

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

07

GIUGNO 2005



Vito Tùmmino 3

La negazione del rischio: l'irrazionalità del comportamento legato alla salute e la ricerca de "la dolce vita"	
Lennart Sjöberg	6
La psicoterapia psicoanalitica breve. Presentazione di un modello	
Maria Clotilde Gislon	24

<i>Hermann Rorschach (1884-1922)</i>	
Giovanni Cavadi	34
<i>Una guida bibliografia italiana sul Rorschach [1936-2004]</i>	
(a cura di Giovanni Cavadi)	43

Psicologia scolastica: un modello di centro operativo di consulenza
Isabella Zucchi 62

<i>La solitudine del bambino prigioniero</i>	
Maria Pozzi	74
<i>Il comportamento dello psicologo nei casi di presunto abuso sessuale nei confronti di minori</i>	
Fulvio Frati	77

Il riordinamento di storie figurate della WAIS-R Analisi qualitativa e nuove prospettive d'indagine	
Fabio Cotti, Erika Riva	85
Recensioni	
Giovanni Cavadi	90

Vivian Lamarque
Serena Scionti 94

link
07



Direttore responsabile

Rinaldo Perini

Direttore editoriale

Vito Tùmmino (*Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISSP*)

Responsabile di redazione

Giovanni Cavadi

Redazione

Cristina Albonico, Danila Moro,
Erika Riva, Erika Segat, Betty Sivocci,
Francesca Soddu, Micol Tùmmino.

Comitato scientifico

Alessandro Bruni (*Presidente Società Italiana Psicologi Penitenziari*), Anita Caruso (*Vicepresidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia*), Marco De Polo (*Presidente Società Italiana di Psicologia del Lavoro*), Raffaele Felaco, Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maurizio Gasseau, David Lazzari, Giovanni Lodetti, Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso (*Past-President Società Italiana di Psicooncologia*), Anna Rita Ravenna, Pierangelo Sardi, Mario Sellini (*Presidente Società scientifica Form AUPI*), Enzo Spaltro, Riccardo Telleschi

Redazione Como

DSM Azienda Ospedaliera Sant'Anna,
Unità Operativa di Psicologia
via Napoleona, 60 22100 Como,
tel. 031.5855896,
e-mail: psico.como@hsa.como.org

Redazione Roma

Sede centrale AUPI,
via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

Amministrazione

Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Art director

Andrea Rosso

Grafica e impaginazione

Natura e comunicazione/ Como

Stampa

Edigraf Editoriale Grafica, Roma,
via E. Morosini 17, tel. 06.5814154

Poste Italiane SpA

Spedizione in abbonamento
postale - D.L. 353/2003

(conv. in L. 27.02.2004 n. 46)

art. 1 comma 2 - DCB - ROMA

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 278 del 7/6/2002



07 GIUGNO 2005

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail al Direttore editoriale (Vito Tùmmino, vitotu@tin.it) e al Responsabile di redazione (Giovanni Cavadi, cavadi@libero.it)

I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la Redazione si riserva ogni decisione in merito. La Redazione segnalerà all'Autore/i eventuali modifiche da apportare al testo.

NORME REDAZIONALI

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:

Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Saperi, Recensioni, Info, Congressi.

Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.

Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.

Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto (*abstract*) in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.

Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:

Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York. (trad. it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, Mediserve, Milano, 1993).

Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) *Discriminant analysis of clinical outpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (ed.), *Cancro: percorsi di cura*, Meltemi, Roma, 27-49.

Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

link 07

edit

La comunità scientifica degli psicologi sta vivendo uno sviluppo inedito nella nostra società: corsi di laurea sono stati istituiti nei principali atenei, più di 40.000 psicologi iscritti all'Ordine professionale, una federazione di società scientifiche e un forte sindacato di psicologi diffuso capillarmente su tutto il territorio nazionale. A fronte di questa presenza abbiamo un sistema di organizzazione sociale che, pur utilizzando i servizi psicologici pubblici e privati, e spesso abusando di diffusione psicologica di bassa qualità operata prevalentemente da non psicologi, si mostra resistente nell'introdurre le innovazioni della psicologia e le sue applicazioni nei differenti campi. Temi quali l'economia, il lavoro, la sicurezza dei cittadini, la salute, la scuola, per fare solo alcuni esempi, sono egemonizzati da *lobbies* che, pur considerando la ricerca psicologica e la psicologia fondamentali nello sviluppo di questi settori, continuano ad ignorare ed eludere i benefici che la cultura psicologica e l'applicazione corretta della psicologia possono portare nella società italiana. Gli economisti si accorgono sempre più che il funzionamento sociale e lo sviluppo economico sfuggono alle tradizionali categorie "razionali" basate sul rigido rapporto soggetto-bene-utilità e si aprono sempre più a concetti dinamici quali la "razionalità limitata" e in particolare al concetto di *experienced utility* (Kahneman). La patologia cronica delle economie contemporanee destina energie al lusso-comfort (che crea passività e dipendenza nel consumatore) anziché impiegarle per creare motivazioni e stimoli al benessere e alla felicità.

Le aziende più innovative sviluppano programmi di *satisfaction care*, di benessere dei lavoratori, di valorizzazione delle risorse relazionali e della creatività: i processi di innovazione tecnologica richiedono capacità di adattamento dei lavoratori, motivazione e coinvolgimento emotivo-affettivo e di appartenenza.

Sulla sicurezza dei cittadini lo stereotipo culturale è la credenza nella chiacchiera comune che vuole la psicologia come una pratica assolutoria e buonista per chi delinque. Di fronte a crimini efferati commessi da minori, ad esempio, l'analisi psicologica dell'evento e il punto di vista dello psicologo si vivono come "giustificatori", confondendo il piano dell'analisi scientifica con quello del giudizio morale. A nessuno verrebbe in mente di giudicare un geologo che vuole trovare le cause dello *tsunami* come colui che vuole giustificare la violenza devastante della natura. Le dinamiche dell'umanità sono qualcosa di diverso da quelle del mondo fisico della natura?

È ormai ben nota la limitazione terapeutica dei farmaci nel campo della salute mentale e la loro ridotta efficacia, limitata ad alcune patologie: la questione scientifica della cura della follia è oggi più che mai in mano alle multinazionali dei farmaci che propongono risultati mirabolanti: dalla pratica clinica sappiamo che non è sempre così, anzi...

Quando - per il ragionamento di una parte interessata della comunità scientifica sistematicamente riduzionista - la persona viene considerata come un insieme di circuiti biochimici che alcune volte sono programmati male o si guastano (come un computer) e si ritiene che per risolvere il problema basta ripristinare l'equilibrio perduto con altrettanti circuiti, si confonde il pianoforte con la musica. E ancora: ridurre

la “psiche” a qualcosa di secondario e dipendente dal “soma” equivale ad ignorare un secolo di ricerca scientifica: dal pragmatismo di William James sappiamo che non c’è *adequatio rei et intellectus* e che tra *res* e *intellectus* la dinamica è la reciproca trasformazione.

Di contro: perché sempre più esperti in campo psichiatrico promuovono psicoterapie nella cura di disturbi mentali, mentre il sistema sanitario fa di tutto per scoraggiare questa pratica scientifica in favore della più costosa e spesso inutile terapia farmacologica?

Altro esempio di inefficienza italiana: continuiamo ad essere l’unico paese europeo dove non sono presenti gli psicologi nella scuola. Quale campo ha più necessità di coadiuvare i docenti nel difficile compito di educare a partire dalle competenze psicologiche e dalle risorse cognitive, emotive ed affettive dei bambini? Sembra che tutti debbano fare gli psicologi senza essere psicologi. Questo grande inganno va svelato e comunicato in maniera più efficace da parte nostra a chi ha responsabilità nelle organizzazioni sociali e nelle istituzioni.

In questo numero ospitiamo nella sezione “Focus”, grazie alla collaborazione che abbiamo avviato con la rivista *European Psychologist* (Hogrefe & Huber editori), un articolo di Lennart Sjöberg, direttore del Centro di Ricerca sui Rischi alla *Stockholm School of Economics*. Viene evidenziato come la possibilità di incidere sui comportamenti autodistruttivi non può ridursi solo ad un’informazione più o meno corretta ma deve spingere la ricerca psicologica ad individuare strategie di *coping* più efficaci e a considerare con più attenzione le condizioni sociali e l’impatto che ne deriva per l’individuo sulla riduzione delle sue capacità di valutare i rischi.

La psicanalisi sta vivendo negli ultimi anni, a partire dalla clinica, una spinta al rinnovamento attraverso la ricerca di nuove modalità terapeutiche: in questo contesto si muove il lavoro di M. C. Gislon, psicanalista italiana, che presenta un nuovo modello di trattamento: la psicoterapia psicoanalitica breve. Sempre più si vanno trasformando la domanda di cura e i tempi del trattamento: anche la psicanalisi si confronta con la necessità di richieste di aiuto che implicano la ricerca di un intervento più efficace. Il baricentro della terapia passa dall’analista al paziente e l’interesse del paziente si concentra nel cercare la cura “migliore” o la più adatta: una psicoterapia breve centrata sui bisogni evolutivi del paziente e su tecniche integrate che vanno dalla interpretazione espressiva al sostegno delle funzioni dell’Io, a partire da una condivisione, da parte del terapeuta e del paziente, dei rapporti tempo-efficacia e costo-efficacia.

La storia di Hermann Rorschach e del suo test di personalità ci viene presentata da Giovanni Cavadi, che cura anche un’esaustiva ricerca bibliografica su tutto quanto è stato pubblicato in Italia sull’argomento.

Nel settore “Esperienze” pubblichiamo il lavoro di I. Zucchi, da diversi anni è impegnata nel campo della psicologia scolastica. L’efficacia dell’intervento psicologico attraverso la tecnica del modello integrato “psicografodinamico” è un esempio di come la scuola si possa avvalere di un apporto che, operando nell’individuazione precoce di situazioni a rischio di disagio, promuove cambiamenti positivi nei bambini soprattutto potenziando le abilità di *coping* e di autostima.

Nella sezione “Strumenti” F. Frati affronta la questione deontologica: in qualità di referente della Commissione Deontologica del Consiglio Nazionale dell’Ordine ha maturato in questi anni una notevole competenza e ha approfondito tematiche etiche e deontologiche inerenti la professione di psicologo. Inizia da questo numero la sua collaborazione a *Link*, sulle situazioni problematiche nella pratica quotidiana in materia di abusi sui minori: come comportarsi al meglio per una buona pratica psicologica? F. Cotti e E. Riva ci presentano una ricerca che riguarda il subtest Riordinamento di Storie Figurate, contenuto nella Scala Wechsler per Adulti - WAIS-R. Questo lavoro mette in luce la necessità di aggiornare e migliorare il test.

La psicanalista M. Pozzi nella sezione “Società” ci racconta la storia di Steven, un fatto realmente accaduto in America, attraverso un film shock sulle terribili violenze degli adulti sui minori.

Vito Tùmmino

link 07 focus

**La negazione del rischio: l'irrazionalità del
comportamento legato alla salute e la
ricerca de *la dolce vita***

LENNART SJÖBERG

**La psicoterapia psicoanalitica breve.
Presentazione di un modello**

MARIA CLOTILDE GISLON



La negazione del rischio: l'irrazionalità del comportamento legato alla salute e la ricerca de *la dolce vita*

LENNART SJÖBERG *

Questo articolo tratta dell'assunzione personale di comportamenti rischiosi e della percezione del rischio nell'ambito dei comportamenti correlati alla salute. Si tratta di una revisione dei lavori sulle dipendenze che hanno messo in evidenza le difficoltà di controllo degli impulsi nel perseguire obiettivi a lungo termine. Essi sono tipicamente in conflitto con quegli stimoli, forti e temporanei, volti ad assecondare la ricerca del piacere e del benessere. Le persone, allo stesso tempo, conoscono e non conoscono le probabili conseguenze dei loro comportamenti e le ricadute nelle dipendenze sono molto comuni. La ricerca sulla percezione del rischio ha fatto luce su alcuni di questi punti e ha mostrato che i soggetti vedono i rischi in maniera molto differente a seconda che riguardino loro stessi o gli altri, specialmente i rischi nello stile di vita. Questa differenza si collega all'idea che si possano controllare i propri rischi, mentre gli altri non ne siano in grado, o non vogliano esercitare tale controllo. Ne deriva che le proprie capacità e la propria motivazione vengono sovrastimate mentre quelle degli altri sottostimate. Il pensiero fondato su ciò che si desidera contribuisce ulteriormente alle tendenze irrazionali. Le campagne indette per modificare i comportamenti a rischio incontrano forti resistenze dovute a questi fattori e i messaggi sui rischi potrebbero essere interpretati come riferiti ad altri piuttosto che a se stessi

Alcune delle nostre più importanti decisioni riguardano la nostra salute. Abbiamo bisogno di mettere in atto azioni per salvaguardarla, come contattare un medico quando sospettiamo di essere malati, o prendere precauzioni come mangiare cibo appropriato, fare esercizio fisico e smettere di fumare. Alcune di queste decisioni sono relativamente semplici da prendere ed attuare, altre, invece, sono notoriamente più difficili. Le ragioni di tali difficoltà dipendono sia da problemi legati all'elaborazione delle informazioni e delle credenze, sia dalla difficoltà di sostenere gli impegni assunti.

A loro volta le decisioni prese ed attuate, o evitate ed interrotte, sono di capitale importanza per la salute, in quanto lo stile di vita influisce in maniera notevole e crescente su tutti i problemi legati alla salute nelle ricche società occidentali, per esempio in Svezia.

In generale le persone possono avere una visione corretta ed imparziale dei rischi comuni e quotidiani, ma spesso considerano i rischi tecnologici più diffusi di quanto non facciano gli esperti. I rischi connessi allo stile di vita, di contro, vengono spesso considerati di minor importanza – quando rivolti alla propria persona – rispetto a quanto siano in realtà secondo le stime degli esperti.



Le persone non si ammalano per mancanza di cibo, di riparo o di adeguate cure mediche, ma per l'eccesso di tutto ciò, che ci invita ad assecondare i nostri desideri o a lavorare di più per diventare ancora più ricchi e più potenti. I rischi sono veramente tanti e non stupisce che i politici stiano diventando sempre più rischio-orientati (Sjöberg, af Wahlberg, e Kvist, 1998).

In generale le persone possono avere una visione corretta ed imparziale dei rischi comuni e quotidiani, ma spesso considerano i rischi tecnologici più diffusi di quanto non facciano gli esperti. I rischi connessi allo stile di vita, di contro, vengono spesso considerati di minor importanza – quando rivolti alla propria persona – rispetto a quanto siano in realtà secondo le stime degli esperti. Quando i rischi percepiti sono poco rilevanti, è difficile valutare la percezione del rischio e devono essere adottate misure particolari per permettere alle persone di esprimere queste basse probabilità in modo valido (Woloshin, Schwartz, Byram, Fischhoff, & Welch, 2000).

Nel presente articolo vengono discussi questi problemi da un punto di vista psicologico. Lo stile di vita è una questione di comportamento umano per cui è un argomento appropriato da trattare a livello psicologico. L'articolo si baserà per lo più sul lavoro portato avanti dal Centro per la Ricerca sul Rischio della Scuola di Economia di Stoccolma e non intende revisionare questo settore in toto.

La prima domanda da porsi è questa: è tutta una questione di informazione?

La soluzione preferita dei politici: l'Informazione

Le campagne informative sono di frequente la prima cosa che si pensa di attuare quando vengono presi in esame stili di vita inadeguati e malsani. L'assunto di base è che le persone sono, vogliono e possono essere razionali e che si comporteranno di conseguenza nel momento in cui disporranno di informazioni adeguate. Le persone hanno bisogno di essere informate sui pericoli e su come evitarli. Per esempio, l'Istituto Nazionale per la Salute Pubblica della Svezia (NIPH; in svedese "Folkhälsoinstitutet") di recente ha dato il via ad una campagna volta ad informare i "turisti del sesso" svedesi, avvertendoli della necessità di usare contraccettivi per praticare

semplice sicuro ed evitare, in particolare, il contagio del virus HIV mentre sono all'estero. In ogni caso le persone sono già a conoscenza del rischio; lo conoscono da tempo (Sjöberg, 1990, 1991). Dalla ricerca è emerso che le conoscenze sull'AIDS e l'HIV nel gruppo analizzato erano sufficientemente complete e precise: si trattava di un campione rappresentativo di giovani e uomini di mezza età svedesi (descritto di seguito). Se le persone corrono dei rischi facendo sesso, il motivo non sta dunque nell'ignoranza.

In generale, gran parte delle campagne informative risulta un fallimento (Roberts & Maccoby, 1985). Tuttavia la cosa non deve essere molto nota alle autorità competenti, visto che il NIPH solitamente non effettua altri follow-up delle sue campagne tranne che per controllare che le persone abbiano ricevuto il messaggio. Questo è un tipo di follow-up che si fa spesso nel marketing, che non ci dice praticamente nulla degli effetti che l'informazione ha avuto sul comportamento.

Il fatto che le campagne d'informazione non funzionino così bene come sperano gli ottimisti non significa che siano completamente prive di valore. Per menzionare due esempi classici, furono riscontrati da Langenhoven et al. (1991) effetti minori ma significativi sulla conoscenza dei disturbi cardiaci. Gill et al. (Gill, Wahlquist, Strauss, Dennis, & Balazs, 1991) studiarono i pazienti a rischio di disturbi cardiaci e trovarono un chiaro miglioramento a un follow-up di un anno.

Una domanda interessante sulle campagne informative è se debbano o meno "spaventare" la gente. In altre parole, è una buona idea essere espliciti sulle conseguenze funeste che derivano dall'avere uno stile di vita poco salutare?

Qui presentiamo alcune credenze stereotipate che sono davvero comuni. Molte persone che rivestono ruoli di responsabilità sembrano credere che "spaventare" il pubblico sia controproducente perché innesca reazioni di difesa. Spesso viene citato un vecchio studio di Lewin su questo argomento (Lewin, 1947). Tuttavia è stato ampiamente sperimentato che informazioni fortemente negative, al contrario, possono avere gli effetti desiderati sul comportamento di chi le riceve (Sutton, 1982) a patto che le persone percepiscano di poter mettere in atto i comportamenti protettivi necessari (Witte & Allen, 2000). Un interessante esempio svedese è stato fornito da Agrell e Johansson (1972), che riscontrarono che "spaventare" era l'unico metodo efficace per far sì che le persone indossassero le cinture di sicurezza. I soggetti furono esposti ad immagini raccapriccianti raffiguranti vittime di incidenti stradali che non avevano indossato le cinture di sicurezza e ciò ebbe effetto sull'uso, da parte loro, delle cinture. Molti altri tentativi di influenzare l'abitudine non ottennero alcun effetto. (Questo studio fu svolto prima che in Svezia fosse reso obbligatorio per legge indossare le cinture di sicurezza).

La riluttanza degli amministratori ad affidarsi ad informazioni negative è probabilmente dovuta in parte all'ignoranza dei risultati di queste ricerche, alla credibilità dell'ammonimento di matrice psicodinamica circa la possibilità di reazioni di evitamento-difesa e all'idea che l'informazione negativa possa provocare proteste da parte di varie lobby. Per esempio, nel dibattito su AIDS/HIV in Svezia si pensava che non dovessimo "spaventare" le persone riguardo al sesso, dato che il sesso è un grande ed importante valore dell'uomo.

Non era chiaro, ovviamente, se una politica informativa avrebbe *mai* potuto spaventare le persone al punto da tenerle lontane dal sesso... In ogni caso le campagne informative continuano, costano un sacco di soldi e probabilmente hanno pochi o nessun effetto. Il problema non è che le persone mancano di informazioni, ma che l'informazione dovrebbe essere sufficiente a cambiare i comportamenti. Prendiamo in considerazione le dipendenze come caso indicativo.

Dipendenze: è possibile uscirne?

Tutte le persone che fumano, mangiano troppo, fanno troppo poco esercizio fisico, ecc., sanno quanto sia difficile cambiare queste abitudini. Ma perché è così difficile? Non si tratta semplicemente di prendere una decisione e attenersi?

La questione può sembrare un po' assurda, ma qualche volta è stata sollevata. Come

Una domanda interessante sulle campagne informative è se debbano o meno "spaventare" la gente. In altre parole, è una buona idea essere espliciti sulle conseguenze funeste che derivano dall'avere uno stile di vita poco salutare?

