumento di ottimo livello qualitativo, applicabile a partire dai 16 anni.

Tra le prove di abilità cognitiva non mi sorprende che non sia usata la scala «Terman-Merrill» (forma L-M), in quanto l'adattamento italiano della scala risale al 1968 ed è stato condotto su un gruppo tutt'altro che rappresentativo, sostanzialmente costituito da soggetti residenti a Genova; tra l'altro, le modalità di calcolo del Q.I., utilizzate in tale adattamento, seguivano ancora la desueta procedura del rapporto fra età mentale ed età cronologica, quando la versione americana (del 1960), da cui è stato tratto l'adattamento italiano, aveva ormai introdotto il cosiddetto «Q.I.-deviazione» (cfr., ad es., Baldi, 2007) (come si sa, la scala non è più nel catalogo della casa editrice O.S.). Uno dei pochi dati prevedibili è rappresentato dalle prime posizioni occupate dalle tre scale Wechsler. Dagli psicologi che hanno risposto al questionario sono citati alcuni test (Leiter-R, Griffiths MDS), che, pur essendo disponibili in lingua italiana, non sono tarati su un campione italiano; addirittura le «Bayley Scales» sono in lingua inglese e tarate su un campione di bambini del Regno Unito. Si potrebbe dire che l'oggetto di tali strumenti non richieda necessariamente una standardizzazione italiana e che i dati raccolti possano costituire un buon riferimento normativo anche per chi è di lingua italiana; è anche vero che uno strumento importante, come la scala WPPSI, è stato a lungo utilizzato, e lo è ancor oggi, in traduzione italiana ma nella sua originaria standardizzazione su un campione di bambini statunitensi; solo da qualche anno (dal 2006) è disponibile la WPPSI III, tradotta in italiano e tarata su un campione italiano. Tuttavia sono del parere che non sia una pratica da incoraggiare quella di ricorrere a test non standardizzati in Italia.

3. Qualche proposta. Se i dati del questionario riflettono realmente scarse conoscenze degli strumenti testologici e delle modalità da seguire per un loro corretto utilizzo, penso che in primo luogo ci si debba chiedere se la formazione offerta dall'Università in tale settore sia stata e sia sufficiente e, inoltre, se essa sia stata e sia capace di stimolare negli studenti curiosità, «gusto», motivazione ad approfondire tematiche che hanno un peso rilevante nell'esercizio della loro futura professione. Sinceramente non penso che, in linea generale, presso i nostri Corsi di Laurea si acquisiscano elevati livelli di preparazione e motivazione all'uso dei test, tanto meno all'uso corretto ed efficace di reattivi di indubbia complessità quali il test di Rorschach o l'MMPI-2, nonché all'interpretazione dei dati che si ottengono dalla somministrazione di questi ultimi. Se ciò è vero e se tra i docenti di discipline psicologiche è realmente condivisa la convinzione che i test mentali occupino molto spesso un ruolo centrale nell'attività professionale degli psicologi, ne dovrà seguire uno sforzo per investire più tempo e più risorse sul piano formativo. A tale sforzo non dovrebbero essere estranei gli Ordini degli Psicologi regionali, che potrebbero promuovere iniziative sistematiche di aggiornamento in un settore non certo statico, che vede il graduale ingresso di nuovi test e l'aggiornamento di molti di quelli esistenti.

Inoltre le sedi regionali dell'Ordine dovrebbero pubblicare linee-guida sugli strumenti da utilizzare, a seconda degli obiettivi che ci si propone di raggiungere, e sulle buone prassi da seguire nella loro applicazione e nelle procedure di analisi e valutazione dei dati. Non mancano esempi in tal senso e mi limito a ricordare, oltre a quella, succitata, dell'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio, il cui testo è pubblicato sul relativo sito web, due iniziative dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, il cui sito web riporta, fra gli altri documenti, «Linee Guida per la valutazione e selezione del personale» e «Raccomandazioni per la pratica clinica definita con il metodo della Consensus Conference» riguardanti i «disturbi specifici dell'apprendimento». La pubblicazione e l'aggiornamento di linee-guida dovrebbero diventare

una pratica abituale ed avere ampia diffusione presso i singoli professionisti e le Istituzioni in cui operano psicologi.

Una misura che, a mio avviso, potrebbe stimolare l'acquisizione di una maggiore competenza testologica chiama in causa la prova «applicativa» (sezione A) e la prova «pratica» (sezione B) degli «Esami di Stato» per l'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo. Anziché consistere, in non meglio definite «discussioni di un caso relativo ad un progetto di intervento su individui ovvero in strutture complesse» (sezione A) e «definizione e articolazione dello specifico intervento professionale all'interno di un progetto proposto dalla commissione» (sezione B), potrebbero entrambe riguardare tematiche inerenti all'uso dei test.

Riferimenti bibliografici

- Baldi, P.L. (2007). *Elementi introduttivi al testing psicologico [con esercizi svolti]*. Milano: Franco Angeli.
- Boncori, L. (1993). *Teoria e tecniche dei test*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Boncori, L. (2006). *I test in psicologia. Fondamenti teorici e applicazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Fornari, U. (2007). *Trattato di psichiatria forense*. Torino: Utet Giuridica.
- Magrin, M.E. (a cura di) (2000). *Guida al lavoro peritale*. Milano: Giuffrè.
- Pedrabissi, L., Santinello, M. (1997). *I test psicologici*. Bologna: Il Mulino.
- Rubini, V. (1984). *Test e misurazioni psicologiche*. Bologna: Il Mulino.

I disegni nella psicodiagnosi: non solo tecniche proiettive

CARMEN BELACCHI
Università di Urbino «Carlo Bo»
E-mail: carmen.belacchi@uniurb.it

1. Introduzione

Vorrei proporre alcune riflessioni sulle ragioni della diffusa fiducia nelle tecniche pro-

ietive ed in particolare nel disegno della figura umana e della famiglia, come emerso dall'indagine sulla frequenza dell'utilizzo e sulla raccomandabilità dei diversi tipi di tecniche dichiarate nell'assessment da parte degli psicologi italiani. Innanzitutto, alcune precisazioni:

– un disegno non è un test psicologico nella misura in cui non propone una configurazione di stimoli standardizzati per elicitare risposte misurabili e interpretabili secondo criteri specifici e oggettivi (per la distinzione tra test psicologici e tecniche proiettive si veda Balboni e Cubelli, 2004);

– un disegno non è neppure un vero e proprio test proiettivo in quanto al soggetto non si richiede di interpretare uno stimolo preconstituito ma un prodotto spontaneo a tema (ad es. disegnare un albero o una figura umana o una famiglia: test di Koch, di Machover e di Corman, rispettivamente), ovvero una espressione grafica delle sue rappresentazioni relative ad alcuni oggetti della sua esperienza.

In secondo luogo, vorrei richiamare l'attenzione sul fatto che il disegno costituisce una modalità espressiva tipica dell'infanzia e proprio tale specificità in rapporto allo sviluppo psicologico può aiutarci a comprenderne le potenziali valenze nel campo della psicodiagnosi.

Infine, vorrei sottolineare come i disegni possono essere analizzati, separatamente e/o congiuntamente, a due livelli: a) livello formale, in cui rientrano gli aspetti grafo-motori (indici spaziali, pressione e continuità del tratto grafico, ecc.), ma anche quelli cognitivi (aderenza della rappresentazione ai referenti reali, proporzione tra le parti, ecc.) e linguistici (eventuali commenti del soggetto mentre disegna o informazioni emerse nell'intervista successiva); b) livello del contenuto simbolico, ovvero di rinvio alla realtà interna del soggetto.

2. Il disegno come indicatore di diverse dimensioni dello sviluppo

2.1. *Indice dello sviluppo cognitivo.* L'interesse sistematico per la produzione grafico-pittorica infantile risale alla fine del XIX secolo, quando Ricci nel 1887 pubblicò nel volume

«L'arte dei bambini» un'ampia raccolta di disegni infantili della figura umana con l'intento di evidenziare le differenze tra bambino e adulto e come il bambino acquisisse con l'età modalità espressive più evolute.

Il primo obiettivo della ricerca psicologica sulle produzioni grafico-pittoriche infantili è stato quello di individuarne le sequenze stadiali (per una rassegna si veda Tallandini e Valentini, 1990). Secondo Piaget e Inhelder esisterebbe una sorta di isomorfismo tra evoluzione cognitiva ed evoluzione del grafismo (1948); in particolare, la genesi del disegno rientrerebbe tra le attività finalizzate a favorire i processi di assimilazione, ovvero di interpretazione della realtà alla luce di strutture cognitive e sistemi esplicativi di cui il bambino dispone in un dato momento della sua evoluzione (1966). La massima espressione di tale concezione è la proposta di valutazione dell'intelligenza attraverso il *disegno della figura umana* di Goodenough. Tra le numerose critiche alla validità di questo test, si sottolineano l'estrema variabilità delle espressioni grafiche dello stesso soggetto a breve distanza di tempo e la riduttività dell'equazione tra dettaglio realistico ed elevato sviluppo intellettuale che non ha avuto conferme sperimentali.

2.2. *Rivelatore della dimensione affettiva.* A partire dagli anni '40, in accordo con le teorizzazioni psicoanalitiche, si è cominciato a considerare il disegno una espressione peculiare dei processi profondi: graficizzazione come traduzione simbolica dei contenuti pulsionali inconsci, per cui il *disegno* al pari del *gioco*, sarebbe un *equivalente del sogno* (Lacan, 1966; Erikson, 1968). I clinici che si riconoscono nell'approccio psicodinamico interpretano i disegni prodotti dai soggetti prevalentemente collegando specifici segni o dettagli – come le caratteristiche del corpo o dei particolari dell'abbigliamento – ad aspetti della personalità o a diversi tipi di disturbi psicologici. Per esempio, gli occhi grandi possono essere associati alla paranoia, le cravatte lunghe all'aggressività sessuale, la mancanza dei tratti del viso alla depressione e così via. Sinora non disponiamo di un codice univoco di lettura del significato degli elementi di contenuto dei disegni; tale

mancanza di criteri operazionali standardizzati espone ad un elevato rischio di arbitrarietà nella valutazione che dipende prevalentemente dal tipo e dal grado di preparazione dell'esaminatore.

2.3. *Modalità di elaborare le informazioni.*

Dopo gli anni '50, con il diffondersi del Cognitivism, si assiste ad un declino della fortuna del disegno presso gli psicologi, finché a partire dal decennio 70-80 si registra una certa ripresa di interesse. Kellog (1970) analizzando migliaia di disegni di ogni tipologia e cultura, individua un numero limitato di segni universali (analoghi agli universali linguistici di Chomsky) che costituirebbero una sorta di alfabeto di base del grafismo: linee, punti, spirali..., ovvero *Forme Standard*, le cui leggere variazioni consentirebbero modificazioni dei significati espressi.

L'ipotesi che il bambino nel disegnare segua regole di elaborazione dell'informazione si collega alla concezione di un individuo competente, capace di scelte guidate da criteri di efficacia informativa. Il disegno condividerebbe con il gioco, oltre alla dimensione simbolica, la funzione di permettere l'esercizio ed il perfezionamento di abilità richieste per l'acquisizione di altri sistemi di rappresentazione, quali la scrittura e il linguaggio matematico (Bruner, 1972; Ferreiro, 1988). Gli studiosi che considerano il disegno in termini di elaborazione di informazioni individuano nelle teorie stadiali il limite di non aver adeguatamente considerato le strategie di pianificazione e ad altri aspetti inerenti al compito di disegnare, e di aver troppo enfatizzato il nesso tra elaborato grafico ed età del disegnatore. Il disegno viene intrinsecamente collegato ad altri sistemi di rappresentazione e lo sviluppo della rappresentazione grafica viene considerato come espressione e insieme come agente di cambiamento nella organizzazione delle conoscenze (Karmiloff-Smith, 1990).

2.4. *Metaconoscenza dell'attività grafica.*

In tutti i linguaggi e/o codici espressivi il livello più evoluto di padronanza comporta l'elaborazione di una teoria metarappresentativa sulla natura dello specifico strumento linguistico e sulle sue funzioni. Anche per quanto riguarda il disegno si possono individuare specifiche teorie

nel bambino. Secondo Freeman (1991), una teoria infantile della rappresentazione grafica comprende due proposizioni: a) tutto ciò che può essere riconosciuto può essere rappresentato; b) tutto ciò che può essere raffigurato può esserlo in diversi modi, ovvero possono essere parimenti accettate rappresentazioni diverse dello stesso referente. Il grado di metaconoscenza che un bambino possiede dell'attività grafica può influenzare la sua abilità di disegnare, nella misura in cui rende disponibili a livello esplicito procedure implicite, analogamente a quello che succede nella padronanza di altri tipi di competenze (Karmiloff-Smith, 1992).

2.5. *Espressione della dimensione relazionale.* Alla luce delle recenti ricerche di matrice cognitivista sugli effetti del contesto e delle conseguenze sulle prestazioni in diversi tipi di compiti, si è diffuso l'approccio che considera il disegno come atto comunicativo: il disegnare, soprattutto nel contesto scolastico e nell'*assessment* psicologico appare fortemente influenzato dalle interazioni sociali, per cui l'intenzione comunicativa viene considerata una motivazione al disegno (Thomas e Silk, 1990). Una rifocalizzazione dell'attenzione sulla funzione comunicativa del disegno ha fatto sempre più propendere per l'ipotesi che il bambino scelga tra i diversi linguaggi e le diverse strategie a sua disposizione quelli più funzionali alle situazioni e agli scopi. Disegnare è una modalità espressiva particolarmente congeniale ai bambini, per cui il disegno costituisce una facilitazione nella interazione e comunicazione con l'altro. Attraverso i disegni, in particolare, si possono comunicare le rappresentazioni legate all'immagine di sé, dell'altro e alla relativa esperienza relazionale (disegno della figura umana, della famiglia, di sé con un amico, di sé con il padre, con la madre, con l'insegnante e con altre figure significative). Recentemente sono stati elaborati nuovi sistemi di codifica delle produzioni grafo-pittoriche che consentono di valutare, in base a criteri normativi che prevedono misurazioni quantitative, le parti formali dei disegni come indici relazionali nel caso, ad esempio, di relazioni di amicizia, relazioni con i genitori, relazioni con l'insegnante (Bombi e Pinto, 1993; Bombi e Pinto, 2000; Belacchi, 2005).

3. Utilità delle tecniche grafo-pittoriche nella psicodiagnosi

Come si è visto, la tipologia delle informazioni fornite dai disegni è ampia e può offrire elementi rilevanti di indirizzo e/integrazione della psicodiagnosi in età evolutiva. Come ha sottolineato Freeman (1991), i bambini disegnano, di volta in volta, per ragioni diverse esprimendo diversi tipi di competenze, per cui sarebbe sbagliato cercare una purezza di combinazioni psicologiche nella produzione grafo-pittorica. Nei disegni è possibile distinguere gli aspetti contenutistici delle risposte, ossia quelli che sollecitano la proiezione di aspetti latenti dei processi psichici dagli aspetti più propriamente cognitivi e metacognitivi, relativi cioè alle modalità che il soggetto mette in atto nel percepire gli stimoli, costruire e organizzare le risposte e comunicarle all'interlocutore (percezione, attenzione, memoria, comunicazione linguistica e paralinguistica sono di fatto integrate con gli aspetti emozionali dei vissuti). L'interpretazione dei segni grafici, basata su precise corrispondenze tra elementi della rappresentazione e simbologie affettivo-relazionali (ad esempio piedi piccoli=insicurezza e instabilità; testa grande=iper valutazione delle funzioni intellettive; mani o denti grandi=aggressività; braccia corte=timidezza) è stata denunciata dagli studiosi come «la frenologia del ventesimo secolo», che pretendeva di dedurre la personalità di un soggetto dalla forma e dalle protuberanze del suo cranio. Tuttavia, altri sistemi di valutazione potrebbero risultare utili, come quelli che analizzano gli aspetti relazionali, oppure quelli basati su una impressione generale globale che invece di presupporre una biunivocità tra una caratteristica del disegno ed un tratto di personalità, tengono conto in modo congiunto di diversi aspetti delle figure (ad es. della piacevolezza/spiacevolezza; della continuità/discontinuità: del tratto, della pressione, collegamento parti/tutto; dell'apertura/chiusura; del dinamismo; della proporzione/sproporzione: dimensione rispetto al foglio e delle parti rispetto a tutta la composizione).

Ad esempio, in uno studio su 52 bambini (cit. in Lilienfeld et al., 2001), un metodo di va-

lutazione globale risultò utile per distinguere gli individui normali da quelli ansiosi o con disturbi dell'umore. In un'altra indagine (*ibidem*), l'interpretazione globale del test di disegno di una persona distinse correttamente 54 bambini e adolescenti normali da quelli aggressivi.

4. Conclusioni

L'uso delle tecniche di disegno, al pari di più specifiche ed esclusive tecniche proiettive, rivela i propri limiti se condotto fuori da un contesto clinico. Soprattutto non si può interpretare un disegno infantile senza ascoltare il punto di vista dell'autore nell'intervista che sempre deve seguire una produzione grafica effettuata a scopo psicodiagnostico.

In sintesi, i disegni, non solo tecniche proiettive, devono essere pensati come strumento della relazione clinica e non come test psicologici indipendenti, in quanto consentono di «raccolgere indizi attorno a cui costruire ipotesi diagnostiche» (Balboni e Cubelli, 2004, p. 210). Ad evitare usi scorretti e impropri si impone l'esigenza di una specifica attenzione a formare gli psicologi all'utilizzo corretto di tali metodiche, nella loro intrinseca complessità.

Riferimenti bibliografici

- Balboni, G., Cubelli, R. (2004). La specificità delle tecniche proiettive e i limiti del dibattito sulle loro proprietà psicometriche. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 195-216.
- Belacchi, C. (2005). La rappresentazione dell'insegnante di sostegno in allievi con sviluppo tipico e atipico. *Giornale Italiano delle Disabilità*, 5 (3), 3-23.
- Bombi, A.S., Pinto, G. (1993). *I colori dell'amicizia*. Bologna: Il Mulino.
- Bombi, A.S., Pinto, G. (2000). *Le relazioni interpersonali del bambino*. Roma: Carocci.
- Bruner, J.S. (1972). Nature and uses of immaturity. *American Psychologist*, 27, 1-28.
- Di Nuovo, S. (2002). I test proiettivi. *Psicologia Contemporanea*, 174, 4-11.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Ferreiro, E. (1988). L'écriture avant la lettre. In H.

Contributi alla discussione

- Sinclair (a cura di), *La production de la notation chez le jeune enfant: Language, nombre, rytmes et mélodies*. Paris: PUF.
- Freeman, N.H. (1991). The theory of art that underpins children's naïve realism. *Visual Art Research*, 17, 65-75.
- Karmiloff-Smith, A. (1990). Constraints of representational change: Evidences from children's drawing. *Cognition*, 34, 57-83.
- Karmiloff-Smith, A. (1992). *Beyond modularity. A developmental perspective on cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press (trad. it. *Oltre la mente modulare. Una prospettiva evolutiva sulla scienza cognitiva*. Bologna: Il Mulino, 1995).
- Kellog, R. (1970). *Analyzing children's art*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Lacan, J. (1966). L'instance de la lettre dans l'inconscient. In J. Lacan, *Ecrits*. Paris: Seuil (trad. it. *Scritti*. Torino: Einaudi, 1974).
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb H.N. (2000). The scientific status of the projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1, 27-66 (trad. it. Che cosa non va in questa figura?, *Le Scienze*, 2001, 393, 105-110).
- Piaget, J., Inhelder, B. (1948). *La représentation de l'espace chez l'enfant*. Paris: PUF (trad. it. *La rappresentazione dello spazio nel bambino*. Firenze: Giunti, 1976).
- Piaget, J., Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris: PUF (trad. it. *La psicologia del bambino*. Torino: Einaudi, 1970).
- Ricci, C. (1887). *L'arte dei bambini*. Bologna: Zanichelli.
- Tallandini, M., Valentini, P. (1990). Lo sviluppo del disegno infantile: teorie stadiali. *Età Evolutiva*, 37, 92-105.
- Thomas, G.V., Silk, A.M.G. (1990). *An introduction to the psychology of children's drawings*. New York: Harvester Wheatsheaf.

Un commento sull'uso dei test in età evolutiva

Laura Bertolo
Laboratorio Ausili per i Disturbi Cognitivi e dell'Apprendimento
Zona Lungiana, USL1 Massa Carrara
E-mail: laura.bertolo@usl1.toscana.it

L'indagine clinica è elemento fondamentale della pratica psicologica e prescinde dal contesto in cui viene esercitata. Pur tuttavia non

è insolito rilevare, e chi lavora dividendosi tra servizio pubblico e libera professione ne è ben consapevole, modalità di *assessment* anche molto distanti metodologicamente, pur occupandosi sempre della stessa area di interesse clinico. Questo potrebbe essere imputabile a scelte effettuate sulla base di criteri di praticità e «snellezza» nella fase di somministrazione, e nella correzione e lettura dei dati raccolti. La scelta di strumenti testistici a metodo oggettivo sono diffusi e utilizzati nella pratica clinica e sono contraddistinti dal fatto che forniscono risposte valutabili quantitativamente, sono di somministrazione e valutazione relativamente facile e chiedono un training più breve per imparare ad applicarli, riducendo al minimo il bias dell'esaminatore. Spero che la mia affermazione non scandalizzi nessuno, ma se da una parte accade sempre meno che si decida di utilizzare un test, e che si sottovaluti la necessità di rendere operativa la decisione in modo adeguato, controllando che si realizzi secondo condizioni determinate a priori, accade sempre più spesso che vengano effettuate scelte di equilibrio tra praticità dello strumento, operatività sulla base dei risultati che si possono ottenere dalla somministrazione e validità dello strumento. L'inserimento tra le prove diagnostiche, di uno specifico test a sfavore di un secondo test che valuti la stessa funzione o area, viene fatto anche sulla base di considerazioni metodologiche come la considerazione dello spazio e del tempo che richiedono per portarlo a termine, cioè la disponibilità di un ambiente-contesto fisico ed il tempo necessario alla somministrazione, ma non solo successivamente occorre altro tempo per l'elaborazione dei dati e per lo studio approfondito delle indicazioni diagnostiche (in nostro soccorso negli ultimi anni, l'informatica con le versioni computerizzate sia per la somministrazione che per la correzione e valutazione dei risultati). In assenza di tali condizioni, se il somministratore non può disporre di un ambiente adatto e del tempo necessario, non solo per la somministrazione corretta, ma anche per l'elaborazione e per l'approfondimento teorico, la somministrazione di quel test è in sostanza inutile e la scelta viene di fatto

guidata a favore di uno strumento più agevole a scapito spesso del grado di validità.

Non è un caso che negli ultimi anni la Comunità scientifica abbia sentito l'esigenza di riferirsi a linee guida e raccomandazioni per la pratica clinica, compresi gli strumenti da utilizzare, almeno nelle aree dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, del Ritardo Mentale, dell'Autismo, del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Numerose le Associazioni Professionali e le Società Scientifiche che hanno aderito alla creazione di linee guida aderenti in modo più o meno rispettoso alle indicazioni dell'Istituto Superiore della Sanità. Ma se c'è una qualche forma di accordo, anche se non sempre totale, e raggiunto spesso con difficoltà e dopo tempi non sempre brevi, ben lontani siamo dall'accordo sugli strumenti di indagine nel campo dell'area dei disturbi emozionali, relazionali e di personalità, dove tutto quello affermato nelle righe precedenti sembra essere in contraddizione totale dalla lettura dei dati raccolti dall'«Indagine dei sull'uso dei test in età evolutiva: scelte basate sulla qualità degli strumenti o su pratiche condivise?» condotta da Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi (2009). La lettura dei dati vede come strumenti di indagine delle aree della personalità, del comportamento, delle emozioni e delle relazioni una netta preferenza per gli strumenti proiettivi a seguire quelli strutturati, come secondo dato meritevole di riflessione all'interno dei test proiettivi il test del Disegno della Famiglia e il Test della Figura Umana godano di una fiducia superiore a quella del test di Rorschach.

È possibile che la scelta tra test proiettivi e test strutturati e la raccolta e l'uso dei dati che ne deriva, sia indagabile attraverso la variabile «formazione teorica»?

L'assunto sotteso ai test di personalità è che persone che presentano disturbi psichici di natura differente presentino specifiche organizzazioni della struttura di personalità, utilizzino specifiche modalità di funzionamento e presentino caratteristiche peculiari. I test di personalità sono dunque strumenti finalizzati all'applicazione di un modello diagnostico il cui scopo è valutare ogni persona rispetto a se stessa e al suo punto di partenza, facilitandone la compren-

sione e formulando alcune previsioni individualizzate di comportamento. Test proiettivi o non strutturati e test oggettivi o strutturati raccolgono e valutano le informazioni in modo molto diverso in quanto sono differenti le teorie della personalità ed eziopatologiche cui gli strumenti si riferiscono. Se si considera la realtà italiana della psicoterapia si riscontrano sul territorio nazionale un considerevole numero di scuole di specializzazione (l'incremento è sensibile se si considerano gli ultimi dieci anni), molte di queste ben definite e distanti a livello di approccio teorico e ricaduta sul piano metodologico nell'indagine clinica-strumentale. Nell'ambito della formazione quadriennale ciascuna scuola propone ai propri allievi strumenti di indagine e griglie di lettura che abbiano la possibilità di indagare, sulla base dei costrutti concettuali che la guidano, le dimensioni concettuali comprese nei modelli teorici. Le scuole cercano di fornire strumenti che possano essere utili non solo alla conoscenza e alla ricerca ma anche a esigenze di tipo applicativo. La lettura di un test come quella della figura umana o della famiglia potrebbe risultare di maggior gradimento perché flessibile e quindi di maggiore utilizzo, mi spiego meglio è possibile che la lettura qualitativa di alcuni indici, derivanti dalla somministrazione del test della famiglia e/o della figura umana, vada al di là dell'approccio teorico in cui il test si è sviluppato?

Ulteriore spunto di riflessione, nel questionario veniva citato il Rorschach test, senza riferimento al metodo teorico di utilizzo. Il test ha numerosi metodi di lettura alcuni monodimensionali, e diversi impieghi dalla diagnosi all'ambito peritale, potrebbe essere questo il motivo di un alto grado di raccomandabilità?

Il Rorschach test, infatti, unisce la pregevolezza di essere una tecnica di indagine della personalità di tipo pluridimensionale (psicometrica, psicodinamica, interpretativa), «...dove lo studio del materiale fornito dal soggetto è condotto seguendo diversi approcci metodologici, giovandosi nella lettura degli stessi, di modelli teorici di riferimento diversi, non abbracciando nel suo approccio interpretativo un solo modello teorico di riferimento...» (Scuola Romana Rorschach), con un elevato costo di

Contributi alla discussione

tipo formativo all'addestramento, richiede, infatti, una formazione estremamente complessa per l'utilizzo dello strumento, competenza tecnica che si acquisisce con due anni di corso e con la somministrazione raccomandata di non meno 100 protocolli, «...oltre ad avere una preparazione tecnica, egli deve avere la capacità di controllare la dinamica di interazione con il paziente con le stesse modalità che si richiedono per la conduzione di ogni colloquio clinico e in tutte le situazioni professionali, dove un operatore entra in relazione con un paziente cosiddetto psichiatrico. Il soggetto che si sottopone al Test può presentare caratteristiche psicologiche o forme di patologie di qualsiasi tipo, non è quindi possibile fare delle previsioni e ancor meno selezionare i pazienti, scegliendo a priori i più rispondenti alla nostra capacità di controllo. L'unica alternativa ragionevole quindi, rimane una formazione del somministratore che sia tale da offrire le maggiori garanzie per una gestione adeguata di qualsiasi situazione. Genericamente parlando, egli dovrà essere in condizione di riconoscere gli eventuali problemi che si possono presentare e risolverli tempestivamente, controllare il proprio controtransfert. Del resto, egli dovrà avere una competenza che non solo lo ponga in grado di effettuare la somministrazione del Test, ma tutte le altre operazioni successive fino alla diagnosi conclusiva, perché tutte le fasi sono strettamente collegate» (*ibidem*). È possibile quindi che una formazione così complessa e specifica e che non può prevedere una forma di autoistruzione, unita a tempi di somministrazione e correzione non brevi, spieghi un minor utilizzo rispetto a test più maneggevoli e utilizzabili con diverse griglie di lettura anche se a scapito di un maggior grado di validità.

Credo che gli interrogativi e le riflessioni sull'uso dei test nella prassi clinica abbia toccato un punto cruciale della nostra professionalità, fondamentale per la nostra professione è fornire una prestazione altamente qualificata con strumenti che possiedano caratteristiche psicometriche quali una buona rappresentatività del campione, l'aggiornamento normativo, e che sia uno strumento attendibile per validità e affidabilità della misura, dall'altro per la cor-

rettezza nei confronti dei nostri piccoli pazienti che siano strumenti poco invasivi ed economici dal punto di vista temporale e che sempre di più permettano di tenere presente i nostri piccoli pazienti nella loro globalità con la loro integrazione di cognizioni, funzioni specifiche, personalità, relazioni, emozioni e comportamento.

Test proiettivi e oggettivi in psicologia. Le difficoltà nel promuovere un assessment evidence based in Italia

ANDREA BOSCO, LUCIANA PICUCCI, MANUELA N. DI MASI e GIULIO E. LANCIONI
Università di Bari
E-mail: a.bosco@psico.uniba.it

La ricerca condotta da Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi si propone di indagare quali siano, in ambito evolutivo, i test più utilizzati in Italia e quali, tra questi, i test che gli psicologi raccomandano ai loro colleghi. I rispondenti erano invitati a dare una valutazione sulla frequenza d'uso e sul grado di raccomandabilità di una serie di test suddivisi per aree d'indagine: «abilità cognitive generali», «aspetti emozionali, relazionali e di personalità», «apprendimento scolastico» e «funzioni cognitive specifiche». L'indagine rileva un dato atteso per quanto riguarda la valutazione delle abilità cognitive generali. In questo ambito, gli strumenti più utilizzati e raccomandati dagli psicologi sono le scale Wechsler. Meno attesi sono, invece, i dati relativi ai test che indagano aspetti emozionali, relazionali e di personalità. I test maggiormente adottati sono i test proiettivi «Disegno della figura umana» e «Disegno della famiglia». Tali test, inoltre, sono considerati dalla popolazione in esame attendibili tanto quanto test oggettivi come MMPI-A, TMA, CDI. Contro ogni previsione. Il test di Rorschach, che rappresenta il test proiettivo più approfondito dalla ricerca empirica, beneficia meno di altri della stima dei rispondenti. Allo stato attuale il lavoro di Tressoldi *et al.* costituisce il primo contributo di questa natura sul tema dell'uso degli strumenti per l'assessment in età evolutiva.

Proveremo ad entrare nel vivo della discussione ragionando sui quesiti proposti dagli Autori al termine del loro interessante contributo.

1. I dati rilevati dal questionario rappresentano una fotografia attendibile dell'uso e della fiducia attuale (per i test indicati) da parte degli psicologi dell'età evolutiva?

L'utilità di condurre ricerche di questa natura è indubbia: servono a specificare la strumentazione in dotazione ai professionisti del settore come effetto della formazione universitaria, post-universitaria e di tirocinio. Sul piano pratico le ricerche *survey* sul web hanno il vantaggio di facilitare il contatto con il partecipante, ma hanno il problema di non essere del tutto attendibili (e.g. Naglieri *et al.*, 2004), anche per gli aspetti cognitivi implicati nel dare risposte ai questionari (cfr. Belli *et al.*, 2007). Come nelle altre ricerche sul web, anche quella in oggetto mostra alcuni aspetti critici che meriterebbero un approfondimento. In primo luogo non vi sono chiare garanzie che abbiano risposto soltanto psicologi che si occupano prevalentemente di età evolutiva. Non vi sono indicazioni su forme e contenuti della formazione rispetto ai test e non abbiamo informazioni sui meccanismi di autoselezione che potrebbero aver favorito effetti di *coorte*. Infine, non è noto l'effettivo grado di conoscenza degli strumenti oggetto della valutazione il che potrebbe aver favorito valutazioni «empatiche» piuttosto che «cognitive». Di là degli aspetti critici che era necessario evidenziare, i risultati dell'indagine in questione sono compatibili con quelli di Gulotta e Villata (2002) che esaminavano l'uso di test psicologici nel contesto forense. Da quella ricerca emergeva che, senza sostanziali distinzioni tra procedura civile e penale, i test più utilizzati erano quelli di taglio proiettivo. Gli unici test di tipo *self/external report*, con siglatura oggettiva, annoverati dalla ricerca sono l'MMPI (49%) e la scala WAIS (28%) ben staccati nella graduatoria di popolarità che è, invece, guidata dal test di Rorschach (oltre il 70% degli intervistati dichiara di farne uso). Anche in ambito forense i test grafici (i.e. albero,

figura umana, famiglia) risultano ben piazzati: li usano più del 50% degli intervistati. Nel presente contributo come in Gulotta e Villata (2002) la popolarità per le misure proiettive tra gli psicologi è superiore a quella per gli strumenti che prevedono una siglatura oggettiva.

2. Qual è la ragione del maggior uso delle tecniche proiettive (Test Proiettivi, TP) rispetto agli strumenti *self* o *external report* (Test Oggettivi, TO)?

Il maggior uso dei TP rispetto ai TO può avere le seguenti motivazioni.

1) La storia della psicologia in Italia. I TP sono stati spesso accolti in seno ai modelli teorici di area psicodinamica che hanno una storia più lunga nel nostro paese rispetto a modelli alternativi (cognitivo, comportamentale, neuropsicologico, psicometrico) più chiaramente orientati a valutazioni costruite su evidenze empiriche. I TP, avendo una storia più lunga, sono entrati nelle Istituzioni (scolastiche, di assistenza psicologica, tribunali) per primi e, convenzionalmente, sono accettati e scelti con maggiore frequenza rispetto a strumenti alternativi (e.g. Piotrowski, 2007).

2) La pratica valutativa. Nella valutazione professionale di solito sono favoriti quegli strumenti che si considerano più agevoli e familiari, più raramente si intraprende la via dell'autoaggiornamento per acquisire una tecnica nuova anche se riconosciuta come più idonea in un dato contesto. Inoltre, gli strumenti TO, più dei TP, richiedono di aderire all'approccio dell'*Evidence Based Assessment* (e.g. Mash e Hunsley, 2005) che ha come obiettivo lo sviluppo di una psicologia clinica caratterizzata da un adeguato supporto empirico e scientifico. Tale supporto deve manifestarsi attraverso una stringente e preventiva definizione degli obiettivi della valutazione, della specificità del disturbo in esame, dei parametri propri del processo di valutazione, della conoscenza di diagnosi alternative, degli aspetti psicometrici connessi alla procedura, della possibilità di integrare e confrontare i diversi risultati ottenuti in un quadro unitario. Inoltre, si rende necessaria

dall'inizio della procedura la definizione dei criteri empirici che permetteranno di accettare, oppure, confutare l'ipotesi valutativa. Ne consegue che le complicazioni originate dal modello di *assessment* appena descritto fa desiderare una parte dei potenziali utenti dall'uso degli strumenti ad esso connessi. Al di fuori di questo approccio alla valutazione, il professionista può trovare utile procedere con un colloquio e somministrare un unico strumento come ausilio informale all'intervista (soprattutto quando questa è lo strumento valutativo preferito, e.g. Bekhit *et al.*, 2005), infine formulare una diagnosi non riferita ad una ipotesi iniziale. Questa pratica lascia ampio spazio all'interpretazione soggettiva libera da vincoli teorici o tecnico/procedurali.

3) L'abuso. L'uso divulgativo su *magazine* e riviste popolari di test TO raramente corredati da supporti scientifici, ha rafforzato e reso ancora più di nicchia il riferimento a strumenti proiettivi che, per loro caratteristiche, non si prestano alla diffusione e all'autosomministrazione. Questo ha svalutato i TO e nobilitato i TP che sembrano possedere, all'apparenza, la caratteristica di strumenti per lo specialista. Un altro aspetto che può minare l'utilizzo degli strumenti TO riguarda la loro elevata validità di facciata. Alcuni consulenti psicologi presso i tribunali sostengono che la possibilità di comprendere gli obiettivi dello strumento conduca il valutando a modificare le proprie risposte al test rendendole per questo meno affidabili. Questo atteggiamento tende a minimizzare lo sforzo che gli autori dei migliori TO hanno prodotto per corredare i loro test di robusti sistemi di individuazione del *maligering*, cioè della falsificazione volontaria dei risultati di un test (e.g. Lewak e Hogan, 2001). In sostanza, una delle qualità principali dei TO sembra costituire, paradossalmente, anche il loro limite maggiore, almeno presso una parte dei professionisti dell'*assessment* psicologico.

3. Qual è la ragione per la fiducia nelle tecniche proiettive ed in particolare nel disegno della figura umana e della famiglia?

Considerare più affidabili gli strumenti proiettivi meno validati, con meno ricerca empirica

e metodi di siglatura più incerti è secondo noi la prova di una scelta che non è fatta in ragione della sola preferenza per le tecniche proiettive come effetto della tradizione e della prassi, ma anche e soprattutto perché la minore strutturazione di questi strumenti rispetto al Rorschach (si pensi al metodo di Exner) consente un loro più facile impiego come supporto informale all'intervista (Bekhit *et al.*, 2005). Purtroppo questo atteggiamento può sconfinare in un modello di *assessment* scarsamente ancorato a articolate procedure di siglatura, più incline ad essere manipolato e prono alla formulazione di ipotesi diagnostiche non falsificabili. È innegabile che le tecniche grafiche siano percepite in ambito evolutivo come più ecologiche rispetto ai TO perché compatibili con il disegno, attività fondamentale nella scuola dell'infanzia e apprezzata anche nella scuola primaria. Esse hanno anche il vantaggio di poter essere utilizzate in quelle situazioni di *assessment* in cui l'espressione orale risulta compromessa o difficoltosa. Negli ultimi anni sono apparsi diversi contributi scientifici, dagli esiti non sempre favorevoli, sull'attendibilità e la validità del test della figura umana (e.g. Williams Jr. *et al.*, 2006). Il rinnovato interesse per gli aspetti metrici e di validità di questa tecnica rende fiduciosi sulla possibilità di avere dati inequivocabili sull'applicabilità e l'utilità clinica e valutativa di questo test.