L'idea che una persona dovrebbe cercare di mettere in pratica le proprie decisioni grazie alla forza di volontà per molti terapisti sembra inaccettabile. Si tratta, chiaramente, di un approccio tradizionale e bisogna ammettere che ha fallito molte volte; inoltre la forza di volontà necessita di essere insegnata e non è un concetto semplice per l'uomo della strada. La questione è strettamente correlata ad un fenomeno pervasivo presente nella percezione dei rischi: la negazione del rischio.

può esserci un problema? Supponiamo che abbiate deciso di smettere di fumare. Vi astenete per un giorno o due, poi litigate con qualcuno e riprendete a fumare di nuovo. Dov'è il problema? La decisione di smettere è stata seguita dall'interruzione, poi si sono aggiunte nuove informazioni, avete preso la decisione di fumare e avete fumato. L'indulgenza verso le vostre inclinazioni costituisce il perseguimento di un "vantaggio". I consumatori non dovrebbero essere avvertiti ma informati. Se vuoi ubriacarti, bevi alcolici.¹

Cosa è razionale e cosa è irrazionale quando si tratta di salute? La risposta dipende dai valori. La razionalità può essere considerata un "a priori" di ogni comportamento semplicemente perché viene perseguita e perciò si presume che faccia parte dei valori di una persona. Chi siamo noi per mettere in discussione questi valori?

Queste obiezioni non tengono in considerazione una questione centrale e cioè che le persone hanno sistemi di valori incoerenti e variabili (Fischhoff, 1991). Abbiamo diversi "io", se volete, e questi io non hanno gli stessi desideri. La maggior parte delle persone, probabilmente, sarebbe d'accordo nel dire che abbiamo un "io superiore" che prende le decisioni che sembrano essere le migliori per *tutti* gli io, tuttavia non tutti questi altri "io" sono concordi in ogni momento sulla necessità di aderire alle decisioni dell'io superiore. Ovviamente c'è una certa razionalità di superficie nel dire «una sigaretta non mi ucciderà», ma poi ci si dimentica che solo seguendo fedelmente un proposito si riuscirà ad interrompere un'abitudine. Di solito una sigaretta ha un effetto valanga e ci si ritrova di nuovo nella vecchia dipendenza, o ancora peggio. Inoltre in quel momento si sarà portati a pensare di essere deboli, incapaci di perseguire obiettivi a lungo termine, così come personalmente li si intende. Quello di cui abbiamo bisogno è un'analisi dell'antico concetto di volontà (Sjöberg, 1998).

Abbiamo studiato questi concetti in diversi lavori e abbiamo riscontrato che sono applicabili in campi diversi, come nel fumo, nei problemi di alcolismo, nell'abuso di droghe e nell'eccessivo consumo di cibo (Sjöberg, 1980). Abbiamo anche trovato una forte correlazione tra le strategie riportate per resistere alle tentazioni e il successo nell'evitare le ricadute, anche se un successivo tentativo di counseling sulle strategie di coping, fatto con persone con problemi di alcolismo, si è rivelato in larga parte fallimentare (Kallmén, Sjöberg, & Wennberg, in corso di stampa). In ogni caso il fallimento può essere dovuto a diverse ragioni e non significa che l'approccio dell'analisi della forza di volontà non dia frutti nello studio delle dipendenze.

Abbiamo trovato due elementi principali responsabili delle ricadute: lo stress emotivo e il ragionamento contorto. Stress forse è un termine fuorviante dato che l'emozione che c'è dietro può essere sia positiva che negativa. Quello che sembra rilevante è che le persone sono in uno stato di attivazione emotiva, e noi ipotizziamo che, in un tale stato, le risorse per mettere in atto un'efficace elaborazione delle informazioni siano insufficienti. Vengono spese troppe risorse per monitorare le emozioni. Di conseguenza le persone iniziano a ragionare in modo contorto e si dimenticano o abbandonano i propri obiettivi a lungo termine.

Cosa si può fare per questi problemi? La terapia cognitiva sembra poter fornire qualche speranza (Seligman, 1994). D'altro canto in Svezia la terapia psicodinamica è il trattamento preferito da molti psicologi ed è sfortunatamente nota per non avere effetti sulle dipendenze o per averne di negativi (Lindstrom, 1992, 1994). Forse la terapia psicodinamica incoraggia la persona dipendente ad essere indulgente verso se stessa, perché sembra suggerire che la colpa della sua condizione attuale sia da ricercarsi in forze non egoiche, come gli eventi dell'infanzia. Può essere invece utile pianificare in anticipo cosa fare nei momenti di tentazione (Gollwitzer, 1999). L'idea che una persona dovrebbe cercare di mettere in pratica le proprie decisioni grazie alla forza di volontà per molti terapisti sembra inaccettabile. Si tratta, chiaramente, di un approccio tradizionale e bisogna ammettere che ha fallito molte volte; inoltre la forza di volontà necessita di essere insegnata e non è un concetto semplice per l'uomo della strada (Mischel, Cantor, & Feldman, 1996). La questione è strettamente correlata ad un fenomeno pervasivo presente nella percezione dei rischi: la negazione del rischio.

La negazione del rischio

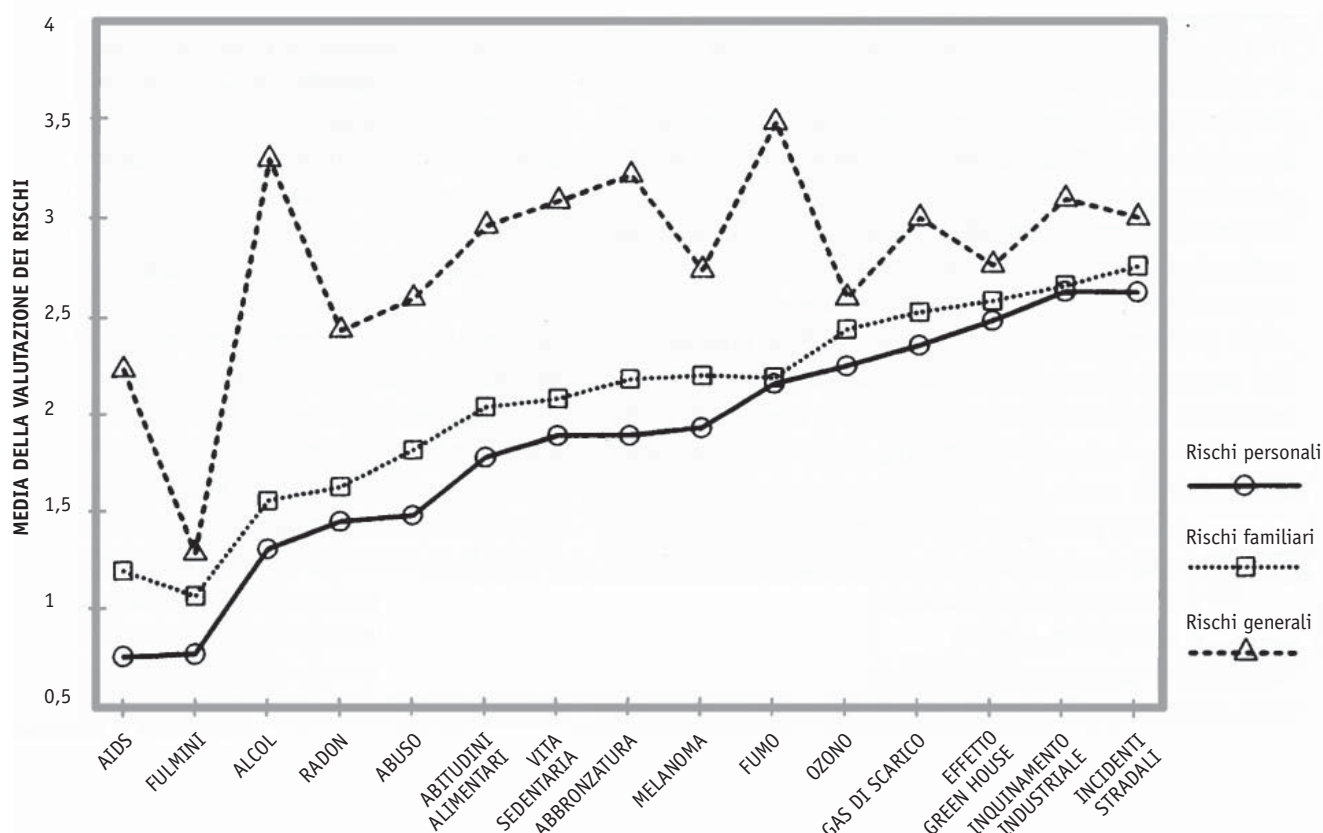
La negazione del rischio è presente tanto nelle problematiche politiche (Milburn & Conrad, 1996) quanto nella vita privata. Per quanto riguarda la seconda, vi verranno offerti degli esempi tratti dai lavori svolti nella nostra Unità. In Figura 1 è riportato un diagramma con le stime di rischio percepito, in relazione a diverse tematiche, per la propria persona, per la famiglia o per le persone in generale. (Il primo tipo di rischio viene detto rischio personale mentre l'ultimo tipo rischio generale). Possiamo vedere dai dati un andamento molto coerente: le persone percepiscono rischi maggiori per gli altri che non per se stesse. Questo risultato, ottenuto in uno studio sul cancro alla pelle (Sjöberg, 1994), è stato riscontrato in seguito molte volte. I due tipi di rischio tendono ad avere valutazioni diverse.

Ad ogni modo, non è vero che la differenza tra rischio personale e generale sia di grandezza costante. La differenza è molto variabile e può essere minima per alcuni rischi, come per l'effetto serra e il nucleare, mentre è ampia per i rischi legati allo stile di vita, come bere alcolici o fumare. La differenza tra rischio generale e personale può essere presa come misura della negazione del rischio, anche chiamata da Weinstein *ottimismo irrealistico* (1987, 1989; Weinstein, Klotz, Sandman, 1988; Weinstein & Nicholich, 1993). Se si raffronta la negazione del rischio con la possibilità percepita di proteggersi dal rischio, si vede come quest'ultima dimensione influenzi fortemente la prima, come mostrato in Figura 2.

È da notare che il controllo percepito emerge come una determinante forte quando si analizzano le medie del rischio e del controllo, ma questo dato è in qualche modo fuorviante. Infatti il valore esplicativo reale a livello dei singoli intervistati è modesto. Riguardo alla negazione del rischio rimane ancora molto da spiegare (Weinstein & Klein, 1996).

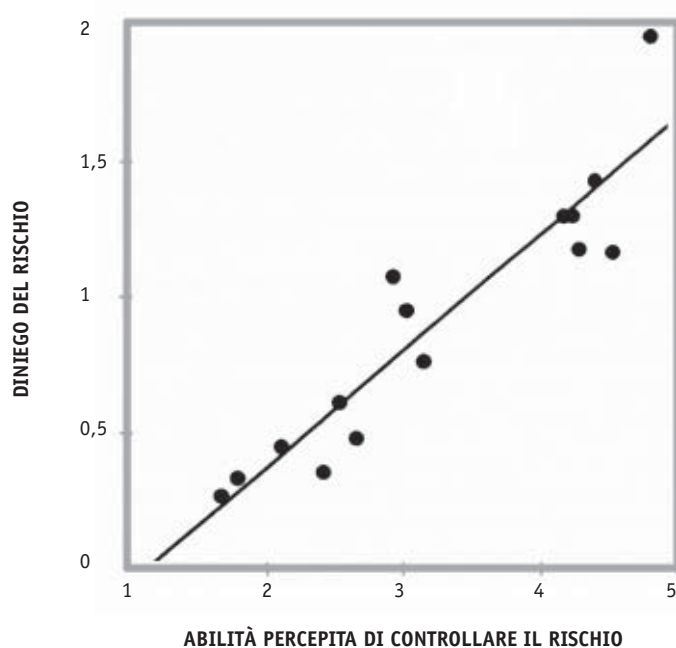
Le stime di rischio percepito, in relazione a diverse tematiche (per la propria persona, per la famiglia o per le persone in generale). mostrano un andamento molto coerente: le persone percepiscono rischi maggiori per gli altri che non per se stesse. Questo risultato è stato riscontrato molte volte. I due tipi di rischio tendono ad avere valutazioni diverse.

Figura 1. Media delle distribuzioni dei rischi verso sé, la famiglia e altre persone.



Il rischio generale, più di quello personale, è fortemente correlato agli atteggiamenti nei confronti delle misure di prevenzione del rischio, per quanto riguarda i rischi nello stile di vita. Accettiamo le restrizioni non perché pensiamo di averne bisogno – noi crediamo di non averne – ma perché crediamo che altri possano averne bisogno.

Figura 2. Il diniego del rischio *.



* Definito come la differenza tra rischio generale e rischio personale, in relazione all'abilità percepita di proteggersi dai rischi o controllo percepito.

È interessante mettere in relazione la differenza tra rischio generale e personale in merito agli atteggiamenti nei confronti delle misure di prevenzione del rischio. Si può notare che l'alcolismo, agli occhi del pubblico svedese, viene considerato come un rischio personale molto basso. Tuttavia gli svedesi accettano — anche se a volte di malavoglia — una politica di distribuzione degli alcolici molto restrittiva (tasse elevate, pochi negozi che vendono alcolici, tempi di apertura limitati). La ragione di ciò sembra risiedere nella percezione del rischio generale piuttosto che di quello personale. È stato riscontrato ripetutamente che il rischio generale, più di quello personale, è fortemente correlato agli atteggiamenti nei confronti delle misure di prevenzione del rischio, per quanto riguarda i rischi nello stile di vita (Sjöberg, 2000b). Accettiamo le restrizioni non perché pensiamo di averne bisogno – noi crediamo di non averne – ma perché crediamo che *altri* possano averne bisogno. E nel caso dell'alcol probabilmente accettiamo restrizioni anche per motivi storici. Dopo tutto in Svezia abbiamo avuto restrizioni per più di 80 anni e relativamente di recente abbiamo fatto una brutta esperienza con un certo tipo di birra forte resa disponibile nei supermercati. I giovani ne hanno bevuta moltissima e spesso si sono comportati in modo sgradevole. Come potrebbero essere in grado di gestire drink ancora più alcolici, come il vino, se fossero prontamente disponibili?

Il rischio generale percepito è dunque un fattore implicato negli atteggiamenti nei confronti delle misure di prevenzione del rischio, ma bisogna aggiungere che non è un fattore con un peso molto forte. Il rischio percepito sembra essere soprattutto una questione di probabilità soggettiva e la richiesta di misure per ridurre il rischio è collegata più strettamente alla gravità percepita delle conseguenze di un eventuale incidente o comunque di altri eventi indesiderati (Sjöberg, 1999a, 2000a). Prendiamo l'AIDS come esempio. La richiesta di politiche di protezione è guidata meno dal rischio percepito di un "comportamento sessuale non sicuro" che dalla gravità percepita delle conseguenze dell'essere infettati dal virus dell'HIV. Per la politica del rischio, le attività rischiose sembrano essere molto meno importanti rispetto alle conseguenze indesiderate a cui possono portare (Sjöberg, 1999b, 1999, luglio).

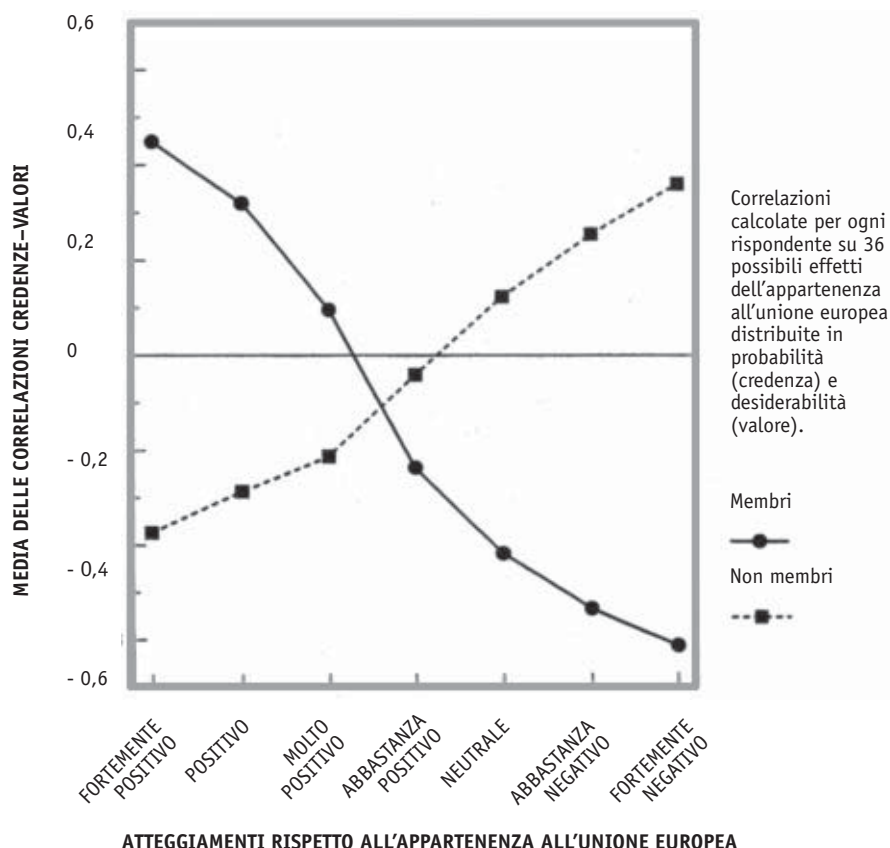
La percezione del rischio è intimamente correlata alle credenze e ai valori. Questi sono concetti importanti in molte discussioni sui comportamenti, incluse le credenze sulla salute, per cui ora verranno discussi.

Credenze e Valori

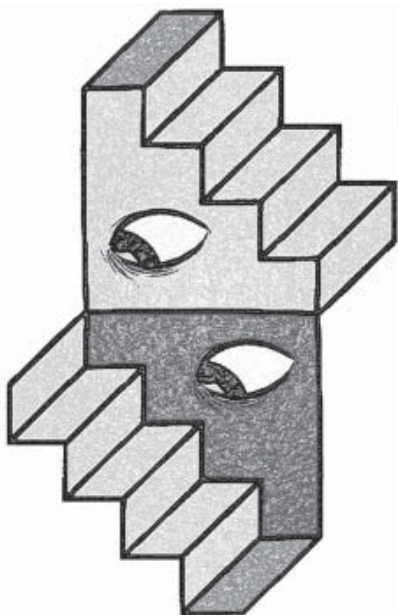
I sistemi di credenze e i valori sono logicamente distinti e dovrebbero essere tenuti separati. Semmai, in un'ecologia sociale naturale, ci si dovrebbe aspettare che essi siano correlati negativamente tra loro, perché ciò che è maggiormente desiderabile è anche più costoso o più difficile da ottenere. La probabilità che una singola persona ottenga l'opzione migliore è tanto minore quanto più alta è l'effettiva desiderabilità dell'opzione stessa. Al contrario, nella maggior parte degli insiemi di dati, quando vengono calcolate sia le probabilità che i valori per un certo numero di stimoli, le probabilità e i valori tendono ad essere correlati *positivamente* (Sjöberg). Come esempio si considerino i dati derivati da un ampio studio sugli atteggiamenti verso l'adesione all'Unione Europea, svolto in Svezia prima del referendum del 1994 (Sjöberg, 1996b). Un ampio campione rappresentativo rispose a molte domande sulle proprie opinioni e valutò anche la probabilità di 36 possibili effetti in caso di adesione e viceversa di non adesione della Svezia all'Unione (credenze). Inoltre, fu chiesto ai soggetti di valutare quanto fossero desiderabili quegli stessi effetti (valori). Per ogni soggetto, venne calcolata la correlazione tra credenze e valori, in caso di adesione e di non adesione all'unione. Per ogni soggetto erano anche disponibili dati sull'atteggiamento globale verso l'adesione all'Unione, registrati su una scala bipolare a sette categorie. I soggetti furono raggruppati in base all'atteggiamento e furono calcolate le correlazioni medie intraindividuali (Fig.3).