4. Per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei testi, quali forme e contenuti di formazione sarebbero prioritari?

Nonostante Lingiardi e De Bei (2008) dimostrino in una recente *survey* condotta tra gli psicoanalisti che il lettino non costituisce strumento determinante nella pratica analitica, è indubbio che l'immagine più diffusa della professione psicologica rimandi alla dimensione classica della psicoanalisi per la quale il lettino è invece un oggetto rappresentativo. I test proiettivi rimandano ad una rappresentazione analoga che è quella probabilmente più diffusa nell'immaginario collettivo e quindi anche nei giovani che si accostano per la prima volta ai corsi universitari di psicologia. Esiste quindi un pregiudizio

diffuso a favore dei TP che solo parzialmente i corsi universitari riescono a modificare anche per le oggettive difficoltà di accesso ai TO (i.e. restrizioni all'acquisto e costi elevati). I corsi di Teoria e Tecniche dei Test come i Laboratori ad essi associati hanno risolto il problema in diversi modi, attraverso il ricorso a (a) test per cui è possibile ricorrere a protocolli già compilati, (b) strumenti validati e pubblicati a basso costo da editori nazionali o locali, e (c) procedure guidate di costruzione di nuovi test. Nessuna di queste procedure di formazione al *testing* può prescindere dalla conoscenza di elementi di logica, matematica e statistica applicati a problemi di psicologia. Lo studente medio che intraprende gli studi di psicologia mostra una scarsa attitudine e una bassa motivazione all'approfondimento di questi contenuti, mostrando di preferire quelli di taglio umanistico. Paradossalmente, risulterebbe più semplice far accostare al *testing* psicologico *evidence based* studenti di discipline tecniche che, pur mancando di una formazione specifica sulle teorie psicologiche, accetterebbero di buon grado di dover ricorrere a misure valide e attendibili. In sintesi sosteniamo l'urgenza di spostare il focus della formazione in psicologia e dell'orientamento alla scelta universitaria su quelle conoscenze proprie dell'approccio scientifico che costituiscono il naturale prerequisito per la promozione di una disciplina psicologica finalmente svincolata da un destino eminentemente descrittivo e spiccatamente speculativo.

Riferimenti bibliografici

- Bekhit, N.S., Thomas, G.V., Jolley, R.P. (2005). The use of drawing for psychological assessment in Britain: Survey findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78 (2), 205-217.
- Gulotta, G., Villata, L. (2002). L'attività degli psicologi italiani in campo giuridico. *La professione di Psicologo. Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, 03/2002, 5-12.
- Lewak, R.W., Hogan, R.S. (2001). Deceptions in psychological testing. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 22 (3), 57-81.
- Lingardi, V., De Bei, F. (2008). L'uso del lettino nella psicoanalisi contemporanea: Revisione della let-

teratura e una ricerca empirica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 42 (3), 319-356.

- Mash, E.J., Hunsley, J. (2005). Evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (3), 362-379.
- Naglieri, J.A., Drasgow, F., Schmit, M., Handler, L., Prifitera, A., Margolis, A., Velasquez, R. (2004). Psychological testing on the internet: New problems, old issues. *American Psychologist*, 59 (3), 150-162.
- Piotrowski, C. (2007). Forensic psychological testing as a function of affiliation and organizational setting. *Organization Development Journal*, 25 (1), 94-98.
- Williams Jr., T.O., Fall, A., Eaves, R.C., Woods-Groves, S. (2006). The reliability of scores for the draw-A-person intellectual ability test for children, adolescents, and adults. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24 (2), 137-144.

Luci ed ombre nell'uso dei test grafici proiettivi in età evolutiva

ELEONORA CANNONI
 Università di Roma «Sapienza»
 E-mail: eleonora.cannoni@uniroma1.it

I risultati dell'indagine sull'uso dei test in età evolutiva offre alla comunità degli psicologi diversi spunti di riflessione interessanti. Nel mio contributo mi soffermerò in particolare sull'ampissima diffusione dei test grafici proiettivi (due dei quali si collocano nelle prime cinque posizioni tra gli strumenti utilizzati dai partecipanti all'indagine) e sull'elevato grado di fiducia che i rispondenti al questionario hanno accordato ad essi, cercando di delineare gli scenari che intorno a questi due dati si sviluppano.

Il successo di questi strumenti non stupisce: il disegno infantile è una modalità espressivo-comunicativa molto utilizzata dai bambini e dunque familiare ad essi, è uno strumento di valutazione poliedrico, che fornisce numerose informazioni sul suo esecutore (sviluppo percettivo-motorio, intellettuale, creativo, affettivo, relazionale, ecc.), è semplice da somministrare ed economico (in termini di tempi e di materiali) (Cannoni, 2003). Inoltre, nella valutazione psicodiagnostica, l'uso di strumenti *self-report* come

Contributi alla discussione

i questionari è possibile solo con bambini che hanno buone capacità di letto-scrittura e di introspezione, il che rende i test proiettivi (in particolare modo quelli grafici) gli strumenti d'elezione da impiegare nella fascia di età 5-8 anni.

Anche i genitori sono consapevoli della valenza informativa dei prodotti pittorici, tant'è che spesso, nell'ambito di una consulenza psicologica, essi consegnano spontaneamente allo psicologo i disegni realizzati a casa o a scuola dal figlio. Questa sensibilità, tuttavia, rischia di sfociare in un comportamento inopportuno e potenzialmente dannoso: padri e madri, spesso stimolati da accattivanti pubblicazioni divulgative ad essi dedicate, si improvvisano psicologi e somministrano ai bambini disegni «assimilabili» a test grafici proiettivi con l'aspettativa di «scoprire come vi vedono i vostri figli e chi siete per loro in realtà» (Federici, 2001). Anche gli insegnanti, purtroppo, spesso cadono in questo tranello e, forse ingannati dalla comunanza delle tematiche (quante volte si chiede in classe di descrivere la propria famiglia con un componimento scritto, spesso accompagnato da un bel disegno!), utilizzano i segni grafici per «scavare» all'interno della mente del bambino ed accedere a contenuti che il piccolo alunno potrebbe non essere in grado o non volere intenzionalmente comunicare all'educatore, perseguendo obiettivi che esulano dal loro ruolo.

Entrambi questi atteggiamenti sono viziati da diversi errori di fondo (di cui parlerò tra poco), primo tra tutti quello di credere nell'univocità segno-significato. Purtroppo, nonostante i numerosi interventi e dibattiti che si sono succeduti nel corso degli anni (tanto per rimanere nell'ambito della rivista che ospita questo intervento si possono citare Balboni e Cubelli, 2004; Passi Tognazzo, 2004; Pedrabissi e Tressoldi, 2002; Tressoldi, Barilani e Pedrabissi, 2004) questi errori sono ancora oggi molto diffusi anche tra gli psicologi.

Nella pratica clinica, soprattutto in ambito evolutivo, i test grafici di personalità hanno nel corso degli anni mantenuto e consolidato posizioni di rilievo, alimentando il cosiddetto «paradosso proiettivo», ovvero il rapporto inversamente proporzionale che esiste tra la popolarità di questi strumenti e la loro qualità scienti-

fica (Pedrabissi e Santinello, 1997). Viceversa, sono ancora troppo pochi gli psicologi che conoscono le decine e decine di studi condotti negli ultimi 30 anni sul disegno infantile (Thomas e Silk, 1990). Questi lavori hanno messo in discussione l'assunto che sta alla base di numerosi approcci al disegno, ovvero che esso rappresenti una via di accesso diretta agli stati psicologici del bambino ed hanno esaminato tutte le variabili che possono influenzare il prodotto finale, ponendo particolare attenzione allo sviluppo grafico-pittorico del disegnatore, al contesto ambientale e relazionale in cui il disegno viene eseguito e alle caratteristiche del processo grazie al quale esso prende forma. Pensiamo ad esempio alla formulazione della consegna e alla motivazione che guida la realizzazione grafico-pittorica. È ben diverso difatti disegnare «una famiglia» o «la tua famiglia», e sicuramente il disegno della famiglia che un bambino realizza per la propria mamma sarà diverso rispetto a quello che lo stesso bambino esegue in classe (e che sarà valutato dall'insegnante) o che realizza su richiesta di uno psicologo a cui i genitori del piccolo disegnatore si sono rivolti per comprendere alcune difficoltà del figlio.

Inoltre i ricercatori hanno sottolineato la difficoltà di interpretare in modo univoco i segni grafici che, proprio in virtù della loro natura simbolica, veicolano tanti significati diversi (di particolare rilevanza sono le ricerche che hanno messo in discussione l'uso di specifici indicatori grafici per individuare bambini vittime di abusi e maltrattamenti, si veda ad esempio la rassegna di Veltman e Browne, 2002). Tale complessità e ambiguità aumenta in modo esponenziale se si guarda al disegno ponendosi in un'ottica proiettiva. Per esemplificare meglio questo concetto, prenderò a prestito da Thomas e Jolley (1998) un ottimo esempio del «dilemma interpretativo» posto dai test grafici proiettivi. Un bambino, nel disegnare la propria famiglia, rappresenta suo fratello maggiore con una figura minuscola. Lo psicologo che ha somministrato il test può spiegare questo dato in modi differenti che si rifanno ad assunti a loro volta molto diversi tra loro: 1) se è vero che il disegno riflette i pensieri di chi lo realizza, e che le dimensioni delle figure dise-

gnate sono comunemente considerate un indice della loro importanza, è plausibile pensare che il bambino considera il fratello una persona insignificante; 2) il disegnatore ha commesso un errore di pianificazione del disegno, ovvero non ha lasciato nel foglio lo spazio necessario per rappresentare il fratello con dimensioni appropriate; 3) poiché nella realtà familiare il fratello è una figura dominante e ingombrante, il bambino lo ha «rimpicciolito» per controllarlo o per ridurne il potere (l'assunto è quello dell'evitamento di una minaccia); 4) il bambino ha subito di recente un torto dal fratello e rimpicciolendolo ha voluto vendicarsi; 5) il rapporto con il fratello suscita al disegnatore una considerevole ansia che ha interferito con le sue abilità motorie, e ha determinato una riduzione delle dimensioni del personaggio rappresentato. Tutte queste spiegazioni hanno pari dignità. Come fa allora il clinico a interpretare con ragionevole certezza il significato di questa caratteristica del disegno? Ed inoltre, quale peso tale interpretazione assumerà all'interno della valutazione psicologica che egli sta conducendo?

Poiché i test grafici proiettivi sono per la maggior parte dei casi privi di regole interpretative chiare, condivise e scientificamente valide, nella fase interpretativa lo psicologo solitamente si rifà ad una serie di elementi che rappresentano un mix di esperienza, intuito clinico, elementi di senso comune e spunti tratti da teorie psicodinamiche, purtroppo privi di giustificazioni indipendenti, dando vita ad un personale sistema di codifica e di interpretazione (Thomas e Jolley, 1998). Ritengo che questa caratteristica dei test grafici proiettivi sia un'altra delle ragioni della loro popolarità. sarebbe stato molto utile per comprendere meglio i dati raccolti dall'indagine di Tressoldi *et al.* sapere dai partecipanti all'inchiesta non solo quali testi utilizzano per l'interpretazione dei test grafici proiettivi, ma anche quali altri criteri interpretativi seguono e se la loro formazione in questo ambito è frutto di un lavoro da autodidatta, o di corsi più o meno specifici.

Ovviamente l'esperienza e l'intuito clinico sono importantissimi nel lavoro psicologico, ma chi somministra i test, soprattutto se si tratta di strumenti proiettivi, deve muoversi sempre

in un'ottica di estrema vigilanza e autoconsapevolezza (Sattler, 2001), attento ad evitare per quanto possibile che la chiave di lettura utilizzata, qualunque essa sia, distorca o colga solo parzialmente ciò che il disegnatore ha espresso (Malchiodi, 1998). Inoltre l'interpretazione del disegno può essere influenzata anche da altri fattori (come la conoscenza della storia del bambino o una presunta diagnosi) che rischiano di costituire un pregiudizio, indirizzando l'attenzione dello psicologo su segni e significati coerenti con le informazioni già in suo possesso e distogliendola da altri che potrebbero condurre alla formulazione di ipotesi differenziali.

Nonostante tutte le limitazioni e i rischi fin qui esposti, sono una convinta sostenitrice dell'utilità del disegno in ambito psicodiagnostico e ne difendo con convinzione l'impiego, purché chi lo usa si impegni a rispettare alcune condizioni che ritengo irrinunciabili e che per ragioni di spazio sintetizzo rapidamente (rinviando a Cannoni, 2003 per un approfondimento). Per rendere i dati ricavati da un test grafico proiettivo realmente informativi e utili per la diagnosi psicologica occorre in particolare:

1. *conoscere bene il test* che si utilizza, i suoi pregi e i suoi difetti e impiegarlo rispettando le indicazioni fornite dagli autori che lo hanno costruito o studiato, *mantenendosi costantemente aggiornati* sugli sviluppi della ricerca. In questo modo è possibile controllare la cosiddetta «validità illusoria», che consiste nel continuare ad attribuire particolari significati ai segni rilevati, anche se tali significati sono considerati scarsamente validi sul piano diagnostico, solo perché si tratta di interpretazioni che vengono effettuate da molto tempo (Chapman e Chapman, 1967, cit. in Lis, 1998, p. 455);

2. *conoscere lo sviluppo grafico-pittorico infantile*, avendo ben presente che linee, forme, uso dello spazio cambiano con la crescita del bambino e che determinate caratteristiche sono normali a certe età e atipiche in altre. Inoltre occorre ricordare che diversi volumi sui test grafici proiettivi sono scritti basandosi su dati raccolti con soggetti adulti, e dunque non è possibile utilizzare le interpretazioni fornite con soggetti in età evolutiva;

Contributi alla discussione

3. tenere conto del *livello di sviluppo nelle diverse aree* del bambino che esegue il disegno;

4. essere consapevoli *dell'influenza del contesto e del processo* sul disegno che viene eseguito e raccogliere durante l'esecuzione del test grafico tutte le informazioni che possono tornare utili in fase interpretativa (in primo luogo l'atteggiamento del disegnatore, il suo livello di motivazione e il comportamento tenuto nel corso del test);

5. utilizzare il test grafico per *generare ipotesi diagnostiche*, e non per trovare conferme a diagnosi già formulate (Knoff, 2003);

6. essere consapevoli della *fragilità interpretativa dei test grafici proiettivi*; ciò impone di non effettuare interpretazioni basandosi su un singolo disegno, né tantomeno su un singolo tratto o elemento pittorico, bensì di lavorare ricercando una *convergenza intra-test* (ovvero tra gli elementi raccolti all'interno del test grafico somministrato) e una *convergenza extra-test*, ottenuta confrontando e integrando le informazioni raccolte con il test grafico con quelle rilevate con altri strumenti (colloquio, osservazione, test di prestazione massima e tipica), scelti in relazione ai quesiti diagnostici posti e alle caratteristiche dell'esaminato;

7. nella redazione della relazione psicodiagnostica *tenere distinti l'aspetto descrittivo del materiale raccolto (i segni rilevati) da quello interpretativo (i significati attribuiti)*, per garantire il più possibile l'obiettività delle rilevazioni e consentire ad altri professionisti che accedono ai dati la loro verifica (Lis, 1998).

Credo che seguendo queste accortezze sia possibile utilizzare al meglio i test grafici in ambito psicodiagnostico, minimizzandone i limiti e massimizzandone i pregi, a tutto vantaggio non solo del piccolo paziente ma anche della professionalità psicologica.

Riferimenti bibliografici

Balboni, G., Cubelli, R. (2004). La specificità delle tecniche proiettive e i limiti del dibattito sulle loro proprietà psicometriche. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (2), 229-250.

Cannoni, E. (2003). *Il disegno infantile*. Roma: Carocci.

Federici, P. (2001). *I bambini non ve lo diranno mai... ma i disegni si. Scoprite la vostra famiglia con le favole-test sugli animali*. Milano: Franco Angeli.

Knoff, H.M. (2003). Evaluation of projective drawing. In C.R. Reynolds e R.W. Kamphaus (a cura di), *Handbook of psychological & educational assessment of children. Personality, behavior and context*. New York: The Guilford Press, pp. 91-158.

Lis, A. (1998). *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*. Bologna: Il Mulino.

Malchiodi, C.A. (1998). *Understanding children's drawings*. New York: The Guilford Press (trad. it. *Capire i disegni infantili*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000).

Passi Tognazzo, D. (2004). Validità e attendibilità dei test proiettivi. Un problema annoso. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 145-171.

Pedrabissi, L., Santinello, M. (1997). *I test psicologici*. Bologna: Il Mulino.

Pedrabissi, L., Tressoldi, P.E. (2002). Tecniche proiettive. Proiettive di che?, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 301-344.

Sattler, J.M. (2001). *Assessment of children. Cognitive applications*. San Diego, CA: Jerome M. Sattler.

Thomas, G.V., Jolley, R.P. (1998). Drawing conclusions: A re-examination of empirical and conceptual bases for psychological evaluation of children from their drawing. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 127-139.

Thomas, G.V., Silk, A.M.J. (1990). *An introduction to the psychology of children's drawing*. New York: Harvester Wheatsheaf (trad. it. *Psicologia del disegno infantile*. Bologna: Il Mulino, 1998).

Tressoldi, P.E., Barilani, C., Pedrabissi, L. (2004). Lo stato (preoccupante) delle tecniche proiettive in Italia. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 9-28.

Veltman, M.W.M., Browne, K.D. (2002). The assessment of drawings from children who have been maltreated: A systematic review. *Child Abuse Review*, 11 (1), 19-37.

L'ascolto del cuore

FABIO CELI

ASL di Massa e Carrara e Università di Parma

E-mail: fabio.celi@unipr.it

Quasi cinque anni fa, Tressoldi, Barilani e Pedrabissi (2004) definirono «preoccupante» lo

stato delle tecniche proiettive per l'età evolutiva in Italia. Da questo punto di vista, la nuova ricerca fornisce dati che non sembrano attenuare la preoccupazione.

La grande domanda, che riemerge dall'articolo di Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi è: come mai tanta fiducia nel disegno della figura umana e della famiglia? Dico riemerge perché io sono quasi trent'anni, da quando faccio lo psicologo clinico e mi occupo di bambini, che me la pongo.

Cerco prima di fare un ragionamento a freddo. Razionalmente, tendo a pensare che la domanda non abbia risposta. Al contrario, è una domanda che ne trascina dietro di sé molte altre. A cosa serve far disegnare la famiglia a un bambino? Quale approfondimento diagnostico garantisce? Quanta fiducia possiamo riporre in una valutazione del livello intellettuale eseguita attraverso il disegno della figura umana? E se non sappiamo rispondere a quest'ultima domanda, la prossima è ancora più difficile: se la figura umana non serve a valutare il QI, a cos'altro serve? Una diagnosi basta sul DSM-IV o sull'ICD-10 è più accurata se, cito a caso, alla Wisc, alle CPM, al TAD, allo SADG, all'intervista K-SADS, aggiungiamo i disegni di un bambino? Forse i molti psicologi che raccomandano l'uso di questi test potrebbero rispondere che nell'attività del clinico non c'è solo la diagnosi categoriale classica. Forse potrebbero rispondere che un disegno non aiuta a chiarire se un bambino ha un disturbo d'ansia o un disturbo oppositivo provocatorio, ma può essere prezioso per capire molte cose sulla sua famiglia, su come lui la vede, su come si sente dentro le relazioni tra padre, madre e fratelli.

Può darsi. Ma finché il discorso rimane su un piano tecnico teorico, o a «freddo», come ho detto poco fa, credo che i problemi aperti rimangano troppi. Il numero di domande supera quello delle risposte. Sulla base di quali criteri ci possiamo affidare a quello che sembra dirci un disegno? Sulla base di quali norme? È interessante, a questo proposito, la sistematica mancanza di indicazioni, trovata da Tressoldi *et al.*, relative alle norme utilizzate per gli strumenti proiettivi.

Ma il cuore conosce ragioni che la ragione non conosce; e vi sono più cose in cielo e in

terra, Patrizio, di quante non ne sogni la tua filosofia. Non so se in un dibattito di psicologia clinica mi sarà consentito citare un filosofo, peraltro anche gran matematico, il che può rasserenare gli amanti della validazione psicometrica. Ancora meno so se potrò citare un uomo di teatro. Per prudenza, la mia prossima citazione sarà di un medico.

Faccio prima il punto della situazione fin qui. Se lo psicologo clinico ottiene le informazioni che gli servono per formulare una diagnosi attraverso il colloquio, la somministrazione di test standardizzati *ad hoc* e l'analisi dei sintomi, non ha nessun bisogno di far disegnare il suo piccolo paziente. Analogamente, se l'anamnesi, l'esame obiettivo, l'elettrocardiogramma e gli enzimi cardiaci sono stati sufficienti al cardiologo per fare una diagnosi di infarto, non dovrebbe esserci bisogno d'altro.

Eppure io me la ricordo, la mia nonna materna, quando ebbe un infarto. E soprattutto ricordo mio padre, quando andava a trovarla. Io ero un bambino spaventato dal dolore di quella vecchietta, prima così forte, che ritrovavo adesso debole e ferita. Mio padre, invece, cardiologo sicuro di sé e dei suoi mezzi clinici, le si avvicinava con dolcezza ma anche con disinvolta competenza, le prendeva il polso tra le dita della mano, socchiudeva gli occhi come per concentrarsi meglio in quell'ascolto del ritmo del cuore, otteneva in quel modo un silenzio religioso e assoluto nella camera da letto; e solo dopo le chiedeva: «come va, signora, stasera?».

Più di ogni altra cosa ricordo l'invidia che provavo per quella semplice manovra, perché capivo che stava lì il segreto che permetteva a mio padre di muoversi con tanta tranquillità in quella situazione difficile e dolorosa, mentre per me le visite alla nonna malata erano occasioni di disagio e di imbarazzati silenzi. Credo che mio padre sapesse benissimo come stava mia nonna, senza bisogno di tastarle il polso, e se avesse avuto dei dubbi avrebbe usato il fonendoscopio. Credo che molti psicologi clinici sappiano altrettanto bene come sta un loro paziente quando, tuttavia, decidono di farlo disegnare. Forse, allora, fanno disegnare un bambino per mettersi in relazione con lui, per

Contributi alla discussione

aiutarlo a raccontare e persino per essere aiutati nel raccogliere la sua narrazione.

In sintesi. Negli ultimi due quesiti per la discussione, Tressoldi *et al.* chiedono qual è la ragione per la fiducia nelle tecniche proiettive ed in particolare del disegno della figura umana e della famiglia e che tipo di formazione sarebbe prioritaria per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei test. Temo che grandi ragioni, nel senso letterale del termine, non ce ne siano. Di conseguenza, ritengo che la formazione universitaria e post universitaria dovrebbe aiutare lo studente e il giovane professionista, più di quanto oggi non faccia, a riflettere non tanto su termini tecnici come fedeltà o attendibilità, quanto sullo status e sul significato epistemologico profondo degli strumenti che si usano. Il risultato dovrebbe essere uno psicologo clinico in grado prima di tutto di comprendere l'importanza dei test oggettivi e poi di decidere se far fare ugualmente al suo paziente un disegno; perché eventualmente farglielo fare; che valore dare a ciò che il paziente disegna e alle relative interpretazioni.

Detto questo, spero con sufficiente chiarezza, una conclusione che è anche una confessione. Se venite a trovarmi nel mio studio scoprirete la mia impostazione cognitivo comportamentale dai tabelloni delle *token economy* appesi alle pareti. Ma scoprirete anche che, sebbene ne faccia grande uso, su quelle stesse pareti non è appeso nessun protocollo della WISC, né delle prove MT, né del TMA; mentre ci sono tantissimi disegni colorati fatti dai miei bambini.

Qualcuno vuol sapere perché? Perché sono molto belli.

C'è test e test...

Commento all'articolo di Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi

SANTO DI NUOVO
Università di Catania
E-mail: s.dinuovo@unict.it

I dati riportati nell'articolo di Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi sono certamente indicativi di una realtà che si può non condivi-

dere, ma rispecchia una tendenza esistente negli psicologi italiani: tendenza che va letta però in modo attento e articolato.

Anzitutto farei una netta distinzione fra diverse tipologie di test.

I test cognitivi, ampiamente usati per la valutazione dell'intelligenza generale e delle funzioni specifiche, dello sviluppo normale e delle disabilità cognitive, e quelli neuropsicologici, includono numerosi strumenti attendibili e validi, adattati e tarati nel contesto italiano; e mi pare che gli psicologi intervistati ne condividano l'uso in modo adeguato. I test per i disturbi dell'apprendimento sono pure molto diffusi e considerati, giustamente, affidabili.

Il problema riguarda l'indagine della personalità. In questo settore la difficoltà ad usare strumenti basati su *external report* è ben nota (trovare «informatore» disponibili e attendibili è spesso un problema); e la sfiducia negli strumenti *self-report*, quando applicati ai bambini, è diffusa e non del tutto ingiustificata. Basta leggere certi item di test *self-report* pur «affidabili» per rendersi conto che la comprensibilità e la possibilità di univoca interpretazione da parte di bambini o preadolescenti è molto discutibile. Ricordiamo che gli psicologi lavorano spesso con ragazzi problematici, con ritardi evolutivi o disabilità intellettive, spesso provenienti da ambienti deprivati, traumatizzati da abusi o conflitti familiari: per queste categorie di soggetti il questionario non sempre è indicato o di agevole applicazione.

Certo, rifugiarsi nei test di disegno perché non si possono usare i questionari, o non si ha fiducia in essi, può sembrare come tornare all'uso delle erbe o delle pratiche sciamaniche per evitare certi abusi dei farmaci, e induce a preoccupazione rispetto all'efficacia della prassi diagnostica.

Per smorzare gli allarmismi eccessivi, suggerisco però una lettura meno preoccupante dei dati riportati nell'articolo target: considerare la elevata frequenza d'uso riportata per certi test come spesso «collaterale» ad altri test. In un *assessment* multimodale, che magari associa strumenti di vario tipo, molti psicologi inseguono anche i disegni (appunto perché facili e graditi a tutti) e li valutano all'interno della dia-

gnosi integrata – si spera – con tanti altri elementi, come i test psicometrici più affidabili, il colloquio, l'osservazione.

In effetti nei dati manca l'informazione che si riferisce all'uso dello strumento come esclusivo, o preferenziale, o associato ad altri; la risposta a questa domanda avrebbe potuto dare informazioni interessanti per verificare l'ipotesi qui avanzata.

Al di là dell'uso prevalente o associato di certi test, il problema resta però la *raccomandabilità* percepita degli strumenti.

Così leggiamo che la Vineland è più «raccomandabile» che usata, ritengo per difficoltà oggettive a trovare validi referenti per un attendibile report del comportamento del bambino (a proposito, mi pare poco congruente collocare fra i test di abilità cognitive uno strumento che valuta anche comunicazione, socializzazione, abilità quotidiane: se inserito nell'altra categoria risulterebbe in assoluto il più «raccomandato»).

Il Rorschach è invece più usato che «raccomandabile» (meno del Blacky e delle favole della Duss!), forse perché è considerato di difficile uso come strumento «psicometrico» e in questo senso la sua «raccomandabilità» potrebbe essere ridotta dalla considerazione che bisogna essere molto esperti per usarlo in modo adeguato¹.

Invece i test di disegno ottengono il massimo gradimento, in quanto facili da applicare e da valutare (almeno così si ritiene...) tanto più se – come ipotizzato prima – usati in associazione con altri strumenti. Certo lascia perplessi la elevata attribuzione di «raccomandabilità», pari a quella del MMPI-A e del Raven. Un'ipotesi esplicativa di questa apparentemente strana dispercezione di utilità è che i test sono considerati spesso strumenti di supporto alla diagnosi clinica, per cui più sono ritenuti prossimi a questa pratica – come è l'interpretazione dei disegni – più sembrano appetibili e interessanti. Specie a quanti sono di formazione prevalentemente clinica, e sono tanti...

Avranno letto questi colleghi le critiche ai test di disegno, specie al loro uso in ambito forense, gli studi sulla attendibilità e validità, le meta-analisi come quella di Lilienfeld *et al.* (2000)? Credo proprio di no, mentre avranno visto usare i test dai loro docenti e supervisori, nel tirocinio o sul lavoro.

Un'ulteriore ipotesi interpretativa dei dati che stiamo commentando scaturisce spontanea: l'uso, anche improprio, genera altro uso – se gli errori non vengono sanzionati, come invece è avvenuto per fortuna nella evoluzione della specie – in una reazione a catena di cui i dati del questionario sono la testimonianza.

Come le parole con più frequenza di uso vengono imparate e usate proprio per la loro frequenza con cui si sentono usare da altri e risultano di oggettiva facilità di pronuncia (i prototipi sono mamma, papà, pappa e cacca), così i test vengono imparati in relazione alla loro diffusione – e quindi vengono appresi nei tirocini e nella pratica supervisionata – e alla loro vera o presunta facilità di somministrazione e di valutazione. Del resto, quale insegnante e quale genitore non si sente in grado di «interpretare» i disegni dei suoi bambini? Lo psicologo non ha che da aggiungere l'interpretazione formalizzata all'interno di un *setting* clinico, e il gioco è fatto. Che poi questo diventi spesso un gioco al massacro, è stato detto e ripetuto in tutti i modi (Camisasca, 2003; Di Nuovo, 2009): disegni interpretati in modo disinvoltato in pratiche di perizia sono stati oggetto di contestazione e di polemica, tanto che negli Stati Uniti sono stati esclusi come prova in ambito giudiziario (per un dibattito su questo tema, cfr. Lally, 2001).

Quale che sia la lettura dei dati riportati da Tressoldi *et al.* (2009), è indubbio che una distorsione nella valutazione dei test di personalità ci sia, e sia rischiosa sia per gli utenti che per l'immagine della nostra professione psicologica. Almeno quanto la distorsione che i medici hanno nella percezione di alcuni mezzi diagnostici e sussidi terapeutici, certi psicofar-

¹ Ricordo che il questionario chiedeva non quanto il test fosse «raccomandabile» in sé (cioè attendibile e valido in assoluto), ma quanto il rispondente lo avrebbe raccomandato «ai colleghi»; e ciò lasciava un margine di interpretazione nel senso sopra ipotizzato: non si raccomanda uno strumento sia se è inadeguato in sé, sia anche se si pensa che possa diventare di uso improprio quando male utilizzato. In questo senso la applicazione di tecniche molto specialistiche non può essere «raccomandata» a cuor leggero, test inclusi.

Contributi alla discussione

maci inclusi. Ma in questo caso la logica del «mal comune...» non vale.

I rimedi.

1) Formazione appropriata delle nuove leve di psicologi alla conoscenza e all'uso dei test, troppo spesso relegati nei corsi universitari in insegnamenti di pochi crediti. Questo punto richiede un impegno delle facoltà e dei coordinatori dei corsi di laurea in psicologia, delle associazioni scientifiche, delle scuole di specializzazione pubbliche e private in psicodiagnostica.

2) Aggiornamento degli psicologi in servizio, destinando una quota dei corsi ECM obbligatori a seminari o convegni sull'uso appropriato e approfondito dei test cognitivi e di personalità, organizzati da enti o associazioni specializzate, o dai Corsi di laurea in Psicologia.

3) Formulazione di una lista con i *range* di attendibilità dei diversi test, da proporre in ambito giudiziario (come da tempo avviene negli USA). Ci si può avvalere per questo di studi scientifici metodologicamente fondati sugli strumenti, e delle diverse meta-analisi pubblicate negli ultimi decenni e disponibili sulle riviste specializzate (ad es. West, 1998; Garb, Wood, Lilienfeld e Nezworski, 2002). Questa formulazione, molto delicata, richiede l'impegno di una «task force» che potrebbe essere organizzata dall'Ordine degli Psicologi, che ha coprodotto lo studio qui commentato, insieme a specialisti del settore.

Diffondere le conoscenze adeguate è sempre un buon antidoto contro gli usi impropri, sempre che ci sia qualcuno disposto ad impegnarsi nella diffusione, e qualcuno disposto ad impegnarsi a sua volta per modificare le proprie, spesso radicate, convinzioni e prassi quotidiane.

Riferimenti bibliografici

Camisasca, E. (a cura di) (2003). Sezione monografica: Il disegno strumento di comunicazione nei casi di abuso all'infanzia. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 5 (2), 7-85.

Di Nuovo, S. (2009). Metodi di valutazione dell'abuso sessuale sui minori: è ammissibile, ed è utile, il

testing psicometrico? *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 11, 2.

Garb, H.N., Wood, J.M., Lilienfeld, S.O., Nezworski M.T. (2002). Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (5), 454-463.

Lally, S.J. (2001). Should human figure drawings be admitted into court? *Journal of Personality Assessment*, 76 (1), 135-149.

Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1 (2), 27-66.

West, M.M. (1998). Meta-analysis of studies assessing the efficacy of projective techniques in discriminating child sexual abuse – A research note. *Child Abuse and Neglect*, 22 (11), 1151-1166.

I test in età evolutiva al confine fra logica formale, tecniche dei test e psicometria

ROSA ANGELA FABIO
Università di Messina
E-mail: rafabio@unime.it

La discussione aperta da Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi «Un'indagine sull'uso dei test in età evolutiva: scelte basate sulla qualità degli strumenti o su pratiche condivise?» dà il via ad un interessante dibattito sia sull'analisi bibliometrica dell'uso dei test in età evolutiva sia sulle eventuali linee che gli psicologi possono seguire per migliorare l'uso dei test stessi.

Dall'indagine esplorativa degli autori non emergono particolari novità per quanto riguarda la valutazione di funzioni cognitive generali e la valutazione delle funzioni cognitive specifiche. Emerge invece che gli strumenti proiettivi sono più usati in Italia rispetto agli altri Paesi (ad es. la Nuova Zelanda e gli Stati Uniti, Watkins, Campbell, Nieberding e Hallmark, 1995), addirittura il loro uso è più frequente di quelli strutturati. Inoltre il disegno della famiglia e della figura umana godono della stessa fiducia dei test più strutturati o di test molto più studiati in letteratura come il Rorschach.

L'indagine è molto importante perché, come previsto dai principi etici dell'APA, uno psicologo dovrebbe essere consapevole dello status scientifico e professionale dei test quando deve prendere decisioni professionali (APA, 1994). Il lavoro di Tressoldi *et al.* in questo senso può fornire dei dati empirici su quali siano i test che i colleghi italiani stanno usando in un certo periodo storico e non lasciare spazio a impressioni, speculazioni ed esperienze di mancanza di sistematicità.

Alcuni cambiamenti nella modalità di conduzione dell'indagine bibliometrica sull'uso dei test da parte degli psicologi italiani potrebbero fornirci informazioni che chiariscono e che rispondono a questo interessante e nuovo dibattito. Il presente contributo è strutturato perciò in modo tale che in corrispondenza a ogni quesito per la discussione si propongano delle possibili soluzioni:

1. I dati rilevati dal questionario rappresentano una fotografia attendibile dell'uso e della fiducia attuale da parte degli psicologi dell'età evolutiva?

Nella letteratura internazionale esistono diverse rassegne sull'uso dei test da parte degli psicologi; queste rassegne sono nella maggior parte dei casi questionari *self-report* in cui viene chiesto agli esperti di rilevare la frequenza con cui usano i test (Brown e McGuire, 1976; Guilmette, Faust, Hart e Arkes, 1990; Hartlage e Telzrow, 1980; Lubin, Larsen, Matarazzo e Seever, 1985; Ovadia, 2003; Piotrowski e Keller, 1989; Seretny, Dean, Gray e Hartlage, 1986; Sweeney, Clarkin e Fitzgibbon, 1987).

Normalmente esse sono strutturate attraverso test somministrati con materiale cartaceo. Le ricerche attraverso il web forniscono molti vantaggi, come per esempio la possibilità di contattare popolazioni specifiche, la velocità di accesso dei dati, e il decremento dei costi (Duffy, 2002), ma ci sono anche dei potenziali svantaggi come per esempio il fatto che il campionamento sia ristretto agli psicologi che usano internet, e forse a questo è dovuto il fatto che

il campione che ha partecipato sia «professionalmente giovane»; inoltre un altro problema potrebbe essere l'autenticità delle risposte: i soggetti che rispondono via web, possono collegarsi più volte, possono essere facilitati in tante forme di sabotaggio e inaccuratezza.

È possibile che una estensione del campione e una modalità di somministrazione diretta e cartacea possa rendere la fotografia più chiara e attendibile.

2. Qual è la ragione del maggior uso delle tecniche proiettive rispetto agli strumenti *self* o *external report*?

3. Qual è la ragione per la fiducia nelle tecniche proiettive ed in particolare del disegno della figura umana e della famiglia?

Le motivazioni sottostanti all'uso di diversi strumenti di *assessment* possono essere tante: alcune consapevoli, altre invece sotto il controllo di processi automatizzati o inconsapevoli. Del primo gruppo fanno parte ad esempio l'adesione a modelli teorici di riferimento: uno psicologo che aderisce a un modello cognitivo-comportamentale difficilmente farà uso di test proiettivi, mentre uno psicologo che aderisce a un modello psicoanalitico probabilmente li sceglierà.

Del secondo gruppo fanno parte ad esempio le euristiche della disponibilità e della rappresentatività: test come quelli della famiglia o della figura umana sono molto noti non solo a un pubblico di specialisti ma anche alle persone che si rivolgono agli specialisti. Sono come i cibi in scatola, facili da usare e digerire.

In ogni caso in una indagine sull'uso dei test in età evolutiva si potrebbero aggiungere due richieste: «A quale orientamento o modello psicologico aderisce?» e «Qual è il motivo per cui usa questo test?». Le risposte a queste domande consentirebbero di correlare il modello teorico con la scelta dei test usati e capire la motivazione sottostante alla scelta.

Contributi alla discussione

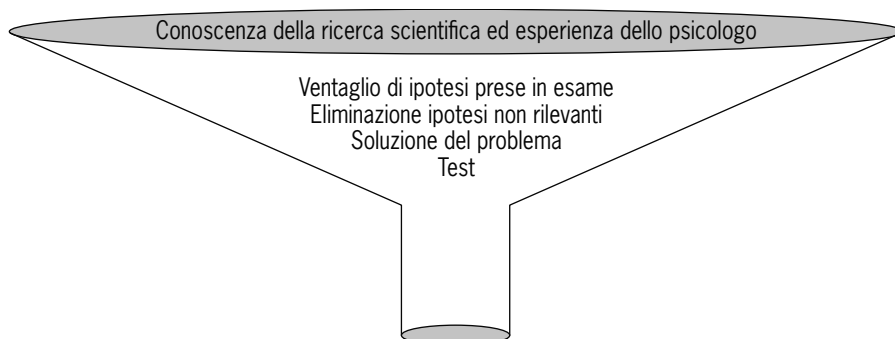


FIG. 1. Algoritmo per la somministrazione del test.

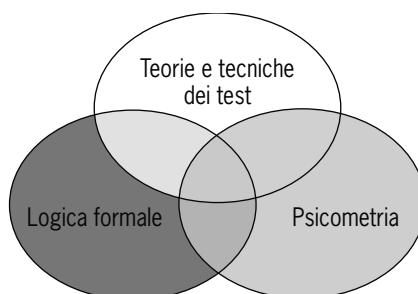


FIG. 2. Aree che si intersecano.

4. Per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei test, quali forme e contenuti di formazione sarebbero prioritari?

La scelta di un test richiede una competenza molto più ampia dell'imparare semplicemente la modalità di somministrazione e gli obiettivi dei test, cosa che avviene già normalmente nelle facoltà di psicologia italiane.

Imparare quale test somministrare richiede un complesso processo di raccolta, analisi e elaborazione delle informazioni volto a rispondere agli interrogativi dell'*assessment* (Sanavio e Cornoldi, 2001). Tale processo può essere paragonato a un imbuto che si va via via restringendo e le diverse fasi possono essere esemplificate come illustrato nella figura 1.

Per tale motivo alla disciplina tradizionale di Teoria e tecnica dei test, si potrebbero ag-

giungere delle ore di lezione sia teoriche che pratiche sulla logica sottostante all'uso dei test ed in particolare sulle aree che si intersecano come teorie e tecniche dei test, logica formale e psicometria (vedi fig. 2).

I contenuti di tali lezioni potrebbero riguardare la logica condizionale e asimmetrica che c'è alle spalle dei test, la valutazione delle proprietà psicometriche con riferimento alle misure della validità, dell'attendibilità, e di ogni altra qualità che influenza le conclusioni, le proprietà dell'attendibilità in funzione non del test ma della popolazione specifica esaminata (Feldt e Brennan, 1989; Fabio, 2007). Studiare la logica formale sottostante all'uso dei test può essere molto utile in quanto indaga la natura dei concetti e delle asserzioni scientifiche, dei modi in cui essi vengono prodotti, delle relazioni causali, del ragionamento induttivo e delle condizioni richieste per l'esame e la verifica delle predizioni.

La logica formale ha infine la funzione di stimolare il pensiero critico: rivela se ci sono limitazioni logiche fondamentali sul contributo che i test possono apportare alla conoscenza.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)* – DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Brown, W.R., McGurre, J.M. (1976). Current psychological assessment practices. *Professional Psychology, 7*, 475-484.
- Fabio, R.A. (2007). New directions in psychological intelligence tests. In P.M. Goldfarb (a cura di), *Psychological tests and testing research trends*. New York: Nova Science Publishers, 3-8.
- Feldt, L.S., Brennan, R.L. (1989). Reliability. In R.L. Linn (a cura di), *Educational measurement (3rd ed.)*. Washington, D.C.: American Council on Education, 105-146.
- Guilmette, T.J., Faust, D., Hart, K., Arkes, H.R. (1990). A national survey of psychologists who offer neuropsychological services. *Archives of Clinical Neuropsychology, 5*, 373-392.
- Hartlage, L.C., Telzrow, C.E. (1980). The practice of clinical neuropsychology in the U.S. *Journal of Clinical Neuropsychology, 2*, 200-202.
- Lubin, B., Larsen, R.M., Matarazzo, L.D., Seever, M.F. (1985). Psychological test usage patterns in five professional settings. *American Psychologist, 40*, 857-861.
- Ovadia, S. (2003). Real-time chat reference and the importance of text-chat. *Reference Librarian, 38* (79), 157-161.
- Piotrowski, C., Keller, J.W. (1989, March). Psychological testing in outpatient mental health facilities: A national study. Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Washington, D.C.
- Sanavio, E., Cornoldi, C. (2001). *Psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Seretny, M.L., Dean, R.S., Gray, J.W., Hartlage, L.C. (1986). The practice of clinical neuropsychology in the United States. *Archives of Clinical Neuropsychology, 1*, 5-12.
- Sweeney, J.A., Clarkin, J.F., Fitzgibbon, M.L. (1987). Current practice of psychological assessment. *Professional Psychology: Research & Practice, 18*, 377-380.
- Watkins, C.E., Campbell, V.L., Nieberding, R., Halmark, R. (1995). Contemporary practice of psy-

chological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology, 26*, 54-60.

La dialettica dei reattivi psicologici, tra strumenti proiettivi e non: la realtà del nostro gruppo di lavoro

MARCO GUBERNALE

(IRCCS «E. Medea», La Nostra Famiglia di Conegliano (TV) e Servizio di Audiologia e Foniatria, Università di Padova-Ospedale di Treviso)

RENZO TUCCI e MARIA ROSARIA RUSSO

(Università di Padova, Servizio Disturbi dell'Apprendimento-LIRIPAC)

E-mail: marco.gubernale@cn.inf.it

Il nostro contributo prende spunto dal ricco dialogo che ha fatto eco ai lavori di Pedrabissi e Tressoldi (2002) e Tressoldi et al. (2004) e le conseguenti discussioni ospitate sulla rivista (Comunian et al., 2002; Rubini et al., 2004, Passi Tognazzo, 2004) riguardanti gli assunti teorici e applicativi della strumentazione diagnostica psicologica. Abbiamo riflettuto sulla possibilità di produrre un parere riguardo all'utilizzo di reattivi specifici, concludendo che – implicitamente – avremmo corso il rischio di alimentare solamente istanze metodologiche a favore o meno di una categoria quando, in realtà, ci sembra necessario approfondire le motivazioni che conducono all'utilizzo di uno strumento specifico entro la folta messe dei reattivi disponibili.

Così, nella compilazione delle nostre osservazioni abbiamo volutamente tralasciato un approccio consueto, che prende ispirazione dalla disamina della letteratura più autorevole riguardante la materia, per concentrarci invece sulla realtà operativa della nostra attività professionale e sulla nostra formazione, dando voce ad una riflessione a carattere forse più epistemologico e senz'altro meno documentale.

A parere nostro, il clinico che oggi si inserisce nel solco aperto dalla discussione sulle tecniche proiettive non può prescindere dalle tendenze della Psicologia dell'Età Evolutiva contemporanea, degli indirizzi che essa assume, e dal punto di vista più o meno specialistico che

Contributi alla discussione

ne accompagna la pratica quotidiana. Ma procediamo sistematicamente.

Il Decreto Ministeriale del 24 luglio 2006 individuando e disciplinando l'istituzione di Scuole di specializzazione con ordinamenti didattici ben definiti – Neuropsicologia, Psicologia del Ciclo di Vita, Psicologia della salute e Valutazione psicologica e consulenza – per ogni Facoltà di Psicologia legittima un atteggiamento operativo, peraltro già avvertito, che lo Psicologo del terzo millennio non può più trascurare. Ovvero, successivamente ad un percorso curricolare condiviso, che stabilisce l'acquisizione delle radici comuni del sapere psicologico, è una prassi inemendabile la necessità di afferire successivamente ad un percorso che raffini sempre di più le competenze del clinico entro un piano di studi dedicato ad un ambito esclusivo e individuato proprio a partire dai nuclei fondamentali della Psicologia (volutamente tralasciamo una disamina delle altre Scuole di Specializzazione riconosciute in Italia perché non centrali per la trattazione che segue).

Più semplicemente, gli indirizzi applicativi della nostra scienza si sono fatti, a tutt'oggi, così articolati e densi di responsabilità per cui sarebbe difficilmente sostenibile l'ipotesi di uno psicologo onnisciente che penetra con la stessa efficacia mondi diagnostici, prognostici, riabilitativi e terapeutici complessi e differenti.

Dunque, come Neuropsicologi, Psicologi dell'Apprendimento, o anche come Psicologi dell'Età Evolutiva, ci assumiamo il compito di elaborare il profilo cognitivo e funzionale di un paziente affetto da una patologia specifica, per rispondere a quesiti peculiari entro il percorso clinico in fase tanto diagnostica quanto riabilitativa riguardanti competenze specifiche. Allo stesso modo, sempre come Psicologi dell'Età Evolutiva, per non lasciarci sfuggire elementi preziosi rispetto allo status emotivo, affettivo e socio-relazionale dalla persona, indici dai quali non si può prescindere per una visione olistica dell'individuo e della sua integrità psicofisica, abbiamo la possibilità di concludere in modo esaustivo e attendibile il bilancio di salute del paziente afferendo ad altri clinici specialistici.

La nostra Scuola di Specializzazione in Psicologia del Ciclo di Vita all'Università degli Studi

di Padova in questi anni di formazione ha cercato di proporre una sintesi dei diversi approcci teorici e delle prassi terapeutiche che ne derivano: questo tentativo si è concretizzato in due considerazioni maturate grazie al confronto con i colleghi di correnti teoriche differenti. Il primo è in riferimento alla teoria che ispira ciascun professionista perché meglio spiegherebbe l'oggetto di indagine che essa definisce: ciascuno di noi ha maturato la propria formazione all'interno di una distinta matrice teorica di riferimento, ma negli anni si è relazionato con i colleghi che ne hanno abbracciate altre, e ha così potuto sviluppare una critica costruttiva delle diverse impostazioni. Tutto questo però, e siamo alla seconda considerazione, non si è tradotto in una sintesi metodologica, un eclettismo teorico-pratico nell'iter diagnostico e terapeutico, ma ci ha aiutato a ricercare i limiti e le potenzialità nostre e degli altri approcci.

In più, la nostra pratica professionale quotidiana ci lascia apprezzare questo tipo di approccio con una relativa frequenza: non sono pochi i bambini che, a fronte di un profilo deficitario rispetto allo stato degli apprendimenti scolastici, accumulano un qualche *impairment* anche sul versante di ansia, regolazione del tono dell'umore e condotta sociale. Così, emergendo dall'*assessment* chiari indici psicopatologici, per lo psicologo esperto di Psicopatologia dell'Apprendimento non sempre ne deriverebbe una chiara lettura diagnostica rispetto alle comorbilità, nonché alla *relazione causale* tra i fronti psicologici coinvolti, a meno che non si affacci la possibilità di richiedere la consulenza specialistica – a volte anche solo sulla base della consultazione dei dati testistici – del collega esperto in altri campi.

Ecco allora che, come detto, di fronte agli aumenti di complessità delle richieste del mondo clinico – ospedaliero, territoriale e privato – la risposta dello psicologo ha da farsi più puntuale ed articolata per non lasciare quesiti irrisolti o dubbi diagnostici che comporterebbero interventi poco coerenti rispetto alla diagnosi e conseguenti perdite di tempo. È chiaramente difficile credere che questo *modus operandi* possa essere possibile per ogni realtà lavorativa, ma auspicabile sì.

Se su questo modello operativo esistesse un qualche accordo tra gli addetti ai lavori, il ragionamento rispetto alla tipologia dei reattivi in uso subirebbe uno *shifting*: dal versante della ricerca ossessiva di legittimazione rispetto a criteri psicometrici o di altra natura che – implicitamente, data la natura del test – possono essere soddisfatti affatto o parzialmente, a quello di una più diretta assunzione di responsabilità dello psicologo che deve rispondere nella maniera più attendibile e professionale degli strumenti che adopera *in relazione allo specifico quesito d'invio*.

Questo è quanto sembra non accada tra i Colleghi che hanno risposto ad un questionario rivolto alla conoscenza della diffusione e all'uso dei principali reattivi, i cui risultati lasciano intravedere – tra l'altro – il ricorso, entro il medesimo protocollo diagnostico, ad una miscelanea di strumenti di derivazione e impostazione teorica assai eterogenee, per la cui interpretazione la buona pratica clinica richiederebbe formazioni e curricoli specifici. Il nostro timore è, pertanto, che lo psicologo, nell'enfasi di circoscrivere quanto più da vicino il quesito diagnostico, e la prassi terapeutica che ne deriva, faccia man bassa della testistica a disposizione, trascurando di assecondare i costrutti sui quali si è formato e solamente rispetto ai quali può dare una risposta competente.

Allora, riproponiamo la questione dialettica rispetto alla testistica proiettiva con questa formula: se ciascuno di noi concepisse il proprio intervento esclusivamente sulla base di un modello operativo proprio della psicologia – Neuropsicologico, Clinico a differente orientamento, Clinico psicanalitico – selezionato perché esaustivo rispetto al trattamento che, responsabilmente, è in grado di erogare?

E se, laddove sorgesse un dubbio diagnostico, venisse richiesta la consulenza del collega esperto della disciplina, con gli strumenti più appropriati al caso? Si potrebbe, forse, stabilire un dialogo condiviso, più remunerativo e reciprocante tra questi modi di fare psicologia? E se proprio l'alimentare queste alleanze cliniche ricadesse favorevolmente sul benessere del paziente?

Cercando di non voler a tutti i costi estendere necessariamente agli altri approcci teorici il metodo psicometrico e le caratteristiche di validità, attendibilità, affidabilità che ne derivano, ma con l'intenzione di renderlo sempre più rigoroso negli strumenti di valutazione che noi usiamo nella nostra pratica clinica, concludiamo il nostro intervento con una considerazione ed un appello: molti test di natura neuropsicologica in Italia pur presentando delle buone caratteristiche psicometriche non sono stati tarati sulla popolazione italiana, ed alcuni che invece lo sono, non presentano delle caratteristiche soddisfacenti. Per creare o adattare e standardizzare uno strumento sappiamo che occorre investire tanto lavoro e tante risorse; a volte nel nostro paese sembra che ciascuno possa fare da sé! Lanciamo dunque un appello alla comunità scientifica, a lavorare tutti nella stessa direzione affinché gli strumenti utilizzati siano sempre più validi e con campioni di standardizzazione italiani che rendano le valutazioni più attendibili. Allo stesso modo e con lo stesso impegno, per rendere le valutazioni sempre più affidabili rimandiamo alla responsabilità di ciascun specialista, al codice deontologico che ha accettato ed alle proprie scelte teorico-metodologiche.

Riferimenti bibliografici

- Comunian, A.L., Battacchi, M.W., Bernabei, P., Dazzi, N., Lingiardi, V., Di Nuovo, S., Passi Tognazzo, D., Del Corno, F., Lang, M., Armezzani, M., Lis, A., Gugliotta, M., Benincasa, G. (2002). Tecniche proiettive. Proiettive di che? *Contributi alla discussione. Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 303-344.
- Decreto MIUR 24 luglio 2006. Riassetto delle Scuole di specializzazione di area psicologica. GU n. 246 del 21.10.2006.
- Pedrabissi, L., Tressoldi, P.E. (2002). Tecniche proiettive. Proiettive di che? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 301-302.
- Pedrabissi, L., Tressoldi, P.E. (2002). Replica agli interventi sull'articolo Tecniche proiettive. Proiettive di che? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (3), 525-527.
- Rubini, V., Armezzani, M., Capri, P., Settineri, S., Comunian, A.L., Tati, F., Bruno, L., Cavallari, B., Olivieri, G., Sola T. (2004). Contributi alla di-

Contributi alla discussione

- scussione. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 55-176.
- Passi Tognazzo, D. (2004). *Validità e attendibilità dei test proiettivi. Un problema annoso*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 145-154.
- Tressoldi, P.E., Barilani, C., Pedrabissi, L. (2004). Lo stato (preoccupante) delle tecniche proiettive per l'età evolutiva in Italia. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8, 1, 5-24.

Considerazioni sull'uso dei test in età evolutiva tra gli psicologi italiani

MARIA GUGLIOTTA
Università di Parma
E-mail: maria.gugliotta@unipr.it

L'uso dei test in psicologia clinica dell'età evolutiva rientra nell'ambito delle procedure seguite per effettuare la diagnosi multidimensionale del bambino.

Comunemente, tali procedure consistono in un colloquio anamnestico-clinico, in cui si richiedono ai familiari informazioni di carattere socio-anagrafico e notizie anamnestiche quali, ad esempio, la presenza di eventuali patologie pre, peri e post-natali, di anomalie o ritardi nelle prime fasi dello sviluppo motorio, linguistico e sociale del bambino, sull'apprendimento e integrazione scolastica, sul comportamento intra ed extra-familiare. ecc., nonché si rilevano informazioni sui motivi che hanno indotto i familiari al consulto.

La seconda fase comprende più *setting* diagnostico-clinici, durante i quali si osservano i comportamenti spontanei del bambino e le sue modalità di interazione con i genitori, si effettuano colloqui con lui; si utilizzano test per valutare gli aspetti cognitivi, emotivi, relazionali, personalità.

Successivamente, i risultati delle osservazioni e dei colloqui condotti, le *performance* conseguite dal bambino nei test somministrati, nonché la storia clinica rilevata, concorrono tutti come elementi necessari per formulare una diagnosi e programmare gli interventi psicoterapeutici e/o riabilitativi.

Qualora nella struttura in cui opera lo psicologo non siano previsti precisi protocolli d'indagine per le diverse patologie (ad es. sindrome di Down), protocolli più facilmente presenti in ambito ospedaliero e in strutture di cliniche di ricerca del S.S.R., o non vi siano indicazioni sui test da usare nelle linee guida elaborate da commissioni di esperti, la scelta degli strumenti testistici da utilizzare deriva da un primo inquadramento diagnostico del bambino e dalle successive ipotesi cliniche che lo psicologo formula sulla base dei colloqui, osservazioni e *performance* nei primi test somministrati, solitamente quelli di livello generale come le scale Wechsler.

Da un punto di vista pratico, la scelta dei test è condizionata anche dall'approccio teorico privilegiato dal clinico e dalla fattibilità e sostenibilità delle situazioni testistiche da parte del bambino. Ad esempio, pazienti con bassa tolleranza alla frustrazione possono reagire male all'insuccesso nei test cognitivi e, successivamente, rifiutarsi di sottoporvisi per lungo tempo, oppure possono fornire risposte palesemente casuali per fare cessare al più presto la situazione d'esame. Oppure, bambini di nuova immigrazione, con difficoltà consistenti nella lingua italiana, non possono sostenere prove con una grossa componente linguistica.

Altre considerazioni di ordine pratico riguardano il tempo disponibile per la somministrazione dei test, che può variare notevolmente a seconda delle richieste poste dalla struttura in cui si opera come, ad esempio, se si tratta di strutture territoriali o ospedaliere. Nell'ultimo caso, infatti, il bambino giunge al consulto psicologico su segnalazione dei medici di reparto, che lo richiedono come diagnostica aggiuntiva, da effettuarsi in concomitanza a numerosi altri esami medico-clinici, tutti concentrati in un arco temporale circoscritto. Ciò determina la necessità che lo psicologo fornisca delle risposte in tempi molto rapidi e condiziona la scelta dei test che è possibile utilizzare, in funzione del tempo di somministrazione da essi richiesto.

Sempre da un punto di vista pratico, la scelta degli strumenti testistici appare spesso condizionata dalla «rete» di contatti professionali dello psicologo: se i colleghi e le strutture

con cui egli è più spesso in relazione privilegiano determinati strumenti al posto di altri, il clinico tenderà ad adeguarsi, anche per facilitare gli scambi informativi con i suoi colleghi. In tal modo, distribuiti a macchia di leopardo sul territorio nazionale, gruppi di psicologi in contatto tra di loro, sia per contiguità territoriale che per percorsi formativi comuni, condividono l'uso più frequente di determinati test.

Infine, tra i fattori che possono condizionare la scelta e l'uso dei test in età evolutiva, vi sono da considerare quelli di ordine economico-gestionale, connessi alla struttura in cui si opera, tra i quali appare particolarmente rilevante la concreta disponibilità di fondi per l'acquisto di test commerciali, a volte molto costosi.

La ricerca condotta sull'uso dei test in età evolutiva da Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi, ha il merito di essersi posta il problema di quanto il loro uso da parte degli psicologi italiani, sia condizionato dalla qualità ed utilità intrinseca di questi strumenti oppure dalla condivisione di pratiche professionali. Gli obiettivi principali della ricerca erano: rilevare la frequenza d'uso dei vari test e rilevare il grado di fiducia in essi riposto da parte degli operatori, mediante un questionario approntato *ad hoc* e disponibile online nel periodo luglio-novembre 2008.

Dei 173 rispondenti, sufficientemente rappresentativi della distribuzione di psicologi sul territorio nazionale, il 44% erano dipendenti da strutture private o pubbliche ed il 56% erano liberi professionisti, con una prevalenza di individui professionalmente giovani: circa il 50% del campione ha riportato una esperienza inferiore o uguale a 6 anni e, del rimanente 50%, solo il 25% ha riportato più di 12 anni di esperienza.

Un dato interessante emerso da questa ricerca riguarda l'assenza di differenze significative nell'uso di test da parte di professionisti con maggiore o minore esperienza professionale (sopra o sotto i 6 anni). Ciò starebbe ad indicare, da un lato, che coloro con maggiore esperienza non tendono a consolidare progressivamente l'uso di taluni strumenti a discapito di altri e, dall'altro, che gli individui più giovani non tendono a «sperimentare sul campo» un mag-

gior numero di strumenti rispetto ai loro colleghi più anziani.

Dalla ricerca emerge, inoltre, che mentre il comportamento degli psicologi italiani non sembra destare sorprese per ciò che riguarda i test cognitivi generali, di valutazione dell'apprendimento e di funzioni cognitive specifiche, lo stesso non si può dire per ciò che concerne l'uso e la raccomandabilità dei test dedicati alla valutazione degli aspetti di personalità, emotivi e relazionali.

Infatti, la tabella 2 del lavoro di Tressoldi *et al.*, mostra che per ciò che riguarda i test cognitivi, ai primi posti ci sono le scale Wechsler, il Raven PM (47 e 38), l'IPDA, la Leiter-R e la Vineland ed agli ultimi posti le Griffiths MDS, le Bayley Scales, il Culture Fair di Cattell. Appare qui convincente la spiegazione proposta dagli autori della ricerca, secondo cui queste ultime scale sono meno usate e ritenute un po' meno raccomandabili perché, essendo dedicate a bambini molto piccoli, gli psicologi avrebbero minori occasioni di utilizzarle. Infatti, in Italia, neonati e bimbi sino a 2-3 anni d'età circa, giungono raramente al consulto degli psicologi, essendo segnalati soprattutto ai neurologi e neuropsichiatri infantili i quali non sempre ritengono necessario un consulto psicologico.

Eguale convincente è la spiegazione proposta dagli autori della ricerca, circa la bassa posizione in «classifica» conseguita dal Culture Fair di Cattell, che ritengono dovuta verosimilmente alla sua similarità strutturale con il più diffuso Raven PM (47 e 38).

Circa i test dedicati all'apprendimento scolastico ed alle funzioni cognitive specifiche, per ciò che riguarda la loro frequenza d'uso i primi posti sono occupati, rispettivamente, dalle prove di lettura MT e dalla DDE-2 e dalla Torre di Londra e dalla batteria BVN 5-11. Tuttavia, sebbene siano un po' meno usati di questi, si osserva che la maggior parte delle rimanenti prove di apprendimento e funzioni cognitive specifiche, gode di una buona diffusione e raccomandabilità. Sempre in questo contesto, sorprende invece che l'unico test a scostarsi più sensibilmente dagli altri sia il Movement ABC, usato da soli 69 psicologi e con un grado di raccomandabilità di 2,9. Ciò potrebbe essere

dovuto al fatto che la valutazione delle abilità motorie nei bambini italiani, è ritenuta più spesso oggetto d'interesse neurologico e fisiatrico. Tuttavia, se si considera che non sempre i bambini che giungono al consulto psicologico sono stati esaminati da neurologi e neuropsichiatri infantili, si potrebbe osservare che gli psicologi italiani, nel loro percorso diagnostico, tendono a trascurare gli aspetti motori, o per essere più precisi, tendono ad esaminare per lo più gli aspetti prassico-costruttivi (vedi ad esempio la maggiore diffusione e raccomandabilità presentata da test quali Rey, Bender, VMI).

Circa i test dedicati alle dimensioni di personalità, emotive e relazionali dei bambini, i risultati della ricerca mostrano che gli strumenti più diffusi tra gli psicologi italiani sono i test proiettivi, in particolare il Disegno della Famiglia e il Disegno della Figura Umana, seguiti dal Rorschach (ritenuto però il meno raccomandabile di tutti), dalle Favole di Duss, dal C.A.T., dalle Blacky Pictures. Dopo i proiettivi si collocano, sempre per diffusione, i test strutturati come l'MMPI-A, il TMA, il CDI e altri.

Questo dato sembra differenziare i nostri psicologi da quelli di altri paesi occidentali e stupisce anche in considerazione delle recenti discussioni avviate all'estero e in Italia sulla reale efficacia dei test proiettivi (Lilienfeld, Wood e Garb, 2000; Pedrabissi e Tressoldi, 2002a, 2002b).

Si potrebbe ipotizzare che la maggiore diffusione dei proiettivi rispetto ai test strutturati per la diagnosi degli aspetti «non cognitivi», sia connessa in qualche misura alla valenza relazionale che viene loro comunemente attribuita ed alla possibilità che essi offrono di fare parlare liberamente il bambino. Si pensi ad esempio, alle opportunità di colloquio che offrono il test di Disegno della Figura Umana e della Famiglia, intervistando il bambino sui contenuti del suo disegno.

In tale senso forse i test proiettivi esercitano un maggiore fascino sugli psicologi, fascino consolidato anche dall'opinione comune sul mestiere di psicologo, inteso come colui che svela i misteri dell'inconscio, nonché da decenni di film e racconti in cui lo psicologo viene mostrato molto più spesso alle prese con le tavole di Rorschach anziché con test più prosaicamente strutturati come l'MMPI-A.

A questo proposito, parafrasando quanto dice Franco Del Corno, si può pensare che i test psicologici proiettivi rispondono a un preciso progetto (o fantasia) degli psicologi: quello del furto con destrezza. Ovvero, che somministrando un test proiettivo si possa carpire al paziente qualcosa che egli non vuole (paziente *non alleato*) o non può (paziente alleato ma *inconsapevole*) dire (Del Corno e Lang, 2008).

A parziale difesa degli psicologi, comunque, vi è da dire che la maggior parte dei corsi di studio non consentono di fare esperienze guidate di buona consistenza e durata in ambito clinico e che, anche se svolte da studenti di buona volontà, tali esperienze sono spesso effettuate in contesti circoscritti all'ambito cognitivo. In altre parole, lo studente ha difficilmente la possibilità di fare esperienze «sul campo» dell'approccio al paziente e dei processi diagnostico-clinici a tutto tondo, che esaminino gli aspetti cognitivi e non cognitivi dell'individuo, delegando il tutto all'anno di tirocinio pre-esame di stato, che gli stessi studenti spesso considerano come un pro-forma e non una opportunità formativa.

Ciò diversamente da quanto avviene nelle facoltà di medicina, dove già dal terzo anno del corso di laurea in poi per potere sostenere gli esami è necessario frequentare i reparti sotto la guida di tutor e successivamente, lo stesso avviene con le scuole di specializzazione medica.

Indubbiamente pensare una cosa del genere anche a psicologia è difficile, dato l'elevato numero di iscritti alle facoltà ed il basso numero di strutture pubbliche con servizi di psicologia. Tuttavia, perlomeno per quegli indirizzi specialistici di ambito clinico e sanitario, sarebbe forse pensabile di organizzare percorsi formativi obbligatori, da svolgersi sul campo e in diretto contatto con professionisti esperti, ponendo vincoli didattici più severi per potere sostenere gli esami.

Riferimenti bibliografici

- Del Corno, F., Lang, M. (a cura di) (2008). *Linee di ricerca in testologia*. Milano: Franco Angeli.
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1 (2), 27-66.

- Lis, A. (a cura di) (1998). *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*. Bologna: Il Mulino.
- Pedrabissi, L., Tressoldi, P.E. (2002a). Test proiettivi. Proiettivi di che? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 301-344.
- Pedrabissi, L., Tressoldi, P.E. (2002b). Test proiettivi. Proiettivi di che? Commento e replica. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (3), 525-528.

Contributo alla discussione sull'uso dei test in età evolutiva

MARGHERITA LANG
Università di Milano-Bicocca
E-mail: margherita.lang@unimib.it

Gli interrogativi sono indubbiamente molto stimolanti in quanto ripropongono l'annosa questione del corretto impiego degli strumenti di valutazione diagnostica e si interrogano su quali siano le variabili che ne determinano la scelta. A mio avviso, queste variabili dipendono da diversi fattori, alcuni sono teorici – e sono stati in parte enunciati dagli autori – mentre altri sono dettati da realtà pratiche e contingenti e, spesso, sono sottaciuti. Questo ha delle ripercussioni sulla possibilità di comprendere correttamente il fenomeno oggetto di indagine.

Bisogna delimitare in maniera puntuale il campo: si deve avere presente che il contesto ideale (cosa si dovrebbe fare) ha poco a che vedere con il contesto reale (cosa si può fare). In un contesto ideale, il clinico ha a disposizione strumenti diversi e sceglie il test secondo parametri specifici, quali l'interrogativo diagnostico cui cerca risposta, il modello teorico cui lo strumento fa riferimento e/o che intende utilizzare per leggere i risultati e la validità e l'affidabilità dei dati normativi.

Nella realtà di tutti i giorni, invece, il clinico deve spesso rispondere in tempo breve a quesiti diagnostici specifici, di frequente il suo intervento è richiesto per problemi di certificazione di ordine medico-legale (ad esempio, la certificazione ai sensi della L. 104/92) e la scelta degli strumenti si basa su parametri diversi da quelli sopra riportati: la struttura/servizio/ambulatorio in cui lo psicologo opera (finalità della struttura, numero e tipologia degli strumenti a disposi-

zione, tempo che lo psicologo può dedicare per rispondere al quesito clinico e così via) può costituire un vincolo rilevante così come la sua formazione, le sue conoscenze (modelli teorici e lettura dei dati) e la sua esperienza clinica.

Fatte queste premesse, alcune considerazioni in merito ai dati raccolti dai colleghi:

1) I 173 psicologi che hanno risposto al questionario sono, secondo i colleghi, «abbastanza rappresentativi» della popolazione degli psicologi italiani. In realtà ho qualche perplessità, che forse deriva da un'errata interpretazione dei dati. Leggendo la tabella 2, in cui sono riportate le frequenze e confrontando la sezione delle abilità cognitive con la sezione degli strumenti che valutano l'apprendimento scolastico, suppongo che la maggior parte degli psicologi consultati si occupi di Disturbi dell'Apprendimento, piuttosto che di altre problematiche specifiche della psicopatologia evolutiva. Se la mia supposizione è corretta, i dati raccolti rilevano allora un aspetto circoscritto del fenomeno indagato.

2) Il luogo in cui lo psicologo lavora. I colleghi riportano che «16 sono dipendenti di Servizi privati, 60 dipendenti di Servizio Pubblico, ecc.»; l'appartenenza alla struttura/servizio/ambulatorio rimane un dato a se stante e non è messo in relazione con le variabili sopra enunciate, che a mio avviso incidono in maniera significativa sui criteri di scelta degli strumenti. Questi criteri – mantengo il criterio della scelta dello strumento come cardine del mio argomentare – sono strettamente legati al quesito clinico posto dall'utente o dall'inviante e alle caratteristiche della struttura/servizio/ambulatorio. Si crea, quindi, un circolo vizioso: lavorare in una determinata struttura favorisce la conoscenza di alcuni strumenti specifici, che sono poi quelli che lo psicologo ha a disposizione. Questo costituisce inevitabilmente un ostacolo alla conoscenza e alla scelta di altri strumenti, che si rifanno a modelli teorici differenti. Si viene così a creare – a prescindere dalle intenzioni degli operatori – una cultura istituzionale, per cui ci sono forti resistenze all'impiego di strumenti diversi sia da parte degli operatori sia da parte dell'istituzione. Consideriamo la sezione della tabella 2, che riguarda la valutazione delle abi-

Contributi alla discussione

lità cognitive generali. In questa sezione sono inclusi strumenti molto diversi tra di loro e c'è un grande assente – il Cognitive Assessment System (CAS) – che è stato pubblicato negli Stati Uniti nel 1997 e tarato per l'Italia nel 2005. Si pongono diversi quesiti: lo strumento non è citato perché gli autori non l'hanno proposto – e, in questo caso, sarebbe interessante comprendere le loro motivazioni – oppure questo strumento non è ancora stato acquistato dalla stragrande maggioranza delle strutture in cui gli psicologi operano o ancora il modello teorico ad esso sotteso – modello di intelligenza di Das e Luria – non è considerato adeguato per rispondere ai quesiti clinici? Vorrei evidenziare, anche, l'eterogeneità degli strumenti inclusi in questa sezione, eterogeneità, che suscita alcune perplessità, perché – se non si considera il nesso tra modello teorico e strumento e non si indaga se lo psicologo considera questa variabile nel momento della scelta del test – si perde la possibilità di valutare il grado di raccomandabilità, come dicono Tressoldi *et al.*, attribuita ai dati raccolti. Gli strumenti elencati misurano abilità cognitive differenti e non tutti misurano il fattore *g*. La scelta dello strumento dipende da un criterio o lo psicologo impiega quello strumento perché è quello più facilmente accessibile o che conosce meglio? A mio avviso, le risposte alla domanda «Secondo la sua esperienza diretta, tra gli strumenti per l'assessment psicologico ... Indichi quali ritiene indispensabili...» andrebbero valutate successivamente e in rapporto alle risposte a tre domande fondamentali – su cui ritornerò nelle righe successive – che sono: a) «Nel corso dei suoi studi quali strumenti ha imparato a utilizzare?»; b) «Quali strumenti ha imparato a somministrare e a interpretare nel corso della sua attività lavorativa?»; c) «Nella struttura/servizio/ambulatorio in cui opera, quali strumenti ha a disposizione?».

3) Gli strumenti che lo psicologo conosce e ha appreso nel corso dei suoi studi. Bisogna domandarsi quale sia il ruolo delle Facoltà di Psicologia nell'apprendimento degli strumenti diagnostici. Senza fare indebite generalizzazioni, potrei affermare che in molte Facoltà gli strumenti testologici sono solo descritti, in quanto spesso il tempo previsto non è suf-

ficiente, perché si privilegiano i parametri sottesi alla costruzione del test e si tralasciano i criteri per la lettura dei risultati. Ne consegue che il giovane psicologo finirà per apprendere questi criteri sul campo, con tutte le inevitabili conseguenze negative. Non genera stupore il fatto che nel questionario gli psicologi non riportino l'impiego di norme o Manuali di riferimento alternativi a quelli standard. Forse si sarebbe dovuto prima chiedere quali strumenti ha imparato a somministrare durante l'università. Di solito, anche nelle situazioni che potrebbero essere considerate ottimali, manca il tempo necessario per presentare criteri di valutazione alternativi a quelli standard e molto spesso manca la versione italiana di questi criteri. Ad esempio, criteri alternativi per la valutazione della Grande Figura Complessa di Rey – quali il Developmental Scoring System for the Rey-Osterrieth Complex Figure (Bernstein e Waber, 1996) e il lavoro di Knight e Kaplan (2003) – in Italia non sono mai stati pubblicati né sono oggetto di insegnamento nei corsi universitari o di formazione post-universitaria, anche se riguardano uno strumento molto diffuso e di facile impiego. Di conseguenza, è difficile che siano conosciuti dagli psicologi, a prescindere dalla diffusione dello strumento e dal suo impiego clinico. Per i cosiddetti strumenti proiettivi o per quelli oggettivi si possono fare analoghe considerazioni. Nella maggior parte delle Facoltà non si insegna l'uso clinico del Rorschach e/o dell'MMPI-A. Lo spazio dedicato al corretto apprendimento delle modalità di somministrazione dei diversi strumenti – a prescindere dalla categoria in cui rientrano – nelle Facoltà è circoscritto e altrettanto ridotto è lo spazio dedicato all'apprendimento della valutazione dei dati, che non può basarsi sul solo report informatico, in quanto vanifica la possibilità di un corretto assessment. La realtà è che gli psicologi escono dalle Facoltà con un bagaglio inadeguato rispetto alle conoscenze che sono poi richieste in ambito lavorativo.

4) Gli strumenti che lo psicologo ha imparato a somministrare e a interpretare nel corso della sua attività lavorativa. La «via regia» per l'apprendimento dei test, di fatto, non è l'università, ma la realtà lavorativa. Lo psicologo

dell'età evolutiva di solito impara a somministrare i test grazie al fatto che «va a bottega»: il tirocinante apprende l'uso dello strumento dal tutor e inevitabilmente apprende anche gli errori sistematici compiuti da questo ultimo.