Figura 3. Media delle correlazioni intraindividuali tra credenze e valori, rappresentata in relazione agli atteggiamenti.



Le scienze comportamentali hanno indagato un fenomeno chiamato doppia negazione che, in parole semplici, significa che le persone reinterpretano i valori in modo più o meno sottile quando, durante una discussione, vengono messi a confronto con le argomentazioni degli avversari in termini di probabilità o di valori.



La figura mostra come l'atteggiamento si rispecchi fortemente in queste correlazioni; la maggior parte dei soggetti ha ottenuto correlazioni diverse da zero – positive o negative – a seconda dell'atteggiamento personale e della credenza sottoposta a valutazione (adesione o non adesione all'Unione).

Questi dati sono inusuali nel senso che sarebbero stati disponibili informazioni sufficienti per un'analisi molto dettagliata, e tuttavia, come accade di frequente, le credenze e i valori sono stati associati. In effetti è stato suggerito che le credenze e i valori riflettano lo stesso processo o immagine mentale sottostante (Sjöberg & Biel, 1983).

Queste caratteristiche delle credenze e dei valori costituiscono chiaramente un argomento contro le scale tradizionali di atteggiamenti, tipo quelle campionate da Fishbein (Fishbein, 1963; Fishbein & Ajzen, 1975) e che hanno trovato vasta applicazione in genere nelle scienze comportamentali (Sheppard, Hartwick, & Warshaw, 1988). Montgomery e Sjöberg (1999) hanno indagato un fenomeno chiamato *doppia negazione* (Sjöberg & Montgomery, 1999) che, in parole semplici, significa che le persone reinterpretano i valori in modo più o meno sottile quando, durante una discussione, vengono messi a confronto con le argomentazioni degli avversari in termini di probabilità o di valori. Supponiamo che voi, persone a favore della difesa, stiate discutendo del budget della difesa svedese con un pacifista convinto. Una prima linea di argomentazioni potrebbe essere quella di parlare delle probabilità che il nostro paese possa venir minacciato da un intervento militare da parte di forze nemiche. Questo fatto viene valutato molto improbabile dal vostro avversario, che nega con veemenza la possibilità di un simile rischio. Poi voi cambiate discorso, parlando di quanto sarebbe terribile se il vostro paese venisse occupato. Il vostro avversario, normalmente contro le atrocità che potrebbero avere luogo, ora reinterpreta prontamente lo scenario e non lo trova dopo tutto così terribile, o addirittura ci trova qualcosa di positivo.

Notate che l'avversario dapprima nega il rischio, poi nega anche che gli eventi rischiosi siano del tutto negativi. In un modello teorico sugli atteggiamenti, si ci aspetterebbe che un evento negativo venisse svalutato *meno* quanto è più vicino al punto di neutralità. Crediamo che quello che accade in questo caso è invece che le persone utilizzano due diverse concezioni di valore: una – implicita – quando si stimano le probabilità e un'altra rivista (o, se volete, alterata) quando si valutano esplicitamente i valori. Non si fa una chiara distinzione tra credenze e valori, ma si usano entrambi a seconda di quanto siano adeguati alla discussione.

Alla base di questi fenomeni ci sono le reazioni emotive, o affetti, suscitati dagli argomenti e dagli oggetti presi in considerazione. Gli argomenti sociali tendono a provocare una reazione emotiva e noi vi reagiamo rapidamente, molto *prima* di iniziare ad elaborare costrutti cognitivi in proposito (Sjöberg, 2002; Zajonc, 1980). I nostri studi sulla percezione personale compiuti sulla base di colloqui tra bancari e clienti interessati a un prestito forniscono lo stesso messaggio sulla preminenza della percezione personale globale.

Nei contesti sociali e politici prendiamo in considerazione alcuni concetti come l'energia nucleare e il "rischio" che essa ha agli occhi dell'opinione pubblica e degli esperti. La percezione di rischi di questo tipo non è da concepire come puro processo di elaborazione delle informazioni. Probabilmente è un riflesso degli atteggiamenti sottostanti relativi agli agenti sociali ritenuti responsabili di provocare il rischio in questione. Per quanto riguarda i rischi legati all'energia nucleare, sarebbe l'industria nucleare o la tecnologia in senso astratto.

Ora descriveremo brevemente tre esempi di studi sui rischi della salute, legati a melanoma, AIDS e alimentazione. Tutti e tre gli studi sono preliminari ed esemplificano un vasto range di problematiche.

Rischi di cancro alla pelle

L'abbronzatura è un comune comportamento a rischio, specialmente tra le persone giovani e le donne. Essa può condurre al melanoma maligno, un tipo di cancro

spesso mortale che si riscontra con crescente frequenza in Svezia. Si ritiene che questo aumento sia una conseguenza dell'abbronzatura, che, a sua volta, è stata resa possibile dal turismo dei charter verso l'Europa meridionale e dai saloni abbronzanti.

La gente ha molti modi di relazionarsi col rischio e nonostante nella maggior parte dei casi non lo ami, spesso si comporta comunque in modo rischioso. Lo fanno i fumatori e anche le persone obese.

Le persone che si abbronzano corrono un grave rischio, ma tuttavia è un'attività comune e ben gradita quella di crogiolarsi al sole e godere il "sano" ed attraente aspetto che ne deriva. Bisogna notare che la gente che vive nel clima subartico svedese può concedersi questo tipo di comportamento solo per un breve periodo di tempo ogni anno e che questa circostanza rende appetibile per loro trascorrere molto tempo al sole quando ne hanno l'opportunità, aumentando quindi il rischio per la salute.

Nello studio qui riassunto, l'intenzione era di studiare l'incidenza dell'abbronzatura a rischio, quella dell'abbronzatura in generale, i motivi che portano all'abbronzatura e come il rischio legato all'abbronzatura fosse percepito in confronto ad altri rischi. Abbiamo studiato anche il grado di conoscenza della gente sul melanoma e la relazione tra la conoscenza e il comportamento di abbronzatura.

I dati sono stati raccolti mediante un questionario postale spedito a un campione casuale (N = 1700) della popolazione svedese, di età compresa tra i 18 e i 65 anni. La percentuale di risposta è stata del 72%.

I risultati mostrano che:

- L'abbronzatura a rischio è praticata da circa il 10% di coloro che hanno risposto, e si presenta come particolarmente comune tra le giovani donne.
- I motivi per abbronzarsi sono in parte estetici ma anche legati alla piacevolezza del calore.
- Il rischio di cancro alla pelle è considerato come rischio di livello medio.
- C'è molto interesse nel ricevere più informazioni sul rischio di melanoma.
- La conoscenza del rischio è moderata.
- Le informazioni sul rapporto tra abbronzatura e melanoma sono state ottenute principalmente attraverso la TV e i quotidiani.
- La credibilità di autorità e medici è buona.
- Un vasto gruppo (46%) ha dichiarato che i governi locali e/o nazionali dovrebbero destinare ingenti risorse alla prevenzione del melanoma.
- La frequenza con cui ci si abbronza potrebbe esser spiegata piuttosto bene con un modello in cui i più importanti predittori siano i benefici percepiti, la sensazione di noia al sole (negativo) e la sportività.
- Il miglior predittore dell'abbronzatura a rischio è l'abbronzatura in generale.
- In molti si sono preoccupati per alcuni cambiamenti della pelle e hanno chiesto il parere di un medico.
- La percezione del rischio è in parte dipendente dalle condizioni familiari durante l'infanzia (divorzio dei genitori o morte di uno o entrambi i genitori), ma questo è un fattore importante solo in casi estremi e non per la popolazione nel suo complesso.
- Le differenze fra rischio personale, rischio per la famiglia e rischio per la gente in generale sono simili a quelli di altri studi (i rischi personali sono i più bassi).
- Queste ultime differenze potrebbero essere in parte spiegate in base al grado di efficacia con cui una persona si sente in grado di proteggersi (controllo percepito).

Ne risulta che i gruppi particolarmente a rischio sono le giovani donne e le persone che conducono una vita sportiva. I migliori mezzi di informazione per raggiungerli sembrano essere i mass media, come la tv e i quotidiani. Una cosiddetta *Open House* (sperimentata nel 1991), viene menzionata come fonte di informazione solo dallo 0.5% dei soggetti.

Sembra probabile che le campagne di informazione nel caso dell'abbronzatura possano avere successo, poiché esiste la tendenza ad ascoltare i messaggi sul cancro

I gruppi a rischio credono che l'esposizione al sole sia in qualche modo sana, il che contrasta col loro elevato rischio personale di contrarre il cancro alla pelle. In ogni caso, il rischio percepito è, a loro parere, meno legato al proprio comportamento che alla genetica. Di conseguenza, secondo la loro opinione, è difficile ridimensionare il rischio. La responsabilità del rischio viene spostata al di fuori del loro controllo, il che permette loro di indulgere liberamente in comportamenti rischiosi.

Il rischio personale di contrarre l'AIDS viene valutato dai soggetti come molto, molto basso. Solo il 6% giudica il proprio rischio personale come più elevato rispetto a quello della popolazione generale. La tendenza a considerare se stessi come invulnerabili è certamente presente per tutti i rischi, ma è particolarmente forte per l'AIDS, il radon e il fumo.



alla pelle e sull'abbronzatura, anche se può essere in un certo senso più difficile raggiungere i gruppi a rischio, rispetto ad altri gruppi. Un altro modo per raggiungere i gruppi a rischio è quello di sfruttare il fatto che essi utilizzano le protezioni solari. D'altra parte l'abbronzarsi per aumentare la propria avvenenza è legato a motivazioni molto importanti. Dà da pensare il fatto che le giovani donne, che oltretutto generalmente sono molto attente a evitare i rischi, manifestano questo comportamento più di altri, nonostante siano consapevoli dei rischi (Sjöberg, Holm, Ullén, & Brandberg, 2000).

Possono essere messe in evidenza anche altre difficoltà. I gruppi a rischio credono che l'esposizione al sole sia in qualche modo sana, il che contrasta col loro elevato rischio personale di contrarre il cancro alla pelle. In ogni caso, il rischio percepito è, a loro parere, meno legato al proprio comportamento che alla genetica. Di conseguenza, secondo la loro opinione, è difficile ridimensionare il rischio. La responsabilità del rischio viene spostata al di fuori del loro controllo, il che permette loro di indulgere liberamente in comportamenti rischiosi.

AIDS

Lo studio è stato svolto su un campione casuale (N=500) della popolazione svedese di età compresa tra i 30 e i 45 anni. La percentuale di risposta è stata del 48%. Era presente un certo bias nel campione: troppe donne e persone con un alto livello di istruzione e troppe persone che erano state sottoposte al test per l'HIV. Nonostante questi elementi di potenziale distorsione, i risultati sono in accordo con le ricerche precedenti, svolte con campioni più grandi e più rappresentativi (Brorsson, 1989).² L'indagine chiedeva di stimare il rischio di contrarre l'AIDS e molti altri rischi, e includeva anche domande sulle conoscenze. Veniva inoltre valutato l'atteggiamento dei soggetti verso le persone sieropositive e molti altri atteggiamenti collegati, come quello verso gli omosessuali e il cambiamento comportamentale.

Il rischio personale di contrarre l'AIDS viene valutato dai soggetti come molto, molto basso. Solo il 6% giudica il proprio rischio personale come più elevato rispetto a quello della popolazione generale. La tendenza a considerare se stessi come invulnerabili è certamente presente per tutti i rischi, ma è particolarmente forte per l'AIDS, il radon e il fumo. In questo studio il rischio di contrarre l'AIDS viene valutato come moderato, ma la gente si mostra pessimista per il futuro riguardo agli altri. L'AIDS viene visto come possibile minaccia futura per la società. I nostri dati suggeriscono che la componente dinamica del comportamento a rischio sia il rischio personale. È interessante notare che il rischio percepito di contrarre l'AIDS è qui molto inferiore rispetto al valore osservato negli studi americani, all'incirca 50 volte più basso (Fischhoff, 1989). In parte questa discrepanza può riflettere una reale differenza di rischio.

Molte persone del campione hanno effettuato il test dell'HIV e molte altre ritengono anche di essere state sottoposte al test senza saperlo o senza aver avuto il risultato. Si riscontra in questo ambito una diffusa sospettosità. Gli atteggiamenti verso gli omosessuali sono piuttosto vari. Un'ampia porzione degli intervistati presenta un atteggiamento negativo. Questo atteggiamento negativo verso gli omosessuali è in chiara relazione con l'atteggiamento verso l'AIDS. È stato messo a punto un modello che spiega la relazione tra omofobia e atteggiamento verso l'AIDS, una relazione che è stata osservata in molti studi e in molti paesi. Circa il 20% dei soggetti presenta un atteggiamento negativo verso le persone infette nell'ambito lavorativo. In alcuni casi la percentuale è molto più alta, per esempio nel settore medico. Secondo molti intervistati, si dovrebbero prendere misure drastiche contro le persone infette. I soggetti hanno atteggiamenti molto negativi anche nei confronti della prostituzione e, ancor di più, verso il consumo di droghe. La fiducia verso gli esperti e le fonti di informazione è abbastanza variabile. Sembra che molti degli intervistati non si fidino di nessuno. Sono fiduciosi nei confronti dei medici, dei ricercatori universitari e verso l'autorità governativa competente. Hanno invece poca fiducia nell'effettiva conoscenza dei politici.

Sono stati riferiti alcuni cambiamenti comportamentali, in maniera più evidente nei confronti del comportamento sessuale. La conoscenza dei fatti elementari riguardanti l'AIDS è molto buona e, in effetti, è difficile fare differenze all'interno del gruppo dei soggetti. Inoltre, stando alle risposte, la conoscenza è un fattore importante per il cambiamento comportamentale, ma il tipo di influenza esercitata dalle conoscenze interagisce con il genere. Gli uomini con conoscenze maggiori sono meno cauti, le donne che possiedono maggiori conoscenze lo sono invece di più. Quindi la conoscenza può essere utilizzata, evidentemente, con scopi diversi. Coloro che hanno maggiori conoscenze del rischio, lo giudicano come minore. Questo risultato è stato riscontrato da altri ricercatori, per esempio, Temoshok, Sweet, and Zich (1987). Essi trovarono, in uno studio che comparava i soggetti di Londra con quelli di San Francisco, che quelli con minori conoscenze temevano la malattia di più e avevano un atteggiamento più negativo nei confronti degli omosessuali. Il più importante valore di vita risulta essere la salute, mentre la soddisfazione sessuale si trova più in basso nella graduatoria, appena prima del successo economico e lavorativo. Questo significa che il comportamento sessuale è facile da influenzare? Tutt'altro, poiché i valori generali sono una cosa, il controllo degli impulsi un'altra.

Lo studio includeva anche domande sulla definizione del rischio. Coloro che lo definiscono in termini di conseguenza anziché di probabilità tendono a valutarlo maggiore, un risultato in accordo con il precedente lavoro di Drottz-Sjöberg (1991). Ciò concorda anche con un altro lavoro, citato sopra, il quale ha mostrato che la gravità delle conseguenze è un predittore dell'atteggiamento verso la prevenzione migliore rispetto al rischio o alla probabilità.

È interessante osservare che l'attività sessuale covaria con la percezione del rischio. Coloro che corrono maggiori rischi sessuali giudicano i rischi come minori. Anche coloro che enfatizzano l'importanza del piacere sessuale corrono più rischi e giudicano i rischi come minori.

I rischi legati al cibo

I rischi legati al cibo sono da molto tempo oggetto di interesse. Gli esperti tendono a dare risalto ai rischi alimentari connessi allo stile di vita e non all'ambiente, agli additivi, o ai pesticidi. Le persone comuni potrebbero però vedere le cose in maniera piuttosto differente.

È stato spedito un questionario ad un campione casuale della popolazione svedese (2200 persone), comprendente domande su diversi aspetti dei rischi alimentari percepiti, sugli atteggiamenti connessi e sulle conoscenze generali. La percentuale di risposta è stata del 62% e i soggetti che hanno risposto erano un campione ragionevolmente rappresentativo della popolazione, per quanto possa essere determinato.

L'atteggiamento generale verso il cibo è risultato molto positivo, vedi figura 4, ma è presente scetticismo nei confronti del cibo importato; i prezzi sono visti come alti ma commisurati alla qualità. L'adesione prevista all'Unione Europea viene valutata come una minaccia alla sicurezza e alla qualità degli alimenti.

In questo studio vengono considerati sei rischi particolarmente legati al cibo. Il giudizio su di essi, visti come rischi personali e generali, può esser ricavato dalla Tabella 1.

I rischi alimentari percepiti variavano molto. I rischi personali più sentiti sono relativi a:

- Tossine alimentari;
- Pesticidi ed insetticidi;
- Batteri;
- Additivi.

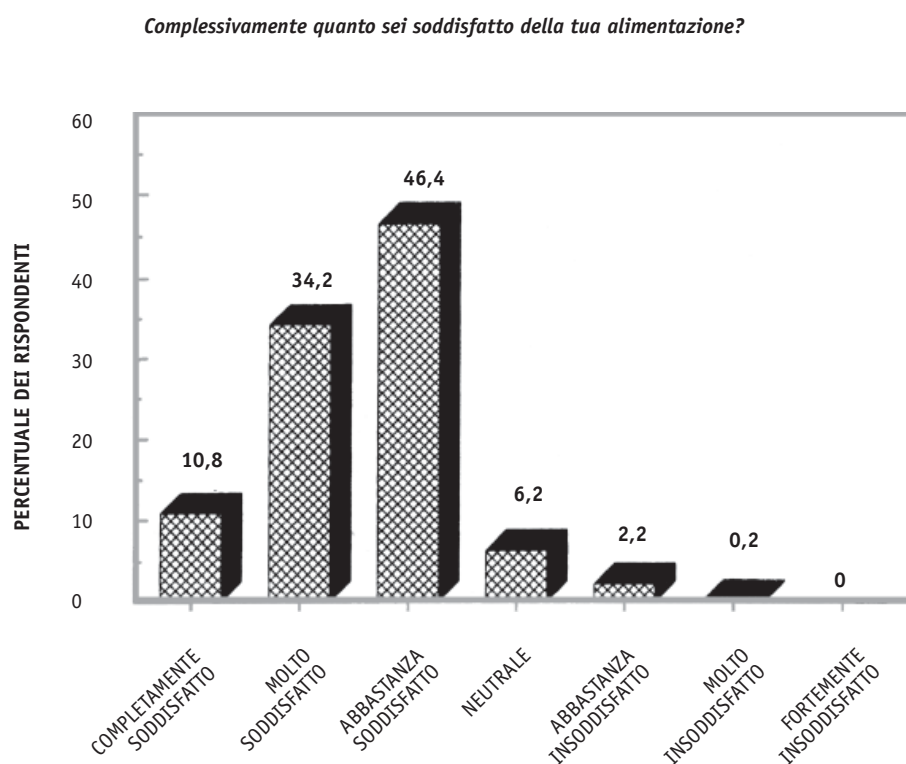
In questi casi tra rischio personale e rischio generale c'è solo una piccola differenza. Risultano minori i rischi personali associati a:



La conoscenza è un fattore importante per il cambiamento comportamentale, ma il tipo di influenza esercitata dalle conoscenze interagisce con il genere. Gli uomini con conoscenze maggiori sono meno cauti, le donne che possiedono maggiori conoscenze lo sono invece di più. Quindi la conoscenza può essere utilizzata, evidentemente, con scopi diversi. Coloro che hanno maggiori conoscenze del rischio, lo giudicano minore.

Le conoscenze circa adeguate abitudini alimentari sono nel complesso piuttosto buone. I risultati positivi possono sorprendere dato che, nei media, è presente un ampio dibattito critico sulla qualità del cibo e sui rischi alimentari. In ogni caso, l'opinione di un gruppo ristretto ed attivamente impegnato di persone è una cosa, quello che la gente comune pensa, un'altra

Figura 4. Atteggiamento generale verso il cibo.



- Cibi con basso contenuto di fibre e alto contenuto di grassi;
- Inadeguata preparazione del cibo.

Negli ultimi due casi i rischi generali sono notevoli. La Tabella 1 mostra, infatti, che rischio personale e generale hanno un ordinamento gerarchico inverso.

Tabella 1 Media del rischio personale e generale percepito, per i rischi connessi al cibo.

Rischio	Rischio Personale	Rischio Generale
Stare male/ammalarsi per la presenza di troppi grassi e poche fibre nel cibo	2.06 (5)	3.43 (1)
Stare male/ammalarsi per tipi di cotture inadatte come frittura, grigliate e affumicatura	1.92 (6)	3.03 (2)
Ammalarsi a causa di batteri, virus e parassiti presenti nel cibo	2.15 (3)	2.69 (5)
Stare male a causa degli additivi legali presenti nel cibo, ad esempio coloranti e conservanti	2.09 (4)	2.41 (6)
Stare male a causa delle tracce di pesticidi usati in agricoltura e presenti nei cibi	2.56 (2)	2.76 (4)
Stare male a causa di sostanze che inavvertitamente finiscono dall'ambiente circostante nei cibi, come mercurio, cadmio, PCB	2.81 (1)	2.92 (3)

Scala da 1 = nessun rischio a 6 = rischio estremamente grave. Ordine di rango tra parentesi.

Non è dunque possibile offrire una risposta univoca sui tipi di rischi alimentari che la gente sperimenta. Chiaramente, la risposta varia a seconda che si considerino il rischio personale o quello generale. Il rischio personale è più alto in relazione ai rischi ambientali, mentre il rischio generale è più alto in relazione ai rischi comportamentali e allo stile di vita. Tutti i rischi personali sono bassi, mentre alcuni rischi generali sono piuttosto elevati.

La gente afferma di essere molto desiderosa di ricevere più informazioni sul cibo e i suoi rischi. La fiducia nelle fonti di informazione può dedotta dalla Figura 5. È interessante notare che la Food Safety Authority goda di buona fiducia³, anche se pochi hanno ricevuto le informazioni da loro.

Le conoscenze circa adeguate abitudini alimentari sono nel complesso piuttosto buone. I risultati positivi possono sorprendere dato che, nei media, è presente un ampio dibattito critico sulla qualità del cibo e sui rischi alimentari. In ogni caso, l'opinione di un gruppo ristretto ed attivamente impegnato di persone è una cosa, quello che la gente comune pensa, un'altra (Milbrath, 1981).

Discussione

Ci sono alcuni temi che questi studi sollevano e che sarebbe interessante discutere. Consideriamo inizialmente la differenza tra rischio personale e rischio generale. Molti studi hanno ignorato questa distinzione cruciale. Il paradigma psicometrico (Slovic, 1992), che ha dominato i lavori sulla percezione del rischio in USA, ha ignorato sin dall'inizio la distinzione chiedendo alla gente di stimare i "rischi" lasciati indefiniti.

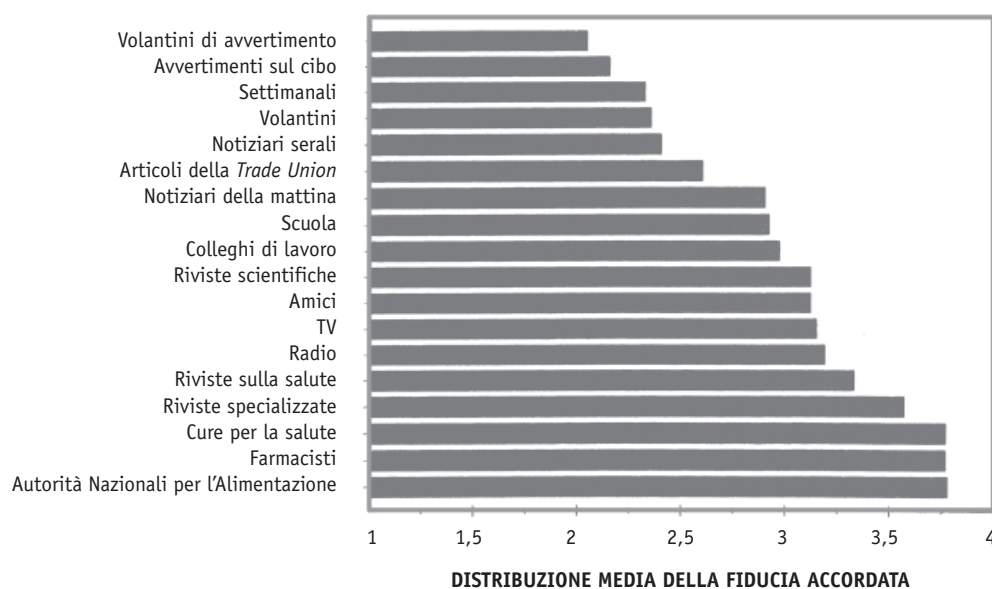
Tuttavia è diventato sempre più chiaro che il rischio dovrebbe essere definito in base al target e che target differenti implicano diversi livelli e diverse graduatorie delle probabilità di evenienza del rischio. Per quanto riguarda lo stile di vita, il rischio generale incide maggiormente sugli atteggiamenti nei confronti delle misure di prevenzione e il rischio personale è più importante nei comportamenti di assunzione del rischio (Sjöberg, 2000b). Le campagne dei media influenzano facilmente il rischio generale, ma non quello personale. Gli esempi possono esser presi da molti campi. I proprietari di case raramente si occupano a sufficienza dei rischi del radon e tendono a considerare a rischio le case dei vicini, ma non le proprie (Fisher & Sjöberg, 1990; Sjöberg, 1989). Un'informazione circostanziata sui fattori di rischio può essere facilmente travisata, tanto da portare alla conclusione che una particolare casa sia affrancata dal problema del radon. La chiave per il cambiamento comportamentale potrebbe essere il rischio personale (Weinstein & Lyon, 1999).

Il pensiero fondato su ciò che si desidera è un fenomeno importante e potente. La gente è molto portata a credere che le cose positive siano probabili, le negative improbabili. Nel mondo reale sfortunatamente le cose non sono così gradevoli. La Natura non è benigna con noi, per quanto noi aderiamo alle concezioni della natura con questa implicazione, che vanno di moda. Forse la Natura è solo indifferente e la reale correlazione credenza-valore dovrebbe essere nulla. Ogni volta che è in causa un qualche tipo di mercato e i beni sono scarsi, più essi saranno desiderabili, più sarà difficile, e non facile, ottenerli. Essere ottimista può essere sano in sé, (Taylor & Brown, 1988), ma le conseguenze di un semplicistico o esagerato ottimismo possono essere disastrose per la salute.

Il controllo è un importante fattore nella negazione del rischio. La gente è portata a considerare sotto controllo i rischi del proprio stile di vita, mentre la volontà o la capacità di controllo delle altre persone viene messa in dubbio (Sjöberg, 1996a). Questo risultato, riscontrato molte volte, può esser collegato al ben conosciuto errore di attribuzione della psicologia sociale (Ross & Flechter, 1985). Noi tendiamo a vedere il comportamento degli altri come rigido e giustificato da fattori costanti di personalità, mentre il nostro comportamento è visto come risposta flessibile alla situazione contingente. Abbiamo qui una differenza tra l'interno e l'esterno. Semplicemente conosciamo molto dei nostri pensieri e sentimenti e molto poco sulla vita mentale altrui. Quindi, il fattore di controllo è un riflesso sia della sottovalutazione

Siamo molto portati a credere che le cose positive siano probabili, le negative improbabili. Nel mondo reale sfortunatamente le cose non sono così gradevoli. La Natura non è benigna con noi, per quanto noi aderiamo alle concezioni della natura con questa implicazione, che vanno di moda. Forse la Natura è solo indifferente e la reale correlazione credenza-valore dovrebbe essere nulla.

Figura 5. Fiducia in diversi mezzi di informazione sui rischi alimentari.



Ruteniamo colpevoli dei pericoli che dobbiamo affrontare la tecnologia e varie attività industriali. Alcuni di questi pericoli potrebbero essere seri o potrebbero diventarlo in futuro. Essi potrebbero anche provocare gravi problemi esponendoci ad un basso rischio nelle situazioni quotidiane. Tuttavia l'enorme differenza nell'opposizione sociale ai rischi che ci vengono imposti dall'esterno è in netto contrasto con la nostra silenziosa accettazione dei rischi dello stile di vita presenti in quelle attività che ci offrono piacere e comfort.

della competenza degli altri, che della sopravvalutazione della nostra competenza. D'altra parte, la percezione di avere il controllo è probabilmente un aspetto dell'efficacia personale che si può supporre sia un fattore positivo se si cerca di adottare uno stile di vita più sano, vedi, ad esempio, Wallace et al. (2000).

Entrano anche in gioco difficoltà cognitive. Le probabilità soggettive o intuitive possono differenziarsi nettamente dai valori ottenuti col calcolo statistico (Kahneman & Tversky, 2000). Alcuni lavori che sono alla base di questa asserzione sono stati realizzati in laboratorio e sono stati criticati per mancanza di validità ecologica (Gigerenzer, 1996). Tuttavia ci sono applicazioni che dimostrano la sua validità in contesti di campo (McNeil, Pauker, Sox, & Tversky, 1982). Il verdetto finale deve essere ancora emesso; sembra probabile che le influenze cognitive siano importanti nelle decisioni di vita reale ma che lo siano anche le influenze emotive sulla cognizione e il pensiero fondato sul desiderio.

Restano ancora da discutere le difficoltà legate al controllo gli impulsi. Noi siamo "cercatori di piacere" e la ricchezza economica ci ha fornito sempre maggiori opportunità di dar sfogo alla nostra brama di piacere ed eccitamento. Questi vizi stanno uccidendo molti di noi. Lo sappiamo, ma pensiamo che sono gli altri ad essere principalmente a rischio e continuiamo a perseguire la dolce vita. Alcune persone molto ricche portano agli estremi questa ricerca edonistica, finendo per essere uccise da overdose di cibi deliziosi, droghe e alcool. Dunque la ricchezza non è una garanzia di uno stile di vita salutare, anche se i rischi a cui conduce sono differenti dai pericoli legati alla povertà. Il controllo degli impulsi è così difficile perché ogni singola ricaduta può essere razionalizzata come di importanza trascurabile. È vero che, probabilmente, un'unica sigaretta non ci ucciderà, mentre essere un fumatore accanito potrebbe farlo. Come si può mantenere un impegno se la libertà è totale e non esistono più norme forti che proibiscono certi comportamenti? La pressione delle norme di condotta è un importante fattore che sta alla base del comportamento (Cialdini & Trost, 1989) – ma difficile da impiegare poiché può non essere "politically correct". Le leggi sono ancora più incisive, si vedano gli inutili tentativi per convincere la gente ad indossare le cinture di sicurezza negli anni 70 del secolo scorso che sfociarono nella corrispondente normativa. Solo la legge fu realmente efficace. D'altra parte, il ricorso alla legge è l'ultimo gradino, dato che può implicare rischi politici e troppe leggi possono infine determinare una perdita di credibilità e il mancato raggiungimento degli effetti desiderati.

Nei rischi quotidiani che dobbiamo affrontare, il nostro comportamento è il nostro peggior nemico, ma questa realtà viene spesso negata. Invece cerchiamo altri colpevoli per i pericoli che dobbiamo affrontare. Li ritroviamo nella tecnologia e in varie attività industriali come l'energia nucleare, i pesticidi o particolari livelli di inquinamento. In questo momento, alcuni di questi pericoli potrebbero essere seri o potrebbero diventarlo in futuro. Essi potrebbero anche provocare gravi problemi esponendoci ad un basso rischio nelle situazioni quotidiane. Tuttavia l'enorme differenza nell'opposizione sociale ai rischi che ci vengono imposti dall'esterno è in netto contrasto con la nostra silenziosa accettazione dei rischi dello stile di vita presenti in quelle attività che ci offrono piacere e comfort. Non proponiamo qui di considerare l'opposizione sociale come il risultato dello spostamento dell'ansia per l'indulgenza che inconsciamente nutriamo verso noi stessi. Ma la situazione presenta alcune caratteristiche stridenti che assomigliano all'ipocrisia. In alcune situazioni entrano in gioco pregiudizi e vengono individuati capri espiatori. Questo è il caso dello studio sull'AIDS discusso prima, dove la colpa e il rischio vengono addossati agli omosessuali.

La fiducia è un altro importante concetto nella comunicazione del rischio. Difficilmente si cambierà il proprio comportamento, se si ascolta qualcuno di cui non ci si fida, perché lo si considera incompetente o corrotto, o entrambe le cose. Tuttavia, anche se ci si fida di qualcuno è lunga la via che conduce al cambiamento di condotta, o anche al cambiamento della percezione del rischio e degli atteggiamenti connessi, nella direzione consigliata dal comunicatore. Ci sono molteplici ragioni alla base di queste problematiche. La gente può credere che il comunicatore, sebbene onesto e competente, non conosca tutta la verità, che del resto nessuno sa (Sjöberg, 2001). Molte volte questa è un'argomentazione ragionevole poiché la scienza, in effetti, non ha tutte le risposte e ogni giorno compie nuove scoperte, documentando nuovi rischi o liquidandone altri. La gente può avere scopi diversi da quelli del comunicatore. La salute e una lunga vita non sembrano essere scopi controversi, ma non sono necessariamente più attraenti della *dolce vita*. Il comunicatore anti-rischio sembra propagandare una vita un po' insulsa, per dirla in tutta franchezza. Forse è preferibile una vita eccitante, anche se più breve. I comunicatori del rischio sembrano spesso ritenere, più o meno avventatamente, che la gente condivida i loro valori piuttosto puritani.

Riassumendo, il rischio è un tema cruciale per il comportamento individuale legato alla salute e la ricerca qui riesaminata ha mostrato come nascono il diniego e la negazione del rischio e quali conseguenze tale diniego è destinato ad avere. Serviranno ulteriori lavori dato che la negazione del rischio è solo parzialmente spiegata dai fattori messi in evidenza nella presente discussione. Occorrerà naturalmente considerare sia i fattori individuali che quelli strutturali, come gli effetti della povertà sull'abilità di coping degli individui (Cockerman, 1988) (Mechanic, 1993). Resta dunque ancora molto da chiarire.

* Professore di Psicologia Economica presso la *Stockholm School of Economics*; direttore del *Center for Risk Research*, Stoccolma, Svezia.

NOTE

¹ Le persone probabilmente gestiscono tipi diversi di vantaggi a differenti livelli e le loro scelte sono a volte instabili o incoerenti, per la loro costernazione. Queste scelte instabili o incoerenti possono riguardare problematiche importanti dello stile di vita – le dipendenze hanno spesso implicazioni sulla salute.

² Abbiamo trovato in molti studi che un certo bias tra i soggetti non è correlato in modo rilevante con variabili di risposta cruciali. Anche tra chi ha risposto in ritardo e chi immediatamente non sembrano esserci differenze. Il presente studio sull'AIDS ha ottenuto una percentuale di risposta relativamente bassa (48%), ma tuttavia sembra offrire informazioni valide. Dalla prospettiva di un'indagine internazionale sul rischio, la percentuale di risposta è probabilmente al di sopra della media.

³ Nel nostro lavoro sulla fiducia, che è stato incluso in molte indagini condotte in Svezia dal nostro Centro, noi solitamente riscontriamo che la gente ha un livello abbastanza elevato di fiducia nelle autorità, ma non nei politici. Per lunga tradizione, in Svezia le autorità sono in gran parte indipendenti dai politici e spesso capeggiate da esperti.

La gente può credere che il comunicatore, sebbene onesto e competente, non conosca tutta la verità, che del resto nessuno sa. Molte volte questa è un'argomentazione ragionevole poiché la scienza, in effetti, non ha tutte le risposte.

Il comunicatore anti-rischio sembra propagandare una vita un po' insulsa, per dirla in tutta franchezza. Forse è preferibile una vita eccitante, anche se più breve. I comunicatori del rischio sembrano spesso ritenere, più o meno avventatamente, che la gente condivida i loro valori piuttosto puritani.



BIBLIOGRAFIA

- Agrell, A., & Johansson, S.-A. (1972). *Säkerhetsbältesanvändning — en experimentell studie av olika påverkansmetoder* [The use of seatbelts. An experimental study of different methods of influence]. Unpublished Licentiatavhandling, Psykologiska institutionen, Uppsala Universitet.
- Cialdini, R.B., & Trost, M.R. (1998). Social influence: Social norms, social conformity, and compliance. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. II, pp.151-192). Boston: McGraw-Hill.
- Cockerham, W.C. (1988). Medical sociology. In N.J. Smelser (Ed.), *Handbook of sociology* (pp. 575-599). Newbury Park, CA: Sage.
- Drott-Sjöberg, B.-M. (1991). *Perception of risk. Studies of risk attitudes, perceptions, and definitions* (Vol. 1). Stockholm: Stockholm School of Economics, Center for Risk Research.
- Fischhoff, B. (1989). Making decisions about AIDS. In V. Mays, G. Albee, & S. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS* (pp.168-205). Newbury Park, CA: Sage.
- Fischhoff, B. (1991). Value elicitation. Is there anything in there? *American Psychologist*, 46, 835-47.
- Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationships between beliefs about an object. *Human Relations*, 16, 233-240.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, A., & Sjöberg, L. (1990). Radon risks: People's perceptions and reactions. In S.K. Majumdar, R.F. Schmalz, & E.W. Miller (Eds.), *Environmental radon: Occurrence, control, and health hazards* (pp.398-411). Pittsburgh: Pennsylvania Academy of Science.
- Gigerenzer, G. (1996). The psychology of good judgment: Frequency formats and simple algorithms. *Medical Decision Making*, 16, 273-280.
- Gill, T.P., Wahlquist, M.L., Strauss, B.J.G., Dennis, P.M., & Balazs, N.D. (1991). Factors associated with successful risk reduction after a community coronary risk reduction screen. *Australian Journal of Public Health*, 15, 114-121.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Hedelin, L., & Sjöberg, L. (1995). Bankers' judgment of loan applicants in regard to new ventures. In B. Grean (Ed.), *Risky business* (pp.67-94). Stockholm: Rhk Research Group, University of Stockholm.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (Eds.). (2000). *Choices, values, and frames*. New York: Cambridge University Press.
- Kallmén, H., Sjöberg, L., & Wennberg, P. (in press). The effect of coping skill training on alcohol consumption in heavy social drinking. *Substance Use and Misuse*.
- Langenhonven, M.L., Roussow, J.E., Jooste, P.L., Chalton, D.O., Swanepoel, A.S.P., Roussow, L.J., Jordaan, P.C.J., & Steyn, M. (1991). Change in knowledge in a coronary heart disease risk factor intervention study in three communities. *Social Science and Medicine*, 33, 71-76.
- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. In T.M. Newcomb & E.L. Hartlg (Eds.), *Readings in social psychology* (pp.118-132). New York: Holt.
- Lindström, L. (1992). *Managing alcoholism: Matching clients to treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Lindström, L. (1994). Har behandlingen effekt? [Does treatment have any effect?] *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber.
- McNeil, B.J., Pauker, S.G., Sox, H.C., & Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England Journal of Medicine*, 306, 1259-1262.
- Mechanic, D. (1993). Social-research in health and the American sociopolitical context—the changing fortunes of medical sociology. *Social Science and Medicine*, 36, 95-102.
- Milbrath, L. (1981). Citizen surveys as citizen participation. *Applied Behavioral Science*, 17, 478-496.
- Milburn, M.A., & Conrad, S.D. (1996). *The politics of denial*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Mischel, W., Cantril, N., & Feldman, S. (1996). Principles of self-regulation: The nature of willpower and self-control. In E.T. Higgins & A.W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 329-360). New York: The Guildford Press.
- Roberts, D.F., & Maccoby, N. (1985). Effects of mass communication. In G. Lindz & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (Vol. II, pp. 539-598). New York: Random House.
- Ross, M., & Fletcher, G.J.O. (1985). Attribution and social perception. In G. Lindz & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (Vol. II, pp. 73-122). New York: Random House.
- Seligman, M.E.P. (1994). *What you can change and what you can't*. New York: Knopf.
- Sheppard, B.H., Hartwick, J., & Warshaw, P.R. (1988). The theory of reasoned action: a meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Sjöberg, L. (1980). Volitional problems in carrying through a difficult decision. *Acta Psychologica*, 45, 123-132.
- Sjöberg, L. (1989). *Radon risks: Attitudes, perceptions, and actions* (EPA-230-04-89-049): US. Environmental Protection Agency, Office of Policy Analysis.
- Sjöberg, L. (1990). Aids: attityder och beteende. [AIDS: attitudes and behavior]. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 67, 211-216.
- Sjöberg, L. (1991). *AIDS: riskuppfattning, attityder och kunskaper. En enkätundersökning av Åldersgrupperna 30-45 år*. [AIDS: risk perception, attitudes and knowledge. A survey study of age groups 30-45. (Rhizikon: Rapport från Centrum för Riskforskning 1): Center för Risk Research, Stockholm School of Economics.
- Sjöberg, L. (1994). *Solstrålningens risker: Attityder, kunskaper och riskuppfattning* [The risks of sunrays: Attitudes, knowledge, and risk perception]. (Rhizikon: Rapport från Centrum för Riskforskning Handelshögskolan i Stockholm 3): Centrum för Riskforskning Handelshögskolan i Stockholm.
- Sjöberg, L. (1996a). *Alcohol som våldsförklaring och riskfaktor* [Alcohol as an explanation of violence and a risk factor] (F-series 9). Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Sjöberg, L. (1996b). *Riskuppfattning och inställning till svskt medlemsbp i EU* [Risk perception and attitude to Swedish membership in the EU. Stockholm: Styrelsen för Psykologiskt Forsvar.
- Sjöberg, L. (1998). Will and success individual and national. In Sjöberg, L., R. Bagozzi, & D. Ingvar (Eds.), *Will and economic behavior* (pp. 85-119). Stockholm: EFI.