5) Gli strumenti a disposizione del clinico nello studio/struttura in cui lavora. Non sempre sono disponibili le ultime versioni degli strumenti: ad esempio, in alcune strutture/servizi/ambulatori si somministra la WISC-R invece della WISC-III semplicemente perché è l'unico test a disposizione. È improprio presumere che questa scelta sia dettata da altri parametri. A fronte di un criterio forte – quale il fatto di avere o di non avere a disposizione lo strumento – tutti gli altri (ad esempio, il fatto che la WISC-R sia stata pubblicata nel 1974 e tarata in Italia nel 1986 – e, di conseguenza, il campione normativo non sia rappresentativo della situazione attuale della popolazione italiana) diventano poco rilevanti. Da qui la necessità di sapere quali siano i test effettivamente a disposizione del clinico.

6) Gli strumenti a disposizione in Italia. Il numero degli strumenti tarati per l'Italia è nettamente inferiore al numero degli strumenti disponibili in altre realtà (ad esempio, Stati Uniti o Gran Bretagna): di conseguenza, qualsiasi confronto tra ricerche che hanno come oggetto l'impiego o la scelta di strumenti in realtà geografiche diverse è improprio a meno che gli autori non tengano conto della variabile «diffusione degli strumenti». Mi limito a fare un esempio, che riguarda nello specifico i test cognitivi, anche se considerazioni analoghe possono essere fatte per gli strumenti che appartengono alle altre categorie. Se si considerano i soli strumenti che valutano le abilità cognitive ampie di bambini dagli 8 ai 10 anni, un clinico che lavora in una realtà anglofona ha a disposizione i seguenti strumenti: CAS (Cognitive Assessment System, 1997), CTONI (Comprehensive Test of Nonverbal Intelligence, 1996), DAS II (Differential Ability Scales-Second Edition, 2007), KABC-II (Kaufman Assessment Battery for Children-Second Edition, 2004), Leiter-R (1997), RIAS (Reynolds Intellectual Assessment Scales, 2003), SB5 (Stanford-Binet Fifth Edition, 2003), TONI-3 (Test of Nonverbal Intelligence-Third Edition, 1997), UNIT (Universal Nonverbal Intelligence

Test, 1998), WISC-IV (2003), WJ-III (Woodcock-Johnson Battery-Third Edition, 2001, 2007) e WNV (Wechsler Nonverbal Scale of Ability, 2006). Il clinico italiano può scegliere tra CAS (trad. it. 2005) e WISC-III (trad. it. 2006). In Italia sono distribuiti anche la LEITER-R (trad. it. 2002) e il TINV (1998) – che è l'acronimo della traduzione del CTONI – ma mancano gli adattamenti. Gli strumenti a disposizione sono spesso vecchie versioni. Sussiste un *gap* temporale tra il momento in cui si pubblica la prima versione dello strumento e il momento in cui compare l'adattamento italiano. Indubbiamente una sfasatura temporale di due anni è inevitabile (tempo necessario per l'adattamento e la taratura), però spesso il periodo che intercorre è maggiore. Ad esempio, la nuova edizione della WISC – la WISC-III – è stata pubblicata in Gran Bretagna nel 1992 ed è stata tarata per l'Italia nel 2006: peccato che nel frattempo (2003) sia uscita la WISC-IV, che presenta interessanti cambiamenti, quali la scomparsa dell'architettura tipica delle Scale Wechsler (i tre QI) a favore di quattro Indici (Comprensione verbale, Organizzazione percettiva, Memoria di lavoro e Velocità di elaborazione) e il solo QI Totale. Nel 1967 viene pubblicata la WPPSI: in Italia nel 1973 viene tradotto il Manuale, mentre la prima taratura è pubblicata nel 1996. La WPPSI-R (1989) in Italia non è mai stata distribuita, mentre nel 2008 viene distribuita la taratura dell'ultima versione del test (WPPSI-III). Di conseguenza, l'affermazione degli autori – quale «la supremazia delle scale Wechsler è un risultato atteso» – risulta una indebita semplificazione. È evidente che questo dato in Italia non può essere imputato al predominio di una dinastia di scale – come avviene ed è avvenuto per molti anni nei contesti anglofoni – ma deve essere attribuito al fatto che sul mercato non ci sono altri strumenti che valutino le medesime abilità ampie per le stesse fasce di età (Gc, Gv per la WISC-R e Gc, Gv, Gs e Gsm per la WISC-III). Se non si tiene conto dei fattori sopraelencati, alcuni dati possono essere erroneamente interpretati. Gli autori – in uno slancio di entusiasmo – scrivono: «Sorprende comunque la scomparsa del classico Stanford-Binet, un tempo molto popolare anche in Italia, e su questo potrebbe avere anche influito l'età dei rispondenti». In realtà, la Scala è fuori ca-

talogo (Giunti-OS). L'ultima versione pubblicata in Italia è un adattamento della edizione originale – la forma L (1937, 1960) – ed è stata fatta nel 1968 da Bozzo e da Mansueto Zecca. Nel frattempo sono state pubblicate altre tre versioni dello strumento – la Stanford-Binet IV (1986), la Stanford Binet V (2003) e la Stanford Binet Early Childhood (2005) – che non sono mai state tarate per l'Italia e che hanno un'architettura che si discosta completamente da quella originaria.

Un'ultima considerazione: l'adeguatezza della scelta e, di conseguenza, l'affidabilità del dato ottenuto dipendono dalla congruenza tra modello teorico e strumento e dalla sensibilità e dalla specificità dello stesso, che determinano a loro volta il grado di probabilità della correttezza della valutazione. Se non si spiegano i parametri sottesi alla scelta dello strumento – come purtroppo avviene in questa ricerca – diventa complesso comprendere il possibile razionale che ha guidato la scelta. Un esempio: per quale motivo gli psicologi privilegiano il disegno della famiglia e il disegno della figura umana? Tressoldi *et al.* forniscono un dato quantitativo, ma – visto che 140 psicologi su 173 dichiarano di utilizzare il disegno della famiglia e 130 quello della figura umana – verrebbe da chiedersi se i disegni non siano proposti al bambino come strumento per «rompere il ghiaccio» e per creare una qualche forma di alleanza diagnostica. Da qui la necessità di sapere quali sono i dati che il clinico ricava da queste prove e qual è il modello teorico di riferimento per la lettura degli stessi.

In sintesi: la frequenza di impiego di uno strumento non può essere valutata in modo asettico, prescindendo dalle caratteristiche della struttura/servizio/ambulatorio e dell'utenza, che determinano la scelta degli strumenti in quanto questa scelta è conseguenza di un ragionamento clinico che tiene in considerazione variabili differenti, quali il quesito diagnostico, il sistema classificatorio, il costruito che il test misura (o dice di misurare), il rapporto che esiste tra il costruito – così come definito dall'autore – e le più recenti teorizzazioni dello stesso (alcuni costrutti sono desueti), il campione normativo (attenzione agli strumenti che sono stati tarati negli anni '80-'90 perché non sono

più rappresentativi della popolazione), i criteri di indicazione e di controindicazione all'impiego dello strumento, i risultati delle ricerche più recenti e il confronto con strumenti analoghi.

Riferimenti bibliografici

- Bernstein J.H., Waber, D.P. (1996). *Developmental Scoring System for the Rey-Osterrieth Complex Figure (DSS-ROCF)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bracken, B.A., McCallum, R.S. (1998). *Universal Nonverbal Intelligence Test (UNIT)*. Chicago, IL: Riverside Publishing.
- Brown, L., Sherbenou, R.J., Johnsen, S.K. (1997). *Test of Nonverbal Intelligence-Third Edition (TONI-3)*. Austin, TX: PRO-ED.
- Das, J.P., Naglieri, J.A. (1997). *CAS. Das-Naglieri Cognitive Assessment System*. Chicago, IL: Riverside Publishing (trad. it. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2005).
- Elliott, C.D. (2007a). *Differential Ability Scales. Introductory and technical handbook (2nd ed.)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Elliott, C.D. (2007b). *Differential Ability Scales. Administration and scoring manual (2nd ed.)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Hammill, D.D., Pearson, N.A., Wiederholt, J.L. (1993). *Test TINV - Intelligenza non verbale*. Trento: Erickson, 1998.
- Hammill, D.D., Pearson, N.A., Wiederholt, J.L. (1996). *Comprehensive Test of Nonverbal Intelligence*. Austin, TX: PRO-ED.
- Kaufman, A.S., Kaufman, N.L. (2004). *Kaufman Assessment Battery for Children, Second Edition (KABC-II)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Knight, J.A., Kaplan, E. (2003). *Handbook of Rey-Osterrieth Complex Figure Usage: Clinical and research applications*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Orsini, A., Picone, L. (1996). *WPPSI. Contributo alla taratura italiana*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Reynolds, C.R., Kamphaus, R.W. (2003). *Reynolds Intellectual Assessment Scales (RIAS)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Roid, G.H. (2003a). *Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition. Examiner's manual*. Itasca, IL: Riverside Publishing.
- Roid, G.H. (2003b). *Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition. Interpretive Manual: Expanded*

- guide to the interpretation of SB5 Test results. Itasca, IL: Riverside Publishing.
- Roid, G.H. (2005). *Stanford-Binet Intelligence Scale for Early Childhood, Fifth Edition*. Itasca, IL: Riverside Publishing.
- Roid, G.H., Miller, L.G. (1997). *Leiter International Performance Scale – Revised: Manuale*. Trad. it. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2002.
- Terman, L.M., Merrill, M.A. (1937). *Measuring intelligence: A guide to the administration of the New Revised Stanford-Binet Tests of Intelligence*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Terman, L.M., Merrill, M.A. (1960). *Scala d'intelligenza Stanford-Binet, Forma L-M*. Trad. it. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 1968.
- Terman, L.M., Merrill, M.A. (1973). *Stanford-Binet Intelligence Scale, Third Revision (Form L-M), 1973 Norm Edition*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Thorndike, R.M., Hagen, E.P., Sattler, J.M. (1986a). *The Guide for Administering and Scoring: The Stanford-Binet Intelligence Scale-Fourth Edition*. Itasca, IL: Riverside Publishing.
- Thorndike, R.M., Hagen, E.P., Sattler, J.M. (1986b). *Technical Manual: The Stanford-Binet Intelligence Scale-Fourth Edition*. Itasca, IL: Riverside Publishing.
- Wechsler, D. (1967). *WPPSI. Scala di intelligenza Wechsler a livello prescolare e di scuola elementare*. Trad. it. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 1973.
- Wechsler, D. (1974). *WISC-R. Scala d'intelligenza per bambini Wechsler - Revisionata*. Trad. it. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 1986.
- Wechsler, D. (1989). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised (WPPSI-R)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1992). *WISC-III. Scala d'Intelligenza per Bambini Wechsler. Terza edizione*. Trad. it. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2006.
- Wechsler, D. (2002). *WPPSI-III. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-III*. Trad. it. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2008.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D., Naglieri, J.A. (2006). *Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Woodcock, R.W., McGrew, K.S., Mather, N. (2001, 2007a). *Woodcock-Johnson III Tests of Achievement*. Rolling Meadows, IL: Riverside Publishing.
- Woodcock, R.W., McGrew, K.S., Mather, N. (2001, 2007b). *Woodcock-Johnson III Tests of Cognitive Abilities*. Rolling Meadows, IL: Riverside Publishing.

La valutazione di personalità. Spunti di discussione

ADRIANA LIS, DANIELA DI RISO e SILVIA SALCUNI
Università di Padova
E-mail: adriana.lis@unipd.it

Innanzitutto vorremmo ringraziare i colleghi per l'utile lavoro svolto e per gli spunti alla discussione che ne derivano. Prima di inoltrarci nella discussione vorremmo esprimere il nostro dissenso sul fatto che il colloquio o l'intervista vengano definiti come metodi per raccogliere informazioni per via intuitiva. Forse una successiva discussione potrebbe essere dedicata proprio a questo tema. Concordiamo sull'importanza di un *assessment* multidimensionale, indispensabile per una conoscenza più accurata ed approfondita del giovane paziente e del suo ambiente e sul fatto che i risultati di alcuni test, che consentano di approfondire la conoscenza del funzionamento cognitivo, affettivo e relazionale del giovane paziente siano indispensabili in un approccio *multi-method*. Le questioni poste agli psicologi ci sembrano rilevanti e ben precisate (indispensabilità e raccomandabilità). Abbiamo trovato di particolare rilievo la richiesta di specificare quali norme di riferimento vengano usate, se non viene fatto riferimento a quelle allegate ai manuali: proprio sulla mancanza di risposte a questo quesito torneremo più avanti. Procederemo ora cercando di rispondere agli spunti di discussione proposti.

1. I dati rilevati dal questionario rappresentano una fotografia attendibile dell'uso e della fiducia attuale da parte degli psicologi dell'età evolutiva?

Se anche il campione degli psicologi che hanno risposto può sembrare numericamente rappresentativo, ci sembra comunque poco numeroso rispetto alla totale popolazione degli psicologi italiani. Inoltre abbiamo l'impressione, ma derivabile purtroppo soltanto da comunicazioni informali, che numerosi psicologi non usino strumenti «testistici» ma che spesso si

limitino a osservazioni, sedute di gioco ecc. Ad esempio, relativamente alla valutazione delle abilità cognitive generali, con molto piacere abbiamo notato come le scale Wechsler siano molto utilizzate e raccomandate. È nostra opinione che esse rappresentino uno strumento fondamentale sia per la valutazione del livello di intelligenza generale, sia per un esame più dettagliato del funzionamento cognitivo, soprattutto ora che finalmente la WISC-III è a disposizione degli psicologi italiani. Tuttavia, da scambi verbali informali con psicologi e tirocinanti abbiamo l'impressione che spesso colleghi che aderiscono ad un orientamento più «relazionale» spesso non li usino. Forse in un successivo questionario sarebbe importante chiedere di specificare l'orientamento teorico dello psicologo ed incrociarlo con la possibile utilizzazione di test.

2. Qual è la ragione del maggior uso delle tecniche proiettive rispetto agli strumenti self o external report?

I dati rilevati dal questionario evidenziano come gli strumenti più utilizzati in ambito di valutazione della personalità, del comportamento, delle relazioni e dell'umore siano gli strumenti proiettivi rispetto a quelli strutturati. In altre parole gli psicologi poche volte riferiscono di utilizzare questionari compilati dai giovani pazienti e/o dai loro familiari. Crediamo che i dati riportati riflettano il gap da sempre esistente tra clinica e ricerca. In ambito clinico, ed in particolare con il giovane paziente, l'autocompilazione di questionari sembra inserire una variabile di «obiettivizzazione versus relazione» che di solito crea delle «resistenze» allo psicologo stesso nell'utilizzarli. Il Disegno della Famiglia ed il Disegno della Figura Umana sembrano essere riportati come i maggiormente utilizzati. Pensiamo che questo rifletta veramente la realtà e che richieda dei commenti. Prima di tutto vorremmo evidenziare come, fortunatamente, nell'indagine svolta, non compaia il Test dell'Albero. Il Disegno della Famiglia e il Disegno della Figura Umana rientrano spesso nelle modalità ritenute più facili sul piano relazionale per mettersi in contatto con il bambino.

Il giovane paziente di solito accetta con facilità di disegnare e questi due strumenti fanno parte di una storia della psicologia clinica talmente radicata (purtroppo i dati lo confermano) che difficilmente lo psicologo non li usa. Anche il nostro gruppo se ne avvale. Tuttavia crediamo si debba distinguere nettamente un uso clinico di uno strumento e il definirlo una somministrazione e valutazione di un test. Non a caso i proponenti la discussione lamentano che non siano state date risposte relativamente alle norme utilizzate. Tuttavia è interessante la scarsa consapevolezza che compare proprio dai risultati: li uso ma non mi chiedo se sono dei veri e propri test. Ad esempio relativamente al Disegno della Famiglia, esiste un ampio studio di valutazione dello strumento proposto da Zavattini e colleghi (Tambelli, Zavattini e Mossi, 1995). Ci chiediamo quanti psicologi ne conoscano l'esistenza e lo utilizzino in modo standardizzato e fedele. D'altra parte i commenti degli stessi colleghi proponenti la discussione sembrano evidenziare come questi siano poco a conoscenza di lavori di standardizzazione in campo proiettivo, e si limitino a parlare di metodi proiettivi, come se sempre questi fossero utilizzati solo a livello intuitivo e in un contesto relazionale... ci piacerebbe sapere se è proprio così! Vorremmo anche avere più informazione su come gli psicologi italiani raccolgono dati obiettivi relativi al comportamento, all'aspetto sintomatico dei loro giovani pazienti. Se non fanno riferimento a questionari, come raccolgono le informazioni? I metodi proiettivi sicuramente non possono fornire informazioni obiettive. Sono comunque consapevoli gli psicologi dei diversi livelli di conoscenza implicati nei differenti strumenti che applicano? Relativamente al Rorschach, non sappiamo intanto quale metodo di valutazione venga utilizzato e naturalmente vorremo ancora una volta evidenziare la differenza tra il Sistema Comprensivo (CS; Exner, 1962, 1995, 2003) ed altri metodi. Inoltre vorremmo far notare che il CS attualmente non viene inserito nella categoria dei proiettivi, ma viene considerato un *personality based performance test*, in grado di analizzare la prestazione (*performance*) che i soggetti esibiscono durante lo svolgimento del compito. Questo proprio per dare un peso spe-

cifico alla sua finalità ed ai suoi aspetti sempre più attentamente studiati di fedeltà e validità: vorremmo sperare che questo succeda anche per gli altri strumenti citati basati sul disegno. I dati relativamente al Rorschach ci sembrano interessanti, ma purtroppo ancora una volta non possiamo che fare delle ipotesi sui risultati ottenuti. Pensiamo che sul giudizio di raccomandabilità giochino numerosi fattori. Se è vero che il CS Rorschach è il più studiato è anche vero che richiede una adeguata, lunga e specifica preparazione e quindi uno specifico *training*. Inoltre speriamo che i pochi colleghi che l'hanno raccomandato, siano proprio quelli che presentano una adeguata preparazione clinica e scientifica. Come tutti i metodi, anche il Rorschach valutato con il Sistema Comprensivo, non risponde a tutti i quesiti sul funzionamento della personalità, non dà risposte sul comportamento obiettivo manifesto, come ad esempio il rapporto con i pari o disturbi del comportamento. Inoltre con bambini non clinici, ne suggeriremmo la somministrazione a partire dagli 8 anni, anche se esistono tarature a partire dai 4 anni. Non parliamo poi di soggetti clinici. In altre parole speriamo che la più bassa raccomandabilità sia da attribuirsi non solo al fatto che si tratta di uno strumento complesso che richiede un adeguato *training* per una sua corretta applicabilità, ma ad una consapevolezza che deve essere utilizzato per le finalità specifiche per cui è stato creato e non come uno strumento aspecifico che può dare risposte a tutto.

Infine, qualche commento rispetto alla mancanza di indicazioni relative alle norme utilizzate. I colleghi proponenti la discussione affermano che non c'erano particolari curiosità rispetto i test per la valutazione delle funzioni cognitive generali e per gli strumenti più strutturati, quasi sempre forniti di norme allegare con misure di validazione psicometrica. Ci sembra comunque interessante questa generale assenza. Dalla nostra esperienza pluriennale di seminari sia su «metodi proiettivi» che su «strumenti cognitivi», quali ad esempio proprio le scale Wechsler, quando si tratta di fare riferimento alle norme, poche volte vengono sollevate questioni (ad esempio sul fatto che ci sia

una adeguata taratura italiana, sulle possibili differenze cross-culturali, su come vengano costruiti i punteggi, sulla fedeltà e validità della prova). L'interesse è soprattutto sulla relazione tra risultato e applicazione clinica. Il resto viene spesso «ascoltato» come se si ascoltasse un breve lezione di statistica obbligatoria, ma non così indispensabile. Purtroppo ancora una volta sono impressioni, che bisognerebbe approfondire. Sicuramente alcuni «metodi proiettivi» sono carenti sul piano della validità e fedeltà, tuttavia il fare di tutt'erba un fascio non risulta utile agli psicologi. Ad esempio, come osservavamo più sopra il Disegno della Famiglia è stato validato su un campione molto ampio di soggetti italiani (Tambelli *et al.*, 1995), se ne dispone di un manuale in italiano, eppure ... visto che rientra nei metodi proiettivi sicuramente è carente di validità e fedeltà.

3. Qual è la ragione per la fiducia nelle tecniche proiettive ed in particolare del Disegno della Figura Umana e della Famiglia?

In parte crediamo di avere già risposto. Tuttavia vorremmo aggiungere qualche altro commento di tipo clinico-evolutivo, partendo da una vignetta clinica che rappresenta la classica modalità di consultazione, necessaria a evidenziare come l'uso di uno strumento di questo genere possa aiutare sia l'aspetto relazionale (alleanza di lavoro) sia, nel caso in cui si evidenzino caratteristiche psicometriche valide e fedeli dello strumento, l'approfondimento diagnostico. Un bambino di 9 anni inizia una consultazione da solo, naturalmente dopo un colloquio con i genitori. Lo psicologo avvia un colloquio, il bambino per circa una decina di minuti collabora, ma poi si stanca, la sua motivazione cala. Si potrebbe pensare a delle prove cognitive, a dei brevi questionari di autovalutazione, ma correttamente lo psicologo pensa che se lo farà dopo una conoscenza reciproca così breve ed in presenza di un calo di motivazione così netto non sarà sicuro che il bambino risponderà al massimo delle sue possibilità come richiesto da queste prove. Ecco allora il ricorso al gioco o

al disegno. E di solito viene preferito il disegno sotto forma di strumenti che almeno vengono spesso condivisi anche se non si tratta di veri e propri test, ma che almeno hanno un minimo di istruzioni e di tradizione. Purtroppo poi, come abbiamo già accennato, non ci si chiede molto di più sulla fedeltà e validità e spesso crediamo che tali prove siano valutate solamente a livello qualitativo.

4. Per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei testi, quali forme e contenuti di formazione sarebbero prioritari?

In primo luogo non pensiamo che la risposta sia criticare dall'alto il modo di lavorare degli psicologi. Spesso risulta facile criticare dall'alto delle nostre, comunque importanti, conoscenze tecniche e dai nostri ambiti protetti, da un ambiente che ci permette di godere la scientificità ed il piacere nello studiare test, questionari ecc. Pensiamo che lo psicologo clinico non viva nel migliore dei mondi possibili, ma che cerchi di lavorare al meglio con i suoi giovani pazienti. Teniamo conto che spesso si trova ad affrontare casi difficili, molto gravi, in tempi brevi e spesso in situazioni istituzionali e crediamo che il contatto con la psicopatologia in età evolutiva risvegli sentimenti e modalità che prima di tutto si instaurano su un piano emotivo-relazionale e a cui a quanto sembra giustamente lo psicologo clinico non vuole rinunciare. Questo non per giustificare la mancanza di scientificità, ma per creare un terreno comune da cui partire. Crediamo che la base comune sia fornire dei seminari sull'uso clinico dello strumento e da qui partire per confrontarsi su come questo uso clinico possa integrarsi su un piano metodologico che comunque debba essere integrato e non giustapposto ad esso e senza accuse reciproche su chi usa strumenti più validi che, come sembrano rilevare i risultati stessi del questionario, non portano a nulla. Un lavoro più accurato anche per chi fosse orientato a livello più relazionale, riguarda l'uso di questionari *self-report* sia per i giovani pazienti che per i loro familiari. Crediamo che la modalità vada discussa ed elaborata con

specifici seminari di formazione. Crediamo che in Italia, e speriamo che questa tradizione non venga persa, ci si aspetti prima di tutto di incontrare un psicologo che ascolti, che crei una relazione. Tuttavia l'uso di strumenti *self-report* non va in senso contrario alla relazione se questo viene prima «interiorizzato» dallo psicologo e poi motivato e condiviso con il giovane paziente. Un breve esempio. L'introduzione di uno strumento per la valutazione obiettiva dello stress genitoriale relativamente ad un giovane paziente fornisce sicuramente delle informazioni importanti e confrontabili con lo stress che comunque anche genitori normali possono provare. Lo psicologo che incontra i genitori ne è convinto, pensa davvero che questo gli fornisca informazioni supplementari? Inoltre lo psicologo non può dare semplicemente il questionario da compilare, magari appena i genitori arrivano all'appuntamento. I genitori hanno il diritto di avere delle spiegazioni. È indispensabile creare con loro un'alleanza e successivamente avere un *feedback* specifico su quello che hanno fatto. Relativamente alle nuove generazioni, crediamo che i nostri giovani psicologi siano molto attirati dalla psicoterapia (e purtroppo le varie scuole in questo senso non aiutano) ma non ad una buona diagnosi *multi-method*, sulla cui base decidere un piano di intervento (Exner, 1995) e questo viene evidenziato non solo dagli psicologi cognitivisti, ma anche da quelli che si occupano di indagine della personalità (Meyer *et al.*, 2001). L'importanza di utilizzare misure diverse, che valutano aspetti differenti, permettono di supportare la validità incrementale dei singoli strumenti, al fine di avere una conoscenza più approfondita del nostro piccolo paziente, abbracciando un approccio ideografico che esalta le caratteristiche personali del singolo individuo, attraverso però uso anche di test ampiamente standardizzati, che permettono di integrare alcuni aspetti dell'approccio nomografico, attento all'utilizzo di norme di riferimento riconosciute (Meyer *et al.*, 2001).

Riferimenti bibliografici

Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszyn,

T.W., Read, G.M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56 (2), 128-165.

Tambelli, R., Zavattini, G.C., Mossi, P. (1995). *Il senso della famiglia*. Roma: NIS.

L'uso dei test nella valutazione psicodiagnostica del bambino: alcune brevi considerazioni sul dialogo tra pratica clinica e ricerca empirica

LOREDANA LUCARELLI
Università di Cagliari
E-mail: llucarelli@unica.it

L'applicazione dei test costituisce una pratica consolidata nella psicologia clinica per approfondire l'*assessment* del bambino; il loro uso si integra in un articolato processo valutativo che si dispiega dal motivo della segnalazione alla raccolta dell'anamnesi, alla formulazione di diverse ipotesi diagnostiche, alla somministrazione dei test prescelti, e infine alla sintesi dei dati raccolti per elaborare la diagnosi. È opportuno differenziare il *psychological testing* dal *psychological assessment* (Abbate e Storace, 2004): il *psychological testing* può essere definito come un insieme di metodi psicologici e di misure psicometriche che il clinico applica per effettuare un *psychological assessment*; quest'ultimo integra l'intero percorso psicodiagnostico, proponendosi non solo di rilevare le differenze individuali, che caratterizzano il bambino in riferimento a misure normative, ma ha anche l'obiettivo ultimo di comprendere i sintomi o le atipie in rapporto alle dimensioni dello sviluppo e al contesto delle relazioni significative, e infine di restituire delle risposte efficaci per rispondere alla richiesta di aiuto. Pertanto in ambito clinico un test, sia esso cognitivo o proiettivo, offre dei dati che di per sé non sono esaustivi, poiché vanno integrati in un profilo di sviluppo e clinico, ed assumono un significato comprensibile e utilizzabile solo nell'ambito di un processo psicodiagnostico (Lucarelli, Piperno e Balbo, 2008).

L'uso clinico dei test nel bambino presenta, in modo specifico, vari elementi di

complessità. In particolare, la complessità di valutare una persona che sta cambiando rapidamente, e di cui è necessario riuscire a cogliere sia gli elementi del cambiamento e delle trasformazioni, sia le costanti psicologiche che rendono quel bambino diverso da ogni altro bambino (Levi, 2008). È inoltre complesso tenere conto della diversità dei metodi che sono richiesti per comprendere i disturbi dell'età evolutiva, tuttavia la diversità dei metodi è necessaria per comprendere il complesso intreccio tra cause, evoluzione ed esiti di un disturbo (Charman, 2007). Ad esempio, soprattutto nell'infanzia, quando il bambino non ha ancora acquisito le capacità linguistiche, un'osservazione delle interazioni fra il bambino e i suoi genitori è fondamentale, poiché spesso in questo ambito si presentano situazioni di rischio che potranno determinare un'internalizzazione e una strutturazione a livello psicologico del bambino (Ammaniti, 2001). Nel campo della valutazione evolutiva sono stati consistenti, negli ultimi decenni, i contributi per la creazione di procedure osservative valide e sistematiche, primo fra tutti la costruzione della *Strange Situation*, e di altre più recenti Scale di valutazione dell'interazione genitore-bambino (Barone e Biringen, 2007; Lucarelli, Piperno e Balbo, 2008), messe a punto anche dal sistema diagnostico specificamente rivolto alla diagnosi nei primi tre anni di vita (CD: 0-3 anni Prima Revisione, Zero-To-Three, 2005). Questi strumenti osservativi hanno stimolato un dialogo tra la pratica clinica e la ricerca empirica, e introdotto nuove opportunità di formazione per gli operatori della prima infanzia. L'approccio alla valutazione dell'infanzia è molto cambiato da quando lo sviluppo del bambino è stato osservato nella prospettiva delle relazioni affettive con i *caregiver*: il modello classico, maturativo e stadiale, è stato arricchito dallo studio degli scambi comunicativi fra il bambino e il suo ambiente di cure, valorizzando le interazioni che si instaurano precocemente e dimostrando come lo sviluppo emotivo infantile si plasmia anche in rapporto alle figure affettive (Sroufe, 1995). In linea con queste più recenti acquisizioni, l'ultima revisione delle Scale Bayley (Bayley, 2006) ha ampliato in modo consistente l'area della valutazione dello sviluppo emotivo

Contributi alla discussione

del bambino, rispetto allo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva e di interazione con l'ambiente sociale.

La diversità dei metodi, necessaria per comprendere i disturbi del bambino, può dare importanti indicazioni che orientano la scelta dei test verso misure maggiormente affidabili e predittive; occorrono infatti dati normativi derivati dalla popolazione di bambini con sviluppo tipico, in modo tale che questi dati possano dare un contributo per comprendere le popolazioni cliniche (Charman, 2007). Altrettanto necessari sono i dati longitudinali sul decorso del disturbo, ossia se dall'infanzia, alla fanciullezza, e infine nell'adolescenza lo stesso quadro clinico persiste (continuità omotipica), o si modifica tanto da essere inquadrato in altre nosografie (continuità eterotipica), oppure va incontro ad una remissione (Costello *et al.*, 2003). L'indagine parallela sui versanti evolutivi, normali e patologici, consente di confrontare i due percorsi per analizzare i meccanismi alla base della continuità/discontinuità dei processi di evoluzione normali e psicopatologici, cercando di evidenziare l'interconnessione tra fattori multipli (genetici, contestuali, di rischio o di protezione e di resilienza individuale) (Cicchetti e Rogosh, 2002). L'ampliamento degli ambiti esplorativi, e conseguentemente dei metodi e degli strumenti di valutazione, se da un lato consente di analizzare lo sviluppo normale e patologico, influenzato, nelle varie fasi, da fattori diversi fra loro interagenti, d'altro lato pone la necessità di disporre di un'adeguata teoria evolutiva delle situazioni tipiche ed atipiche, che riesca a considerare i vari piani del funzionamento psicobiologico e relazionale, integrandoli in un quadro unitario, che consenta di riconoscere le potenzialità evolutive e le vulnerabilità del bambino e del suo ambiente familiare (Ammaniti, 2007). In questa prospettiva, è auspicabile che gli strumenti di valutazione siano condivisibili tra clinici e ricercatori per facilitare un dialogo maggiore tra la clinica e la ricerca empirica.

L'indagine esplorativa condotta dall'Università di Padova (Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi), in collaborazione con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e l'AIRIPA (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento),

sembra però mettere in luce che molto lavoro debba essere ancora svolto per avvicinare la pratica clinica alla ricerca empirica, affinché un maggiore dialogo possa ripercuotersi su pratiche condivise, che non sempre sembrano basate sulla qualità degli strumenti. Fa ad esempio riflettere il dato che il disegno della figura umana e della famiglia godono della stessa fiducia dei test più strutturati. Questo dato emerge anche da alcuni studi in campo internazionale, secondo cui i test grafici, soprattutto quelli proiettivi, sono utilizzati da circa l'80% degli psicologi clinici (Bikhit, Thomas e Jolley, 2005; Cashel, 2002; Veltman e Brown, 2002).

In contrasto con questa pratica clinica condivisa, la ricerca empirica mette in luce come lo status scientifico dei test grafici sia molto discutibile. Emerge infatti che gli studi sulle proprietà psicometriche non hanno una buona generalizzabilità, ed indicano che buona parte della ricerca sui test grafici non possa essere utilizzata per la validazione di specifiche caratteristiche cliniche e ancor meno per la diagnosi differenziale. Piuttosto, i dati della ricerca empirica rinforzano l'uso dei test grafici come strumenti per generare ipotesi in clinica e non come strumenti che possano validare delle ipotesi. Ad esempio, l'interpretazione dei punteggi derivati dal disegno della figura umana è scarsamente supportato da dati empirici e, soprattutto nell'età evolutiva, il limite dei test grafici è ancora più consistente: scarse abilità grafiche possono spesso risultare in classificazioni di falsi positivi o di psicopatologie. I sostenitori di queste tecniche ritengono che gli indici derivati da questi test sono affidabili quando utilizzati da clinici esperti, con alti livelli di empatia o con anni di esperienza con queste tecniche. Alcune ricerche hanno invece messo in luce che l'attendibilità non è correlata all'esperienza clinica, quando i giudizi sono basati sul disegno della figura umana (Garb, 1998). All'interno dei test proiettivi grafici, allo stato scientifico attuale, più soddisfacenti si mostrano gli sforzi dei ricercatori di verificare criteri di analisi più oggettivi per il metodo del disegno della famiglia, tuttavia la ricerca su attendibilità e validità necessita di ulteriori approfondimenti, e il suo utilizzo come unica modalità per l'indagine della personalità del bambino presenta limiti rilevanti (Malchiodi,

1998; Mossi, Tambelli e Zavattini, 2008; Tambelli, Zavattini e Mossi, 1999).

L'importanza di avvalorare il dialogo fra pratica clinica e ricerca empirica riguarda un ulteriore dato rilevato dall'indagine italiana, ossia che i test proiettivi grafici godono della stessa fiducia di test strutturati, quali l'MMPI-A, e superano quella del test di Rorschach, uno strumento molto studiato dal punto di vista della ricerca, con diversi contributi riguardanti anche l'età evolutiva (Leichtman, 2006; Lis et al., 2007). A differenza di altri metodi, il Rorschach costituisce una tecnica di valutazione altamente codificata, che si propone di ridurre la soggettività dell'esaminatore, richiede una procedura di somministrazione, di siglatura e di interpretazione molto articolata, che necessita di una conoscenza specifica ed approfondita. Non è possibile riportare la complessità del dibattito scientifico sull'uso del test di Rorschach in età evolutiva, un aspetto centrale è che il protocollo del bambino non può essere valutato come quello dell'adolescente e dell'adulto, e necessita il costante riferimento alle variazioni normative a seconda delle diverse età (Gicca Palli, 2008).

Le considerazioni esposte sottolineano l'importanza di inserire gli strumenti per l'assessment del bambino in un framework teorico e clinico articolato sullo studio delle cause, del decorso e degli esiti del disturbo, in cui i fenomeni disadattativi si inquadrano in una cornice evolutiva e transazionale, che considera le interazioni dinamiche tra le caratteristiche personali e le relazioni con l'ambiente. Alla luce di alcuni dati emersi dall'indagine italiana sull'uso delle tecniche proiettive in età evolutiva si è voluto sottolineare la necessità di sviluppare un maggiore dialogo tra pratica clinica e i risultati della ricerca empirica, in quanto pur se clinici e ricercatori operano in ambiti specifici e con diverse esigenze, un lavoro teso al miglioramento della qualità degli strumenti per l'assessment rappresenta un importante obiettivo condivisibile. In una recente rassegna di Angold e Costello (2009) sui passi in avanti compiuti, negli ultimi cinquanta anni, nella valutazione e classificazione dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, questi Autori riconoscono «il fallimento» delle tecniche di valutazione, maggiormente

validate sul piano empirico, di riuscire a penetrare più profondamente nella pratica clinica di routine, e sottolineano in questa direzione la necessità di training formativi affinché nella pratica clinica condivisa possa affermarsi il rigore, rispetto a misure valide ed affidabili, che caratterizza la ricerca empirica.

Riferimenti bibliografici

- Abbate, L., Storace, B. (2004). I test psicologici. In V. Lingiardi (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Milano: Il Saggiatore, 160-210.
- Ammaniti, M. (a cura di) (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M. (2007). Editoriale. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 11 (2), 195-197.
- Angold, A., Costello, E.J. (2009). Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 9-15.
- Bekhit, N.S., Thomas, G.V., Polley, R.P. (2005). The use of drawing for psychological assessment in Britain: Survey findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 205-217.
- Barone, L., Biringen, Z. (2007). Le scale della disponibilità emotiva (Emotional Availability Scales). In L. Barone (a cura di), *Emozioni e sviluppo: percorsi tipici e atipici*. Roma: Carocci.
- Cashel, M. (2002). Child and adolescent psychological assessment: Current clinical practices and the impact of managed care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 446-453.
- Charman, T. (2007). Editorial: Why a diversity of methods are required to understand childhood disorders? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1051-1052.
- Cicchetti, D., Rogosh, F.A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Costello, E.J. Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 45, 8-25.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician: Judgement research and psychological assessment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Contributi alla discussione

- Gicca Palli, F. (2008). Test proiettivi strutturali: Test di Rorschach. In L. Lucarelli, F. Piperno e M. Balbo (a cura di), *Metodi e strumenti di valutazione in psicopatologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina, 337-356.
- Leichtman, M. (2006). *The Rorschach. A developmental perspective*. London: The Analytic Press.
- Levi, G. (2008). Introduzione. «Pensare e sentire la pratica psicodiagnostica». In L. Lucarelli, F. Piperno e M. Balbo (a cura di), *Metodi e strumenti di valutazione in psicopatologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina, XI-XIII.
- Lis, A., Zennaro, A., Salcuni, S., Parolin, L., Mazze-schi, C. (2007). *Il Rorschach secondo il sistema comprensivo di Exner. Manuale per l'utilizzo dello strumento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lucarelli, L., Piperno F., Balbo M. (a cura di) (2008). *Metodi e strumenti di valutazione in psicopatologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Malchiodi, C.A. (1998). *Understanding children's drawings*. London: Jessica Kingsley.
- Mossi, P., Tambelli, R., Zavattini, G.C. (2008). La valutazione del DdF: una visione d'insieme. Comunicazione al X Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia clinica Dinamica, Padova 12-14 settembre 2008, Edizioni Cleup.
- Sroufe, A.L. (1995). *Lo sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Tambelli, R., Zavattini, G.C., Mossi, P. (1999). *Il senso della famiglia. Le relazioni affettive del bambino nel «Disegno della Famiglia»*. Roma: Carocci.
- Veltman, M.W., Brown, K.D. (2002). The assessment of drawings from children who have been maltreated: A systematic review. *Child Abuse Review*, 11 (1), 19-37.
- Zero-to-three National Center for Infants, Toddlers and Families (2005). *CD:0-3R 1ª Revisione Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Trad. it. Roma: Giovanni Fioriti, 2008.

Un contributo alla discussione sull'uso dei test in età evolutiva

CLAUDIA MAZZESCHI, LOREDANA LAGHEZZA, CHESSA DAPHNE e LIVIA BURATTA
Università di Perugia
E-mail: claudia.mazzeschi@unipg.it

Abbiamo letto con grande interesse la proposta di discussione dei colleghi Tressoldi,

Pedrabissi, Tevisan e Cornoldi e abbiamo ritenuto particolarmente importante la ricerca volta a fare il punto della situazione su quali dei test disponibili in Italia vengano utilizzati oggi dagli psicologi clinici dell'età evolutiva e quali, fra questi, ritenuti validi tanto da poter essere raccomandati ai colleghi. Ci consideriamo tra coloro che «hanno a cuore» – come dicono i colleghi – il miglioramento della pratica professionale delle modalità di assessment degli psicologi clinici, con particolare riferimento a coloro che operano in età evolutiva periodo per il quale, come sappiamo, la questione della diagnosi e/o dell'intervento risulta particolarmente delicata.

Senza entrare nel merito del campione che ha partecipato alla ricerca che, d'altra parte, ci viene descritto come «abbastanza rappresentativo» della popolazione degli psicologi italiani, intendiamo partecipare alla discussione sulla questione a noi più vicina per interesse scientifico: i risultati relativi alla categoria dei test di Personalità-Comportamento-Relazioni-Umore, con particolare riferimento al gruppo dei test proiettivi. Lavorando in età evolutiva, sia nelle pratiche di assessment che nella formazione degli operatori, ci sentiamo sinceramente di affermare che il dato relativo alla frequenza d'uso dei test proiettivi rilevati (Disegno della famiglia, Disegno della figura umana, Favole della Duss, test di Rorschach, CAT, Blacky) non ci sorprende molto. Questi infatti sono i test proiettivi «classici», così classici da essere diffusamente utilizzati nella pratica clinica in realtà anche in altri contesti (Fowler, Hilsenroth e Handler, 1996) in genere all'interno di una batteria più vasta di strumenti per valutare i diversi aspetti del funzionamento del soggetto (secondo un approccio *multi-method*). Ciò che ha più sorpreso gli autori della ricerca tuttavia, è la loro frequenza d'uso che risulta maggiore di quella dei test strutturati, un dato per altro non in linea con quanto rilevato a livello internazionale. Quello che la ricerca condotta dai colleghi evidenzia è una cosa ben nota a chi si occupa di assessment in età evolutiva: il fatto cioè che nonostante esista un continuo dibattito se, ad esempio, i test basati sull'attività grafica possano effettivamente fornire informazioni si-

gnificative per la valutazione della personalità, i clinici continuano ad utilizzarli come parte integrante della batteria per l'assessment (Fowler, 1996).

Da molti anni la psicologia è caratterizzata dal dibattito relativo alla necessità di condurre da un lato misurazioni oggettive, valide e attendibili, e dall'altro impiegare misure che pongano l'attenzione sulla persona e colgano la sua individualità e le sue peculiarità. La prima posizione appartiene all'approccio nomotetico, un approccio quantitativo, statistico, basato su misurazioni oggettive e precise dei costrutti. Dall'altra parte, in netta contrapposizione, la posizione ideografica in cui l'attenzione al rigore metodologico viene messa da parte e si preferisce un approccio interpretativo, storicamente appartenente alla tradizione psicoanalitica. A quest'ultimo approccio appartengono i cosiddetti metodi proiettivi o, per meglio dire, è all'interno di questo approccio che essi hanno fatto la loro comparsa (Lis e Zennaro, 1997). All'interno della psicologia la posizione nomotetica è stata abbracciata dall'ambiente accademico e di ricerca, mentre quella ideografico-intepretativa dall'ambiente clinico.

La sorpresa per il dato della ricerca deriva, a nostro avviso, dall'approccio implicitamente utilizzato nella lettura e nell'analisi dei dati: l'approccio psicometrico. Secondo questo approccio, come è stato altre volte messo in evidenza in precedenti contributi su questo argomento, il test deve essere applicato in maniera oggettiva come insito nella sua definizione: va somministrato seguendo regole precise e prefissate e successivamente valutato e interpretato secondo specifiche norme di riferimento. Possedere norme di riferimento costituisce uno dei requisiti fondamentali per la costruzione e il valido utilizzo di uno strumento psicologico (APA, 1985) e perché questo possa essere definito test (Anastasi e Urbina, 1997). L'approccio psicometrico privilegia una ricerca quantitativa, mediante strumenti che siano validi e fedeli (i test, *self* o *external report*), i soli in grado di fornire informazioni attendibili nell'assessment di personalità. Un test dunque per essere tale dovrebbe possedere specifiche caratteristiche: consegne e modalità di *scoring* standard,

validità e fedeltà, dati normativi (Pedrabissi e Santinello, 1997). Contrapposto a questo, l'approccio ideografico privilegia una lettura clinico-interpretativa del materiale fornito dal soggetto all'interno della cornice relazionale stabilita con il clinico, approccio storicamente appartenente alla tradizione psicoanalitica e ampiamente assunto dagli psicologici clinici.

Dai dati sulla fiducia degli psicologi italiani risulterebbe dunque che i test proiettivi, da sempre tacciati, dai sostenitori dell'approccio psicometrico, di non essere strumenti validi, sarebbero considerati invece, dai clinici (i praticanti, coloro cioè che operano) buoni strumenti, alla stessa stregua di quelli psicometricamente indiscutibili. E, dato ancora più particolare, è che strumenti considerati classicamente deboli (come il test della figura umana) sarebbero invece considerati più raccomandabili di strumenti psicometricamente più forti (come il Rorschach).

Proviamo dunque a fare alcune considerazioni partendo dal riflettere sul disegno della figura umana. Ripercorrendo brevemente la sua storia, esso è stato introdotto come test dell'Omino (DMT, Draw a Man Test) da Goodenough (1926) per valutare l'intelligenza del bambino a partire dall'osservazione fatta che il disegno si arricchisce sempre più di dettagli con lo sviluppo cognitivo. Per il DMT l'autrice ha definito una consegna specifica, proposto un sistema di *scoring* standardizzandolo su un campione di 2.300 disegni di bambini dai 4 ai 10 anni di età che consente di ottenere un punteggio di QI, dimostrato che il risultato non dipende dalle attitudini artistiche del bambino. Nel 1963 Harris ha proposto una revisione sostituendo alla nozione di intelligenza quella di maturità concettuale (intesa come abilità a percepire, a classificare e a generalizzare, abilità considerate alla base della formazione dei concetti). Su questi presupposti il test di Goodenough-Harris (1963) prevede: una consegna specifica (disegnare prima un uomo poi una donna, disegnare figure intere e non solo delle parti, sollecitando il bambino ad impegnarsi attentamente per fare disegni il più possibile accurati e, infine, fare come terzo disegno il disegno di se stesso), un sistema di *scoring* costituito da 2 scale distinte

Contributi alla discussione

(una di 73 item per la figura maschile e una di 71 item per quella femminile). Nel 1949 il test del disegno dell'Omino è stato rivisto e rinominato dalla Machover come DAP (Draw a Person test, DAP) ridefinendone il suo obiettivo come strumento per valutare la maturità psicologica sulla base dell'osservazione clinica che il valore del QI poteva essere influenzato da fattori di personalità. È in questo momento che nasce l'accezione proiettiva del disegno della figura umana: a partire dall'assunto che rappresenti l'espressione del sé nell'ambiente, Machover ha introdotto dunque all'uso del test per inferire caratteristiche di personalità, considerando il disegno l'espressione della personalità del soggetto. Machover ha: stabilito una consegna (disegna una persona prima e una seconda persona dopo, in un foglio diverso e di sesso opposto alla prima disegnata); stabilito di fare una inchiesta per avere elementi sull'identità delle figure disegnate; esteso il suo utilizzo anche a soggetti adulti; suggerito di annotare il tempo di esecuzione e la successione delle varie parti disegnate per poter essere utilizzate al momento della valutazione clinica. Un contributo ulteriore è stato fornito negli anni '60 dalla Koppitz che, sulla base dell'analisi di 1856 disegni di bambini tra i 5 e i 12 anni, ha proposto due scale che, applicabili ad uno stesso disegno, consentono di valutare aspetti legati allo sviluppo cognitivo e all'adattamento emozionale con risultati più soddisfacenti per la prima scala.

Il test del disegno della figura umana nasce dunque allo scopo di valutare lo sviluppo mentale del bambino e solo successivamente si connota in senso proiettivo/di personalità. Come ci indicano recenti lavori in ambito internazionale (Laak et al., 2005), il DAP è in effetti uno tra i dieci test più utilizzati al mondo (Cummings, 1986; Yama, 1990) pur avendo, con riferimento alle sue modalità di utilizzo e al dominio della sua applicazione, una identità scientifica ancora non univocamente definita. Relativamente alle modalità di utilizzo, Scribner e Handler (1987) hanno parlato di un approccio *pensato*, comprendente quei sistemi di *scoring* che si basano sul conteggio dei dettagli, enfatizzando norme e metodi di tipo quantitativo, e di un approccio *globale*, che enfatizza la valuta-

zione di specifiche caratteristiche di contenuto e della qualità dei disegni (il clinico inferisce aspetti di personalità a partire da alcuni indicatori presenti nel disegno). Questi due approcci risultano diversamente distribuiti e utilizzati per la valutazione di differenti domini del funzionamento. Relativamente a questi, si distinguono l'area dello sviluppo cognitivo e l'area dell'adattamento socio-emotivo (funzionamento/personalità/adattamento). I risultati congiunti di differenti lavori pubblicati negli anni sottolineano come qualora si usi il test della figura umana secondo l'approccio quantitativo, si ottengono misure valide per l'*assessment* dello sviluppo cognitivo del bambino; i metodi di *scoring* rispettano i criteri statistici (sono previste specifiche indicazioni per la somministrazione e per la codifica), i criteri di validità di costruito sono rispettati (alta correlazione tra numero di dettagli e livello di sviluppo: uno scarabocchio contiene meno dettagli di una figura completa), le variabili del test presentano un apprezzabile grado di correlazione con le misure derivanti da altri reattivi mentali (Laak et al., 2005), il test discrimina tra bambini con o senza ritardo cognitivo. L'approccio globale invece è stato utilizzato per discriminare gruppi clinici diversi con risultati non sempre omogenei; alcuni lavori riferiscono dati «in negativo» (Kahill, 1984; Groth-Marnat e Roberts, 1998), altri «in positivo» (Tharinger e Stark, 1990; Yama, 1990). Alcune ricerche sono state recentemente condotte sul rapporto tra tipo di approccio e dominio (Rosenthal, 2000; Laak et al., 2005). Se l'uso dell'approccio pensato per il DAP è valido nel dominio cognitivo e dell'intelligenza, una recente proposta di Naglieri (Naglieri, 1991) ha evidenziato come esso possa essere utilizzato con successo anche nel distinguere i bambini gravemente disturbati da bambini non clinici; Sullivan (1998) tra bambini delinquenti e non e Groth-Marnat e Roberts (1998) tra studenti con basso e alto livello di autostima.

In generale dunque i risultati delle ricerche sul disegno della figura umana suggeriscono che l'approccio quantitativo dia buoni risultati per la valutazione del funzionamento cognitivo e come, viceversa, l'approccio globale sia insufficiente per predire il livello di adattamento socio-emotivo del bambino e come anche per questa

dimensione del funzionamento siano necessari sistemi di valutazione maggiormente formalizzati per i quali la ricerca si dovrebbe impegnare.

Il fatto che tra i dati ottenuti manchino completamente quelli relativi alle norme o al manuale di riferimento ci fa pensare che i clinici adottino, per il disegno della figura umana ad esempio, il tipo di approccio globale che, come abbiamo visto fornisce in verità i risultati più incerti. Tuttavia ci sembra pure difficile che tale approccio possa essere esteso anche a strumenti più complessi (CAT, Rorschach) per i quali, analogamente, non disponiamo dalla presente ricerca delle indicazioni in merito. Perché se è vero che per molti dei test proiettivi le norme sono carenti (Tressoldi *et al.*, 2004) – e di questo ci rammarichiamo in parte anche con noi stesse! – per altri sono ampiamente disponibili ma ugualmente non riferite dai partecipanti. Un dato malgrado questa mancanza, in ogni caso emerge. Ed è un dato interessante. La fiducia riposta dai clinici sui test proiettivi sembrerebbe legata alla complessità dello strumento. I dati evidenziano chiaramente che il Rorschach – strumento ricco e sicuramente di uso non immediato – viene meno consigliato degli altri test. Forse proprio a causa delle sue caratteristiche di complessità le stesse che, dall'altra parte, ne sanciscono la ricchezza diagnostica come strumento multi-tratto, capace di una diagnosi nomotetica ed ideografica insieme (Lis *et al.*, 2007).

Ci sembra dunque importante che il clinico nella sua quotidiana pratica di *assessment*, si interfacci con la ricerca in modo che possa meglio e più correttamente definire la scelta di uno o di un altro test e, per ciascun test, del sistema che è in grado di fornire dati a supporto della sua validità evitando in tal modo di perseguire valutazioni non confermate a livello empirico. D'altra parte anche la ricerca si deve interfacciare con la clinica, alleandosi insieme con l'obiettivo di creare strumenti che siano in grado di coniugare assieme aspetti nomotetici e ideografici, in modo che l'unicità del paziente sia garantita da una corretta valutazione delle dimensioni del suo funzionamento e non (solo) da intuizioni del clinico non sempre supportabili o supportate dalla ricerca quantitativa.

Questo significa certamente costruire strumenti che, analogamente a quanto fatto per il Rorschach con il Sistema Comprensivo, possano garantire anche per gli altri test proiettivi (tradizionalmente adoperati all'interno di una condivisa lettura clinico-qualitativa) il rigore del test psicometricamente inteso e la forza euristica della lettura clinica mediante il confronto tra la performance di un soggetto e un campione sufficientemente rappresentativo di riferimento e che possa sostenere l'impatto della ricerca delle differenze. Va in questa direzione l'operazione metodologica che, senz'altro con la forza maggiore, ha coinvolto appunto il test delle macchie grazie al Sistema Comprensivo di Exner (Exner, 2003) che ha operato una rivoluzione all'interno della categoria costituita da questi strumenti tanto da farli definire oggi non più (o non solo) proiettivi – perché basati su una non definita ipotesi proiettiva – ma test di *performance* (*performance based personality test*), denominazione che racchiude al suo interno un approccio allo strumento ben più ricco e complesso di quanto tradizionalmente considerato.

Riferimenti bibliografici

- American Psychological Association (1985). *Standards for Educational and Psychological testing*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Anastasi, A., Urbina, S. (1997). *Psychological testing*. Englewood Cliffs, N.J.: Wiley.
- Cummings, J.A. (1986). Projective drawings. In H. Knoff (a cura di), *The assessment of child and adolescent personality*. New York: Guilford Press, 199-244.
- Fowler, C., Hilsenroth, M.J., Handler, L. (1996). A multimethod approach to assessing dependency: The early memory dependency probe. *Journal of Personality Assessment*, 67, 399-413.
- Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Yonkers World Book.
- Groth-Marnat, G., Roberts, L. (1998). Human figure drawings and house-tree-person drawings as indicators of self-esteem: A quantitative approach. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 219-222.
- Harris, D.B. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity*. New York: Harcourt Brace.
- Kahill, S. (1984). Human figure drawing in adults: An

Contributi alla discussione

- update of the empirical evidence 1967-1982. *Canadian Journal of Psychology*, 25, 269-292.
- Laak, J.T., De Goede, M., Aleva, A., Van Rijswijk, P. (2005). The Draw-A-Person Test: An Indicator of children's cognitive and socioemotional adaptation? *Journal of Genetic Psychology*, 166, 77-93.
- Lis, A., Zennaro, A. (1997). Il test di Rorschach tra aspetti psicometrici e psicoanalitici: contributi e riflessioni. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1, 9-44.
- Lis, A., Zennaro, A., Salcuni, S., Parolin, L., Mazze-schi, C. (2007). *Il Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di Exner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Machover, K. (1949). *Personality projections in the drawing of the human figure*. Springfield, IL: Thomas.
- Naglieri, J.A., McNeish, T.J., Bardos, A.N. (1991). *Draw-a-person: Screening procedure for emotional disturbance*. Austin, TX: PRO-ED.
- Pedrabissi, L., Santinello, M. (1997). *I test psicologici. Teorie e tecniche*. Bologna: Il Mulino.
- Rosenthal, R. (2000). Effect sizes in behavioral and biomedical research, estimation, and interpretation. In L. Bickman (a cura di), *Validity and social experimentation: Donald Campbell's legacy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scribner, C.M., Handler, L. (1987). The interpreters' personality in draw-a-person interpretation: A study of interpersonal style. *Journal of Personality Assessment*, 51, 112-122.
- Sullivan, M.J. (1998). Discriminant validity of the draw-a-person screening procedure for emotional disturbance for incarcerated juvenile delinquents in special education. *Dissertation Abstracts International Section-A: Humanities and Social Sciences*, 58 (10-A): 3736 IS: 0419-4209.
- Tharinger, D.J., Stark, K. (1990). A qualitative versus a quantitative approach to evaluating draw-a-family and kinetic family drawing: A study of mood and anxiety disordered children. *Psychological Assessment*, 2, 265-375.

Indagine sull'uso dei test in età evolutiva: un intervento

CONCETTA PASTORELLI
Università di Roma «La Sapienza»
E-mail: concetta.pastorelli@uniroma1.it

Il dibattito proposto stimola importanti riflessioni sulle competenze professionali degli psicologi, ma non solo. Stimola anche, a mio

parere, riflessioni più ampie sulla formazione universitaria.

Concordo quindi sulla necessità di riflettere su questi risultati preliminari con lo scopo di avviare un approfondimento più ampio sui temi della formazione nell'assessment psicologico.

Rispetto al *primo quesito* posto, ovvero, se i dati rilevati dal questionario rappresentano una fotografia attendibile dell'uso e della fiducia nei riguardi di taluni test proiettivi da parte degli psicologi dell'età evolutiva, ritengo che si possa rispondere in modo affermativo.

I risultati di questa prima indagine esplorativa, seppur nei limiti delle informazioni offerte dai questionari (!), fotografano la realtà e possono costituire una buona base di partenza per un approfondimento, anche nel nostro Paese, delle competenze dello psicologo contemporaneo. Ritengo sia plausibile parlare di psicologo contemporaneo dal momento che le spinte innovative, da una parte, e i repentini mutamenti macro e micro sociali, dall'altra, hanno imposto e tuttora impongono la ricerca di nuovi modelli e paradigmi per conoscere l'attuale funzionamento umano e il suo potenziale sviluppo.

Rispetto al *secondo e terzo quesito* posto, ovvero, sulle ragioni del maggiore uso di tecniche proiettive rispetto agli strumenti *self* o *external report* e della migliore reputazione di alcune tecniche proiettive, come il disegno della figura umana e della famiglia, credo che sia possibile avanzare una serie di spiegazioni riferibili tanto alle caratteristiche dei test quanto alle preferenze teorico-professionali dello psicologo: questi test sono più facili ed economici da somministrare; questi test, non avendo norme di riferimento, lasciano uno spazio maggiore per poter intraprendere una relazione con il bambino/giovane (sono in definitiva dei rompi-ghiaccio efficaci); questi test vengono prevalentemente proposti nei corsi di formazione privati, presenti sul mercato, cui spesso si rivolgono i nostri studenti e psicologi. Forse queste ragioni possono essere valide per alcuni, o forse lo sono per tutti, ma non conducono a mio parere al cuore del problema che si sta affrontando: ovvero perché si usano strumenti con caratteristiche psicometriche deboli e con meno accertata validità di costruito o teorica? Il problema

appare più strutturale e probabilmente affonda le sue radici in una scarsa integrazione teorica e in una contenuta capacità di conciliare le conoscenze con la pratica. E questo non è solo un problema italiano, ma anche di altri Paesi. Tuttavia occorre anche specificare che il problema nel nostro Paese ha assunto dimensioni più ampie.

Nel corso di questo contributo intendo, dapprima, identificare le implicazioni teoriche alla base dell'*assessment* multidimensionale nel corso dello sviluppo, successivamente delineare alcune delle possibili competenze da promuovere all'interno dei corsi universitari.

Mi accosto quindi a questo dibattito con la prospettiva di individuare propositivamente gli elementi sui quali dovremmo impegnarci maggiormente in qualità di formatori istituzionali. E tendo a identificarne principalmente due: a) ricongiungere l'*assessment* psicologico alle teorie dello sviluppo; b) individuare le capacità che devono essere coltivate per consentire ai futuri psicologi un uso più adeguato degli strumenti di conoscenza utilizzati ed una migliore formazione.

1. Sulla complessità dell'*assessment* multidimensionale nel corso dello sviluppo: aspetti teorici e pratici

Nell'ultimo trentennio l'area d'indagine della psicologia dello sviluppo e della psicopatologia si è notevolmente estesa ed arricchita di una molteplicità di studi che hanno contribuito all'acquisizione di nuove conoscenze e di nuovi modelli teorici. Soprattutto i risultati degli studi longitudinali che contemplano lunghi periodi di vita, resi disponibili in questi ultimi anni, hanno messo in discussione le tradizionali concezioni dello sviluppo normale e di quello patologico, fornendo importanti indicazioni sull'azione congiunta di una varietà di fattori biologici, psicologici e sociali che incidono differentemente sullo sviluppo di varie forme di disadattamento psico-sociale e di disagio psicopatologico (Moffitt, 2003; Magnusson e Stattin, 2006). Oltre all'individuazione dei fattori di rischio e di protezione, la ricerca psicologica ha approfondito i

processi e i meccanismi che influenzano da una parte l'insorgenza, lo sviluppo e il consolidamento di comportamenti di tipo delinquenziale, di abuso di sostanze e di disagio psicopatologico, e, dall'altra, il benessere e la salute nel corso dello sviluppo dall'infanzia, alla vita adulta e alla senescenza. Si è affermato un nuovo paradigma che pone l'accento sulle relazioni tra lo sviluppo normale e lo sviluppo patologico (Cicchetti, 2006; Sameroff e Mackenzie, 2003; Sroufe e Rutter, 1984), sulla non linearità della crescita, sugli scambi tra la persona e l'ambiente e sulla reciprocità delle influenze tra gli uni e gli altri (Bandura, 1986, Magnusson, 1999; Lerner, 2006).

Per meglio comprendere lo sviluppo umano è necessario, quindi, apprezzare come la varietà di variabili associate alle persone, ai luoghi, e al tempo determinano il cambiamento.

Il corso dello sviluppo è scandito da processi di regolazione che si declinano, nel corso dell'ontogenesi, attraverso molteplici interazioni reciproche individuo-contesto. I significati e le storie di vita rendono unico il modo in cui le persone costruiscono la loro relazione con l'ambiente, affrontano il momento storico, si interfacciano con i contesti sociali (macro e micro) e gestiscono le influenze normative (compiti di sviluppo) e non normative (eventi negativi: malattie, traumi) (Baltes, Staudinger e Lindenberger, 1999; Cairns e Cairns, 1994). È questa una prospettiva che contempla la multicausalità dei fenomeni, l'importanza delle influenze reciproche e delle transazioni individuo-ambiente, la plasticità e il cambiamento. Ne consegue che la valutazione dei bambini e degli adolescenti si configura più complicata di quanto possa apparire dal momento che, oltre alla conoscenza dello sviluppo normale e dei percorsi di sviluppo psicopatologico, prevede l'acquisizione e la scelta degli strumenti conoscitivi pertinenti al problema che si sta affrontando. Inoltre lo psicologo è chiamato non solo a valutare una serie di ipotesi, a verificarle attraverso le informazioni fornite dalla molteplicità degli strumenti utilizzati, a prendere decisioni informate e a proporre soluzioni adeguate, ma anche a confrontarle con interlocutori diversi. L'*assessment* multidimensionale è in realtà un'attività com-

Contributi alla discussione

più concettuale, che meramente empirica, e rischia di produrre effetti iatrogeni nei professionisti che l'adottano ottimisticamente nella speranza di essere da essa facilmente sostenuti.

La complessità è difficile da gestire, comprendere e interpretare. È probabile quindi che mentre si avverte la necessità di tale approccio nell'*assessment* psicologico, alla fine ci si affidi sempre più a prassi (e a strumenti) che confortano ipotesi più semplici e accessibili e che, in qualche misura, riducono il confronto e il contatto con gli altri. È inoltre verosimile che l'*assessment* psicologico basato sul *self-report* o sull'*external-report*, si configuri più come *testing*, ovvero come mera somministrazione di test e calcolo dei punteggi, che altro. E questa forse è una delle ragioni per cui si preferiscono e si raccomandano test che non conducono al calcolo (vedi test proiettivi del disegno e della famiglia) e che lasciano spazio a «ipotesi più agevoli e soluzioni più gestibili».

L'*assessment* multidimensionale contempla complessivamente più conoscenze teoriche che necessitano di essere integrate, maggiore padronanza dei metodi e dei risultati da confrontare (variabili di mediazione e moderazione) e maggiore flessibilità professionale.

Per migliorare le abilità nell'*assessment* multidimensionale è in definitiva importante sviluppare capacità di apprendimento connesse all'acquisizione e all'aggiornamento delle conoscenze e all'auto-istruzione lungo il corso della vita. Tali capacità rappresentano probabilmente le «life skills» più rilevanti da sviluppare e promuovere negli «psicologi di nuova generazione».

2. Quali competenze per la formazione nell'*assessment* psicologico

La riflessione istituzionale sulle competenze degli psicologi di nuova generazione è ancora agli inizi, e la concertazione delle azioni all'interno dei corsi e dei programmi universitari è sicuramente agli esordi (vedi nuovo ordinamento). In qualità di interpreti della modernità potremmo ottimisticamente infondere una certa

fiducia nella nuova generazione e sostenere che la domanda di psicologia sta finalmente aumentando anche in Italia e si iniziano a prefigurare nuovi sbocchi professionali.

Proprio su questo quindi si dovrebbero incrementare gli impegni istituzionali, per promuovere e garantire lo sviluppo di buone prassi connesse alle attività degli psicologi. La loro immisione nel mercato del lavoro è «potenzialmente» al termine degli studi della laurea magistrale, a seguito del superamento dell'esame di stato e dell'iscrizione all'albo professionale. Ritengo quindi non adeguato delegare alla formazione di terzo livello l'acquisizione di competenze di base, come quelle legate all'*assessment* psicologico multidimensionale. Queste competenze vanno sollecitate e promosse almeno nei corsi di laurea magistrale.

Nel caso particolare dei corsi incentrati sull'*assessment* psicologico ritengo sia importante:

a) sul versante teorico, «ricontemplare le teorie psicologiche alla base degli strumenti conoscitivi che vengono proposti e rafforzare l'apprendimento sugli assunti teorici di tipo psicometrico» (teoria dei test);

b) sul versante pratico, invece, offrire una varietà di esperienze formative (esercitative) che si fondino sia sulla supervisione guidata nella somministrazione e nella interpretazione dei test, sia sullo sviluppo di specifiche abilità professionali, come quelle incentrate su:

– l'identificazione e la valutazione di ipotesi; l'analisi e le soluzioni dei problemi; la scelta e la presa di decisione nel processo di *assessment*;

– la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione delle azioni di intervento (variabili di processo e di esito);

– la stesura del rapporto e/o della relazione.

Le lauree di secondo livello dovrebbero poter contemplare un numero sufficiente di laboratori dove l'obiettivo principale sia il trasferimento di competenze.

Gli spunti potrebbero essere ancora tanti e diversi. Vale la pena di segnalare che l'European Association of Psychological Assessment ha pubblicato delle linee guida guida (Fernández-

Ballesteros et al., 2001), a seguito del lavoro di una *task force* sull'assessment psicologico, ed ha avviato una riflessione sugli insegnamenti di «Psychological Assessment» nei sistemi universitari europei (EAPA, newsletter, n. 2, 2008).

Forse il proseguo di questo dibattito si potrebbe sviluppare ulteriormente all'interno di un gruppo di riflessione (*task force*) sull'assessment psicologico, che abbia l'obiettivo di identificare in modo più puntuale le competenze da acquisire (conoscenze, abilità, valori e atteggiamenti) e le modalità formative da realizzare.

In conclusione, l'impegno che in qualità di formatori dovremmo inderogabilmente assumerci è quello di ridurre la distanza tra conoscenze acquisite e prassi operative e di interagire più efficacemente con le molteplici istituzioni e i diversi contesti che si interfacciano frequentemente con la psicologia, non solo sul versante della ricerca, ma anche sul versante applicativo.

Riferimenti bibliografici

- Baltes, P., Staudinger, U.M., Lindenberger, U. (1999). Life span psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Cairns R.B., Cairns B.D. (1994). *Lifelines and risks: Pathways of youth in our time*. New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti e D. Cohen (a cura di), *Developmental psychopathology (2nd ed.): Theory and method (vol. 1)*. New York: Wiley, 1-23.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.E., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, W., Westmeyer, H., Zaccagnini, J.L. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17 (3), 1987-2000.
- Lerner, R.M. (2006). Editor's introduction: Developmental science, developmental systems, and contemporary theories. In R.M. Lerner (a cura di), *Theoretical models of human development. Handbook of Child Psychology (vol. 1, 6th ed.)*. Hoboken, N.J.: Wiley.

- Magnusson, D. (1999). Holistic interactionism: A perspective for research on personality development. In L.A. Pervin e O.P. John (a cura di), *Handbook of personality: Theory and research (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 219-247.
- Magnusson, D., Stattin, H. (2006). The person in the environment: Towards a general model for scientific inquiry. In R.M. Lerner (a cura di), *Theoretical models of human development. Handbook of Child Psychology (vol. 1, 6th ed.)*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Moffitt, T.E. (2003). Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. In B. Lahey, T.E. Moffitt e A. Caspi (a cura di), *The causes of conduct disorder and serious juvenile delinquency*. New York: Guilford Press, 49-75.
- Sameroff, A.J., Mackenzie, M.J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, 613-640.
- Sroufe L.A., Rutter M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

Riflessioni e considerazioni nella pratica clinica

MARTINA PEDRON
 Centro Regionale di Ricerca e Servizi Educativi
 per le Difficoltà di Apprendimento – Padova

ALESSANDRA CAGNIN
 Vicepresidente AIDAI Veneto
 E-mail: martina.pedron@gmail.com

Premettiamo che i dati dell'indagine effettuata, più ampi e articolati rispetto ad altre ricerche, siano interessanti tuttavia ravvisiamo, all'interno di essi, la necessità di ulteriori approfondimenti. Crediamo infatti che rispecchino solo in parte l'esperienza «sul campo» che lo psicologo trae direttamente dalla pratica e dallo scambio professionale con i colleghi in ambito clinico. In particolare, potrebbe essere utile disporre di informazioni riguardanti la fascia di età alla quale viene maggiormente applicato l'uso di alcuni test e l'ambito specifico della valutazione, con l'indicazione rispetto allo scopo

Contributi alla discussione

della somministrazione: esplorativo «generale», diagnostico, di conoscenza, di approfondimento. In secondo luogo, non è specificato se la frequenza dell'uso indicata riguarda l'applicazione di un singolo test o di una batteria di test.

Riteniamo, infatti, che una ragione per cui le tecniche proiettive siano più usate può risiedere nel fatto che indagano aree che rimangono al di fuori delle valutazioni svolte con altri test. Le tecniche proiettive vengono usate per la rilevazione di misure della personalità, interessi e atteggiamenti. L'assunzione principale di tali tecniche di indagine riguarda il fatto che, la modalità con cui il soggetto percepisce o risponde al compito ed allo stimolo proposto, dipenda dai suoi sentimenti ed emozioni. Come sottolineato da Lis e Zennaro nel 1997, i test proiettivi non sempre soddisfano i principi generali del testing psicologico, per questo motivo, secondo gli autori, è più utile parlare di «metodi proiettivi». Questi strumenti sono più spesso utilizzati nella clinica e poco nella ricerca: essi si prestano infatti ad un uso prevalentemente clinico. Se i risultati dell'indagine si riferiscono ad un uso combinato, come ci auguriamo, crediamo che in parte il motivo per cui vengano scelti nell'utilizzo consista nella versatilità degli stessi, che possono essere usati tanto a complemento di una WISC quanto di un MMPI-A e possono fornire informazioni aggiuntive sia riguardo all'intelligenza, sia nell'approfondimento della sfera emotiva, con il vantaggio di essere economici (non vi sono problemi di copyright in quanto il materiale non è soggetto a spese di diritti per quanto concerne, ad esempio, i test carta-matita) e di facile e veloce somministrazione. Molti riferimenti normativi, specie per i proiettivi, sono però deboli sul piano statistico, pertanto è sempre utile considerare i dati che se ne ricavano nell'ottica di un'integrazione di informazioni, che non si ottengono solo ed esclusivamente dalle risposte date ai test, ma che si riescono ad ottenere anche dalla somministrazione di altri test (all'interno di quest'ottica si inserisce l'utilità dell'uso delle batterie), dall'atteggiamento del bambino di fronte a quello che è un contesto valutativo e dalla relazione che si instaura con il paziente.

Quanto al livello di fiducia che possono riscuotere, i test proiettivi, spesso impropriamente, vengono considerati «validi e attendibili» secondo i criteri statistici tradizionali. È stato dimostrato che il test del disegno della famiglia, della figura umana e dell'albero sono strumenti con caratteristiche psicometriche assolutamente insufficienti (Tressoldi, Barilani e Pedrabissi, 2004); rispetto al test delle Favole della Duss, al CAT e al Rorschach si consiglia estrema cautela nell'uso, che deve essere fatto seguendo determinate procedure (Lis, 1998). Le caratteristiche psicometriche di tali test, per un uso normativo, non sono ancora del tutto adeguate. Alla luce del quadro che ne deriva, a nostro parere la fiducia in tali test può dipendere essenzialmente da tre criteri, i quali se vengono a mancare ne inficiano l'utilizzo: la consistenza interna (la coerenza tra gli indici) e la validazione esterna (la concordanza degli indici del test con altri indici tratti dal colloquio o da altri test), che si possono attuare sulla base dell'esperienza professionale e della casistica. Non da ultimo, il livello di conoscenza del modello che ne è alla base è un fattore imprescindibile: sapere bene, cioè, quali sono i presupposti delle teorie che vi sottostanno e quindi padroneggiare lo strumento e le informazioni che se ne ricavano, con un atteggiamento di cautela e di ricerca di possibili correlazioni anche «qualitative»; in particolare per quanto riguarda la personalità, per la quale l'interpretazione dei risultati è spesso condizionata dalla teoria propugnata dal clinico.

Di conseguenza, la formazione in itinere, l'atteggiamento di ricerca fondato sulla conoscenza dei modelli della personalità, della teoria dei test e della rielaborazione sulla propria casistica è fondamentale. L'*assessment* psicologico dovrebbe prevedere, per l'età evolutiva, la misurazione psicometrica delle abilità cognitive e linguistiche, dello stato degli apprendimenti, oltre che la valutazione del comportamento e della personalità. I risultati di queste valutazioni comprendono quindi un resoconto descrittivo, che deve essere accompagnato, a nostro avviso, da punteggi standardizzati; partendo da una formulazione di ipotesi si arriva infatti ad illustrare i procedimenti logici che hanno portato

alle conclusioni diagnostiche. Il punto di riferimento, e di partenza, per il clinico è lo sviluppo psicologico, affettivo, comportamentale «che rientra nella norma». Per poter dare validità clinica all'atto diagnostico si vede la necessità di riservare molto spazio al momento osservativo ed empirico. Una buona diagnosi è possibile a partire da alcune condizioni: buona capacità di cogliere informazioni rilevanti (e questo è possibile attraverso l'uso di strumenti di valutazione validi e attendibili), collegare sintomi alla storia del paziente ed al contesto socio-culturale, conoscere lo sviluppo dei sintomi psicopatologici (realizzabile grazie a solide teorie di riferimento in grado di spiegare ed interpretare i fenomeni e di prevederne lo sviluppo successivo). Il colloquio clinico permette di valutare e scegliere le tipologie di test da somministrare, scegliendo lo strumento più adatto per poter indagare un determinato aspetto. La successiva somministrazione dei test e questionari permette di raccogliere informazioni utili alla definizione del caso e all'orientamento delle scelte terapeutiche. I passi fondamentali dell'iter diagnostico dovrebbero consistere sostanzialmente nel definire: cosa voglio sapere, quali informazioni mi servono per giungere a conclusioni più appropriate e comprendere meglio il funzionamento del paziente, quali strumenti di indagine mi possono risultare più utili in base alle caratteristiche del soggetto.