Sjöberg, L. (1999a). Consequences of perceived risk: Demand for mitigation. *Journal of Risk Research*, 2, 129-149.

Sjöberg, L. (1999b). Risk perception in Western Europe. *Ambio*, 28, 543-549.

Sjöberg, L. (1999, July). *The psychometric paradigm revisited*. Paper presented at the Annual Meeting, Royal Statistical Society, University of Warwick, Warwick, UK.

Sjöberg, L. (2000a). Consequences matter, "risk" is marginal. *Journal of Risk Research*, 3, 287-295.

Sjöberg, L. (2000b). The different dynamics of personal and general risk. In M. P. Cottam, D. W. Harvig, R. P. Pape, & J. Tait (Eds.), *Foresight and precaution* (Vol. 1, pp. 1149-1155). Rotterdam: A. A. Balkema.

Sjöberg, L. (2001). Limits of knowledge and the limited importance of trust. *Risk Analysis*, 21, 189-198.

Sjöberg, L. (2002). *The distortion of beliefs in the face of uncertainty* (SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration 2002:09). Stockholm: Stockholm School of Economics.

Sjöberg, L., Wählberg, A., & Jc Kvisti, P. (1998). The rise of risk: Risk related bills submitted to the Swedish parliament in 1964-65 and 1993-95. *Journal of Risk Research*, 1, 191-195.

Sjöberg, L., & K. Biel, A. (1983). Mood and belief-value correlation. *Acta Psychologica*, 53, 253-270.

Sjöberg, L., Holm, L.-E., Ullén, H., & Brandberg, Y. (2000). *Tanning and risk perception in adolescents* (SSI Report 2000: 06). Stockholm: Swedish Radiation Protection Institute.

Sjöberg, L., & K. Montgomery, H. (1999). Double denial in attitude formation. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 606-621.

Sjöberg, L., & Jc Samsonowitz, V. (1985). Coping strategies and relapse in alcohol abuse. *Drug and Alcohol Abuse*, 15, 283-301.

Slovic, P. (1992). Perception of risk reflections on the psychometric paradigm. In S. Krimsky & D. Golding (Eds.), *Social theories of risk* (pp. 117-152). Westport, CT: Praeger.

Sutton, S. R. (1982). Fear-arousing communication. In J. Eysner (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine* (pp. 303-338). New York: Wiley.

Taylor, S. E., & J. S. Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.

Temoshok, L., Sweet, D. M., & Zich, J. (1987). A three city comparison of the public's knowledge and attitudes about AIDS. *Psychology and Health*, 1, 43-60.

Wallace, L. S., Buckworth, J., Kirby, T. E., & Sherman, W. M. (2000). Characteristics of exercise behavior among college students: Application of social cognitive theory to predicting stage of change. *Preventive Medicine*, 31, 494-505.

Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: Conclusions from a community wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.

Weinstein, N. D. (1989). Optimistic biases about personal risks. *Science*, 185, 1232-1233.

Weinstein, N. D., & Klein, W. M. (1996). Unrealistic optimism: Present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 1-8.

Weinstein, N. D., Klotz, M. L., & Sandman, P. M. (1988). Optimistic biases in public perceptions of the risk from radon. *American Journal of Public Health*, 78, 796-800.

Weinstein, N. D., & Lyon, J. E. (1999). Mindset, optimistic bias about personal risk and health-protective behavior. *British Journal of Health Psychology*, 4, 289-300.

Weinstein, N. D., & Nicholich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and behaviors. *Health Psychology*, 12, 235-245.

Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education, Behavior*, 27, 591-615.

Woloshin, S., Schwartz, L. M., Byram, S., Fischhoff, B., & Welch, H. G. (2000). A new scale for assessing perceptions of chance: A validation study. *Medical Decision Making*, 20, 298-307.

Zapac, R. B. (1980). Feeling and thinking—preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.



Da European Psychologist, Vol. 8, No. 4, December 2003, pp. 266-278.
© 2003 Hogrefe & Huber Publishers.

Neglecting the risks: the irrationality of health behaviour

This paper is a discussion of personal risk taking and risk perception in the field of health-related behaviour. In particular it reviews works on addictions, on risk denial, on beliefs and values and on risks related to skin cancer, AIDS and food.

Risk perception research has shown that people see risks as very different for themselves and others, especially lifestyle risks; as a result, the messages of those campaigns intended to change risk-taking behaviour may be interpreted as pertinent to others rather than oneself.

La psicoterapia psicoanalitica breve. Presentazione di un modello

MARIA CLOTILDE GISLON *

Per introdurre un argomento così complesso nel breve spazio di un articolo mi sembra opportuno evidenziare alcune aree principali. Anzitutto una definizione della terapia breve in generale, a prescindere dai singoli modelli, attraverso gli elementi fondamentali che la caratterizzano e ne rendono possibile l'applicazione e l'efficacia. In secondo luogo il modello concettuale necessario come base adeguata per lo schema di riferimento teorico e per la sua applicazione tecnica nell'ambito di una terapia breve ad orientamento psicoanalitico, che permette anche di precisarne gli specifici criteri di indicazione e controindicazione. In terzo luogo alcune considerazioni sulle caratteristiche del terapeuta e del *training*

La psicoterapia breve. Una definizione

La ormai lunga esperienza nel campo rende possibile identificare le principali caratteristiche degli interventi psicoterapeutici a breve termine (Dewan, 2004) che ne permettono una definizione, altrimenti assai difficile: questa infatti non può basarsi esclusivamente sul numero delle sedute, che varia ampiamente a seconda dei diversi modelli. Tali caratteristiche includono:

- l'individuazione di un *focus* che aiuta a chiarire da dove viene la spinta al cambiamento e le difficoltà che la ostacolano, cosicché la spinta "sana" possa essere, attraverso il lavoro terapeutico, orientata verso un obiettivo definito, condiviso dal terapeuta e dal paziente. A tale scopo è prevista un'accurata fase iniziale di valutazione, volta ad individuare delle finalità potenziali che devono essere formulate in termini chiari e comprensibili per il paziente.
- l'orientamento condiviso dal paziente e dal terapeuta è di particolare sensibilità rispetto al rapporto tempo – efficacia, per cui ogni seduta deve essere una seduta "che conta".
- l'alleanza di lavoro e la collaborazione devono poter essere strutturate in tempi rapidi. A questo fine sono fondamentali da parte del paziente, oltre all'accordo sull'obiettivo da raggiungere, la motivazione al cambiamento e, da parte del terapeuta, l'atteggiamento improntato non solo ai classici elementi terapeutici di calore, genuinità ed empatia ma anche, più specificamente, ad una modalità altamente interattiva e di collaborazione che incoraggia il coinvolgimento del paziente. La terapia breve si realizza non *sul* paziente secondo un modello medico e gerarchico in cui il paziente è "malato" e il terapeuta è colui che cura, ma *con* il paziente secondo un modello che sottolinea l'importanza di fornire al paziente gli "strumenti" piuttosto che «operare su di lui con delle tecniche» (Bohart, 2000). Il terapeuta cioè favorisce, attraverso la sua teoria e la sua esperienza, il ruolo del paziente come agente attivo della propria cura e lo sviluppo della capacità di auto – terapia.
- l'importanza di condurre la terapia avendo come riferimento uno schema del processo di cambiamento secondo tre fasi principali:

1. Impegno: è la fase dell'alleanza, della raccolta di informazioni sui modelli problematici che sottendono il disagio attuale e della formulazione di un piano di trattamento.

2. Discrepanza: è la fase centrale per il cambiamento, in quanto il paziente acquisisce la consapevolezza dei modelli disfunzionali a livello del pensiero, degli affetti, del comportamento, e sviluppa modalità più costruttive per affrontare problemi e conflitti.

3. Consolidamento: è la fase nella quale, attraverso l'elaborazione dei modelli disfunzionali passati e lo sviluppo di modelli più costruttivi all'interno e all'esterno della relazione terapeutica, viene incoraggiata l'autonomia del paziente. Ai concetti di "fase di cura" e di "termine" viene contrapposto un modello in cui ad una "fase acuta" del trattamento segue una "fase di mantenimento" nella quale il cliente consolida l'apprendimento intellettuale ed emotivo e sposta il "luogo" nel quale il cambiamento avviene dall'ambito terapeutico al contesto della sua esistenza, divenendo il terapeuta di se stesso.

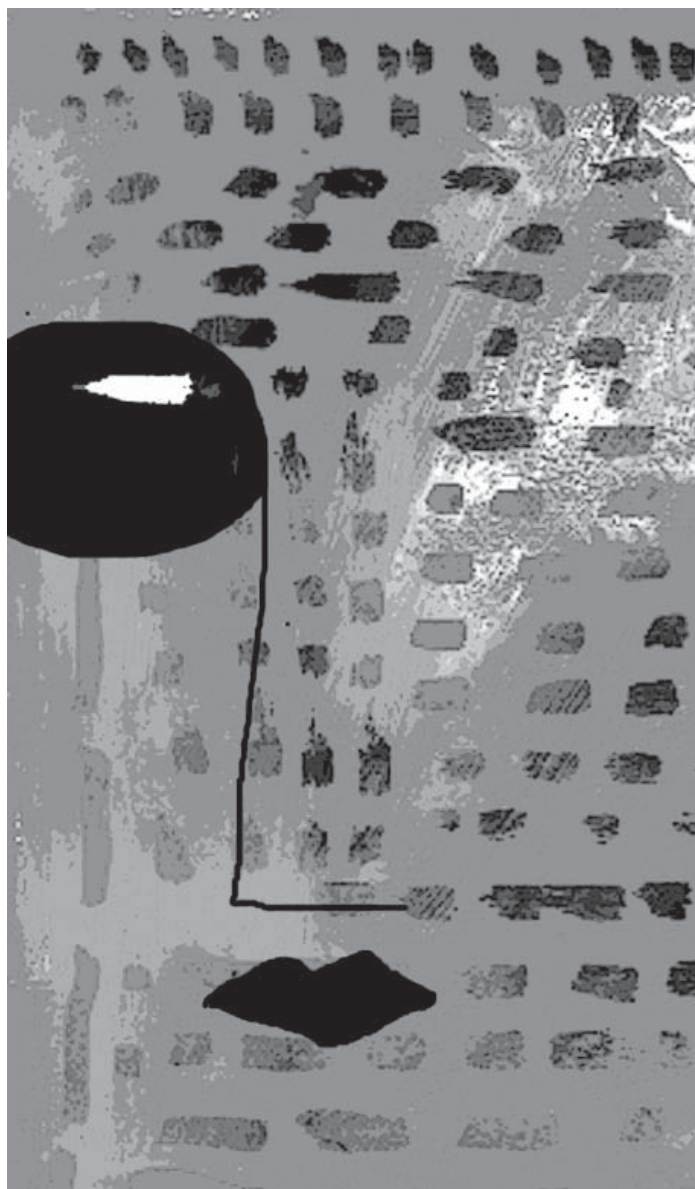
Un elemento importante nella pratica della terapia breve è la capacità di creare, affinché i nuovi modelli siano rapidamente interiorizzati, una varietà di contesti, alcuni all'interno delle sedute, altri all'esterno, intensificando il processo descritto da Freud come *working thought*. Talora le sedute nell'ultima fase sono distanziate per permettere all'utente nella vita reale l'opportunità di sviluppare insights, capacità ed esperienze originate nel setting terapeutico.

I principali agenti di cambiamento sono l'ampliamento della conoscenza, della consapevolezza e della comprensione e l'apprendimento esperienziale (Levenson, 2004) o *esperienza emotiva correttiva* (Alexander, 1946). Per quanto riguarda l'apprendimento esperienziale, le differenti forme di terapia breve propongono diverse tecniche utili quindi da una parte ad evocare a livello intellettuale ed emotivo i modelli problematici nel "qui e ora" della situazione terapeutica, dall'altra a fornire la possibilità di rielaborarli secondo modalità più costruttive e generare un'esperienza di padronanza. L'esperienza nuova, nel senso di più funzionale e sana, che comprende una componente intellettuale, affettiva e di azione e che risulta da una serie di esperienze all'interno e all'esterno della relazione terapeutica, è quindi alla base dell'apprendimento esperienziale e, come conseguenza, il paziente diviene in grado di abbandonare i vecchi modelli e svilupparne dei nuovi. Si evita quindi che l'attivazione degli antichi modelli diventi una replica di ciò che già avviene nella vita del paziente.

Lo schema concettuale. Considerazioni generali e presentazione di un modello ad orientamento psicoanalitico

Premessa

Uno dei problemi più complessi per coloro che operano nel campo della terapia breve è relativo allo schema concettuale: quali caratteristiche deve possedere e a quali esigenze rispondere per dare una garanzia di validità e di efficacia. Un primo



*Un elemento importante nella pratica della terapia breve è la capacità di creare, affinché i nuovi modelli siano rapidamente interiorizzati, una varietà di contesti, alcuni all'interno delle sedute, altri all'esterno, intensificando il processo descritto da Freud come *working thought*.*

Le “fasi della vita” possono in sintesi essere definite come l’insieme di due processi: quelli correlati alle richieste della realtà attuale e quelli correlati al sorgere di nuovi bisogni interni. Entrambi richiedono lo sviluppo di nuovi modelli di risposta, espressione delle strutture del sé più mature che comprendono prospettive attuali e comportamenti flessibili: l’emergere di nuove capacità, di nuovi modi di regolare e dare una risposta ai bisogni emergenti, di nuovi atteggiamenti, di nuovi valori, ne sono un esempio.

rilievo riguarda l’importanza determinante del fatto che i parametri fondamentali siano specificamente finalizzati alla brevità dell’intervento e non ripresi direttamente da quelli dei modelli teorici e tecnici con scopi differenti, ad esempio per interventi a lungo termine, anche se naturalmente viene utilizzato il loro apporto. Un secondo rilievo riguarda il fatto che dallo schema concettuale possano essere tratti corretti criteri di indicazione e controindicazione. Tali criteri infatti sono in parte comuni a tutti gli interventi brevi in parte altamente specifici per ogni modello proposto.

Integrazione del modello psicoanalitico ed evolutivo

Quanto all’approccio teorico, una delle più interessanti innovazioni nel campo psicoanalitico riguarda l’integrazione (Gould, 1978; Bash, 1995) della teoria psicoanalitica con il modello evolutivo e le teorie del ciclo della vita, reciprocamente fonte di informazioni rispetto alla comprensione delle origini del comportamento adattativo, disadattativo e delle cause del suo permanere, infine dei processi di trasformazione e di cambiamento. A livello clinico la dimensione evolutiva è utilizzata come completamento della teoria e della metodologia della psicoanalisi e l’intervento psicoterapeutico è rivolto a modificare i fattori che ostacolano il corso normale del processo evolutivo.

Il modello evolutivo. (Cicchetti 1995, Cummings 1991-2000)

Il modello evolutivo propone uno schema generale secondo il quale il corso dello sviluppo presenta diverse vicissitudini e talora una rottura dell’equilibrio dei sistemi di auto-regolazione e adattativi. Tali rotture sono dovute a trasformazioni personali o nel contesto dell’esistenza, ad una situazione di realtà, a un passaggio evolutivo nel corso della vita, alla necessità di un nuovo modello comportamentale, ad un cambiamento nelle condizioni interne dell’individuo. Queste ultime sono relative ad un nuovo bisogno affettivo, all’esigenza di un diverso modello di valori, al desiderio di un livello migliore di funzionamento o di adattamento o di una qualità più soddisfacente dell’esistenza, quindi a quello che è percepito come una minaccia o un pericolo nel senso di una perdita, oppure all’aspettativa di una possibilità nuova, nel senso di un’acquisizione. In altre parole la causa precipitante della crisi evolutiva può essere un evento biologico con correlati psicologici e sociali, una richiesta dell’ambiente esterno, una conflittualità personale o interpersonale o l’emergere di nuove esigenze soggettive. Questa crisi è definita “normativa”, in quanto è inevitabile nel corso dell’esistenza e nelle sue diverse fasi, ed esige sempre la capacità individuale di trovare soluzioni per promuovere il cambiamento strutturale e funzionale necessario. È quindi anche definita “sfida evolutiva”, per sottolinearne il potenziale progressivo: causa infatti una tensione evolutiva, una motivazione a trovare una soluzione e un conflitto evolutivo, determinato nei suoi termini più generali dalla paura del cambiamento. Il risultato di questo processo può essere una maggiore integrazione strutturale, lo sviluppo di nuove funzioni, un cambiamento positivo nell’immagine di sé e nell’identità, oppure un disturbo o un arresto evolutivo, che si manifestano con problematiche nel funzionamento, nella vita affettiva, cognitiva, professionale, relazionale e nel mantenimento dell’autostima e che possono dar luogo a formazioni sintomatiche e psicopatologiche.

La teoria del ciclo della vita

Completa lo schema concettuale evolutivo. Le fasi della vita possono in sintesi essere definite come l’insieme di due processi: quelli correlati alle richieste della realtà attuale e quelli correlati al sorgere di nuovi bisogni interni. Entrambi richiedono lo sviluppo di nuovi modelli di risposta, espressione delle strutture del sé più mature che comprendono prospettive attuali e comportamenti flessibili: l’emergere di nuove capacità, di nuovi modi di regolare e dare una risposta ai bisogni emergenti, di nuovi atteggiamenti, di nuovi valori, ne sono un esempio. Le fasi della vita sono state descritte da vari autori, tra i primi Erikson (1950). A livello generale ho

trovato utile considerare due fasi principali: *la fase della crescita, infanzia, prima e media adolescenza*, che è caratterizzata dal passaggio dalla dipendenza all'autonomia e nella quale il compito evolutivo più importante è collegato con il passaggio da ciò che è noto e familiare a ciò che è nuovo e non conosciuto; *la fase della stabilizzazione, tarda adolescenza ed età adulta*, nella quale l'individuo deve trovare una soluzione all'ambivalenza che deriva dal compimento della crescita e dalla dimensione della stabilizzazione. La consapevolezza di aver raggiunto una stabilità nelle proprie realizzazioni personali e professionali, infatti, porta l'individuo a confrontarsi, accanto al lato positivo di ciò che ha acquisito, anche con il lato negativo dei limiti che questo comporta. Un individuo non può avere tutto, essere in grado di realizzare ogni finalità, essere dotato di capacità illimitate. Il conflitto è cioè, in questo caso, collegato alla dissonanza tra la realtà limitata del sé e l'immagine ideale senza limiti del sé. Conciliarle è essenziale e questo a sua volta permette di riconoscere pienamente le proprie effettive potenzialità e le reali opportunità presenti nel contesto della propria esistenza. Ma ciò non avviene senza un'esperienza di angoscia che deve essere elaborata e risolta.

Il modello psicoanalitico

Permette di esplorare, a partire dal tipo di conflitti intrapsichici inconsci, le cause che hanno determinato disturbi nel corso dello sviluppo di quel particolare individuo, e di comprendere perché si è verificato ad un certo punto dell'esistenza un fallimento nell'affrontare gli eventi interni ed esterni e le vicissitudini legate al ciclo della vita. Il punto di vista psicoanalitico permette quindi di capire se e perché le strutture psichiche sono coinvolte in un conflitto e mantengono l'inibizione di una o più funzioni. Attraverso il punto di vista psicoanalitico è anche possibile comprendere se sono presenti assunti o conclusioni relative al sé, agli altri, all'esistenza e al tempo (nelle dimensioni del passato, del presente e del futuro) che non hanno avuto un'evoluzione, derivano dal passato e mantengono il passato come riferimento, per cui la realtà presente, propria ed esterna, non viene differenziata dalla passata che inevitabilmente la confonde, provocando distorsioni.

Il conflitto evolutivo e il conflitto intrapsichico

Il corso dello sviluppo normale presenta quindi, inevitabilmente, per la concomitanza dei fattori sopra descritti, una sequenza di dilemmi e di conflitti definiti come "evolutivi". Il conflitto infatti viene considerato nelle sue caratteristiche di agente di cambiamento: determinato da nuove esigenze che chiedono nuove risposte, promuove un processo che è, nella sua essenza, dialettico. Infatti, come sottolinea la prospettiva dialettica (Riegel, 1975), tale processo avviene mediante un dialogo che valuta, per risolverle, le contraddizioni presenti nei sistemi di idee e di emozioni in opposizione, ad esempio valuta perché alcuni derivano dal passato, altri dall'attualità. Il dialogo agisce cioè da "intermediario" e rende possibile conciliare le conflittualità in una nuova organizzazione dei significati dell'esperienza e questo permette di passare da uno stato all'altro, per esempio, dall'ignoranza alla conoscenza, dalla dipendenza all'indipendenza, dal narcisismo alla reciprocità.

Talora la risoluzione del conflitto evolutivo è ostacolata dalla presenza di un conflitto intrapsichico inconscio e dalla persistenza di modelli adattativi appartenenti a fasi della vita precedenti, ma inadeguati rispetto all'attualità. È quindi necessaria una "unità di lavoro evolutivo" affinché l'individuo raggiunga un'adeguata consapevolezza degli aspetti inconsci e legati al passato della sua realtà interna e della motivazione del loro persistere. Questo permette il recupero del ruolo del conflitto come agente di cambiamento attraverso un processo dialettico e l'individuo è in grado di riprendere il processo di sviluppo naturale e la capacità di mettere in atto un adattamento più flessibile rispetto alle esigenze della realtà presente.

Talora la risoluzione del conflitto evolutivo è ostacolata dalla presenza di un conflitto intrapsichico inconscio e dalla persistenza di modelli adattativi appartenenti a fasi della vita precedenti, ma inadeguati rispetto all'attualità. È quindi necessaria una "unità di lavoro evolutivo" affinché l'individuo raggiunga un'adeguata consapevolezza degli aspetti inconsci e legati al passato della sua realtà interna e della motivazione del loro persistere.



Il processo di modificazione del sé, nel quale la coscienza infantile che interferisce col processo di sviluppo è trasformata in quella adulta, comporta un'inevitabile conflitto con una parte del sé, in cui dominano le illusioni e le paure infantili, l'ansia e la rabbia di fronte al cambiamento richiesto dai nuovi compiti evolutivi, che esigono una modificazione nel rapporto con i propri bisogni e l'oggetto del bisogno.



Le tecniche

Quelle principali a questo fine sono l'interpretazione e l'esperienza emotiva correttiva.

- **Interpretazione:** fornisce informazioni sul perché esista al momento attuale una difficoltà a completare un compito evolutivo importante, portando alla consapevolezza ciò che è inconscio. Di conseguenza è uno strumento che permette un confronto tra due punti di vista sulla realtà in contraddizione: da un lato le "prospettive" determinate dall'esperienza passata, specie quella infantile, dall'altra le diverse e spesso contrastanti "prospettive" attuali, che derivano dall'esperienza adulta. Tale consapevolezza trasforma l'antica visione della realtà in una nuova, modificando gli aspetti illusori del sistema di sicurezza; questo dà all'individuo la possibilità di capire che agire in modo "antico" non è sorretto da valide ragioni, ma da paure e desideri basati sull'esperienza del passato.
- **Working-through:** è limitato alla fase durante la quale il nuovo comportamento è sperimentato in prevalenza come paura rispetto a nuove realizzazioni; avviene all'interno ma anche all'esterno della relazione terapeutica.
- **Esperienza emotiva correttiva:** aumenta la consapevolezza del paziente sia di come riproduce modelli passati sia delle differenze tra "ora ed allora". Diverse sono le risposte del terapeuta rispetto alle più antiche esperienze relazionali e diverse sono le risorse del soggetto rispetto al passato. Ciò favorisce lo sviluppo di nuovi aspetti del sé, quindi di un cambiamento strutturale e di nuove funzioni così come di nuove modalità relazionali nel rapporto sia con sé stesso sia con gli altri.

Quanto detto sopra permette di introdurre l'importante discorso relativo ai criteri di indicazione e controindicazione che approfondirò in seguito. Un intervento psicoterapeutico breve è indicato quando è possibile identificare un conflitto intrapsichico principale che ostacola la risoluzione del conflitto evolutivo. L'elaborazione del conflitto intrapsichico permette quindi di recuperare e sviluppare risorse e capacità per procedere nel corso naturale dello sviluppo.

In conclusione, il processo di modificazione del sé, nel quale la coscienza infantile che interferisce col processo di sviluppo è trasformata in quella adulta, comporta un'inevitabile conflitto con una parte del sé, in cui dominano le illusioni e le paure infantili, l'ansia e la rabbia di fronte al cambiamento richiesto dai nuovi compiti evolutivi, che esigono una modificazione nel rapporto con i propri bisogni e l'oggetto del bisogno. Ogni nuovo passo evolutivo che definisce il sé in modo nuovo, mobilita all'inizio un conflitto causato dal persistere, accanto a strategie di sicurezza più mature, di altre basate su assunti infantili, opinioni immature, comportamenti irrazionali, regole rigide. Il dilemma evolutivo è collegato al conflitto tra il desiderio di mantenere la dipendenza da oggetti esterni ed interni per la propria sicurezza e il proprio funzionamento e il desiderio di perseguire la propria autonomia e definire la propria identità attraverso il riconoscimento dei propri bisogni, finalità, risorse, divenendo "soggetto del desiderio" e "agente". La risoluzione di questa conflittualità permette quindi lo sviluppo di modalità nuove di sicurezza, alla base di un senso di sé e dell'identità che comprende una diversa e più matura "definizione di sé" e una sempre maggiore "proprietà del sé".

Criteri di selezione

Concluderò questo paragrafo con una breve presentazione dei criteri di selezione. In generale per tutte le psicoterapie brevi sono proposte queste principali aree di valutazione:

- la durata del problema, che non deve essere cronico;
- la storia interpersonale: devono esserci elementi per uno sviluppo rapido di un'alleanza terapeutica;

- la gravità del problema, specie se interferisce con molti aspetti della vita del paziente;
- la complessità del problema, con molteplici manifestazioni sintomatiche;
- la capacità di autoriflessione, che permette la comprensione del problema e della sua natura psichica;
- devono essere presenti un'alta motivazione e una bassa resistenza al cambiamento;
- sostegno sociale: condizioni di isolamento e la mancanza della capacità di mantenere relazioni per un elevato grado di angoscia e per paura del rifiuto, dell'abbandono e della perdita, precludono un percorso terapeutico breve che richiede la capacità di instaurare e mantenere relazioni interpersonali.

In particolare per la psicoterapia analitica alcuni fattori precludono la psicoterapia breve analitica; tra i più importanti vi sono l'incapacità di mantenere una relazione stabile, sperimentando un certo grado di dipendenza, di intensità emotiva e di frustrazione senza regressione e l'incapacità di utilizzare il lavoro interpretativo per una comprensione delle origini intrapsichiche e interpersonali delle difficoltà e dei disagi sia nella situazione personale interna sia nelle relazioni.

Criteri differenziali di indicazione per la psicoterapia psicoanalitica e a lungo termine

Per definire i criteri di indicazione per una terapia breve possiamo utilizzare i dati sopra illustrati all'interno delle teorie evolutive e del ciclo della vita. Nel corso dell'esistenza si presentano una serie di conflitti evolutivi, alcuni correlati ad un dilemma evolutivo tipico delle varie fasi, altri ad eventi che mobilitano crisi di sviluppo che possono determinare un movimento progressivo o un disturbo o un arresto evolutivo più o meno grave a causa della presenza di un conflitto intrapsichico. In questo secondo caso è indicato un intervento psicoterapeutico e la terapia breve è indicata rispetto a quella a lungo termine per tutte le situazioni nelle quali, nonostante le difficoltà, l'individuo ha un orientamento prevalente verso il presente e il futuro, in quanto è già in grado di staccarsi dal proprio passato. Possiede già le risorse e la motivazione per riconoscere la illusorietà dei vantaggi che gli vengono assicurati dal mantenimento di una posizione infantile, per progredire quindi sulla via dell'emancipazione dalle dipendenze infantili e per modificare il rapporto con il suo mondo interno, in modo che sia vissuto non più come fonte di ansia ma di sicurezza.

Riporto a questo proposito l'opinione di Bash (1995). Se le acquisizioni del paziente a livello della struttura e del funzionamento non sono sufficienti per mobilitare le risorse interne necessarie per affrontare le sue problematiche, è necessario rintracciare le linee di sviluppo, elaborare le difese inconsce nel transfert e lavorare sulle resistenze, utilizzando la psicoanalisi classica, trattamento elettivo quando i problemi sono collegati alla sessualità infantile ed edipici, elaborabili solo all'interno dell'analisi della nevrosi di transfert. Altri pazienti, invece, presentano problemi derivanti da varie forme di "aggressione" allo sviluppo affettivo precoce e alle connesse difficoltà relazionali e in essi coesistono aree di non competenza e aree di risorse, tali da rendere possibile un progresso evolutivo. Sulla base di queste caratteristiche, sostiene l'Autore, cambiamenti evolutivi sono mobilitati in tempi brevi attraverso una tecnica in grado di favorire il progresso della "spirale evolutiva", mediante un approccio che è psicoanalitico, in quanto utilizza l'inconscio e il transfert di modelli di aspettative per affrontare deficit evolutivi e conflitti e rimuovere gli ostacoli all'auto-riflessione.

Le aree che definiscono in modo più preciso i criteri di indicazione per la psicoterapia breve sono quelle proprie del processo di valutazione:

- il bisogno specifico dell'utente: il bisogno cioè che è il prodotto della dinamica paura-difesa dalla paura quindi del conflitto intrapsichico;
- le potenzialità evolutive: devono già essere presenti buone risorse o potenziali-

Se le acquisizioni del paziente a livello della struttura e del funzionamento non sono sufficienti per mobilitare le risorse interne necessarie per affrontare le sue problematiche, è necessario rintracciare le linee di sviluppo, elaborare le difese inconsce nel transfert e lavorare sulle resistenze, utilizzando la psicoanalisi classica, trattamento elettivo quando i problemi sono collegati alla sessualità infantile ed edipici, elaborabili solo all'interno dell'analisi della nevrosi di transfert.

Alcune fonti di resistenza hanno origine nella personalità del terapeuta. Alcune sono collegate a problematiche relazionali, che possono rendere difficile la fase iniziale o finale del rapporto col paziente. Un altro fattore personale importante è il bisogno del terapeuta di sentirsi necessario, che porta a sottovalutare le risorse del paziente e diminuisce la valorizzazione delle sue capacità autonome, così importanti nelle terapie brevi.

tà che il paziente può sviluppare rapidamente per mobilitare il processo di cambiamento terapeutico;

- le resistenze al cambiamento non devono richiedere lunghi tempi di elaborazione. Su tali criteri non posso soffermarmi per problemi di spazio, per cui mi limito a ricordarli, rimandando il lettore interessato al Manuale di Psicoterapia Psicoanalitica Breve (Gislon, 2005) nel quale sono ampiamente trattati. Per la stessa ragione rivolgo lo stesso invito a chi è interessato alla lettura dei casi clinici, di cui nel manuale vengono illustrati l'intero percorso clinico, gli interventi del terapeuta e le tecniche utilizzate.

Il terapeuta e il training

Premessa

L'applicazione della terapia breve richiede una specializzazione mediante un programma di training comprensivo e approfondito e questo vale anche per la psicoterapia breve ad orientamento analitico in quanto non è una forma abbreviata di psicoterapia psicoanalitica a lungo termine ma ha come fondamento una metodologia specifica. È stato dimostrato che psicoterapeuti esperti, che conducono interventi brevi senza un training specifico, non realizzano un trattamento sufficientemente qualificato e spesso vanno incontro ad un fallimento o a scarsi risultati, o ancora, che la psicoterapia si trasforma da breve a lungo termine. Questa anzi è una delle cause della diffusa sensazione in campo psicoanalitico che la terapia breve non funziona o sia di seconda "scelta", da utilizzare quando situazioni pratiche non consentono un trattamento più adeguato. Molti dati tra l'altro contraddicono questo. Anzitutto i dati della ricerca, che in questo campo è facilitata, dato che i vari modelli forniscono spesso manuali e linee guida specifiche. Inoltre bisogna tenere presente il fatto che per anni terapie brevi sono state realizzate come tali dal cliente, che ha "scelto" una durata di 5/8 sedute; più precisamente, secondo uno studio di Garfield (1986), il 70% dei pazienti ha spontaneamente interrotto la psicoterapia circa alla decima seduta e di questi il 50% ha riconosciuto un miglioramento già alla ottava. In genere la maggior parte dei pazienti riceve un trattamento breve con un massimo di 15/20 sedute sia nel contesto pubblico che nel privato (Phillips 1985; Deleon et al. 1991; Cummings 1991). È quindi ipotizzabile che i risultati possono essersi molto maggiori se la terapia breve viene realizzata secondo una metodologia precisa.

Le resistenze del terapeuta

Un'ulteriore condizione, che si è rilevata indispensabile per l'apprendimento della psicoterapia breve, è che il terapeuta sia in grado di riconoscere chiaramente in se stesso l'esistenza di atteggiamenti ad essa fondamentalmente contrari, che possono derivare da fonti inconse o consapevoli, ma in entrambi i casi sono determinanti per lo sviluppo di resistenze, che hanno una valenza distruttiva per l'apprendimento del metodo e quindi per la sua applicazione. Infatti l'esperienza ha messo in rilievo che l'apprendimento e la pratica della terapia breve richiedono un atteggiamento mentale particolare e specifico e per poterlo assumere il terapeuta deve essere consapevole dell'eventuale presenza di fattori che lo contrastano, sia personali che propri dell'ambiente nel quale opera.

Alcune fonti di resistenza hanno origine da caratteristiche di personalità del terapeuta. Per esempio alcune sono collegate a problematiche relazionali, che possono rendere difficile la fase iniziale o finale del rapporto col paziente, in quanto creano difficoltà nello stabilire rapidamente una relazione positiva o al contrario disagio rispetto ai processi di elaborazione della perdita e del lutto. Un altro fattore personale, che gioca un ruolo determinante, è il bisogno del terapeuta di sentirsi necessario, che può ostacolare non solo il termine del trattamento, ma anche il suo corso, in quanto porta inevitabilmente a sottovalutare le risorse del paziente e diminuisce



La terapia breve privilegia un punto di vista evolutivo, che considera il processo di sviluppo come un processo continuo che prosegue lungo tutto il corso dell'esistenza: nella misura in cui il lavoro terapeutico è stato in grado di rimuovere i fattori che ostacolano un progresso evolutivo, questo potrà avvenire anche in un contesto esterno alla terapia e dopo il suo termine, promosso dalle risorse interne del paziente e dagli eventi importanti della sua vita.

la valorizzazione delle sue capacità autonome, così importanti nelle terapie brevi sin dalla fase iniziale.

Altre fonti di resistenza nascono dal prevalere, nella comunità nella quale il terapeuta opera o nel particolare gruppo cui appartiene, di opinioni e assunti contrari alla psicoterapia breve. Infatti l'esperienza nel campo della psicoterapia ha reso evidente come l'ideale del terapeuta "neutro", in grado di assumere una posizione terapeutica non influenzata dai propri valori, sia un mito, ed è quindi indispensabile che il terapeuta riconosca, analizzi, controlli o neutralizzi gli effetti dei propri schemi di valori dominanti. Ciò vale naturalmente per tutte le categorie di valori ideali, anche per quelli terapeutici, ed è tanto più necessario che vengano chiaramente riconosciuti in quanto, se permangono in relazione ad un tipo di intervento con cui sono in contrasto, ostacolano la ricerca di una metodologia adeguata. Questo è quello che è avvenuto per lungo tempo nel campo della terapia breve. Uno di questi ideali si esprime con l'opinione che "la psicoterapia lunga sia comunque meglio", collegato ad una sorta di perfezionismo terapeutico, che spesso deriva da una idealizzazione dei trattamenti psicoterapeutici a lungo termine e in profondità e che si riflette in un elevato livello di ambizioni rispetto alle finalità del trattamento. Questo può essere definito un "pregiudizio", un'opinione preconcepita, e deriva da una serie di fattori. Uno di questi ha origine nei valori tramandati dal training psicoanalitico, un secondo dal fatto che non viene data l'importanza dovuta e né lo spazio adeguato ai criteri di indicazione e controindicazione, che insegnano che non esistono interventi migliori di altri ma tutti gli interventi, quindi anche l'intervento breve e quello a lungo termine, hanno un valore uguale per i diversi tipi

L'integrazione del modello psicoanalitico ed evolutivo è una delle condizioni che permette l'intervento breve: la psicoterapia breve, in tutti i casi nei quali vi sono le indicazioni, è in grado di rimuovere in tempi brevi ciò che impedisce il corso naturale dello sviluppo e permette al paziente sia di divenire il terapeuta di se stesso, sia di continuare a sviluppare il proprio potenziale evolutivo in modo autonomo.

di pazienti per cui sono indicati; un terzo fattore infine è collegato al clima proprio di certe comunità "scientifiche" il cui orientamento dominante si basa su gerarchie rigide di valori e se queste non comprendono certi tipi di terapie, chi le applica può sviluppare un senso di insicurezza rispetto al proprio ruolo professionale. Si verifica cioè in tutti questi casi una confusione tra gli interessi dei pazienti e quelli del terapeuta e la conseguenza è che esiste una terapia ideale e non un utente che ha bisogno di un certo tipo di terapia. Una fonte di resistenza correlata riguarda l'esistenza di specifici ideali riguardo al tempo considerato necessario perché un autentico cambiamento terapeutico abbia luogo; questa resistenza inevitabilmente induce un atteggiamento negativo rispetto ai tipi di trattamento che prevedono tempi contenuti, per cui si tende a pensare che vengano adottati a causa di condizioni esterne sfavorevoli e solo come conseguenza di una triste necessità.

Il terapeuta che vuole apprendere a condurre una terapia breve deve essere quindi consapevole che la diversità che contraddistingue in questo campo i due modelli di intervento a breve e a lungo termine non implica una differenza di valore terapeutico. Fondamentalmente diverso è poi il valore attribuito al contesto del cambiamento. Questo nel caso di terapie psicoanalitiche a lungo termine viene considerato necessariamente legato alla relazione terapeutica, quindi non può avvenire un cambiamento veramente significativo nel paziente né a causa di relazioni o eventi nella vita quotidiana né dopo la fine della terapia. La terapia breve invece privilegia un punto di vista evolutivo, che considera il processo di sviluppo come un processo continuo che prosegue lungo tutto il corso dell'esistenza: nella misura in cui il lavoro terapeutico è stato in grado di rimuovere i fattori che ostacolano un progresso evolutivo, questo potrà avvenire anche in un contesto esterno alla terapia e dopo il suo termine, promosso dalle risorse interne del paziente e dagli eventi importanti della sua vita. Il concetto stesso di psicoterapia del resto è fondamentalmente diverso in quanto coloro che hanno studiato l'intervento breve e le sue possibilità di applicazione, pur ritenendo la psicoterapia positiva e utile nella gran maggioranza dei casi che presentano disagi o disturbi, considerano anche il fatto che talora può essere inutile, talora dannosa. Inoltre la terapia non è la parte più importante della vita del paziente; al contrario, anche durante il corso del trattamento, "essere nel mondo" è più importante che "essere in terapia".