Tutto questo presuppone che lo psicologo sappia formarsi oltre che nella teoria (scegliendo test pratici, che offrano buone garanzie rispetto alle informazioni che si possono ricavare, alla standardizzazione, all'attendibilità ed alla validità), nel campo di esperienza concreta, poiché sappiamo bene che ogni situazione clinica, ogni incontro con i piccoli pazienti, merita da parte nostra un atteggiamento di umiltà per potere essere appieno accolto, approfondito e restituito; solo così avremo modo di farlo diventare esperienza clinicamente significativa. Per uno psicologo la formazione è fondamentale ed è continua, e dovrebbe pertanto servire a sposare il sapere delle teorie e degli strumenti che utilizziamo nella complessità della realtà delle storie cliniche che incontriamo.

Riferimenti bibliografici

- Aragona, M., Vella, G. (2000). *Metodologia della diagnosi in psicopatologia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lambruschi, F. (a cura di) (2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lis, A. (a cura di) (1998). *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*. Bologna: Il Mulino.
- Tressoldi, P.E., Barilani, C., Pedrabissi, L. (2004). Lo stato (preoccupante) delle tecniche proiettive per l'età evolutiva in Italia. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 9-28.
- Vio, C., Salmasso, A. (2007). Problemi nella diagnosi del disturbo psichico sulla base dei sistemi DSM e ICD. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 11 (1), 117-132.

L'uso dei test in psicologia e in psicopatologia clinica

PIETRO PFANNER
 IRCCS Fondazione Stella Maris
 Università di Pisa
 E-mail: pietro.pfanner@inpe.unipi.it

La mia competenza di neuropsichiatria infantile sull'uso dei test in psicologia clinica e in psicopatologia è limitata al giudizio sulle capacità e i comportamenti patologici e al confronto fra le loro analogie o difformità rispetto alla norma durante lo sviluppo. Questo confronto è importante, a volte cruciale e spesso non facile, perché riguarda aspetti quantitativi ma soprattutto qualitativi. Per questo uno strumento della diagnosi che consenta maggiori certezze (anche relative e mai assolute) è molto utile, perché il range della salute è vasto e può assumere aspetti pseudopatologici ingannevoli e fuorvianti.

Questa premessa mi permette di esporre subito una tesi fondamentale: che la psicopatologia non è una variante quantitativa della psicologia, che ha a disposizione strumenti di valutazione e di misurazione per scoprire il discrimine fra la normalità e la malattia. Il disturbo psicologico corrisponde spesso a un'organizzazione della personalità globale e quindi una devianza evolutiva delle funzioni cognitive, emotive, moti-

Contributi alla discussione

vazionali e della condotta, con radici genetiche, neurologiche e ambientali complesse. Anche quando la devianza è limitata e settoriale, ma è duratura, può significare un'anomalia duratura di programmazione dello sviluppo nella direzione dei target globali dell'autocoscienza e della autonomia, che sono i fini essenziali della specie umana. Questa fisiopatologia delle funzioni superiori richiede una ricerca specifica delle cause prime, che oggi in gran parte disconosciamo, delle dinamiche evolutive che le determinano attraverso rischi e difese, dei risultati fenomenici standardizzati nei quadri clinici, e infine del loro status epistemologico, cioè del significato che assumono nella storia dell'uomo.

Tutto ciò è certo fuori dalle possibilità di una misurazione psicometrica. Si può dire che i test psicodiagnostici non hanno queste ambizioni. In realtà molte prove, tarate su vaste popolazioni, sono proposte per misurare capacità variabili incluse nel range della normalità e per evidenziare le soglie della patologia. Dunque i test, come stimoli standard che richiedono risposte quantitative codificate, possono valutare efficacemente capacità o abilità settoriali, o anche emozioni tipizzate nella loro espressività (ad es. l'ansia), per giudicare meglio successivamente capacità globali o potenziali, anche con l'obiettivo di conoscere l'entità o la qualità della patologia. I test, globalmente considerati, possono avere quindi il ruolo di indizi o di conferme del giudizio clinico, che resta sempre basato sulla storia dello sviluppo e sullo studio intuitivo e individualizzato delle capacità e del comportamento.

Il giudizio di confronto fra test e osservazione libera va tuttavia riferito a un'osservazione clinica accurata, da parte di un operatore esperto di psicopatologia dello sviluppo, che sappia usare una serie di item per guidare una valutazione intuitiva sufficientemente analitica, ripetuta nel tempo e in situazioni diverse, e sappia arrivare successivamente a un giudizio sintetico sulla struttura della personalità. Credo che questo giudizio sui limiti dei test psicodiagnostici (che tuttavia tutti i clinici adottano) sia condiviso da molti psicologi, che lavorano efficacemente nelle nostre *équipes*, specie se esperti di psicodinamica dell'inconscio.

Ma il vero limite riguarda la stessa patologia della mente, che non può essere considerata una variante della norma, perché ha sue

proprie tipologie, sue dinamiche, suoi percorsi, distinti per definizione dal *range* della salute. Il prototipo della patologia sono i disturbi del pensiero (ad es. i deliri), che hanno alla base la perdita della più importante funzione mentale, cioè il «giudizio di realtà». Ma molte funzioni cognitive sono ugualmente compromesse nella patologia della coscienza, che induce una derealizzazione o depersonalizzazione, cioè la perdita di quel *focus* che include la coscienza di sé e del mondo, conquistata in milioni di anni dalla filogenesi della nostra specie.

Anche molti disturbi affettivi possono alterare le motivazioni della condotta e degli istinti, fino a compromettere l'autonomia e a «necessitare» condotte difformi dalle finalità intrinseche dello sviluppo antropologico (es. la depressione e le tendenze suicidarie).

Non sembra che i test, con i loro stimoli poveri e standardizzati, siano pertinenti per valutare queste gravi e complesse alterazioni della nostra umanità. L'unica via per capire e aiutare in questi casi non sembra quella di misurare capacità settoriali, ma quella di scoprire i meccanismi generatori di queste devianze psicologiche, che possono interrompere e negare le dinamiche dello sviluppo in epoca precocissima, o precoce o tardiva. Le fonti della comprensione pertanto non sono le «misure» ma i turbamenti del finalismo della specie, e la sempre complessa storia dello sviluppo individuale. Questa è la base essenziale della patogenesi, e quindi delle scienze necessariamente interpretative come la neurologia funzionale e la psichiatria, che sono appunto «ermeneutiche».

E tuttavia un ruolo importante hanno certamente i test di capacità per una valutazione più precisa di funzioni esecutive importanti e un giudizio statistico sui comportamenti più globali: se questi si possano definire normali in determinate condizioni, ovvero condizionati da più ampi fattori di patologia. Le funzioni neuropsicologiche motorie, percettive, cognitive, accademiche possono essere misurate e la loro misura entra certo a far parte di un giudizio sull'organizzazione dell'io, sui compensi, sulle difese, sui fallimenti. Inoltre un test standardizzato può rivelare aspetti della diagnosi rimasti nascosti in un'osservazione globale, e talvolta può evidenziare capacità imprevedute e sottovolute, utili per capire e curare.

In sintesi direi che gli strumenti più necessari per la diagnosi in patologia non sono i test ma le competenze dell'operatore e le sue capacità di analisi clinica sistematica, con item prefissati e affidati al colloquio e all'osservazione empirica. Ciò vale anche per il dopo-diagnosi, e cioè per i progetti di cura e di recupero di una disabilità duratura, spesso trascurati e annegati in un mare di buone e vaghe intenzioni, senza riferimenti diretti con la fisiopatologia del disturbo. I test pertanto possono aiutare il clinico, ma solo all'interno di un'ottica empirica individuale e interpretativa.

Uso dei test per l'età evolutiva nel servizio pubblico: realtà incompatibili?

PAOLA POLI

Unità Funzionale di Salute Mentale Infanzia Adolescenza

dell'ASL 5 di Pisa

E-mail: p.poli@usl5.toscana.it

Dalla prospettiva del servizio pubblico, la scarsa conoscenza dei dati di standardizzazione è legata soprattutto ad una difficoltà di accesso alla letteratura scientifica e all'aggiornamento in tempo reale. Fuori dai circuiti universitari o degli Istituti di Ricerca la reperibilità degli articoli scientifici diventa un problema; l'accesso alle riviste non sempre è agevole o possibile, specie nelle strutture territoriali. La pratica dell'abbonamento on-line non è diffusa in ambito extra-ricerca; non sempre è presente una informatizzazione nel servizio o non è facile reperire i fondi.

Questa realtà relativa alle possibilità di formazione dovrebbe far riflettere, dato anche l'attuale momento di svolta nel lavoro della sanità pubblica, fondato sulla creazione e sull'utilizzo di linee guida e protocolli quali garanzia di validità e di attendibilità della pratica clinica (vedi il Sistema nazionale linee guida, SNLG). Alla base di questa filosofia di intervento è indispensabile l'uso di strumenti sia «sicuri», accettati cioè in ambito nazionale ed internazionale, che condivisibili.

In termini di organizzazione del lavoro dei servizi, è basilare fornire una formazione aggiornata ed operativa, diretta ai bisogni *sul campo*. È importante un maggior legame tra università, ricerca e lavoro nei servizi, che, di fatto, tutelano in maniera diretta la salute. Una possibilità da utilizzare è la larga diffusione delle attività di tutoraggio per gli psicologi nei servizi, che potrebbe svolgere una funzione di *link* tra la pratica e l'università.

Un altro spunto di riflessione dai dati è la mancanza di specificità dell'accesso come psicologo nel Sistema Sanitario Nazionale, per cui la specializzazione di accesso ai concorsi non è univoca per la tipologia del servizio di impiego. La graduatoria di accesso è unica e permetteva, almeno fino ad un recente passato, di trovare una collocazione indifferentemente in un servizio per le Dipendenze o di Salute mentale per adulti o nell'infanzia, specificità che invece è presente nelle figure mediche. L'accesso alla specializzazione è stato ed è ancora una criticità per la professione dello psicologo, che fino a pochi anni fa trovava, a differenza del medico, una scelta ristretta per la specializzazione universitaria sia per la tipologia delle scuole che soprattutto per il ridotto numero degli accessi, con il paradosso di doverli condividere con i professionisti medici nelle scuole di psicologia clinica. Oggi la disponibilità è più ampia, ma non ancora paragonabile a quella della medicina. Dall'analisi del questionario sorprende il dato di una superiorità dell'uso dei test proiettivi rispetto a strumenti con migliore validità ed attendibilità. La sorpresa cresce anche in relazione all'età relativamente giovane di chi ha risposto al questionario, che avrebbe fatto presumere una maggiore confidenza nell'utilizzo di test rispetto ai colleghi più «datati». Una spiegazione possibile può essere ipotizzata dalle caratteristiche del campione, formato da una maggioranza di liberi professionisti (97/173), che di fatto esercitano per lo più nell'ambito della psicoterapia.

L'uso delle tecniche proiettive e carta-matita (es. i test di disegno come albero, figura umana, famiglia, ecc.) è legato anche all'immediatezza nella somministrazione ed alla possibilità di creare un clima simile ad una situazione

Contributi alla discussione

di gioco, favorente la collaborazione in un contesto valutativo (Mucciarelli *et al.*, 2002).

La scarsa confidenza nell'uso dei test standardizzati per la valutazione della componente emotivo-affettiva è anche in parte un retaggio della cultura psicanalitica diffusa fino a qualche anno fa nei servizi; è diffusa anche la (falsa) convinzione di una maggiore velocità nel reperimento delle informazioni, ottenuta però a scapito dell'accuratezza delle stesse. La familiarità con il test viene a sostituire il rigore necessario.

Riferimenti bibliografici

- Mucciarelli, G., Chattat, R., Celani, G. (2002). *Teoria e pratica dei test*. Padova: Piccin.
- Tressoldi, P.E., Barilani, C., Pedrabissi, L. (2004). Lo stato (preoccupante) delle tecniche proiettive per l'età evolutiva in Italia. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 9-28.
- Sistema nazionale linee guida (SNLG). Istituto Superiore di Sanità, www.pnlg.it.

Risposte ai quesiti di Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi

MASSIMO RONCHESE, MICHELA GATTA, ROSARIA SORGATO, MAURIZIO SALIS e PIER ANTONIO BATTISTELLA
Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza
Azienda ULSS 16 Padova
E-mail: pierantonio.battistella@sanita.padova.it

Non è compito facile cercare di argomentare gli interessanti spunti di riflessione che questa prima ricerca sugli strumenti testistici offre. Interessa aggiungere complessità a quanto emerso proponendo ulteriori stimoli suscitati oltre che dalla lettura dei dati, anche dai quesiti.

1. I dati rilevati dal questionario rappresentano una fotografia attendibile dell'uso e della fiducia attuale da parte degli psicologi in età evolutiva?

Partendo da questo primo spunto di riflessione, sorprende l'esiguo numero di psicologi che

hanno compilato il questionario, dal momento che la categoria è rappresentata da oltre 25.000 iscritti, anche se di questi solo una parte ovviamente si interessa di età evolutiva. La distribuzione in base all'esperienza professionale evidenzia come il 25% abbia maturato un'esperienza professionale superiore ai 12 anni.

Quest'ultimo dato risulta particolarmente significativo perché potrebbe includere all'interno di un unico *cluster* anche psicologi che si sono formati precedentemente all'istituzione delle Facoltà di Psicologia e portare a qualche *bias*. I dati sembrano tuttavia maggiormente rappresentativi della fascia più giovane della popolazione degli psicologi, forse in quanto la più propensa a farsi raggiungere dalle interviste on line.

Sarebbe interessante poter disporre anche dai dati di un campione di età maggiore degli psicologi per comprendere meglio il ruolo dell'esperienza e delle diverse necessità cliniche.

Altro discorso riguarda la collocazione professionale degli operatori. La maggior parte dei rispondenti al questionario risulta essere «libero professionista»; si potrebbe pertanto dedurre che in quanto tali, queste figure abbiano potuto conoscere, comparare, valutare e scegliere quale strumento fosse più consono da utilizzare per svolgere quanto richiesto dal loro committente/utente.

Differentemente, gli psicologi impiegati presso il Servizio pubblico si trovano spesso nella condizione di utilizzare gli strumenti di cui è dotato il Servizio, facendo spesso «di necessità virtù».

Un altro dato che sarebbe stato utile conoscere è relativo al tipo di formazione degli psicologi che hanno risposto al questionario. Questo argomento acquista particolare rilevanza soprattutto per la valutazione degli aspetti emotivi e di personalità, dal momento che le diverse scuole di pensiero tendono ad utilizzare strumenti valutativi differenti, che spesso prescindono dalle proprietà psicometriche degli strumenti stessi.

Altro aspetto che prendere in considerazione è la variabile della formazione accademica. Come precedentemente accennato, larga parte del campione è costituita da professionisti di recente formazione. Sarebbe interessante considerare se vi sia qualche corrispondenza tra la tradizione accademica presso la quale il professionista si è formato e il successivo utilizzo di determinati

strumenti, dal momento che ci possono essere delle differenze tra i diversi atenei o anche all'interno degli stessi corsi di laurea.

Verosimilmente solo una lunga esperienza permette ad un operatore di liberarsi dall'«imprinting» ricevuto e di sperimentare strumenti valutativi diversi, anche estranei alla propria formazione, per apprezzarne potenzialità e limiti.

Ad esempio l'approccio della psicologia ad orientamento psicodinamico, ben presente nella tradizione accademica di alcuni atenei, potrebbe aver facilitato il permanere di una forte propensione all'uso di strumenti proiettivi rispetto agli strumenti tipo *self report*.

2. Qual è la ragione del maggior uso delle tecniche proiettive rispetto agli strumenti *self* o *external report*?

3. Qual è la ragione per la fiducia nelle tecniche proiettive e in particolare nel disegno della figura umana e della famiglia?

Privilegiare il dato oggettivo, quantificato da un valore numerico assegnato in base a criteri rigorosi che non risentono o quasi delle interferenze di chi lo somministra, avvicina maggiormente la psicologia clinica verso le scienze, intendendo con tale termine le discipline che utilizzano come strumento di conoscenza e sviluppo il metodo scientifico.

Non sempre tuttavia, la scientificità va d'accordo con la comprensione dei fatti umani. Indubbiamente poter definire la presenza di un tratto di interesse clinico quantificabile, che orienta il professionista verso una diagnosi corretta diviene il primo passo per definire i bisogni di un paziente e conseguentemente mettere in atto quei processi di aiuto ritenuti idonei.

Inquadramento diagnostico, tuttavia, intendendo con tale termine l'individuazione di caratteristiche del pensiero o del comportamento che rientrano all'interno di etichette cliniche condivise, può non coincidere con la comprensione dei contenuti del pensiero e delle dinamiche relazionali nelle quali è coinvolto un paziente.

Fatte salve tutte le considerazioni sul campione sopra espresse, potremmo spezzare una lancia a favore delle tecniche proiettive in quanto strumenti capaci di orientare il clinico, opportunamente formato, ad allargare le ipotesi sui processi di funzionamento mentale di un individuo, processi che sono costituiti dalle diverse forme e contenuti del pensiero e dalle diverse modalità di esternarlo che più facilmente emergono con le tecniche proiettive rispetto ai *report*. Un altro punto di interesse riguarda la «mission istituzionale dell'operatore».

La diversa finalità dell'intervento può modificare anche la scelta degli strumenti da adottare. L'operatore che svolge il suo mandato per redigere una relazione per il Tribunale, ad esempio un CTU, facilmente incorrerà in un rischio minore di contestazioni dalle diverse parti in causa se i dati forniti sono suffragati da dati oggettivi, quali spesso i *report* possono offrire. Non è infrequente assistere a letture profondamente diverse date da due clinici, sullo stesso materiale proiettivo, mentre ciò appare meno frequentemente nell'interpretazione dei *report*. Può essere inoltre considerato che mentre nel pubblico le richieste per iter diagnostico sono elevate, nel privato – situazione che prevalentemente riguarda il campione considerato – l'aspetto relativo alla presa in carico psicoterapica è rilevante. In tal senso un test che dia una risposta sulle modalità di funzionamento psichico del soggetto, piuttosto che «semplicemente» su aspetti comportamentali riconducibili ad un'etichetta diagnostica di tipo descrittivo, risulta senz'altro più utile e presumibilmente più utilizzato. Quindi, un intervento finalizzato anche ad una successiva presa in carico clinica, può essere agevolato dal comprendere alcuni contenuti che meno facilmente emergono all'interno di un *report*.

Non va dimenticata la difficoltà nel somministrare con efficacia gli strumenti tipo *report* in certe fasce d'età, solitamente quelle più basse, dove si somma la difficoltà di motivare il bambino al compito testistico con quella attentiva, cognitiva e strumentale per completare un *report*.

Sarebbe inoltre interessante conoscere se ci sono state delle risposte diverse tra gli psicologi dipendenti rispetto ai privati per poter comprendere il possibile intervento del «fattore econo-

Contributi alla discussione

mico» nella scelta di un test. Il fattore economico entra con due dimensioni: il rapporto tempo di somministrazione tempo di interpretazione (ore lavoro) e il costo del materiale (*copyright*). Certamente, le modalità di somministrazione del proiettivo Rorschach rispetto a test carta matita, sono molto diversi in termini di complessità, tempo necessario, codifica e «libertà interpretativa», possibilità di restituzione al paziente. Alcune note scale sono utilizzabili agevolmente se ci si può avvalere anche dei supporti software per lo *scoring* e l'interpretazione. Tale materiale, tuttavia, non può non tener conto degli aspetti economici sottostanti. Da tali aspetti non possono prescindere quegli operatori che svolgono il proprio mandato all'interno di un ambito istituzionale, vincolati dal budget assegnato. Ma il problema tocca anche i giovani professionisti, ben rappresentati nel campione della ricerca, che devono acquisire gli strumenti necessari a svolgere l'attività.

4. Per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei test, quali forme e contenuti di formazione sarebbero prioritari?

Non è possibile entrare nel merito della disquisizione senza pregiudizi. I diversi approcci teorici spesso appaiono dogmatici e prescrittivi nell'utilizzo degli strumenti che danno seguito ad una lettura clinica della situazione, alla luce della teoria di riferimento. Chi privilegia un approccio basato sull'obiettività e sulla quantificazione degli aspetti valutati, difficilmente accetterà di dare pari valore ai dati ottenuti con tecniche proiettive, la cui forza è negli aspetti «qualitativi», anche se spesso molti test proiettivi dispongono di una serie validata di indici «quantitativi». Gli aspetti qualitativi, tuttavia, spesso offrono al clinico la base per un «aggancio» con il paziente perché possono consentire di condividere, anche se con diversi gradi di consapevolezza, alcuni aspetti particolarmente profondi e unici della persona. Siamo ancora lontani purtroppo dal disporre di «buoni strumenti (test)», sia che ci riferiamo a strumenti più oggettivi, quali i *report*, sia che ci riferiamo a strumenti più interpretativi-proiettivi. Forse per evitare di venir intrappolati nelle

«mode scientifiche» che privilegiano a seconda del momento storico e geografico certe scelte di strumenti, può essere maggiormente utile, per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso degli strumenti, la chiarificazione da parte di chi esegue la valutazione del modello teorico di riferimento all'interno della quale si orienta e la conseguente chiave di lettura che adotterà per cercare di spiegare la disfunzionalità che è stato chiamato ad approfondire in virtù del suo sapere. Ciò non significa non abbandonare quegli strumenti che nel corso delle esperienze cliniche e delle ricerche si sono dimostrati non adatti, ma di aver presente che uno strumento testistico risponde solamente più o meno efficacemente ad un modello teorico di riferimento. Attualmente nessun modello teorico è in grado di spiegare la complessità del comportamento e del pensiero umano.

Ricordiamo una vignetta clinica sull'uso di uno strumento diagnostico validato e somministrato ad un ragazzo che attentamente aveva letto il frontespizio contente oltre che al nome dello strumento anche le consegne: «Guarda che se mi fai fare questa roba perché pensi che sia depresso, sei fuori strada!».

La valutazione in età evolutiva: cosa, quando e perché...

ALESSANDRA SIMONELLI
Università di Padova
E-mail: alessandra.simonelli@unipd.it

Il tema della valutazione in età evolutiva è da sempre molto dibattuto sia in ambito clinico sia di ricerca per una serie di motivi che rendono complessa e, talvolta, non esaustiva questa fondamentale funzione dello psicologo; se infatti pensiamo alla valutazione psicologica del bambino come ad un processo che ha inizio e si svolge in una situazione di disagio più o meno manifesto del soggetto e del suo contesto di cura, non possiamo non tenere in considerazione alcune caratteristiche specifiche delle manifestazioni psicopatologiche nell'infanzia che intervengono nell'influenzare questo percorso. Su questo tema la discussione può essere affrontata facendo riferimento alla trattazione di

Ammaniti (2001) che sottolinea quattro aspetti critici della psicopatologia e, conseguentemente della valutazione, in età evolutiva.

Il *primo* riguarda la concettualizzazione stessa della presenza nell'infanzia di una psicopatologia individuale sufficientemente strutturata, identificabile in un comportamento o in un funzionamento anomalo del bambino, oppure l'opportunità di inquadrare le manifestazioni patologiche del piccolo come disturbi della relazione con gli adulti di riferimento. In altre parole, la questione è: il bambino può essere a tutti gli effetti considerato portatore di un malessere individuale oppure occorre «leggere» il suo disagio come espressione di un disturbo relazionale? Soprattutto nei primi tre anni di vita, ma anche in seguito, diviene fondamentale, a livello teorico e nella pratica clinica, definire la natura del disagio psicologico espresso dal bambino e, se possibile, discriminare le componenti e le manifestazioni individuali di tale disagio da quelle che appartengono alla costruzione delle relazioni precoci tra il soggetto e gli adulti che si occupano di lui o anche alla strutturazione del contesto di crescita in quanto tale (ossia, le condizioni sociali, economiche del nucleo, ecc.). Per esempio, diviene centrale distinguere se le eccessive reazioni di pianto di un bambino alle separazioni si manifestano rispetto a tutti gli adulti significativi oppure emergono in maniera specifica solo quando si separa dalla madre: nel primo caso, si può parlare dell'espressione di una caratteristica più legata al funzionamento dell'individuo, nel secondo tale comportamento può meglio essere connesso alle particolari dinamiche relazionali tra il piccolo e lo specifico adulto di riferimento con il quale sembra verificarsi questa sorta di «corto circuito» espresso attraverso il pianto. Tale questione ha da subito una ricaduta importante sulla scelta dei metodi e del processo della valutazione: a seconda del focus teorico posto sulla definizione del sintomo, il clinico si troverà a scegliere strumenti maggiormente centrati sul funzionamento individuale (nel caso dell'esempio citato, tecniche proiettive, questionari, ecc.) oppure metodologie più orientate all'osservazione dei processi interattivo-relazionali che intercorrono tra il bambino e le figure del suo contesto (ad esempio,

le tecniche osservative più o meno standardizzate, ecc.), oppure infine un mix tra i due approcci allo scopo di individuare la natura della sintomatologia espressa. Di fatto, questa prima questione pone l'attenzione su una domanda clinica: cosa valutare? Da cui consegue anche il secondo quesito: quale approccio, o come direbbe Stern (2006), quale punto di accesso, si sceglie per la valutazione? Il bambino, l'adulto, la relazione adulto-bambino, i comportamenti, le rappresentazioni...

Il *secondo* aspetto riguarda l'opportunità di identificare e definire la patologia anche nel periodo preverbale, epoca in cui il bambino non può di fatto esprimere compiutamente il malessere che percepisce nonché la sua portata rispetto al proprio sviluppo e adattamento. Ancora una volta, questo piano rimanda sia ad una riflessione di natura teorica, sia ad una tematica concernente i metodi di valutazione; nella prima infanzia, infatti, lo psicologo dispone di due possibilità relative agli strumenti da utilizzare, che coinvolgono i due piani cognitivo-comportamentale e affettivo-relazionale della valutazione: i test di sviluppo e i metodi di osservazione del comportamento infantile e/o delle interazioni precoci. Altri metodi più o meno clinici, più o meno strutturati non sono applicabili a motivo della immaturità evolutiva del bambino che ne impedirebbe non solo l'uso, ma anche la possibilità di disporre di informazioni attendibili sulla sua crescita e sul suo disagio. I test di sviluppo si distinguono in metodi che implicano una valutazione diretta del bambino (per esempio, le Scale Bayley, Griffith, ecc.) oppure in *checklist* applicabili agli adulti di riferimento (come le Scale Vineland, per esempio) con un notevole risparmio di tempo e di stress per il piccolo (Bonichini e Axia, 2008): di fatto, esiste un ampio filone di ricerca in ambito italiano e internazionale che sta sempre di più perfezionando e affinando queste tecniche, nonché verificandone le caratteristiche psicometriche e di applicazione nei contesti clinici e di vita del bambino (il nido, la visita pediatrica, ecc.), tanto che questi stanno acquisendo un'alta validità ecologica e minimizzando il più possibile l'impatto stressogeno per il piccolo e la sua famiglia, pur mantenendo l'accuratezza delle informazioni rilevate. D'altra

Contributi alla discussione

parte, come emerge dalla ricerca di Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi che ha dato avvio a questa discussione, sono relativamente poco utilizzati dagli psicologi in ambito italiano; gli autori fanno risalire tale carenza al fatto che questi strumenti sono applicabili solo a fasce d'età molto basse e, quindi, hanno un numero inferiore di occasioni d'uso, tuttavia esistono altre componenti che, a mio avviso, occorre tenere presenti: (a) l'assenza di traduzioni e/o della validazione italiana (con norme specifiche per la nostra popolazione o *cultural free*) di questi test fa sì che il loro impiego non sia ampiamente diffuso come invece potrebbe essere se si disponesse di una letteratura ampia e specifica basata su studi realizzati con gruppi di soggetti della nostra popolazione; (b) la mancanza di percorsi specifici di formazione all'utilizzo da parte degli psicologi (e qui, di fatto, si potrebbe aprire un'altra discussione sulla figura dello psicologo clinico dello sviluppo, praticamente inesistente nella formazione universitaria, ma forse non è il caso di ampliare troppo...) sia in ambito universitario, sia successivamente alla laurea, sembra un altro dei motivi che rende poco «affidabili» e poco utilizzati tali metodi agli occhi dei clinici: se pensiamo al numero di corsi di formazione e abilitazione all'utilizzo del test di Rorschach, per esempio, appare chiaro come esista un maggiore accesso alla conoscenza dello strumento, quindi alla sua fruibilità, applicazione e uso, cosa che, forse, genera anche una maggiore fiducia rispetto al fatto che esso sia un «buon» metodo di valutazione. Come dire, una sorta di *bias professionale* per cui se tutti utilizzano uno strumento e ognuno può avere molta formazione su di esso, può essere che questo sia davvero utile e affidabile e valido! (c) l'accesso prevalentemente universitario alla ricerca e alla formazione sui test di sviluppo applicabili nella prima infanzia: per questi strumenti in particolare, appare evidente un'ampia discrepanza tra ricerca e clinica (e tra contesti universitari e contesti clinici dei servizi) nella facilità e adeguatezza con cui i professionisti possono conoscere e applicare tali procedure. Nella realtà italiana esistono, infatti, diversi centri e professionisti che nei Dipartimenti universitari fanno ricerca specificamente su questi temi, ma probabilmente non si è an-

cora verificata pienamente una «infiltrazione» dei risultati e delle conoscenze acquisite in tali contesti rispetto ai professionisti e ai centri clinici che poi sarebbero specificamente deputati all'applicazione su larga scala dei metodi di cui stiamo discutendo, per la comprensione dei percorsi evolutivi e del disagio psichico nell'infanzia: probabilmente, un'altra delle ragioni per cui gli psicologi non utilizzano questi strumenti risiede anche in questa scarsità di comunicazione fra domini di professionalità diverse, pur nel contesto delle scienze psicologiche. Come anticipato, altri metodi di valutazione della psicopatologia nella prima infanzia riguardano l'osservazione del bambino e delle sue relazioni: questi non sono neanche elencati tra quelli proposti da Tressoldi *et al.* eppure alcuni di essi sono, a tutti gli effetti, strumenti validati che possiedono caratteristiche psicometriche che potremmo definire più incoraggianti, per esempio, di quelle delle tecniche proiettive. Si tratta di metodi che derivano dai paradigmi evolutivi dell'osservazione del comportamento infantile, applicati alla qualità delle interazioni precoci tra il piccolo e lo(gli) adulto(i) di riferimento, grazie alla definizione di sistemi sempre più raffinati di codifica dei comportamenti manifestati dai partner interattivi (cfr. Cammarella, Lucarelli e Vismara, 2001; Venuti, 2001). Ampia mole di studi sull'applicazione di essi in ambito clinico e di ricerca deriva dal settore dell'*infant research* che negli ultimi venti anni ha prodotto una quantità davvero notevole di lavori che attestano le caratteristiche di validità ecologica, accordo tra giudici, replicabilità e sensibilità clinica dei dati con essi ricavati, deponendo a vantaggio di queste tecniche per il loro uso nel percorso diagnostico, non solo con bambini in prima infanzia, ma anche nelle età successive. L'assenza di queste tra la testistica «classicamente» riconosciuta è dovuta a diversi fattori tra cui al fatto che non si tratta di veri e propri test, ma di metodi basati su una visione interattivo-relazionale (cfr. Beebe e Lachman, 2003) dello sviluppo e della psicopatologia non ancora del tutto entrata a far parte della clinica e della valutazione «ufficiali» del bambino e del suo disagio (Rosenblum, 2006), al fatto che risentono di una matrice di evolutiva e universitaria non ancora completamente condivisa (nel

nostro Paese) con il sapere clinico e dei servizi, al fatto che purtroppo non esistono ancora adeguate possibilità di informazione e di formazione su questi metodi.

Il terzo elemento sottolineato da Ammaniti (2001) riguarda il rapporto tra sviluppo e sintomatologia, ossia la possibilità di attribuire un peso specifico alle manifestazioni disfunzionali del bambino nella considerazione e nel rispetto dei cambiamenti di matrice evolutiva che per molti anni della sua crescita intervengono. In qualche modo, questo aspetto tocca il complesso equilibrio tra lettura della sintomatologia e considerazione dei processi di sviluppo che spesso vede separati settori della psicologia così intrinsecamente legati, senza condurre ad una visione di insieme che ne favorisca una lettura unitaria. La medesima manifestazione può essere, infatti, segno di un cambiamento di crescita nella vita del bambino e/o della famiglia, ma se compare in momenti critici oppure perdura troppo a lungo o, ancora, si esprime in maniera estrema può far pensare ad un disagio che si sta instaurando... Anche in questo caso l'attenzione va posta sulla valutazione, ossia sulla scelta di metodi sensibili e attendibili ma, soprattutto, *ripetibili* per cogliere la processualità dello sviluppo nelle sue componenti sane e psicopatologiche. Tale esigenza riguarda anche l'*ultimo* punto, ossia la visione prognostica delle manifestazioni sintomatologiche dell'infanzia, particolarmente quando sono molto precoci: nel senso che è necessario chiedersi se l'espressione del disagio del bambino sia un precursore di psicopatologia anche a lungo termine oppure un segnale di difficoltà peculiare e tipico di uno specifico momento, che non necessariamente si ripresenterà e/o influenzerà l'intero processo di crescita del piccolo. Entrambi i punti implicano il riferimento a metodi di osservazione e valutazione applicabili più volte nel tempo, e quindi dotati di caratteristiche utili a questo scopo (per esempio, il fatto che il bambino non ricordi la condizione di stimolo, il basso livello di stress procurato, ecc.), e convergenti tra loro, ossia in grado di rilevare il medesimo aspetto o caratteristiche simili per poi comparare i dati raccolti. Si tratta di acquisire un approccio multi-metodo e longitudinale

del processo di valutazione clinica dello sviluppo basato su strumenti che lo consentano: i metodi più attuali ai quali è stato fatto accenno in precedenza si muovono esattamente in questa direzione favorendo la replicabilità delle rilevazioni e il confronto tra informazioni diverse, diversamente dalla testistica tradizionale (pensiamo alle tecniche proiettive, per esempio, ma anche diversi test di intelligenza non fanno eccezione) che spesso non consente la ripetizione della valutazione se non ad intervalli di tempo molto lunghi rispetto alla crescita del bambino... Qual è il punto quindi? Gli psicologi clinici sono professionisti abbagliati da false credenze e da miraggi di comprensione privi di fondamento? Forse, ma mi pare che questa discussione conduca ad alcuni nuclei sui quali riflettere, aprendo altre e successive discussioni: in primo luogo, la scarsa comunicazione tra «movimenti» di conoscenza che attendono alla ricerca (e si svolgono prevalentemente entro le istituzioni di ricerca, le Università per esempio) e bisogni di conoscenza clinica del bambino e del suo disagio, più spesso propri dei servizi territoriali; secondariamente, le scarse possibilità di formazione su metodi e tecniche «nuovi», che rendono difficile il loro utilizzo e la possibilità che i clinici ripongano fiducia nelle valutazioni eventualmente effettuate con essi; infine, ma centrale, la difficoltà di formazione (già entro il percorso universitario) di psicologi clinici dello sviluppo in grado di integrare conoscenze attinenti ai due settori (la psicologia clinica e la psicologia dello sviluppo e dell'età evolutiva), nonché i metodi e le tecniche peculiari e utili per la lettura di questo terreno intermedio che è la psicopatologia evolutiva.

Riferimenti bibliografici

- Ammaniti, M. (2001). La diagnosi in età infantile. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina, 19-38.
- Beebe, B., Lachman, R.N. (2003). *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bonichini, S., Axia, G. (2008). *L'assessment psicologico nella prima infanzia*. Roma: Carocci.

Contributi alla discussione

- Cammarella, A., Lucarelli, L., Vismara, L. (2001). L'osservazione del bambino nel contesto di sviluppo. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina, 39-90.
- Rosenblum, K.L. (2006). *Definire la salute mentale infantile: una prospettiva evolutiva e relazionale sulla valutazione e la diagnosi*. In A.J. Sameroff, S.C. McDonough e K.L. Rosenblum (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino.
- Stern, D.N. (2004). *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Venuti, P. (2001). *L'osservazione del comportamento*. Roma: Carocci.

Dal test al testing in età evolutiva

ERNESTO STOPPA e TIZIANA VACCA

Struttura Complessa Salute Mentale e Riabilitazione

Infanzia-Adolescenza

Azienda USL di Ferrara

E-mail: e.stoppa@ausl.fe.it

Le considerazioni emerse dall'indagine di Tressoldi e collaboratori rimandano, a nostro avviso, ad aspetti diversi della storia stessa del test e del testing, ad elementi istituzionali e contestuali in cui si trova a lavorare lo psicologo, e soprattutto a variabili di conoscenze tecnico-professionali dovute all'età ed alla formazione specifica.

Tradizionalmente si fa risalire a Galton e Kraepelin l'inizio delle ricerche sulla possibilità e sul modo di misurare quantitativamente le differenze individuali e altri aspetti della personalità, e quindi possiamo collocare le basi della psicodiagnostica moderna alla fine dell'Ottocento (Anastasi, 1981). Per molto tempo la misurazione delle componenti psicologiche individuali è stata improntata verso un'oggettivazione delle stesse: le persone sottoposte alla valutazione costituivano gli oggetti della verifica in un approccio piuttosto unidirezionale. Attualmente invece la consapevolezza del paziente rappresenta l'elemento di qualità: viene oggi sempre più rifiutata la funzione classificatoria e selettiva dei test a favore di un loro utilizzo che non escluda ma anzi solleciti il ricorso ad

altre modalità, quali un'anamnesi accurata, l'osservazione diretta, il colloquio clinico, allo scopo di integrare l'acquisizione di informazioni (Del Corno e Lang, 1989). Oggi non ci si limita a considerare le risultanze metriche e le risposte date ma si pone attenzione alla fenomenologia della situazione. Ciò significa che l'esame testistico è improntato ad un principio di equità, e presuppone un consenso, con l'obiettivo di massima valorizzazione delle potenzialità della persona, e questo vale tanto di più quando si tratta di soggetti in età evolutiva: da un lato vengono analizzate le risposte corrette, dall'altro viene considerata la risposta adattiva come modalità di reazione alla prova, e quindi anche gli elementi potenziali. A tal proposito, ci piace ricordare come molto spesso i bambini, in situazioni di assessment, chiedano spiegazioni su cosa si sta scrivendo, se ciò che hanno fatto è giusto, a cosa serve, se dopo verrà riferito ai genitori, ecc.; tutto ciò ci sembra estremamente prezioso, poiché lascia emergere l'aspetto partecipativo presente all'interno della valutazione.

Per quanto riguarda le tecniche proiettive (l'uso della parola «tecniche» piuttosto che «test», è più congruo per sottolineare la specifica tipologia di costruzione), riteniamo che dovrebbe essere superata l'antinomia soggettivo/oggettivo e qualitativo/quantitativo, dal momento che, in accordo con Passi Tognazzo (2004, p. 145) «la validità e l'attendibilità delle tecniche proiettive dipende dalla preparazione e dal buon uso che ne fa chi le applica». Per cui da un lato capiamo l'alta frequenza d'uso di tali tecniche, più conosciute e più veloci; dall'altro, riconosciamo che la tipologia stessa dei proiettivi, basati sul fondamento intrinseco della proiezione inconsapevole dei vissuti su materiale aspecifico e sulla loro interpretazione, si è prestata a pratiche incongrue, causando derive di pensiero, e consolidando idee magiche di indagine manipolativa.

La scelta degli strumenti da utilizzare, è dunque di fondamentale importanza: questo vale anche per l'impiego di questionari *self-report*, di scale sintomatologiche, di scale del comportamento adattivo e di altri strumenti simili, che non deve far sottovalutare il rischio di isolarne i risultati, prescindendo dal momento osservativo e dal colloquio clinico. In questo assunto del test come testing, si può leggere anche l'evoluzione

dei materiali, che risultano, nella pratica clinica, sempre più improntati in maniera multidimensionale: a nostro avviso, un esempio efficace è costituito dalle Bayley Scale of Infant and Toddler Development, Terza Edizione (Bayley, 2006), di cui sarà presto disponibile la taratura italiana. Si tratta di scale a somministrazione individuale per l'assessment dello sviluppo funzionale di bambini da 1 a 42 mesi di età, che consentono di identificare i soggetti con ritardo nello sviluppo e forniscono indicazioni per pianificare un intervento. Rispetto alla precedente edizione (BSID-II, 1993), che già rappresentava un miglioramento dello strumento originale del 1969, le Bayley-III presentano aggiunte e modifiche significative, che rendono la somministrazione più semplice, e prevedono un maggior coinvolgimento dei genitori. Sono composte da cinque scale principali: tre vengono somministrate interagendo col bambino (Cognitiva, Linguaggio e Motoria), due utilizzano le informazioni fornite dai genitori attraverso un questionario (Socio-Emozionale e Comportamento Adattivo). Le Scale Cognitive, del Linguaggio e Motoria possono essere somministrate indipendentemente l'una dall'altra, e questo rende le Scale Bayley-III particolarmente adatte ad una valutazione multidisciplinare. La Scala Socio-Emozionale e quella del Comportamento Adattivo, oltre a fornire importanti informazioni per quanto riguarda il bambino, possono essere molto utili se adoperate come strumenti di abilitazione ed educazione per i genitori, o proposte in forma di intervista semi-strutturata, per consentire una sorta di «condivisione» con il clinico. L'evoluzione che qui vogliamo evidenziare emerge dai seguenti passaggi: nella versione del 1969 lo strumento era composto da due scale di valutazione diretta (Mentale e Motoria) e da una lista qualitativa di osservazione comportamentale, che veniva compilata dall'operatore; nella versione del 1993 questa lista è diventata una scala ponderata del comportamento adattivo, sempre compilata dall'operatore; nella versione 2006 vi è stato il passaggio chiave verso il coinvolgimento diretto del genitore/caregiver, pur mantenendo una struttura psicometrica.

Ci sembra che un ulteriore aspetto da considerare in questo dibattito sia il contesto lavo-

rativo ed istituzionale in cui ci si trova ad operare, che può essere più o meno favorente, più o meno determinante nell'utilizzo dei test. Non solo l'esistenza di protocolli clinici, che determinano tempi ed appropriatezze, o tipologie di servizi mirati a particolari popolazioni cliniche, ma anche risorse finanziarie e impostazioni teoriche di riferimento possono condizionare la varietà di strumenti disponibili. In questa chiave potrebbe essere letto il risultato dell'indagine che ha visto rispondere professionisti che nel 50% dei casi hanno un'esperienza lavorativa inferiore ai 6 anni, e ciò ci porta anche alla considerazione dell'età del campione, probabilmente ancora molto legato alla formazione ricevuta. A questo proposito, per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei test, resta prioritaria un'adeguata formazione, che possiamo dividere in livelli. In primo luogo, all'interno dei corsi di laurea in Psicologia è importante fornire una conoscenza e un corretto approccio all'uso dei test: in ambito psicodiagnostico, dove un momento fondamentale resta il colloquio clinico, essi devono essere utilizzati allo scopo di ottenere una raccolta di dati oggettivi e confrontabili, che siano di supporto all'ipotesi diagnostica o alla sua confutazione. Inoltre, una responsabilità enorme investe i tutor dei tirocini, che devono essere in grado di mostrare e trasmettere agli psicologi in formazione una metodologia di somministrazione dei test e, prima ancora, una capacità di scegliere lo strumento più adeguato al contesto. Infine, per quanto riguarda le Scuole di Specializzazione, è importante fornire occasioni, anche di carattere pratico, di confronto e di aggiornamento sulle tecniche e sulle loro tarature, per fare in modo che i test vengano sempre utilizzati in maniera corretta. Prima di usare un test per acquisire informazioni in campo diagnostico e clinico, è fondamentale conoscere le teorie e le metodologie che ne stanno alla base (Rubini, 1984; Pedrabissi e Santinello, 1997), ed è indispensabile avvalersi di norme adeguate per l'interpretazione dei risultati, in quanto non è possibile ignorare *come* e *per chi* è stato messo a punto quel determinato strumento.

Poiché le applicazioni dei test sono numerosissime, una loro adeguata conoscenza,

integrata dalla consapevolezza della natura del comportamento che ci si propone di esaminare, è necessaria per chi voglia introdursi ai più importanti problemi della psicologia contemporanea. A questo proposito è importante sottolineare che qualunque persona ma, a maggior ragione, un bambino, va assolutamente valutato secondo una visione olistica e multidimensionale (Sanavio e Cornoldi, 2001): raccolta dell'anamnesi, storia sociofamiliare e contesto attuale, informazioni fornite dai genitori e dagli insegnanti, osservazione diretta, oltre all'utilizzo di strumenti testistici *ad hoc*.

È importante decidere quali test usare caso per caso, e servirsene per uno scopo ben preciso: non è possibile utilizzare un solo strumento, come se fosse adatto ad ogni persona e in qualunque momento. Per questo, il clinico non può *perseverare nell'uso del sedimentato*, ma ha l'obbligo morale e professionale di aggiornare la propria formazione in base al contesto in cui lavora, di seguire l'evoluzione degli strumenti nel tempo, di allinearsi alle regole d'uso non solo secondo quanto prescritto dai vari manuali, ma anche dalle norme etiche che regolano la nostra professione.

Riferimenti bibliografici

- Anastasi, A. (1981). *I test psicologici*. Milano: Franco Angeli.
- APA (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scale of Infant and Toddler Development IIIth Edition*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali.
- Ordine Nazionale degli Psicologi (2006). *Codice deontologico degli psicologi italiani*, http://www.psy.it/codice_deontologico.html.
- Del Corno, F., Lang, M. (1989). *La diagnosi testologica*. Milano: Franco Angeli.
- Passi Tognazzo, D. (2004). Validità e attendibilità dei test proiettivi. Un problema annoso. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 145.
- Pedrabissi, L., Santinello, M. (1997). *I test psicologici*. Bologna: Il Mulino.
- Rubini, V. (1984). *Test e misurazioni psicologiche*. Bologna: Il Mulino.
- Sanavio, E., Cornoldi, C. (2001). *Psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Vantaggi e limiti delle tecniche proiettive in età evolutiva: il disegno della famiglia

RENATA TAMBELLI e GIULIO CESARE ZAVATTINI
Università di Roma «La Sapienza»

PIERGIORGIO MOSSI
Università del Salento
E-mail: renata.tambelli@uniroma1.it

Il dibattito aperto da Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi propone una riflessione attuale su un tema classico della psicologia: l'uso delle tecniche proiettive in età evolutiva, in particolare quelle legate al disegno infantile.

Un primo punto – *apparentemente* – di «sorpresa» emersa nell'indagine esplorativa riportata dai colleghi riguarda il frequente utilizzo delle tecniche proiettive più semplici, quali il Disegno della famiglia ed il Disegno della figura umana (rispettivamente con media 3.4 e 3.2) nella categoria dei test per la valutazione degli aspetti emozionali e relazionali.

Già nel precedente dibattito («Tecniche proiettive. Proiettive di che?») promosso dalla rivista *Psicologia Clinica dello Sviluppo* negli anni 2002-2004 arrivava chiaro l'invito a non fare un uso troppo disinvolto di interpretazioni di macchie d'inchiostro e di disegni di pupazzetti in quanto le tecniche proiettive sono «psicometricamente inaffidabili e non valide» (Pedrabissi e Tressoldi, 2002).

Nelle repliche al dibattito era emersa in realtà una posizione rigida e più articolata a dismettere l'uso delle tecniche proiettive ed un condiviso interesse, oltre che una riconosciuta necessità, a migliorare l'uso di queste tecniche essendo fra le più utilizzate dagli psicologi clinici di tutto il mondo.

In quella sede, tuttavia nessuno prese le difese delle tecniche di disegno – a parte successivamente alcuni commenti in un Editoriale sul *Giornale Italiano di Psicologia* che apriva il medesimo dibattito proposto da Cornoldi e Tressoldi (Zavattini, 2005) – per le quali parve «corretto e necessario proporre un bando al loro utilizzo in ambito clinico fino a quando non si accumuleranno dati sufficienti per valutare meglio la loro efficacia e validità» (Pedrabissi e Tressoldi, 2002, p. 527).

Ma allora perché gli psicologi continuano ad utilizzare in modo così diffuso le tecniche proiettive? Ed in modo privilegiato in età evolutiva, le tecniche proiettive di disegno?

Una prima ragione risiede nella lunghissima tradizione che fin dalla fine dell'Ottocento ha considerato il disegno nell'indagine psicologica una «finestra» sulla psiche infantile, riconoscendogli un intrinseco valore di mezzo comunicativo.

In un numero monotematico di *Rassegna di Psicologia* sulla relazione tra genitori e figli attraverso l'analisi del disegno (Bombi e Tambelli, 2001) veniva evidenziato come pochi argomenti sono stati più trattati dell'attività grafica in età evolutiva e l'uso del disegno infantile ha avuto alterne vicende, connesse ai consensi e ai problemi sollevati dall'attendibilità delle interpretazioni.

In grandissima sintesi, entro gli studi psicologici sul disegno si possono distinguere tre filoni tradizionali: quello che ricerca la corrispondenza tra disegno e stadi di sviluppo del pensiero, quello che guarda al disegno del bambino come mezzo spontaneo di espressione artistica e quello che indaga le relazioni tra disegno e assetto della personalità.

Il primo filone ha come nascita la ricerca di George-Henry Luquet (1913, 1927) consolidata dalla sua successiva integrazione entro la cornice della teoria piagetiana. Secondo questa prospettiva, al crescere dell'età è possibile rintracciare delle modalità pittoriche via via più adeguate, che si succedono secondo una sequenza stadiale a carattere generale, pur nella grande variabilità degli stili individuali. Queste fasi evolutive sarebbero dovute al fatto che il bambino per disegnare deve utilizzare la mediazione di un «modello interno» il quale è vincolato alle sue capacità intellettuali, diverse da un'età all'altra. Il disegno, così concepito, diventa dunque una spia della capacità cognitiva del bambino e lo studio del disegno s'intreccia con lo studio dello sviluppo intellettuale. Questo approccio, seppure interessante, ha perso terreno nel secondo dopoguerra.

Diversa è l'opinione degli autori che si richiamano al secondo tipo di approccio, che ha avuto un referente classico in Rudolf Arnheim (1956) che rifacendosi alla teoria della Gestalt,

ha sottolineato il carattere innato di alcuni principi estetici (simmetria, buona forma) rintracciabili quindi anche nelle produzioni infantili. Tale approccio è interessante perché, diversamente da quello studiale, guarda a taluni «difetti» del disegno come elementi in sé significativi e non come meri errori. Ad esempio, le sproporzioni possono essere un modo per informare sulla rilevanza di un oggetto o alludere ad un movimento che non può essere fermato sulla carta.

Il recupero della potenzialità comunicativa del disegno infantile indipendentemente dall'età e dalle abilità cognitive del disegnatore è caratteristico del terzo filone di studi che guardano al disegno in quanto rilevatore della personalità infantile, dotato di valenze terapeutiche e non solo tecnica diagnostica. Questo approccio ha le sue origini nella psicoanalisi infantile che, negli anni '20, individua nell'attività grafica spontanea uno dei mezzi utilizzati dal bambino, insieme al gioco, per narrare e analizzare gli aspetti emotivi delle proprie esperienze, reali o immaginate, desiderate o temute, consapevoli o inconscie. In tale approccio il disegno non è un veicolo neutro, ma comporta una selezione tra le immagini mentali e su di esse opera al fine di adeguarle a rappresentare ciò che nell'esperienza è più significativo.

A queste diverse prospettive teoriche si legano in modo più o meno diretto numerosi strumenti di valutazione in età evolutiva. Per ciò che attiene la valutazione cognitiva, già nel test di Binet e Simon (1916) erano state inserite prove grafiche; negli anni '20 vedono la luce i test basati sulla rappresentazione della figura umana di Fay (1923) e di Goodenough (1926) e revisioni o nuove versioni del Test della figura umana ancora oggi ampiamente utilizzate (Harris 1963; Koppitz, 1968). In ogni caso la tradizione più ricca rimane quella costituita dai diversi proiettivi basati sulla rappresentazione di figure: si va dalla richiesta di raffigurare animali oppure oggetti inanimati ad alto valore simbolico (test della famiglia di animali, test dell'albero) a quella di proporre figure umane singole (Machover, 1949) o in gruppo (Disegno della famiglia di Corman, 1967; Disegno della famiglia cinetica di Burns e Kaufmann, 1970) in cui il bambino può immedesimarsi.

Contributi alla discussione

Una seconda ragione dell'uso di tecniche proiettive basate sul disegno risiede in indubbi vantaggi, primo tra i quali il piacere che la grande maggioranza dei bambini mostra nell'affrontare questo tipo di prove che diventano una facile via d'ingresso per l'operatore nell'assessment in età evolutiva. Inoltre, trovano notevole fortuna e diffusione nella pratica clinica per merito della facile applicabilità e duttilità, anche in forza di una lettura «semplice» o meglio, usata in modo un po' apodittico delle teorie psicodinamiche. Da non sottovalutare, inoltre, il costo zero di tali test per i servizi pubblici e i liberi professionisti.

A fronte di tali vantaggi, per ciò che riguarda in particolare i proiettivi di disegno, nel corso del loro crescente impiego in psicologia clinica le interpretazioni si sono moltiplicate con un rischio di arbitrarietà assai elevato.

Come, quindi, non condividere quanto evidenziato da Pedrabissi e Tressoldi (2002, p. 301) nel precedente dibattito quando scrivono che le tecniche grafiche «[...] lasciano ampio margine al giudizio soggettivo del valutatore e quindi ai bias individuali dei diversi clinici?»

Nel contempo, come non porsi il vecchio problema risollevato da Liliensfeld e collaboratori (2001), quando ricordano la scarsa attendibilità delle interpretazioni psicologiche fondate sul disegno della figura umana e riportano ricerche che dimostrano come i clinici rischino di attribuire disturbi mentali ad individui che hanno scarse abilità artistiche.

Se è vero, insomma, che il disegno permette al bambino di rappresentare i «suoi modi di vedere» e di renderne partecipe l'ambiente circostante, condividiamo la preoccupazione dei colleghi che sottolineano: a) il pericolo di guardare al disegno come ad un prodotto di facile interpretazione con il quale è possibile accedere direttamente alle tematiche emotive del bambino, b) i limiti scientifici e deontologici della valutazione psicologica unicamente attraverso le tecniche proiettive.

D'altra parte, però, una consolidata tradizione psicodinamica e un corposo impegno di ricerca in altri paesi, soprattutto nei paesi anglosassoni, passato quasi in silenzio in Italia, compiuto all'insegna dello sperimentalismo co-

gnitivista, ha portato ad una più attenta considerazione dei processi esecutivi del disegno e degli effetti del contesto in cui viene eseguito (Fox e Thomas, 1990; Forrest e Thomas, 1991; Cox, 1992; Freeman, 1993; Fury, Carlson e Sroufe, 1997; Thomas e Jolley, 1998).

Non a caso ciò che di un test proiettivo sfugge all'analisi psicometrica si «recupera» quando si lavora sul dato individuale in un contesto clinico, che fonda e dà senso al prodotto grafico. In questo contesto, infatti, il bambino sceglie di disegnare con una motivazione ben definita con la quale può comunicare certe cose piuttosto che altre in virtù del *setting*. Come sostenuto da Battacchi (2002) e Rubini (2004) anche le tecniche proiettive vengono utilizzate con modalità di somministrazione standardizzate e le risposte possono essere trasformate in indici quantitativi. Inoltre, la minore validità e attendibilità delle tecniche proiettive, inerente alla loro struttura, rispetto ai «test oggettivi», è compensata dall'utilizzazione di informazioni ricche e significative che, soltanto in combinazione con altri elementi ottenuti dal colloquio e dai test oggettivi ci permettono di fare delle ipotesi cliniche per mettere a fuoco la situazione psicologica del soggetto in età evolutiva.

Dal nostro punto di vista rilanciamo la domanda: se le tecniche proiettive grafiche, ed in particolare il Disegno della Figura umana e il Disegno della Famiglia continuano ad avere ampio utilizzo da parte degli psicologi dell'età evolutiva, clinici e non, con quali cautele va fatto?

In sintesi, per migliorare l'uso del DdF quale tecnica d'indagine psicologica in età evolutiva (De Coro, Tambelli e Cundari, 2008) nella formazione bisogna battere su alcune regole irrinunciabili:

– come per qualsiasi altro strumento testologico, il DdF va contestualizzato nell'ambito di un processo diagnostico caratterizzato da una pluralità di vertici osservativi, per cui i dati del disegno vanno confrontati con altri dati clinici rispetto al grado di concordanza/discordanza (differenza tra test come termometro e test come mezzo per raccogliere dati, Battacchi, 2002);

– vanno individuati precisi parametri interpretativi, in funzione degli obiettivi della valuta-

zione clinica e/o della ricerca, a cui attenersi rigorosamente per una lettura metodologicamente affidabile del materiale grafico;

- la tecnica del disegno va rigorosamente applicata e interpretata con un *training* specifico per l'attendibilità nella codifica dei parametri interpretativi prescelti;

- i dati raccolti, che si riferiscano al caso singolo o a campioni di ricerca, vanno confrontati con lavori di ricerca più ampi che stabiliscono i dati normativi (i valori attesi), che abbiano impiegato misure statistiche (modelli gerarchici, equazioni strutturali o analisi fattoriali confermate) che permettano di verificare la validità dei costrutti e dei significati sottostanti alle risposte date ai test (Comunian, 2004)

Inoltre, per migliorare l'uso di queste tecniche riterremmo necessario avviare un confronto con i colleghi che si sono occupati di tecniche proiettive basate sul disegno (e in Italia sono numerosi) a partire dagli studi più recenti, in modo da fare il punto sullo stato dell'arte delle loro proprietà e far conoscere agli psicologi più giovani lo stato attuale dei punti forti e di quelli deboli.

Condividiamo la proposta di Dazzi e Lingiardi (2002) sulla spendibilità dei test proiettivi: «L'eredità di tali tecniche non va dispersa, ma ricontestualizzata all'interno delle concezioni contemporanee della ricerca» (p. 314).

Nel caso specifico del test del Disegno della Famiglia (DdF) di cui ci siamo occupati più a lungo (Zavattini, Tambelli e Mossi, 1989; Tambelli, Zavattini e Mossi, 1995, 1996; Tambelli e Zavattini, 1998; Tambelli, Zavattini e Volpi, 2001) nella ricerca normativa sono stati condotti pochi studi sistematici comportando una mancanza di riferimenti entro cui comparare le *performance* pittorico/grafiche del bambino in base ad un sistema di codifica articolato su diversi indicatori, definiti il più possibile operativamente, coerenti con i costrutti teorici di riferimento ed empiricamente verificabili.

Questo approccio riflette le nostre posizioni e già da alcuni anni abbiamo provato a dare una risposta in tal senso definendo una griglia di indicatori entro i quali valutare il disegno. Tali indicatori, hanno tenuto conto, da un lato, della lunga tradizione di studio intorno al dise-

gno della famiglia, dall'altro lato, dell'esperienza clinica entro cui si esplica l'attività di valutazione. Nel nostro percorso è stato privilegiato il livello formale rispetto a livelli contenutistici e simbolici, talora più ricchi di informazione, ma più soggetti ad «errore» sul piano interpretativo. La ricerca effettuata su un campione normativo di disegni (più di 6.000) ha fornito dei dati a nostro giudizio sufficientemente probanti delle tendenze rappresentative dei bambini di età compresa tra i 6 e i 12 anni. Non entrando nel dettaglio delle analisi statistiche effettuate, i maggiori risultati hanno indicato quali fossero i diversi personaggi familiari valorizzati a seconda del sesso e nelle differenti età, così come la tecnica attraverso cui fosse possibile indagare su queste «preferenze» da parte dei bambini. Detti risultati hanno, se non altro, mostrato come l'intuizione clinica andava di pari passo con le evidenze statistiche.

Più recentemente siamo tornati ad occuparci del tema. In una recente comunicazione in occasione del convegno AIP 2008, all'interno della Sezione di Psicologia Clinico-Dinamica, abbiamo presentato ulteriori risultati ottenuti attraverso delle analisi di tipo multidimensionale (analisi delle corrispondenze semplici e multiple) che confermano la capacità delle differenti scale di valutazione del DdF messe a punto nel 1995, di fornire una sostanziale convergenza di intercettare il costrutto di valorizzazione delle relazioni affettive e la struttura dei legami nei riguardi dei personaggi rappresentati nel disegno.

Raccogliendo l'invito di Cornoldi, che *continui* il dibattito su *come* avvengono le scelte degli strumenti in età evolutiva, è evidente che la comunità psicologica italiana si deve preparare a fondo ed interrogarsi non solo *sui* test che usa, la loro validità diagnostica, le caratteristiche psicometriche, ma anche *come* li usa: non è possibile ignorare l'influenza delle dinamiche relazionali tra clinico e soggetto e che le risposte di quest'ultimo possano variare a seconda del clinico che applica il test.

Le tecniche proiettive devono quindi essere pensate *come strumento della relazione clinica* e non come test psicologico indipendente.

Riferimenti bibliografici

- Arnheim, R. (1956). *Art and visual perception: A psychology of creative eye*. London: Faber & Faber.
- Battacchi, M.W. (2002). A proposito dei test psicologici, proiettivi e non. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 307-308.
- Binet, A., Simon, T. (1916). *La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants*. Paris: Colin
- Bombi, A.S., Tambelli, R. (a cura di) (2001). La relazione tra genitori e figli attraverso l'analisi del disegno. *Rassegna di Psicologia*, 28 (2), 5-13.
- Burns, R.C., Kaufman, S.M. (1970). *Kinetic Family Drawing (K-F-D): An Introduction to Understanding children through K-F-D*. New York: Brunner/Mazel.
- Corman, L. (1967). *Le Test du dessin de famille dans la pratique médico-pédagogique*. Paris: Presses Universitaires de France (trad. it. *Il disegno della famiglia: test per bambini*. Torino: Boringhieri, 1970).
- Comunian, A.L. (2004). Sull'utilità dei test proiettivi nella ricerca e nell'intervento, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 158-160.
- Cox, M. (1992). *Children's drawings of the human figure*. London: Penguin Books.
- De Coro, A., Tambelli, R., Cundari, M. (2008). Il disegno della Famiglia. Le relazioni tra genitori e figli attraverso l'analisi del disegno. In F. Del Corno e M. Lang (a cura di), *Linee di ricerca in testologia*. Milano: Franco Angeli, 415-470.
- Dazzi, N., Lingiardi, V. (2002). Le brutte figure. Note sullo stato scientifico delle tecniche proiettive. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 310-317.
- Fay, H.M. (1923). Une méthode pour le dépistage des arriérés dans les grandes collectivités d'enfants d'âge scolaire. *Bulletin de la Legue d'Hygiène Mental*, 7.
- Forrest, M., Thomas, G.V. (1991). An exploratory study of drawings by bereaved children. *British Journal of Clinical Psychology*, 30 (4), 337-347.
- Fox, T.J., Thomas, G.V. (1990). Children's drawings of an anxiety-eliting topic: Effects on the size of the drawing. *British Journal of Clinical Psychology*, 29 (1), 71-81.
- Fury, G., Carlson E., Sroufe, L. (1977). Children's representations of attachment relationships in family drawings. *Child Development*, 68 (6), 1154-1164.
- Freeman, N.H. (1993). Drawing: Public instruments of representation. In C. Pratt e A.F. Garton (a cura di), *Systems of representations in children: Development and use*. New York: Wiley and Sons.
- Goodenough, F.L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Harcourt Brace.
- Harris, D.B. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity*. New York: Harcourt Brace.
- Koppitz, E.M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N. (2001). Che cosa non va in questa figura? *Le Scienze*, 393, 105-110.
- Luquet, G.H. (1913). *Les dessin d'un enfant: étude psychologique*. Paris: Alcan.
- Luquet, G.H. (1927). *Les dessin enfantin*. Neuchatel-Paris: Delachaux & Niestlè (trad. it. *Il disegno infantile*. Roma: Armando, 1969).
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, IL: Charles C. Thomas (trad. it. *Il disegno della figura umana*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1978).
- Pedrabissi, L., Tressoldi, P.E. (2002). Tecniche proiettive. Proiettive di che? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 146-147.
- Rubini, V. (2004). È davvero essenziale utilizzare test di alta attendibilità? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (3), 525-528.
- Tambelli, R., Zavattini, G. (1998). Il test «Disegno della famiglia». In A. Lis. (a cura di), *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*. Bologna: Il Mulino.
- Tambelli, R., Zavattini, G., Mossi, P. (1995). *Il senso della famiglia. Le relazioni affettive del bambino nel «Disegno della Famiglia»*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Tambelli, R., Zavattini, G.C., Mossi, P. (1996). Le relazioni familiari interiorizzate. Una ricerca mediante il disegno sulla famiglia. *Età Evolutiva*, 55, 26-41.
- Tambelli, R., Zavattini, G., Volpi, B. (2001). La rappresentazione della coppia genitoriale in adolescenza: un primo livello d'indagine. *Rassegna di Psicologia*, 28 (2), 93-110.
- Thomas, G.V., Jolley, R.P. (1998). Drawing conclusions: A re-examination of empirical and conceptual based for psychological evaluation of children from their drawings. *British Journal of Clinical Psychology*, 37 (2), 127-139.
- Zavattini, G.C., Tambelli, R., Mossi, P. (1989). Il disegno della famiglia come strumento in psicologia clinica. *Psicologia Clinica*, 2, 213-226.
- Zavattini, G.C. (2005). Editoriale. *Giornale Italiano di Psicologia*, 32 (2), 231-236.

Contributo alla discussione sull'utilizzo dei test in età evolutiva

CRISTIANO TERMINE e CHIARA LUONI
Università dell'Insubria e Fondazione Macchi-Varese
E-mail: cristiano.termine@uninsubria.it

Accogliamo volentieri l'invito a partecipare a questa discussione, portando il nostro punto di vista in qualità di neuropsichiatri dell'età evolutiva. In base al confronto quotidiano con i nostri colleghi, riteniamo che l'indagine di Tressoldi e colleghi avrebbe dato risultati analoghi se fosse stata condotta tra i neuropsichiatri infantili italiani.

Riguardo alle preferenze espresse dagli psicologi in questa indagine, pensiamo che la predilezione per le tecniche proiettive, rispetto agli strumenti *self* o *external report*, derivi da un lato da una forte tradizione psicologica di tipo dinamico, e dall'altro dalla difficoltà ad accogliere un approccio categoriale.

Il disegno della figura umana e della famiglia sono molto diffusi anche per ragioni pratiche, quali ad esempio la semplicità di somministrazione, l'alto gradimento da parte dei bambini e la possibilità di impiego anche con i più piccoli. Per contro, gli strumenti *self-report* e il test di Rorschach sono somministrabili generalmente dall'età scolare, in bambini con competenze cognitive e linguistiche entro i limiti di norma, e richiedono un maggior grado di attenzione e collaborazione.

La differenza in «raccomandabilità» tra i diversi proiettivi, e in particolare tra il disegno della figura umana e il Rorschach, dipende dalla differente complessità di tali strumenti. Numerosi studi sostengono la validità e l'affidabilità del test di Rorschach; tuttavia, la complessità dello strumento rende necessaria un'adeguata formazione per utilizzarlo. Non sorprende pertanto che, soprattutto in ambito clinico, prevalga un uso riduttivo e prevalentemente qualitativo di tale strumento, con ovvie ripercussioni sulla sua validità e attendibilità.

Riteniamo che nella pratica clinica, senza rinunciare alla ricchezza di informazioni ricavabili dai test proiettivi (anche quando impiegati

con una modalità «qualitativa»), si dovrebbero affiancare strumenti *self* o *external report*, validi e affidabili, per dare una maggior oggettività alle diagnosi, rendendo in tal modo più agevoli la discussione e il confronto all'interno della comunità scientifica nazionale e internazionale.

Benché non si voglia togliere nulla all'approccio idiografico, che, se iscritto all'interno di una valutazione complessiva, può arricchire la comprensione del paziente da parte del clinico, aiutandolo nel percorso diagnostico e terapeutico, non si può prescindere da un approccio nomotetico, sia in ambito clinico che di ricerca, come richiesto ad esempio dai principi dell'*Evidence Based Medicine*.

Infine una nota a margine: sebbene non sorprenda il grado di affidabilità e validità attribuito ai test per la valutazione delle funzioni cognitive, tra cui le scale Wechsler, non possiamo fare a meno di rilevare come in Italia le versioni di tali strumenti non siano mai al passo con quelle utilizzate dalla comunità scientifica internazionale. Nel nostro Paese manca al momento un adeguato aggiornamento degli strumenti di lavoro, con importanti ripercussioni sulla ricerca scientifica, in particolare per quanto riguarda la possibilità di confronti cross-culturali.

Riferimenti bibliografici

- Weiner, I.B. (2000). Using the Rorschach properly in practice and research. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (3), 435-438.
Del Corno, F., Lang, M. (2008). *Linee di ricerca in testologia*. Milano: Franco Angeli.

Tra pratica clinica e ricerca: l'uso dei test in età evolutiva

MARISA MALAGOLI TOGLIATTI e ANNA LUBRANO LAVADERA
Università di Roma «La Sapienza»
E-mail: marisa.malagoli@uniroma1.it

I risultati della ricerca sull'uso dei test in età evolutiva presentati da Tressoldi, Pedrabissi, Trevisan e Cornoldi come spunto per

questo dibattito, rispecchiano a nostro avviso, la prassi degli psicologi dell'età evolutiva anche nel territorio romano, pur sempre con le dovute eccezioni. Concordiamo con gli autori che l'aspetto più problematico – su cui soffermeremo il nostro intervento – di tale prassi è rappresentato dalla valutazione della personalità e degli aspetti emotivo-comportamentali dei soggetti in via di sviluppo. Tale dato non sorprende visto il maggiore accordo rispetto all'utilizzo di strumenti quali le scale Wechsler e le Matrici di Raven nella valutazione delle funzioni cognitive; è uscendo fuori dal campo della valutazione cognitiva e di specifiche caratteristiche attitudinali, che il territorio si fa più complesso e variegato, riflettendo il minor accordo tra clinici e ricercatori nel trovare definizioni e sistemi di *assessment* condivisi nella valutazione della personalità e della psicopatologia in età evolutiva (Ammaniti, 2008).

La valutazione della personalità è un ambito di studi in continua evoluzione non solo rispetto alla definizione dei costrutti, ma anche rispetto alla validità ed attendibilità dei tradizionali metodi di *assessment*. Si pensi all'attuale fervore di ricerche per la valutazione della personalità adulta che ha portato alla stesura di Manuali diagnostici – *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, American Psychoanalytic Association, 2006) e *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD, Arbeitskreis OPD-KJ, 2001) – e di strumenti innovativi – SWAPP 200 (Western, Shedler e Lingiardi, 2003) – per un *assessment* multidimensionale della personalità e del funzionamento psichico del soggetto da utilizzare in alternativa alla manualistica tradizionale – DSM-IV e ICD-10 – e ai relativi strumenti di valutazione – MMPI 2 e SCID III –, ritenuti parzialmente adeguati nel rappresentare la complessità della personalità, oltre che difficilmente utilizzabili per impostare il trattamento clinico (Dazzi, Lingiardi e Colli, 2006). È chiaro che il dibattito attualmente in corso riflette un più ampio confronto-scontro tra due diversi sistemi di pensiero: dimensione ideografica-strutturale e dimensione nomotetica-descrittiva della personalità, diagnosi clinica e operativa (Dazzi e Lingiardi, 2002) ed è in questo contesto che va inserito il discorso rispetto all'uso dei test.

La situazione è ancora più articolata nel settore dell'età evolutiva, dove le questioni aperte sono più numerose, anche in relazione alla condivisione di sistemi diagnostici (segnaliamo la sezione del PDM dedicata all'infanzia e all'adolescenza e il Manuale di classificazione 0-3 anni). Quali sono i parametri per discriminare tra uno sviluppo della personalità normale o patologico? I bambini sono in grado di fare un'autovalutazione del loro stato e a partire da quale età? Le valutazioni fornite dai genitori o da altri adulti significativi sono attendibili? Il comportamento del bambino cambia nei diversi contesti di vita? Quali sono i fattori protettivi o di rischio in termini prognostici per lo sviluppo? Queste sono alcune delle domande che solitamente orientano il processo di valutazione della personalità dei soggetti in età evolutiva.

Purtroppo in assenza di risposte condivise emerge la tendenza ad ancorarsi ad uno specifico modello teorico o a schemi e prassi consolidate e conosciute dagli operatori stessi, soprattutto a fronte di una distanza ancora troppo ampia tra clinica e ricerca, ma su questo tema torneremo più avanti.

Per rispondere alle domande dei colleghi va considerato anche il contesto prevalente in cui sono somministrati i test in età evolutiva nel nostro Paese. Negli USA, ad esempio, Kamphaus e colleghi (Kamphaus, Petoskey e Rowe, 2000) hanno evidenziato che negli ultimi 10/20 anni vi è stato un crescente uso dei test in ambito scolastico in seguito all'introduzione di specifici programmi federali. Probabilmente a tale cambiamento è legato l'incremento dell'uso di scale per la misura dei problemi emotivo-comportamentali, tra cui il sistema ASEBA (Achenbach e Rescorla, 2001) (nel 1999, 238 studi sulla psicopatologia infantile hanno usato il sistema ASEBA), ed il contemporaneo disuso di test quali il House-Tree-Person. Secondo gli autori, sono preferiti sistemi di *assessment* quali quello ASEBA, in quanto permettono di ottenere valutazioni combinate da parte di genitori e insegnanti (e dell'adolescente stesso a partire dagli 11 anni), consentono una diagnosi di tipo dimensionale sulla base di scale sindromiche individuate con una procedura *bottom-up*, ed il facile confronto con un sistema di norme definito.

Nel nostro Paese i principali ambiti di applicazione dei test in età evolutiva sembrano essere quello clinico – strutture specialistiche per l'età evolutiva – e quello forense. Questa differenza potrebbe spiegare il maggior uso di tecniche proiettive nel nostro Paese a dispetto dei questionari *self-report* o *external-report* e alle tecniche di osservazione delle relazioni del bambino (nonostante in ambito forense il giudice richieda spesso la valutazione delle relazioni di bambino con i genitori). Le forme proiettive, soprattutto in ambito forense, sono ritenute maggiormente «attendibili» per una diagnosi ideografica della personalità del soggetto e meno suscettibili di condizionamenti o indottrinamenti esterni. I questionari risentono del pregiudizio di essere facilmente falsificabili, in special modo per quanto riguarda le forme *external-report*, dove emerge il timore che i soggetti adulti possano dare risposte «di comodo» e quindi inattendibili. A questo timore può essere legato l'uso limitato del sistema ASEBA in ambito forense, nonostante la sua testata validità cross-culturale e la recente pubblicazione delle norme rispetto ad un campione italiano (Frigerio e Montiroso, 2002). In un contenzioso per l'affidamento del figlio, infatti, il genitore non affidatario o non collocatario potrebbe essere interessato a sovrastimare la presenza di specifiche problematiche, a differenza di un genitore affidatario o collocatario che potrebbe avere l'interesse contrario a sottostimare eventuali problematiche nell'adattamento del figlio. Tuttavia in una ricerca su un campione di famiglie in separazione è emersa una correlazione elevata e l'assenza di differenze significative nelle valutazioni fornite da madri e padri, indipendentemente dall'essere genitori «collocatari/affidatari» e non. È emersa soltanto una tendenza non significativa da un punto di vista statistico dei genitori non affidatari/collocatari a dare maggiore risalto a problematiche di tipo esternalizzante (Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2006).