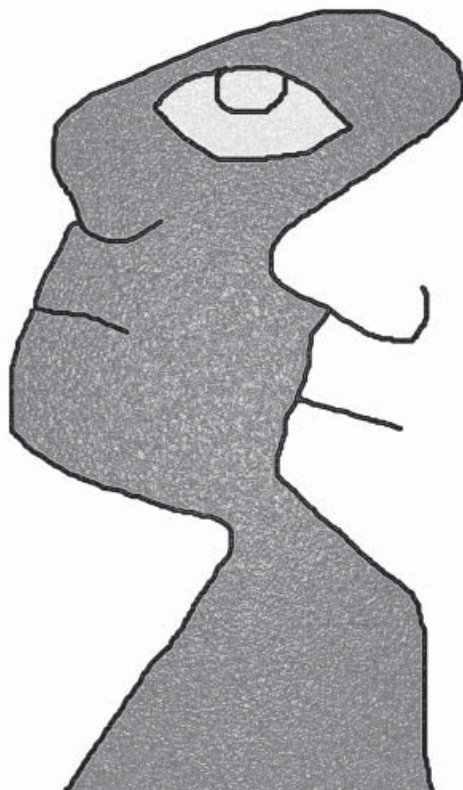
Conclusioni

In generale la psicoterapia breve è tale non per "difetto" ma per "progetto" (Dewan 2004), cioè perché è possibile individuare un obiettivo riconosciuto come focus del trattamento e utilizzare strategie e tecniche che intensificano gli elementi che facilitano il cambiamento in ogni psicoterapia. In particolare la terapia psicoanalitica può essere breve in tutti i casi in cui ce ne sono le indicazioni, cioè quando esiste un obiettivo circoscritto su cui lavorare e l'utente ha buone potenzialità evolutive e basse resistenze al cambiamento. È breve in quanto si utilizzano gli strumenti della psicoanalisi ma integrando fin dall'inizio il lavoro analitico con il focus sulla realtà attuale e sul futuro con la finalità di modificare i fattori che ostacolano il processo evolutivo. Questo permette di considerare da altri punti di vista una delle tipiche critiche ad essa rivolta, di essere limitata e superficiale nei risultati. L'integrazione del modello psicoanalitico ed evolutivo è una delle condizioni che permette l'intervento breve: lo sviluppo ha luogo durante il corso dell'esistenza senza la mediazione terapeutica, per cui la psicoterapia breve, in tutti i casi nei quali vi sono le indicazioni, è in grado di rimuovere in tempi brevi ciò che impedisce il corso naturale dello sviluppo e permette al paziente sia di divenire il terapeuta di se stesso recuperando la capacità di affrontare le vicissitudini interne ed esterne che accompagnano il corso dell'esistenza, sia di continuare a sviluppare il proprio potenziale evolutivo in modo autonomo.

* Psicoanalista, psicoterapeuta cognitiva, Direttore Didattico Scuola di Psicoterapia Breve Integrata (Murst 12-06-0, Milano) – www.iserdip.it.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander F. & French T. (1946), *Psychoanalytic therapy. Principles and application*. Ronald Press, New York.
- Bash M. F. (1995), *Doing brief psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Bohart A. C. (2000), *Issue Editor – The client as active self – healer: implication for integration*. Journal of Psychotherapy Integration, Kluwer Academic Publishers, New York.
- Cicchetti D. (1995), *Developmental psychopathology*. Kohen D. Y. Editor, Vol. 1 – Vol. 2, Willey, New York.
- Cummings N. (1991), *Intermittent Therapy Throughout Life cycle*. Professional Psychology: Research and Practice, 22.
- Cummings N. et al. (2000), *Developmental Psychology and Family Process. Theory Research and clinical implications*. The Guilford Press, London.
- Deleon P. H. et al. (1991), *Managed mental health care: A history of the federal policy initiative*. Professional psychology, Research and Practice, 22.
- Dewan M. J., Steenbarger B. N., Greenberg R. P. (2004), *The art and science of brief psychotherapy*. G. O. Gabbard Series Editor, American Psychiatric Publishing Inc. Washington, D. C. London.
- Erikson E. H. (1950), *Infanzia e Società*. Armando, Roma 1966.
- Garfield S. L. (1986), *Research on client variables in psychotherapy*. In: S. L. Garfield e A. E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. (3° ed.) Wiley, New York.
- Gislon M. C. (2005), *Manuale di psicoterapia psicoanalitica breve*. Società Editoriale Dialogos – ISeRDip, Milano.
- Gould R. L. (1978), *Transformation: Growth and change in adult life*. Simon & Schuster, New York.
- Levenson H. (2004), *Time – Limited Dynamic Psychotherapy: formulation and intervention in Dewan et. Al.* (2004) American Psychiatric Publishing Inc. Washington, D. C. London.
- Phillips et al. (1985), *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice*. Erlbaum, Hillsdale NJ.
- Riegel K. F. (1975) *Adult life crisis: a dialectic interpretation of development*. In: Life Span Developmental psychology: normative life crisis ed. N. Datan L. H. Ginsberg, Academic Press, New York.



Brief psychoanalytic psychotherapy. Presentation of a model

In this paper the Author gives a definition of brief psychoanalytic psychotherapy and she describes the conceptual scheme that contains it: the integration between the psychoanalytic and the evolutive models. Then the Author inspects the main techniques used in this kind of therapy (interpretation, working through, emotional corrective experience), as well as the qualities needed by a therapist, and the selection criteria for potential patients, distinguishing from long and brief term psychotherapy.

link07 *una storia*

Hermann Rorschach (1884-1922)

GIOVANNI CAVADI



Hermann Rorschach (1884-1922)

GIOVANNI CAVADI

Hermann Rorschach nasce a Zurigo l'8 novembre 1884. Primogenito dei tre figli, di Ulrich e Philippine Wiedenkiller, entrambi di Arbon, sul lago di Costanza. Il padre insegnante di disegno e pittore, la madre appartenente ad un'antica famiglia locale; hanno altri due figli, Anna di tre anni più giovane e Paul minore di sette anni di Hermann.

Due anni dopo la famiglia si trasferisce a Schaffhausen, dove il padre viene incaricato dell'insegnamento del disegno nelle scuole primaria e secondaria cantonali. Schaffhausen, capitale del Cantone omonimo e posta sul fiume Reno, era una cittadina di circa 13.000 abitanti che all'epoca conservava ancora il suo aspetto medievale e presentava un certa vivacità culturale. C'erano un teatro, il conservatorio, sale per concerti e per esposizioni pittoriche, un museo con antichità Romane e medievali ed una biblioteca ricca di manoscritti. Qui il giovane Hermann rimane sino al 1904, anno di conseguimento del diploma di maturità. A dodici anni, nel 1897, muore la madre e il padre sposa, successivamente, una sorella della madre. Da questa unione nasce una figlia, e ciò crea in Hermann discordia sia con la matrigna che con la sorellastra.

Il padre muore nel 1903 quando Rorschach non ha ancora 18 anni. Terminati gli studi superiori è incerto se seguire la carriera del padre come artista o dedicarsi alla biologia. Prima di decidere quale facoltà frequentare chiede un orientamento all'illustre naturalista Ernst Haeckel (1834-1919 professore di zoologia a Jena) che lo consiglia di dedicarsi agli studi biologici: alla fine Rorschach decide di studiare medicina.

Haeckel è il biologo che enuncia nel 1868 la legge biogenetica fondamentale: «l'ontogenesi, cioè lo sviluppo dell'individuo è una breve ricapitolazione delle principali tappe della filogenesi, cioè della storia evolutiva della specie».

A 19 anni Rorschach lascia Schaffhausen e studia per circa un semestre geologia e botanica all'Accademia di Neuchâtel, ma nel 1904 decide di iscriversi a medicina a Zurigo. Come era costume in quell'epoca i corsi universitari venivano seguiti in varie sedi universitarie prima di concludersi in quella di partenza. Così anch'egli frequentò medicina presso le sedi di Berlino, Berna e di nuovo a Zurigo. Conosce nel corso di un viaggio in Francia un anziano russo che suscita in lui un forte interesse per quella cultura al punto che, ritornato a Zurigo, frequenta la comunità russa ivi residente e ne studia la lingua. In questa occasione conosce il neurologo C. von Monakow. Nel 1906, dopo un semestre universitario a Berlino, trascorre un paio di mesi in Russia e successivamente conosce all'università una compagna di studi russa, Olga Stempel, originaria di Kazan, che sposerà nel 1910. In quello stesso anno effettua il secondo viaggio in Russia per conoscere la famiglia della giovane sposa. Nell'anno accademico 1907-1908 frequenta l'Università di Zurigo e segue due corsi tenuti da Jung (1865-1961), allora assistente di Bleuler, nel primo semestre sulla *Psicopatologia dell'isteria* e nel secondo semestre estivo un *Corso di psicoterapia*.

Nel 1909 si laurea in medicina, sostiene l'esame di stato e quindi lavora come medico nella clinica cantonale Muensterlingen, nel cantone di Thurgau, sotto la

«Nel primo semestre fui per la prima volta presente ad una autopsia (...). L'anatomia del cervello mi interessava molto e ad essa ricollegavo una serie di riflessioni sulla localizzazione e la radice dello spirito. Il cadavere era quello di un apoplettico; il cervello veniva tagliato in fette trasversali. La notte stessa sognai che il mio cervello veniva sezionato allo stesso modo; una fetta dopo l'altra venivano divise dalla massa degli emisferi e cadevano in avanti, come avevo visto fare durante l'autopsia. Queste sensazioni organiche (non trovo un aggettivo più appropriato) mi erano chiarissime e il ricordo di quel sogno mi è ancor oggi vivamente presente».



guida del neuropatologo von Monakov C. (1853 - 1930) ideatore del termine *diaschisis*, cioè il danno dinamico dell'attività cerebrale. Rorschach vi resta fino al 1913. Va ricordato che nel 1870 il biologo svizzero W. His (1831 - 1904) introdusse l'uso del microtomo per tagliare sezioni seriali indispensabili nelle ricerche di anatomia patologica, istologia e biologia.

Come ricorda Rorschach stesso (1912) «nel primo semestre fui per la prima volta presente ad una autopsia e vi partecipai con la consueta, rispettosa serietà di giovane studente. L'anatomia del cervello mi interessava molto e ad essa ricollegavo una serie di riflessioni sulla localizzazione e la radice dello spirito. Il cadavere era quello di un apoplettico; il cervello veniva tagliato in fette trasversali. La notte stessa sognai che il mio cervello veniva sezionato allo stesso modo; una fetta dopo l'altra venivano divise dalla massa degli emisferi e cadevano in avanti, come avevo visto fare durante l'autopsia. Queste sensazioni organiche (non trovo un aggettivo più appropriato) mi erano chiarissime e il ricordo di quel sogno mi è ancor oggi vivamente presente». Rorschach nel frattempo decide di specializzarsi in psichiatria e frequenta la clinica cantonale universitaria, la famosa Burghoelzli, diretta da Eugen Bleuler (1857 - 1939).

Zurigo nel primo decennio del '900 era un importante centro culturale a livello europeo. La città era la più grande della Confederazione con oltre 170.000 abitanti. Così la descrive la Guida Treves del 1904: «Zurigo va superba per le sue eccellenti scuole dell'Università e del Politecnico. Ma non meno importante è la città per le

sue industrie, specialmente quelle della seta e del cotone... Oltre alle numerose banche e all'edificio della Borsa c'è il Museo Nazionale svizzero, e vicino vari istituti filantropici ed il Circolo degli artisti o Kunstergut con una collezione di quadri... poi il Museum (Società di lettura, nella quale sono ammessi cortesemente i forestieri) e la Biblioteca Civica, la quale comprende 120.000 volumi e 4000 manoscritti ed incunaboli... Il Giardino Botanico e il Museo Industriale di Selnau che contiene una ricca collezione di utensili e prodotti dell'industria... L'Arsenale che contiene una bella armeria con la spada di Zwingli e la balestra di Guglielmo Tell».

Ma Zurigo è anche la cassa di risonanza delle trasformazioni politico sociali della Svizzera nei primi anni del XIX secolo. Nel 1888 viene fondato a Zurigo il Partito Socialista. Nel 1912 viene indetto il primo sciopero generale che parte da Zurigo e si diffonde in tutta la Svizzera tedesca a seguito dell'aumento vertiginoso dei generi alimentari che, nel periodo bellico 1914 - 1918, supera il 130%!

Nel 1916 viene abbandonata la politica dell'*unione sacra* del proletariato con la borghesia. Due anni dopo, nel febbraio, il Comitato di Olten guida il movimento delle rivendicazioni salariali operaie. Nel novembre del 1918 l'esercito occupa la città di Zurigo con il pretesto di prevenire un colpo di stato. L'indignazione generale aumenta a tal punto che viene proclamato uno sciopero che si estende a tutta la Svizzera. Lo sciopero generale, dichiarato illimitato, dura solo tre giorni ma coinvolge 250.000 lavoratori e fa una grande impressione sulla borghesia e sui contadini. Si temette persino un tentativo rivoluzionario, sull'onda della rivoluzione russa, a tal punto che la rappresentanza dell'Unione Sovietica viene espulsa dal paese. Sorgono ovunque milizie armate che si riuniscono nella Federazione patriottica svizzera. Gli uomini, mobilitati come soldati per la protezione delle frontiere, normalmente perdono il loro impiego: una volta esaurito lo stipendio di due settimane, le famiglie si trovano abbandonate a se stesse, per cui molte di esse devono rivolgersi all'assistenza pubblica.

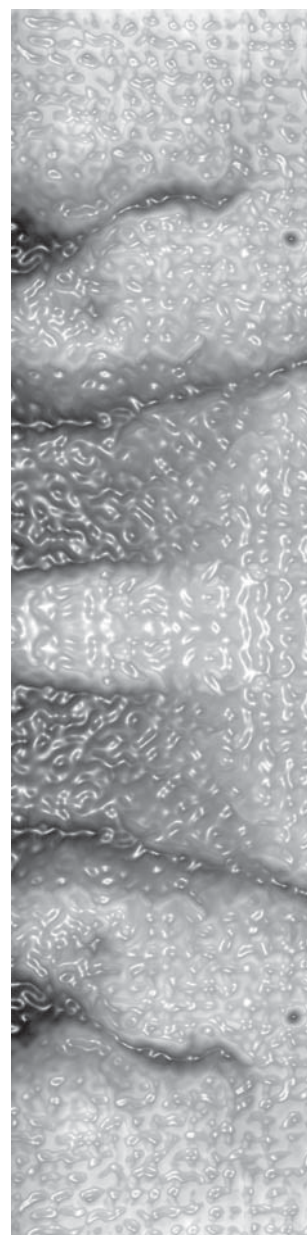
Nel 1919 seguono altri scioperi a Zurigo e a Basilea. In seguito a questi avvenimenti le forze borghesi formano un blocco antisocialista il "blocco borghese-contadino". Le elezioni d'autunno dello stesso anno mettono fine all'egemonia, dopo 70 anni, del partito radicale che perde in entrambe le Camere la maggioranza assoluta di cui disponeva sin dal 1848. I socialisti perdono il 20% dei seggi. Nel 1920 la crisi economica cavalca al punto che i rappresentanti dei contadini propongono l'anno successivo un referendum per l'abolizione delle 48 ore di lavoro settimanale, da poco conquistate dai lavoratori. La proposta viene respinta a maggioranza assoluta da un referendum popolare. Nel 1922 la crisi economica giunge al culmine con 100.000 disoccupati. Lo stato di depressione sociale è tale che la maggioranza degli svizzeri ritiene che la situazione socioeconomica del paese non possa cambiare, per cui o vi si adattano o espatriano. Nel 1925 l'eco dello sciopero generale porta ad una legge che sancisce la settimana lavorativa di 48 ore e il principio dell'assicurazione per la vecchiaia e l'assistenza pubblica per i disoccupati.

Il tradizionale predominio della Svizzera tedesca, dovuto alla preponderanza demografica e alla superiorità economica, orienta molti intellettuali decisamente verso la Germania e l'Austria, e viceversa, dal punto di vista delle idee e delle simpatie politiche e culturali.

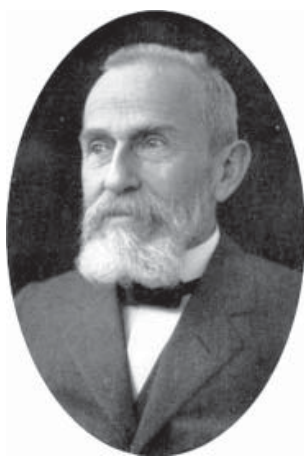
In questo ambiente e clima sociale si inserisce la presenza del manicomio cantonale, la famosa Clinica universitaria Burghoelzli, situata sulla riva sinistra del lago di Zurigo, alla periferia della città.

Inaugurata nel 1870 viene soprannominata la "Bastiglia di Zurigo". Nel 1900 vi sono ricoverati 203 pazienti assistiti da 4 medici e 76 infermieri; nel 1910 sono già 505 con 5 medici e 107 infermieri. Al termine della prima guerra mondiale, nel 1920, si trovano ricoverati 782 pazienti con 8 medici e 126 infermieri.

Eugene Bleuler, succeduto a A. H. Forel (1848 - 1931) nel 1898, dirige la clinica fino al 1927. Questa diviene luogo di riferimento per la psichiatria europea dell'epoca, per cui è corretto affermare che il gruppo di Zurigo ha dato «un contributo essenziale alla trasformazione della psichiatria in un movimento di portata mondiale». Bleuler, un nativo del cantone, per favorire una relazione empatica con i suoi pazienti utilizzava il dialetto locale. Nella Svizzera tedesca la lingua culturale ufficiale, l'alto



**La Clinica
universitaria
Burghoelzli, situata
sulla riva sinistra del
lago di Zurigo, alla
periferia della città, è
inaugurata nel 1870.
Verrà soprannominata
la "Bastiglia di
Zurigo" e diventerà
un luogo di
riferimento per la
psichiatria europea
dell'epoca.**



Eugene Bleuler

tedesco, si impara a scuola. Nella quotidianità gli abitanti parlano vari dialetti, molto diversificati da regione a regione, che nella grammatica e nella pronuncia rinviano all'alto tedesco medioevale e vengono riassunti nel termine sommario di "svizzero tedesco".

Zurigo è la sede non solo del famoso Burghoelzli, ma anche dell'Istituto per la Psicologia applicata, in cui si tengono corsi di addestramento di psicologia pratica, e del Seminario per l'educazione terapeutica di Hans Hanselmann, che si propone di formare insegnanti specializzati nel trattamento terapeutico degli allievi. «A Zurigo e nei dintorni della città abbondavano a tal punto gli psicologi e gli psicoterapeuti - scrive Ellenberger (1986) - che il lago di Zurigo divenne noto come lago della Psicologia».

Al Burghoelzli trovano credito le nuove idee di S. Freud (1856-1939) fin dal 1904, quando K. Abraham lavora nella Clinica dove è presente un gruppo di psichiatri, il gruppo psicoanalitico di Zurigo, quali C. G. Jung (1875-1961), L. Binswanger (1881-1966), F. Riklin (1878-1938), A. Maeder e il pastore O. Pfister (1873-1956), gruppo che si disperde alla fine della grande guerra. Altri allievi di Bleuler sono J. Klesi (1883-1980), M. Muller (1894-1980), H. Steck (1891 - 1925) e E. Strauss.

Nel 1904 Jung e Riklin pubblicano uno studio sulle associazioni dei soggetti normali «...all'inizio abbiamo raccolto associazioni di un gran numero di persone normali con l'intenzione di esaminarne dapprima le reazioni per vedere se siano soggetti a qualche legge; e in un secondo momento, di scoprire se vi sono anche schemi individuali, vale a dire se sia possibile trovare tipi definiti di reazione...».