Detto ciò non siamo affatto contrarie all'utilizzo delle tecniche proiettive in età evolutiva, ma come sottolineato da più parti queste devono essere applicate in maniera «consapevole», in associazione ad altri test e soltanto

dopo un'adeguata formazione. Va riconosciuto, infatti, il valore di queste tecniche nella possibilità di fornire informazioni difficilmente reperibili in altro modo, rispetto alle caratteristiche peculiari del funzionamento psichico del soggetto, al di là della diagnosi nomotetica. I problemi riguardano il *come* sono somministrati i test, argomento già molto dibattuto da Passi Tognazzo (2002), *quali* tecniche proiettive sono scelte e perché!

Continuando ad approfondire la questione, infatti, il dato più preoccupante riguarda il fatto che tra le tecniche proiettive maggiormente usate abbiano una così ampia diffusione e riconoscimento di affidabilità le tecniche grafiche – DFU e DF –. Un'ipotesi è che i test grafici sono preferiti per la semplicità-velocità di somministrazione e di *scoring*, per la facilità di entrare in relazione con il bambino e per «le suggestioni che rimandano» (le interpretazioni di contenuto, tuttavia, sono del tutto prive di riscontri scientifici). Nonostante ciò, concordiamo con quanti affermano che tali tecniche, soprattutto in ambito forense, dovrebbero essere utilizzate soltanto come mezzo per favorire la relazione con il soggetto e non come strumenti normativi di indagine della personalità, data l'assenza di indicazioni rispetto alla validità, di una standardizzazione italiana e di un sistema di *scoring* condiviso (Pedrabissi e Tressoldi, 2002; Tressoldi, Barilani e Pedrabissi, 2004; Ferracuti, 2008).

La situazione è migliore rispetto alle altre tecniche proiettive – Rorschach e TAT –, dove sono stati evidenziati notevoli sforzi per la definizione di procedure di *scoring* standardizzate e di norme per la popolazione adulta (Lis, Zenaro, Giovannini, Pazzeschi e Calvo, 2002; Westen, 1991). Rispetto all'età evolutiva, tuttavia, c'è ancora molto da fare, soprattutto rispetto ai campioni di riferimento. Se per il Rorschach in età evolutiva si può fruire almeno del lavoro di Passi Tognazzo (1994); perplessità maggiori emergono rispetto all'uso del CAT, deficitario rispetto alla validità e alla consistenza dei dati normativi. A questa tecnica utilizzata per valutare gli aspetti relativi alle relazioni interiorizzate del bambino, potrebbe essere associata la valutazione delle relazioni sul piano interat-

Contributi alla discussione

tivo, attraverso tecniche per l'osservazione diretta delle relazioni familiari, il cui studio negli ultimi decenni ha riscosso grande interesse e ha portato alla pubblicazione di strumenti interessanti, la cui attendibilità e validità è stata adeguatamente testata (per una rassegna in merito si veda la monografia di Kerig e Lindhal, 2001).

Riprendendo il quesito rispetto alle motivazioni nel privilegiare tecniche proiettive, soprattutto quelle di facile applicazione nella valutazione della personalità, queste possono essere diversificate a seconda del contesto professionale, pubblico o privato. Rispetto all'ambito pubblico la carenza strutturale di risorse e mezzi potrebbe costituire una *excusatio* rispetto alla scelta di test che prevedano forme veloci di somministrazione/elaborazione (disegni); spesso inoltre la scelta può essere motivata dalle conoscenze dell'operatore stesso che non sempre ha opportunità di aggiornamento. Rispetto all'ambito privato (e soprattutto forense) si riscontra il «timore» e la «solitudine» nella sperimentazione di sistemi di *assessment* innovativi – magari qualitativamente migliori – ma fuori dal sistema di pratiche condivise. Inoltre chi lavora in ambito privato spesso è isolato anche rispetto alle innovazioni proposte dalle ricerche più recenti.

A nostro avviso, infatti, come accennavamo in apertura una delle ragioni più importanti di tale stato di cose può essere riconducibile alla distanza esistente tra pratica clinica e ricerca: ciò che viene sperimentato, ad esempio in ambito accademico, sembra avere ancora oggi una scarsa diffusione e applicazione in campo clinico, se non addirittura essere limitata ai gruppi di ricerca che hanno studiato una specifica procedura di *assessment* o test. Sistemi di *assessment* quali il PDM in età evolutiva, ad esempio, sono ancora sconosciuti nelle prassi forensi del nostro Paese! D'altro canto il clinico può essere restio ad avvicinarsi ad una dimensione maggiormente normativa per il timore di perdere la dimensione ideografica del soggetto.

Il risultato di tale situazione è che la valutazione della personalità dei soggetti in età evolutiva rischia di essere condizionata da teorie

evolutive non sempre aggiornate e da strumenti non sempre affidabili e validi da un punto di vista scientifico, ma soprattutto essere il frutto dell'adeguamento alle prassi comuni, più che di scelte ponderate in base al costruito da valutare, all'obiettivo della valutazione e all'età del bambino, anche quando dalla valutazione possono dipendere decisioni importanti per la vita futura del bambino stesso!

Nel concludere il nostro intervento vogliamo sottolineare l'importanza di inserire tra le tecniche necessarie per il processo di *assessment* della personalità del bambino le osservazioni dirette. Segnaliamo, infatti, i risultati promettenti ottenuti attraverso l'applicazione del LTPc (Malagoli Togliatti e Mazzoni, 2006), una procedura di osservazione standardizzata del funzionamento familiare e del minore in relazione con i genitori, dotata di uno specifico sistema di codifica di cui è stata testata la validità e l'attendibilità (Lubrano Lavadera, Mazzoni, Malagoli Togliatti e San Martini, 2007). Tale procedura può essere applicata sia in ambito dell'intervento clinico che in ambito forense.

Nel tentativo di coniugare clinica e ricerca abbiamo strutturato una procedura multimetodo per l'*assessment* del minore in ambito forense attraverso che prevede: colloqui clinici con il bambino e i genitori, una batteria di test (che comprende tecniche proiettive – ad esempio Rorschach – e questionari *self-report* e *report-from* – ad esempio CBCL), scelti in base alle caratteristiche da indagare, e l'osservazione delle relazioni familiari attraverso il LTPc. Quest'ultima procedura consente di cogliere il ruolo del figlio nella famiglia in termini di processi triangolari e quindi di comprendere il quadro relazionale in cui si inserisce una determinata organizzazione di personalità o quadro sintomatico. Del resto la pluralità dei vertici osservativi rende possibile ridimensionare le critiche alla prassi dell'uso dei test (Del Corno e Lang, 2002). Riteniamo, infatti, che anche per i soggetti in via di sviluppo test obiettivi e tecniche proiettive possono essere considerate nei loro aspetti complementari: indici quantitativi e indici qualitativi, aspetti generalizzabili e aspetti specifici, aspetti della persona e aspetti della cultura, in quanto

nessun test è in grado di individuare «tutta la psicopatologia» (Comunian, 2002) e inseguire un ideale di purezza rischia di semplificare eccessivamente la complessità della psicologia umana. Anche quando il processo diagnostico si serve dell'uso dei test «obiettivi», non è una meccanica trasposizione di misure numericamente definite, ma è il risultato di un complesso di considerazioni, la cui validità va ulteriormente verificata (Rubini, 2004).

Il problema come dicevamo è la *consapevolezza delle scelte* rispetto ai test adottati, e in questo un ruolo essenziale può averlo la formazione. Una formazione specialistica post-lauream che parta dai fondamenti della psicologia dello sviluppo, fino alle teorie più recenti della psicopatologia dello sviluppo, che fornisca al clinico una conoscenza dei principali modelli per la comprensione dello sviluppo normale *versus* patologico del minore e dei relativi strumenti di *assessment*. Ciò implica una conoscenza dei limiti applicativi in termini di validità e attendibilità degli strumenti, anche in relazione all'età del soggetto, nel senso di garantire una coerenza tra presupposti, metodi e tecniche adottate. Infine, costrutti teorici e tecniche di valutazione dovrebbero essere utilizzati in relazione all'obiettivo della valutazione, esplicitando i criteri di tale scelta e della metodologia eseguita nella valutazione. Tale formazione continua porterebbe a ridurre la distanza tra ricerca e clinica in un reciproco potenziamento.

Sarebbero molto utili su questa base *linee guida* per orientare la *good practice* degli psicologi che operano nel delicato settore della valutazione in età evolutiva al fine di superare un comportamento ingenuo e non riflessivo, più dettato dalle prassi e dalla resistenza al cambiamento, che non da valutazioni consapevoli rispetto alla qualità e alla funzionalità degli strumenti rispetto all'obiettivo della valutazione. Esigenze analoghe, ad esempio, hanno portato negli Stati Uniti a pronunciarsi rispetto alla definizione di criteri di ammissibilità di un test in ambito giudiziario (Ferracuti, 2008), lo stesso sforzo dovrebbe essere compiuto in Italia e non solo per la valutazione degli adulti (Capri, 2004), per un adeguamento nel lavoro tra professionisti e una garanzia di qualità in settori decisivi per lo sviluppo del bambino.

Riferimenti bibliografici

- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychoanalytic Association (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations (trad. it. a cura di V. Lingiardi e F. Del Corno, *Manuale psicodiagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- Ammaniti, M. (2008). Introduzione alla Sezione Infanzia e Adolescenza. In V. Lingiardi e F. Del Corno (a cura di), *Manuale psicodiagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Arbeitskreis OPD-KJ (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual (3a ed.)*. Hber: Göttingen.
- Capri, P. (2004). I test proiettivi in ambito forense. Considerazioni e suggerimenti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 151-154.
- Comunian, A.L. (2002). Test obiettivi e test proiettivi. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 303-307.
- Dazzi, N., Lingiardi, V. (2002). Le brutte figure. Note sullo status scientifico delle tecniche proiettive. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 310-317.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Coro, A., Lang, M. (2006). La diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD). In N. Dazzi, V. Lingiardi e A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Del Corno, F., Lang, M. (2002). Test psicodiagnostici. Un intervento. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (2), 326-331.
- Ferracuti, S. (2008). *I test mentali in psicologia giuridica e forense*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Frigerio, A., Montiroso, R. (2002). La valutazione su base empirica dei problemi emotivo-comportamentali in età evolutiva. *Infanzia e Adolescenza*, 1, 38-48.
- Kamphaus, R.W., Petoskey, M.D., Rowe, E.W. (2000). Current trends in psychological testing of children. *Professional Psychology Research and Practice*, 31, 155-164.
- Kerig, P.K., Lindahl, K.M. (a cura di) (2001). *Family observational coding systems*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Lis, A., Zennaro, A., Giovannini, F., Pazzeschi, C., Calvo, V. (2002). *ORT: una griglia di valutazione empirico clinica*. Milano: Raffaello Cortina.

Contributi alla discussione

- Lubrano Lavadera, A., Mazzoni, M., Malagoli Togliatti, M., San Martini, P. (2007). LTPc: attendibilità di un metodo di osservazione diretta delle relazioni familiari. *Rivista di Studi Familiari*, 2, 29-50.
- Malagoli Togliatti, M., Lubrano Lavadera, A. (2006). L'LTP clinico come strumento a tutela del minore nelle separazioni conflittuali. *Infanzia e Adolescenza*, 2, 125-135.
- Malagoli Togliatti, M., Mazzoni, S. (2006). *Osservare, valutare, sostenere la relazione genitori-figli: Il Lausanne Trilogue Play Clinico (LTPc)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Passi Tognazzo, D. (1994). *Il metodo Rorschach*. Firenze: Giunti.
- Passi Tognazzo, D. (2002). Validità e attendibilità dei test proiettivi. Un problema annoso. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (1), 145.
- Pedrabissi, L., Tressoldi, P.E. (2002). Replica agli interventi sull'articolo «Tecniche proiettive. Proiettive di che?». *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6 (3), 525-528.
- Rubini, V. (2004). È davvero essenziale utilizzare test di provata attendibilità? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8 (1), 146-147.
- Tressoldi, P.E., Barilani, C., Pedrabissi, L. (2004). Lo stato (preoccupante) delle tecniche proiettive per l'età evolutiva in Italia. *Psicologia Clinica e dello Sviluppo*, (6) 1, 9-28.
- Westen, D. (1991). Clinical assessment of object relations using the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 56, 56-74.
- Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Contributo alla discussione sull'uso dei test in età evolutiva

PAOLA VENUTI
Università di Trento
E-mail: paola.venuti@unitn.it

Il tema di questa discussione è veramente molto importante per uno psicologo clinico, in particolare per chi lavora con soggetti in età di sviluppo. I dati che emergono dal questionario online suscitano differenti pensieri. Il primo è che forse, nel rispondere al questionario, si è confuso il termine raccomandabilità con quello di usabilità. In effetti ci sono alcuni test proiettivi come quelli grafici che sono largamente usati

perché sono un ottimo strumento per entrare in contatto con il bambino, per metterlo a suo agio, per iniziare a parlare con lui e per iniziare la consultazione con un compito non valutativo. Queste sono alcune delle ragioni per cui i test grafici vengono largamente usati. È possibile quindi raccomandarli come una facile modalità per iniziare l'assessment con un bambino, ma certo questo non dà garanzie circa la loro validità. Sebbene facili e utilizzabili la loro validità e effettiva misurazione di aspetti di personalità è decisamente dubbia o almeno poco provata.

Una ulteriore considerazione sul motivo per cui sono state poco indicate le norme di riferimento nell'uso delle tecniche proiettive. Il non riferirsi a norme specifiche per l'interpretazione di questi test dà proprio l'idea di metodi utilizzati in maniera qualitativa e non per avere delle indicazioni precise sulle strutture di personalità. È d'altronde vero che la ricerca negli ultimi decenni ha individuato dei modelli e delle tecniche per dare una maggiore validità e un rigore quantitativo ad alcuni metodi proiettivi: dal metodo Exner per l'analisi dei protocolli Rorschach, all'analisi delle narrative prodotte con le tavole del TAT o del CAT. Questi metodi permettono di raggiungere dei livelli di affidabilità e obiettività abbastanza elevati e permettono di avere un quadro dei contenuti manifesti e latenti delle narrative, che forniscono indicazioni molto utili alla comprensione dei disturbi psichici e che ci libera dal livello della libera interpretazione senza controllo. Ma da dove deriva la così scarsa conoscenza delle norme di uso più oggettive e rigorose delle tecniche proiettive? Ritengo che siano due le ragioni per la preferenza di un uso qualitativo delle tecniche proiettive: in primo luogo non sono insegnate nelle università. Il ritenere poco valide le tecniche proiettive ha condotto ad un progressivo abbandono del loro uso nell'istruzione universitaria per cui invece di apprendere metodi quantitativi per l'uso di tali tecniche si preferisce o non affrontarle o darne una conoscenza superficiale e qualitativa. In secondo luogo usare le tecniche proiettive con norme quantitative significa lavorarci molto per apprenderle: significa fare dei training per l'affidabilità, e lavorare per diverse ore su un protocollo. Tutto ciò forse

è in antagonismo con la richiesta, sempre più pressante nei servizi pubblici, di fare diagnosi in breve tempo. Da ciò spesso deriva l'uso puramente qualitativo degli strumenti che permettono di farsi «un'idea»... idea che non sempre è veritiera e che spesso può risultare dannosa e nociva.

Non deve, a mio avviso, colpire il largo uso che si fa di tecniche proiettive, in quanto è sicuramente un interessante obiettivo dello psicologo clinico quello di cercare di cogliere delle strutture di personalità o dei nodi problematici e conflittuali che diano spiegazione di una serie di disagi psichici non immediatamente collegabili alla sfera cognitiva. Deve piuttosto colpire quanto ancora poco si conoscono le tecniche proiettive, quanto poco si usino correttamente, quanto poco si conosce di una ricerca quantitativa sui metodi proiettivi e sulle tecniche di indagine della personalità; ricerca che anche in Italia ha condotto a delle norme oggettive e accurate su alcuni dei principali test proiettivi.

Contributo alla discussione sull'utilizzo dei test in età evolutiva

CLAUDIO VIO
UOC di Neuropsichiatria Infantile, Assl 10 San Donà di Piave (Venezia)
E-mail: claudio.vio@fastwebnet.it

I quesiti sollevati dal contributo di Tressoldi *et al.* per essere affrontati richiedono, a mio avviso, un inquadramento generale della figura professionale dello psicologo e del suo lavoro.

Per questo motivo, trovo utile proporre alcune riflessioni sulla formazione all'attività clinica degli psicologi italiani, ma anche del tipo di richiesta formulata a questo professionista (spesso definizione del funzionamento psicologico come concorso alla diagnosi, livello d'adattamento al contesto, modalità di superamento delle difficoltà dovute alla crescita, ecc.).

Nella mia attività di psicologo clinico, all'interno di un servizio pubblico di neuropsichiatria infantile, mi capita spesso di seguire tirocinanti provenienti da Università diverse, che si devono preparare per l'esame di stato.

È subito evidente una differente preparazione di questi futuri colleghi fornita dalle Università e dal percorso di studi scelto. Orientarsi quindi all'interno di un tirocinio professionalizzante non è facile (es. quali strumenti utilizzare per rispondere ad un certo quesito clinico e alla manifestazione di una particolare difficoltà?). A tutti propongo una fase iniziale di conoscenza dei principali strumenti utilizzati in ambito clinico, una pratica relativa alla loro somministrazione, allo *scoring* dello strumento, all'interpretazione dei dati raccolti. Già a questo punto si possono distinguere due tipologie di psicologi: coloro i quali hanno poca dimestichezza con le conoscenze di statistica psicometrica (es. non ricordano ad esempio la differenza tra QI di deviazione rispetto al QI di rapporto, non ricordano come si calcolano i punti *z*, non ricordano cosa sono i coefficienti di attendibilità, validità, fedeltà di un test, ecc.), rispetto ad altri che recuperano facilmente queste conoscenze e le utilizzano nella pratica professionale. La procedura inoltre di riportare con rigore i punteggi standardizzati viene spesso avvertita come perdita di tempo.

Il secondo problema, un po' più delicato, riguarda il compito che deve svolgere lo psicologo in ambito clinico: concorre alla diagnosi attraverso lo studio, la conoscenza, del particolare funzionamento di quel paziente. Questo implica che la risposta spesso fornita dal clinico non è tanto se presenta o meno un certo Disturbo, ma definire le caratteristiche del funzionamento del soggetto, interpretarne i disagi, scoprire spesso la causa «interna», ultima del suo problema.

Da qui una certa pratica, spesso diffusa nei servizi di consulenza psicologica e descritta anche in altri contributi (Vio, Zamperlin e Cornoldi, 2007) di utilizzare indistintamente una prova cognitiva sempre e comunque (e la prova più utilizzata è appunto la scala WISC, come risulta anche dall'indagine di Tressoldi *et al.*), per poi farsi un'idea sugli aspetti emotivo-affettivi. Nelle successive visite si possono sondare, attraverso altri strumenti o colloqui, dubbi settoriali del funzionamento psicologico-relazionale del paziente (es. generalmente approfondimenti sulla memoria, sul linguaggio, così come su altri aspetti di personalità).

Contributi alla discussione

Questo procedimento ha numerose controindicazioni sul piano metodologico; provo ad elencarne alcune:

- la scelta di strumenti che consentano di individuare «prove» che confermano una certa idea (quella del clinico) in merito al Disturbo che ha spinto i genitori a richiedere la consulenza;

- muoversi dall'ipotesi che vi sia sempre e comunque una sola causa del problema segnalato;

- mantenere un'attenzione quasi esclusiva alle problematiche intrapsichiche del paziente, e solo in un secondo momento;

- cercare di comprendere come si comporta nel contesto di vita, e la qualità del suo funzionamento adattivo.

Provo ora a rispondere alle domande poste da Tressoldi *et al.*

La ragione del maggior uso delle tecniche proiettive rispetto agli strumenti *self* o *external report* nasce dal fatto che lo psicologo è interessato al funzionamento del paziente inteso come ricerca di quei «segni» che possono spiegarne i sintomi, i disagi, i conflitti: si tratterebbe cioè di una ricerca della causa del problema; un secondo motivo riguarda il fatto che chiedere ad un bambino se avverte un determinato sintomo o come ha reagito a determinate situazioni può sembrare poco affidabile.

Da qui, forse, l'atteggiamento dello psicologo di non porsi troppe domande sul piano della qualità dello strumento da utilizzare nell'indagine e di avere una sorta di incondizionata fiducia verso il disegno della figura umana e della famiglia.

Ovviamente, non concordo con questo atteggiamento per una serie di motivi: prima di arrivare all'interpretazione del comportamento o della sofferenza del paziente, credo sia fondamentale una precisa e sistematica descrizione dei segni e dei sintomi espressi dai genitori o dal bambino nei diversi contesti di vita e questa descrizione dovrebbe essere condivisibile da professionisti con formazione diversa; in un secondo momento si dovrebbe attingere ad un modello teorico di riferimento in grado di affrontare l'interpretazione della patologia e del suo significato.

Un secondo motivo, che potrebbe spingere lo psicologo clinico nella scelta di test

privo di indici psicometrici affidabili, può essere individuato nell'atteggiamento da questo utilizzato nel percorso diagnostico: tanto più è sicuro della competenza che pensa di avere acquisito e della bontà del suo modello interpretativo, tanto meno ha bisogno di strumenti che ne convalidano in modo attendibile le sue intuizioni.

Per migliorare quindi la situazione descritta dall'indagine sull'uso dei test in età evolutiva, mi sembrano importanti e critici almeno tre punti nodali nella formazione dello psicologo.

a) L'attenzione del clinico dovrebbe essere quella di procedere nel percorso diagnostico con lo stesso rigore utilizzato nella ricerca sperimentale, dovrebbe cioè superare la tendenza a confermare ciò che crede come vero e trascurare, invece, le prove contrarie. Si dovrebbe dire prima del percorso diagnostico ciò che ci si aspetta di trovare e perché si sceglie uno specifico strumento e non dopo.

b) Modelli diversi forniscono interpretazioni differenti dello stesso problema, è bene quindi procedere alla sua descrizione in termini oggettivi, sistematici, monitorarne l'evoluzione nel tempo (in assenza o con interventi specialistici), per arrivare in un secondo momento a formulare ipotesi su come e sul perché il sintomo si esprime in quel modo.

c) La procedura di *assessment* che utilizza lo psicologo dovrebbe essere sostenuta da un atteggiamento clinico (magari costruito durante la formazione universitaria) che nasce dalla cauta formulazione di ipotesi, dall'utilizzo di strumenti «oggettivi» di indagine aggiornati e conosciuti nelle loro caratteristiche psicometriche, e dalla spinta nel ricercare precisi riscontri delle proprie intuizioni.

La formazione, quindi, dello psicologo clinico dello sviluppo dovrebbe prevedere il possesso di alcune requisiti comuni in grado di affrontare un primo livello di indagine secondo una precisa procedura metodologica: il paziente sottoposto ad accertamenti presenterebbe un disturbo (si tratta cioè di porre una diagnosi differenziale tra normalità e patologia) ed evidenzerebbe un impatto negativo del problema con l'adattamento (al contesto di vita, all'autonomia in relazione all'età). Si tratterebbe cioè di acquisire le competenze necessarie per effettuare

una sorta di «esame obiettivo» in grado di stabilire la presenza di un Disturbo dello Sviluppo del bambino e le sue ripercussioni sul livello di adattamento e di qualità di vita.

Per raggiungere, allora, questo obiettivo credo sia fondamentale insegnare ad affrontare il percorso diagnostico secondo una procedura sperimentale: raccogliere le informazioni relative alla storia del paziente, formulare delle ipotesi circa la natura del problema e per ognuna di queste domandarsi come fare per verificarle, ma anche cosa osservare per falsificarle (cfr. ad esempio le procedure proposte, nel caso di bambini con Disturbo di Attenzione/Iperattività, da Johnson, Wiersema e Kuntsi, 2009). Poiché questo modo di procedere può essere soggetto ad errori, ecco che la scelta degli strumenti diventa importante: non è quindi la stessa cosa indagare la presenza di depressione o ansia attraverso un disegno della famiglia o altri strumenti di indagine.

Riferimenti bibliografici

- Johnson, K.A., Wiersema, J.R., Kuntsi, J. (2009). What would Karl Popper say? Are current psychological theories of ADHD falsifiable? *Behavioral and Brain Functions*, 5, 15.
- Vio, C., Zamperlin, C., Cornoldi, C. (2007). Lavoro clinico nei servizi e collaborazione con la scuola. In C. Cornoldi (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino, 273-294.

Risposta ai commenti

PATRIZIO E. TRESSOLDI, LUIGI PEDRABISSI, MAURO TREVISAN e CESARE CORNOLDI
Università di Padova
E-mail: patrizio.tressoldi@unipd.it

Innanzitutto un ringraziamento a tutti i colleghi (più di trenta) che singolarmente o assieme ad altri hanno contribuito a questa discussione.

Il risultato di tutti questi contributi è una importante riflessione, ma anche un aggiornamento arricchito da numerose citazioni bibliografiche sulla metodologia della valutazione

psicologica in età evolutiva e di conseguenza sull'uso corretto di strumenti, test e tecniche, da utilizzare.

I lettori troveranno utilissimi approfondimenti sullo sviluppo del disegno (Belacchi; Tambelli e colleghi), sulle dinamiche evolutive (Pastorelli) e aggiornamenti sugli strumenti di valutazione (Tambelli e colleghi; Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera; Stoppa e Vacca; Lang; Mazzeschi e colleghi).

Il nostro contributo si limiterà quindi a cercare di sintetizzare tanta ricchezza per ricavare una specie di riassunto partendo dalle domande rivolte nell'articolo target.

1. I dati rilevati dal questionario rappresentano una fotografia attendibile dell'uso e della fiducia attuale da parte degli psicologi dell'età evolutiva?

Non possiamo che concordare con le osservazioni critiche dei colleghi sulla reale rappresentatività del campione rispetto alla popolazione degli psicologi che si occupano di assessment psicologici in età evolutiva (Baldi; Bosco e colleghi; Lis e colleghi; Fabio). Siamo perfettamente consapevoli che, per distribuzione sia quantitativa sia geografica, la procedura di reclutamento del campione non soddisfa i criteri di un vero e proprio campionamento rappresentativo della popolazione di riferimento. Siamo altresì d'accordo che la consultazione via web ha una minore affidabilità di una avvenuta in presenza. A noi comunque è parso già un risultato soddisfacente l'essere riusciti a portare a casa 173 questionari. Se, come alcuni commentatori hanno correttamente suggerito, avessimo aggiunto variabili per una più completa lettura delle risposte, avremmo certamente ottenuto più informazioni ma assai meno questionari. Il basso numero dei rispondenti la dice lunga sul livello di motivazione intercettato.

È tuttavia interessante notare che quasi tutti i partecipanti alla discussione non si siano meravigliati più di tanto dei risultati emersi, probabilmente perché in accordo con quanto risulta dalla loro esperienza più o meno diretta. Alcuni colleghi (Ronchese e colleghi; Lis e col-

Risposta ai commenti

legghi; Lang) avrebbero desiderato molte più informazioni sulla formazione dei partecipanti al questionario, altri ancora avrebbero voluto conoscere meglio gli ambiti di lavoro e gli scopi della valutazione. Riteniamo importanti queste considerazioni e ci auguriamo che possano essere soddisfatte da altre indagini più ampie e sistematiche della nostra.

2. Qual è la ragione del maggior uso delle tecniche proiettive rispetto agli strumenti *self* o *external report*?

3. Qual è la ragione per la fiducia nelle tecniche proiettive e in particolare del disegno della figura umana e della famiglia?

A queste due domande, la maggior parte dei commentatori ha risposto: a) perché sono molto economiche, praticamente a costo zero, e facili da applicare; b) perché spesso servono per facilitare la relazione con il bambino e c) perché, a differenza dei questionari *self-report*, possono essere applicate a tutte le età e quindi anche ai minori non ancora alfabetizzati o con difficoltà di lettura e/o cognitive.

Rispetto al costo e alla facilità di applicazione, non si capisce perché i clinici siano disponibili ad utilizzare, per la valutazione delle competenze cognitive generali, le scale Wechsler che richiedono tempi tra una e due ore per la somministrazione, lo *scoring* e l'interpretazione, ed invece non siano disposti ad impiegare altrettanto tempo ed energie per l'accertamento della personalità, del comportamento, delle relazioni interpersonali ed altro ancora.

Alcuni commentatori richiamano i limiti non solo dell'attendibilità di quanto prodotto in forma grafica dai bambini, ma soprattutto i limiti di validità del livello informativo ricavabile dall'esame complessivo o analitico delle produzioni grafiche o orali rispetto alla qualità delle relazioni interpersonali, alla struttura della personalità, allo stato emotivo, ai meccanismi di difesa, insomma rispetto a quanto ipotizzato dagli autori dei test stessi (Belacchi; Cannoni). In riferimento a questo aspetto, alcuni autori (Zavattini e colle-

ghi; Lis e colleghi; Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera; Lucarelli) richiamano gli utilizzatori ad un aggiornamento sulle metodologie di valutazione di alcuni test quali il Disegno della Famiglia, il Rorschach, il CAT, le interazioni bambino-genitori, ecc., sottolineando come questa fase non sia meno onerosa di quella richiesta dallo *scoring* e dalla interpretazione dei risultati ottenuti con strumenti più strutturati.

La giustificazione di gran parte dei commentatori circa i motivi della preferenza per questi strumenti è che forniscono comunque delle utili informazioni su vari aspetti. La domanda critica è però: «per ricavare quali informazioni»? Correttamente alcuni commentatori fanno presente che la scelta per una valutazione clinica dovrebbe essere susseguente alla formulazione di alcune ipotesi sulla natura del problema, ricavata dall'analisi della storia clinica del paziente.

Molto opportunamente alcuni commentatori (Pedron e Cagnin; Cannoni; Di Nuovo; Celi; Lis e colleghi; Gugliotta; Pastorelli; Pfanner; Tambelli e colleghi; Gubernale e colleghi) ritengono che la procedura di *assessment* non può basarsi su uno o pochi strumenti di valutazione, ma deve includere metodologie diverse, dall'osservazione al colloquio, dalle valutazioni testistiche alle informazioni provenienti da fonti diverse, quali i genitori, il bambino, i *caregivers*, ecc., e la sintesi diagnostica deve essere il risultato di informazioni convergenti anche se non sempre perfettamente coincidenti, cercando di conciliare, a seconda delle necessità, una descrizione nomotetica con una idiografica.

4. Per migliorare le competenze nella scelta e nell'uso dei testi, quali forme e contenuti di formazione sarebbero prioritari?

Rispetto a questo punto, quasi tutti i commentatori confermano i limiti della formazione universitaria e post universitaria alla metodologia dell'*assessment* psicologico e quindi all'uso corretto degli strumenti di valutazione (Lis e colleghi; Fabio; Gugliotta; Lang). Le diverse riforme dei corsi di laurea in Psicologia non

hanno minimamente migliorato questo aspetto; basti pensare che si può conseguire la laurea Magistrale senza neanche aver sostenuto un esame di «Teorie e tecniche dei test», uscendo dall'accademia con la convinzione che per l'uso dei test basta vagamente conoscere per che cosa sono stati pensati dagli autori e seguire in maniera più o meno fedele le istruzioni per l'applicazione. Il tirocinio pratico inoltre non sempre è garanzia di corretta formazione quando viene svolto con la supervisione di professionisti che non si sono preoccupati di aggiornare la loro formazione in questo ambito. Non è certo la semplice esperienza che garantisce una corretta formazione, ma solo un costante aggiornamento. Rimane la formazione post universitaria, Master e Scuole di Specializzazione, nella speranza che i responsabili della formazione siano preparati in questo settore e sappiano formare i loro allievi al corretto uso degli strumenti di valutazione (Bertolo).

Quello che a noi e ad alcuni commentatori appare evidente (Poli; Lis e colleghi; Lucarelli; Mazzeschi e colleghi) è lo scollamento tra le conoscenze acquisite dalla ricerca clinica e le conoscenze a disposizione degli operatori che operano nei servizi o come liberi professionisti. Le cause sono diverse, dalla mancanza di accesso a queste informazioni per motivi spesso economici, alla difficoltà nell'uso di queste informazioni spesso raccolte in articoli di ricerca che presuppongono, oltre alla conoscenza dell'inglese, una alfabetizzazione nella comprensione delle metodologie di ricerca e nella interpretazione dei dati.

Il problema è comune alla medicina, ma da diversi anni, e con diversi mezzi, si cerca di colmare questo gap attraverso linee guida nazionali (vedi il sito www.pnlg.it) e internazionali, messe a disposizione dalle diverse associazioni scientifiche, vedi ad esempio quelle della SINPIA (www.sinpia.eu). È evidente il ritardo dell'Ordine degli Psicologi e delle diverse associazioni che raggruppano gli psicologi specializzati nei diversi settori applicativi. Tra i pochi esempi positivi segnaliamo le «Raccomandazioni per la pratica clinica per i disturbi specifici dell'apprendimento» a cui ha partecipato l'AIRIPA (www.airipa.it), l'associazione degli psicologi

con una formazione specifica sulla psicopatologia dell'apprendimento, assieme a quasi tutte le associazioni dei professionisti che si occupano di questi problemi (logopedisti, pediatri, neuropsichiatri infantili, ecc.) e «Le linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei Disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD)» redatte con il lavoro congiunto della SINPIA e dell'AIDAI (www.aidaiassociazione.org), l'associazione che raggruppa anche gli psicologi esperti ed interessati in queste problematiche.

Un dato esemplificativo dello scollamento tra la ricerca clinica e la pratica è quello offerto dalle recenti «Linee guida per perizie in caso di abuso sui minori» messe a disposizione dall'Ordine degli psicologi del Lazio. Intanto sorprende che su un aspetto così importante e delicato non si sia cercato di arrivare a delle linee guida valide per tutti gli iscritti all'ordine nazionale degli psicologi (ci auguriamo di non arrivare a leggere linee guida o raccomandazioni per la pratica clinica diverse tra Ordini regionali). Per quanto riguarda i contenuti riportati in questo documento, il gap tra ricerca clinica e pratica professionale è stato confermato da un documento sottoscritto da quindici esperti nazionali di questo settore, in gran parte afferenti ad università italiane, che ha segnalato una serie di inesattezze scientifiche, dal modello interpretativo dell'abuso, ai suoi esiti, alla sua fenomenologia e agli strumenti di valutazione consigliati.

Questo esempio ci sembra evidenzi con chiarezza la strada da percorrere per colmare il divario tra chi è in una posizione privilegiata di acquisizione di conoscenze cliniche (docenti, ricercatori, clinici-ricercatori di istituzioni pubbliche e private) e tutti coloro che di queste conoscenze avrebbero bisogno per aggiornare le proprie prassi cliniche sia di *assessment* che di intervento. È necessario quindi che l'Ordine nazionale degli Psicologi e le associazioni di specialisti nei diversi settori della psicologia si assumano la responsabilità di disseminare quanto acquisito dalla ricerca clinica nazionale ed internazionale attraverso documenti condivisi con tutte le altre istituzioni e associazioni coinvolte a vario titolo e che contemporaneamente attivino tutte le modalità formative pos-

Risposta ai commenti

sibili (ad esempio, sfruttando i crediti formativi ECM obbligatori) per facilitarne l'acquisizione e l'adozione nella pratica clinica.

In coda a queste note dobbiamo riconoscere che alcuni colleghi intervenuti nel dibattito hanno fatto considerazioni e offerto spunti assai stimolanti, che meriterebbero l'apertura di interessanti finestre critiche. In diversi interventi è stato sottolineato il *gap* temporale (a volte di 10 e più anni) che intercorre fra la pubblicazione di un test (solitamente in paesi anglosassoni) e l'adattamento e taratura italiani, con il conseguente problema della scarsa rappresentatività delle norme statistiche rispetto alla situazione attuale della popolazione italiana (Lang; Baldi). Questo è un punto dolente, legato ai problemi dell'editoria testistica nostrana che, dati i limiti di distribuzione e ricavi, non può disporre di adeguati fondi per la ricerca e per la standardizzazione. Fino a quando non ci saranno Agenzie disposte a mettere in campo risorse sia per una autoctona costruzione di strumenti realmente «culture fair» sia per una loro corretta e affidabile standardizzazione su popolazioni specifiche, ci si affiderà

sempre alla buona volontà di qualche docente che sfrutterà il bisogno di laurearsi dei suoi studenti. È facile immaginare quanto i dati da questi raccolti soffrano di limiti di affidabilità e rappresentatività.

Infine, dalla lettura dei commenti di diversi clinici ad orientamento psicodinamico, abbiamo tratto la convinzione che, se si vuole uscire dalle secche di una sterile contrapposizione prevalentemente emotiva (del tipo Milan-Inter) fra «tecniche proiettive sì – tecniche proiettive no» nell'*assessment* clinico, forse è necessario considerare l'attività clinica alla stregua di una ricerca sperimentale, basata su ipotesi diagnostiche da confutare piuttosto che da dimostrare, come alcuni colleghi hanno suggerito (Vio; Bosco; Picucci; di Masi; Lancioni). E poiché l'obiettivo di tutti gli psicologi clinici, psicodinamici compresi, è una forma di *assessment* avvalorato dall'evidenza, appare prioritaria l'opzione di una psicologia clinica caratterizzata da un approccio empirico e scientifico. Ciò che rende scientifica una disciplina, infatti, non è tanto l'oggetto di studio quanto il metodo seguito.