Nel 1906 M. Eitingon, allievo di Bleuler, viene mandato a Vienna «affinché apprenda alla fonte qualcosa di più della psicanalisi e appuri che cosa poteva imparare uno psichiatra da Freud e dalla sua teoria». Egli partecipa come ospite ad alcune riunioni del "gruppo del mercoledì". Nello stesso anno il neurologo Otto Veraguth modifica i circuiti elettrici necessari per ottenere il riflesso psicogalvanico (RPG), ottenendo la stessa gamma di reazioni descritte dal russo Tarchanoff. Jung accoppia il RPG con la tecnica delle associazioni verbali dimostrando sperimentalmente il rapporto esistente tra risposte galvaniche e risposte verbali insolite nel comportamento associativo Binswanger, assistente di Bleuler, nel 1907 discute la tesi di dottorato con Jung *Sui fenomeni psicogalvanici con l'esperimento di associazione*. Nello stesso anno Jung e lo psichiatra americano Peterson svolgono delle ricerche in cui si studiano soggetti normali e patologici sui concomitanti cambiamenti respiratori. Gli studi «suggeriscono che i quadri psicopatologici sono sempre dovuti a problemi motivazionali o complessi... Questi fattori psichici costituiscono la causa di quei fenomeni corporei che sono rilevati col poligrafo e dei fenomeni verbali che emergono nel test di associazione» (Maher, 1990). Su impulso di Jung si costituisce la *Società Freud*, che si riunisce al Burghoelzli, presieduta da Bleuler, di cui fanno parte, tra gli altri, Binswanger, Riklin, Maeder e E. Claparède.

Nel 1908 a Salisburgo gli "amici della psicoanalisi" fondano la rivista *Jahrbuch fur psychopathologische und psychoanalytische Forschungen* che ha come editori Bleuler e Freud, ma la direzione viene affidata a Jung che nel Congresso dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale di Norimberga (1910) viene eletto presidente. Nel settembre lo stesso Freud è ospite per qualche giorno al Burghoelzli. Nel 1910 Bleuler pubblica *La psicoanalisi di Freud*, un saggio in difesa della psicoanalisi. Nel 1911 Bleuler trasforma il concetto di Kraepelin di *dementia precox* ed elabora quello di schizofrenia. Da allora fino quasi alla fine della guerra mondiale transiteranno per periodi più o meno lunghi al Burghoelzli la psicoanalista polacca Eugénie Kutner Sokolnick (1884 - 1934) che lavora con Jung dal 1911 al 1913, la psicoanalista Sophie Morgenster (1875 - 1940) ed Eugène Minkowski, assistente di Bleuler dal 1914 al 1915.

Nel 1912 Rorschach svolge la tesi di dottorato in psichiatria sotto la supervisione di Bleuler, del quale era stato allievo, benché non avesse fatto parte dell'équipe del Burghoelzli.

Nell'aprile del 1913 Rorschach lascia Munsterlingen e lavora provvisoriamente nella clinica Munsingen di Berna. Poi nel dicembre del 1913 lascia la Svizzera e torna per la terza volta in Russia dove esercita come medico nel sanatorio di Krukovo, nelle

vicinanze di Mosca, ma vi rimane per soli sette mesi e nel luglio del 1914 ritorna a Berna dove lavora nella clinica cantonale Waldau dove ha come collaboratori W. Morgenthaler e E. Frankhauser fino al 1915.

Al rientro in Svizzera, dopo il soggiorno in Russia, Rorschach incomincia ad interessarsi allo studio delle sette religiose svizzere e ad alcuni dei suoi fondatori, in particolare Binggeli e Unternaehrer; ne seguono una serie di lavori ed articoli. I profeti di queste sette predicavano tutte l'incesto, e uno dei fondatori era stato internato nel manicomio di Muensingen. Apparivano a Rorschach come «dei nevrotici o degli psicotici, la cui mitologia esprimeva in maniera comunicativa, i complessi personali e i prototipi dell'inconscio» (Anzieu).

Secondo un recente studio Rorschach, oltre ad essere interessato alle sette religiose locali, avrebbe studiato in modo approfondito il pensiero degli gnostici «parallelamente a Jung, che considera tale pensiero come scaturito direttamente dalle forze dell'inconscio».

Nel 1916 Rorschach ottiene l'incarico di medico capo presso la clinica psichiatrica cantonale di Herisau, dove rimane fino alla sua prematura scomparsa. L'anno successivo sua moglie dà alla luce un figlio, Wadin e nel 1919 una figlia, Elisabeth. In quest'ultimo anno Rorschach partecipa all'atto costitutivo dell'Associazione Psicoanalitica Svizzera, su iniziativa di Pfister ed Oberholzer, ne assume la carica di vicepresidente e contribuisce alla sua attività con alcune comunicazioni scientifiche. Quando Rorschach lesse la sua ultima comunicazione alla Società svizzera di psicoanalisi, il 18 febbraio 1922, il suo metodo interpretativo del reattivo si stava sviluppando in direzione della fenomenologia, sotto l'influenza di Binswager.

Nel 1921 pubblica *Psychodiagnostik*.

Hermann Rorschach muore il 2 aprile 1922 per una grave e diffusa peritonite, a soli 37 anni.

Dopo il soggiorno in Russia, Rorschach incomincia ad interessarsi allo studio delle sette religiose svizzere; ne seguono una serie di lavori ed articoli. I profeti di queste sette apparivano a Rorschach come «dei nevrotici o degli psicotici, la cui mitologia esprimeva in maniera comunicativa, i complessi personali e i prototipi dell'inconscio» (Anzieu).

Il test delle macchie di inchiostro

Prima di Rorschach già Binet e Henry (1895), Dearbon (1898), Sharp (1899), Kirkpatrick (1900), Pyle (1913), Whipple (1914), Hens (1917), Parsosns (1917) hanno segnalato l'interesse che offre l'esperienza delle macchie di inchiostro per lo studio del processo immaginativo e della creatività. In Russia Rybakoff (1911) cercò di determinare la ricchezza dell'immaginazione attraverso un test di 8 macchie.

Nel 1900 la casa editrice Stockes Company di New York pubblicava il libro di Cecil Henland intitolato *The ghosts of my friends*. Il libro si apriva con una breve istruzione per l'uso: «Fate la vostra firma lungo la piegatura del foglio con il pennino ben intinto nell'inchiostro. Poi ripiegate la pagina senza usare carta assorbente». Tranne questa breve istruzione il libro si componeva solo di pagine bianche. Questo libro-test usava delle macchie derivate direttamente dalla scrittura stessa del paziente, la quale veniva considerata una espressione di fattori della personalità.

Nel 1911 Rorschach fece i primi tentativi con la "klecksographie", il gioco che i ragazzi facevano nel comporre delle figure piegando un foglio su cui era stato schizzato dell'inchiostro. Svolse questi esperimenti con l'amico e compagno di scuola Konrad Gehring che le sottopose ai suoi allievi di Altnau, cittadina del cantone di Thurgau. Klexographien è anche il titolo di un libro di Kerner, pubblicato nel 1857, nel quale descrive un passatempo che consisteva nel fare delle macchie di inchiostro su un foglio di carta e attribuendo alle figure delle forme fantastiche; poi sotto ogni figura così ottenuta scriveva dei versi. Questi disegni erano dei mostri e degli spettri ai quali l'autore attribuiva una dimora nell'Ade.

Queste prime ricerche tentavano di differenziare soggetti più o meno dotati nell'immaginazione e non si proponevano di creare una nuova tecnica. Rorschach però intuì che la modalità di interpretazione delle macchie può fornire delle indicazioni sulla struttura della personalità del soggetto.

Nel 1917 lo psichiatra polacco Szymon Hens sviluppò e pubblicò un test di macchie d'inchiostro, nella dissertazione di dottorato. Questo fatto mise in allarme Rorschach che si decise a pubblicare, in tutta fretta, i risultati del suo lavoro. Difatti le



Nel 1911 Rorschach fece i primi tentativi con la "klecksographie", il gioco che i ragazzi facevano nel comporre delle figure piegando un foglio su cui era stato schizzato dell'inchiostro. Le prime ricerche tentavano di differenziare soggetti più o meno dotati nell'immaginazione e non si proponevano di creare una nuova tecnica. Rorschach però intuì che la modalità di interpretazione delle macchie può fornire delle indicazioni sulla struttura della personalità del soggetto.



tavole, che erano 15, per esigenze editoriali dell'editore Bircher furono ridotte a 10 ed un incidente di stampa diede origine al "chiaroscuro" che non era stato intenzionalmente prodotto da Rorschach. Egli terminò il lavoro nel 1920 che fu pubblicato dal Bircher a Berna nel 1921. Questa casa editrice poi fallì e ciò fu una "inaspettata fortuna" perché il materiale fu rilevato dall'Editore Hans Huber, che con la qualità delle proprie pubblicazioni e mediante alcune recensioni positive, riaccese l'interesse sul test e lo mantenne in vita, anche grazie ai colleghi e agli allievi - seguaci ai quali si devono le successive sistematizzazioni, in particolare Morgenthaler, Obberholzer e Frankhauser. Quest'ultimo, collega nell'ospedale di Waldau, fu il primo ad immaginare un sistema di analogie fra i colori e le emozioni, e Rorschach accettò l'idea di collegare la risposte colore con la vita emotiva, legando il rosso all'impulsività e il blu al controllo di se stessi.

L'originalità di Rorschach rispetto agli studiosi che lo precedettero sta «nell'aver trasformato il significato delle macchie d'inchiostro in un test di personalità e non più di immaginazione e nell'aver trovato una nuova interpretazione: le risposte movimento ad esempio esprimerebbero introversione del soggetto, le risposte di colore l'estroversione» (Anzieu, 1960).

Rorschach riteneva che le percezioni visive sono conservate appena sotto la soglia della coscienza, sotto forme di immagini o cinestesiche; queste percezioni possono essere sia risperimentate coscientemente come percezioni cinestetiche, sia ritradotte inconsciamente in immagini visive. Con questo modello interpretativo fa sue parecchie delle conclusioni di Mourly - Vold (studioso degli effetti delle sensazioni tattili e muscolari sui sogni). Secondo Rorschach il simbolo si manifesterebbe nel «punto di incontro del materiale cinestetico descritto da Vold con i fattori dinamici messi in evidenza da Freud: il materiale cinestesico si proietta nei simboli del sogno, nell'allucinazione riflessa della psicosi, nelle risposte movimento di fronte alle macchie di inchiostro, nella attività creatrici» (Lis, 1998). Esso verrebbe quindi a caratterizzare l'introversione creatrice.

Non possiamo non ricordare che il volume *Psicodiagnostica* fu accolto con freddezza e sfavore dalla Società Tedesca di Psicologia Sperimentale, anche se nella sua introduzione alla *Psychodiagnostik* Rorschach scrive «Nelle pagine che seguono descriviamo il metodo e i risultati in corso di una esperienza psicologica che, malgrado la sua semplicità, ha dimostrato, da più punti di vista, la prova del suo valore, sia come test di ricerca che come prova di esame. Va poi ricordato che tutto quanto questo lavoro si presenta con una caratteristica eminentemente empirica. I problemi da cui sono partite le prime ricerche di questo tipo (1911) erano di tutt'altro tipo rispetto a quelle a cui ci siamo trovati da affrontare, poco a poco, nel corso delle ulteriori ricerche. Le conclusioni alle quali l'esperienza ci ha condotti devono essere dunque essere considerate piuttosto come dei dati di fatto che delle deduzioni teoriche. Le basi teoriche di queste ricerche sono ancora in gran parte embrionali» (1921).

Il metodo creato da Rorschach non si fonda quindi su una teoria definita della personalità, rispetto ad altri test proiettivi, ad esempio il TAT. Esso costituisce come ha detto Rorschach «una esperienza diagnostica di percezione» che, lontana dal fondare il proprio metodo su un quadro teorico preesistente, ha tentato di «comprendere il 'principio attivo' del suo metodo che si riferisce a tre componenti del funzionamento individuale: percezione, memoria, coscienza... Quindi il metodo non può essere rivendicato da qualunque teoria della personalità. La sua impronta è empirica, che parte da fatti osservati per giungere, eventualmente, ad una teoria del test e/o della personalità». (Anzieu, 1988).

Il reattivo di associazione verbale, da cui Jung ricavò il primo reattivo proiettivo, divenne parte integrante della pratica quotidiana degli ospedali psichiatrici svizzeri e aprì la strada al test delle Macchie.

Jung e Rorschach avevano per primi effettuato lo stesso percorso: «l'utilizzazione di una tecnica che attraverso il meccanismo associativo e della proiezione consentiva l'emergenza di forme e di contenuti espressivi dell'inconscio della psiche umana» (Pazzaglia e Bisogni).

Rorschach, che era di dieci anni più giovane di Jung, iniziò i suoi studi medici nello stesso periodo in cui Jung sviluppava le proprie ricerche sperimentali ed in particolare la messa a punto del Test di Associazioni Verbali. Si può dire che tale test rappresentò il primo tentativo di rendere obiettiva la conoscenza dei processi psichici soggettivi. Jung cita Rorschach in *Tipi psicologici*: «Stando così le cose appare più sicuro procedere dall'esterno verso l'interno, dal noto all'ignoto, dal corpo all'anima. Perciò tutte le indagini compiute dalla caratterologia hanno preso le mosse dal mondo esteriore... della grafologia della tipologia fisiologica di Kretschmer e del metodo clessografico di Rorschach». Il concetto di *Erlebnistypus*, ad esempio, si fonda sui concetti di introversione ed estroversione di Jung,

Va però sottolineato, come ricorda Anzieu, che la teorizzazione del test deve assai poco alla psicanalisi: i suoi concetti sono presi a prestito dalla psichiatria e dalla fenomenologia tedesca e «dalla psicologia accademica e, all'occorrenza, sono inventati... La morte prematura ha impedito senza dubbio a Rorschach di perfezionare la sua griglia interpretativa in tale compito».

In una intervista del 1957 a Jung, Evans gli chiede: «Ha dimestichezza con il test di Rorschach delle macchie d'inchiostro?». «Sì – rispose Jung – ma non lo applico mai, anche perché in seguito non ho più applicato neppure quello di associazione verbale; non era necessario, visto che potevo sapere ciò che mi serviva attraverso l'esame delle reazioni psichiche, che secondo me è un mezzo davvero eccellente». Evans «Ma lei consiglierebbe agli altri psichiatri, psicologi e psicoanalisti l'uso dei questi test proiettivi, come il suo di associazione verbale o il Rorschach?» e Jung «Forse sì, dato che ritengo che nella formazione di uno psicologo che vuole realmente lavorare sui pazienti il test sia uno strumento eccellente per conoscere come funziona l'inconscio. Penso di non sopravvalutare in tal modo il valore didattico dei test proiettivi nella cui capacità di preparare i giovani psicologi credo profondamente. Qualche volta poi possono essere utili anche a qualunque psicologo specie quando ha a che fare con un soggetto che non vuole parlare; in questo caso può fare un esperimento con il test e scoprire una quantità di cose, per esempio che il paziente ha commesso un delitto, come è capitato una volta a me». (McCully). Non è escluso, sottolinea McCully, che Jung abbia esercitato una notevole influenza su Rorschach quando era ancora studente: «In quel periodo Jung stava abbandonando i suoi studi sperimentali al Burghölzli dedicandosi sempre di più allo studio delle immagini archetipiche dei suoi pazienti e della interpretazione di queste immagini durante la terapia».

Nel 1949 è stata fondata a Berna la International Rorschach Society. I protocolli originali raccolti da Rorschach sono conservati negli Archivi Rorschach della Biblioteca Municipale e Universitaria di Berna, dove è conservata la corrispondenza di Rorschach con Morgenthaler, l'editore Bircher ed altri colleghi. I protocolli si riferiscono a 405 soggetti (231 maschi e 174 femmine), normali ed affetti da varie patologie mentali, che hanno fornito il materiale clinico-statistico per l'edizione del test.

Come ricorda Anzieu, che la teorizzazione del test deve assai poco alla psicanalisi: i suoi concetti sono presi a prestito dalla psichiatria e dalla fenomenologia tedesca e «dalla psicologia accademica e, all'occorrenza, sono inventati... La morte prematura ha impedito senza dubbio a Rorschach di perfezionare la sua griglia interpretativa in tale compito».



OPERE DI HERMANN RORSCHACH

1912. *Ueber Reflexhalluzinationen und verwandte Erscheinungen*. Dissertazione di dottorato, poi in *Zeitschrift für Neurologie*. (Sulle allucinazioni riflesse e sintomi collegati).

1912. *Pferdediebstahl im Daemmerzustand*. *Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik*, 49. (Furto di cavalli avvenuto in stato crepuscolare).

1912. *Reflexhalluzinationen und Symbolik*. *Zentralblatt für Psychoanalyse*. (Allucinazioni riflesse e simbolismo).

1912. *Ein Beispiel von misslungener Sublimierung und ein Fall von Namenvergessen*. *Zentralblatt für Psychoanalyse* (Un esempio di sublimazione fallita e di un caso di amnesia dei nomi).

1912. *Zum Thema, Sexuelsymbolik*. *Zentralblatt für Psychoanalyse* (Argomento: simbolismo sessuale).

1912. *Zum Thema: Uhr und Zeit im Leben der Neurotiker*. *Zentralblatt für Psychoanalyse* (Argomento: orologio e tempo nella vita dei nevrotici).

1912. *Zur Symbolik der Schlange und der Kravatt*. *Zentralblatt für Psychoanalyse* 2, 675. (Sulla simbolica del serpente e della cravatta) (citato da Freud S. Interpretazione dei sogni, ed 1914, in *Opere*, Boringhieri, Torino 1966, vol. 3, 327).

1913. *Zur Pathologie und Operabilität der Tumoren der Zirbeldrüse*. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*. (Patologia e operabilità dei tumori della ghiandola pineale).



1913. *Ueber die Wahl des Freundes beim Neurotiker*. Zentralblatt fur Psychoanalyse (Sulla scelta degli amici nei nevrotici).
1913. *Analyse einer schizophrenen Zeichnung*. Zentralblatt fur Psychoanalyse (Analisi di un disegno di uno schizofrenico).
1913. *Analytische Bemerkungen ueber das Gemaelde eines Schizophrenen*. Zentralblatt fur Psychoanalyse (Osservazioni analitiche sulla pittura di uno schizofrenico).
1914. *Analyse einer Schizophrenen Zeichnung*. Zentralblatt fur Psychoanalyse. (Analisi di un disegno di uno schizofrenico).
1917. *Assoziationsexperiment ,freies Assoziieren und Hypnose im Dienst der Hebung einer Amnesie*. Corr. Bl. fur Schweizer Aerzen. (Esperienze associative, libere associazioni e ipnosi per la rimozione di un'amnesia).
1917. *Einiges ueber schweizerische Sekten und Sektengruender*. Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie. (Intorno alle sette religiose svizzere e ai loro fondatori).
1917. *Gebet gegen Bettnaessen*. Schweizer Volkstunde (Preghiera contro l'enuresi notturna).
1919. *Weiteres ueber schweizerische Sektenbildungen*. Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie. (Ulteriori notizie sulla costituzione delle sette religiose svizzere).
1920. *Ein Mord aus Aberglauben*. Schweizer Volkstunde. (Assassinio per superstizione).
1920. *Sektiererstudien*. International Zeitschrift fuer Psychoanalyse. (Studi sulle sette religiose).
1921. *Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines Wahrnehmungsdiagnostischen Experiments*. (Deutenlassen von Zufallsformen). Ernst Bircher Verlag, Bern und Leipzig.
- (Psicodiagnostica. Metodologia e risultati di un esperimento diagnostico basato sulla percezione. -Interpretazione di forme casuali -).
1923. *Zur Auswertung des Formdeutversuchs fur die Psychoanalyse*. Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 82. (Sulla applicazione del test di interpretazione delle forme alla psicoanalisi) (pubblicato postumo da Oberholzer E.) In Psychodiagnostik, 185 - 216.
1923. (con Oberholzer E.) The application of the interpretation of form to psychoanalysis. Journal of Nervous and Mental Diseases, 60, 225 - 248 e 359 - 375.
1924. *The application of the interpretation of form to psychoanalysis*. Journal of Nervous and Mental Diseases, 60, 225 - 248; 359 - 379 (pubblicato postumo da Oberholzer E.).
1927. *Zwei schweizerische Sektenstifter (Binggeli und Unternaehrer)*. Imago, 13. (Due fondatori svizzeri di sette religiose: Binggeli e Unternaehrer).
1932. *Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines Wahrnehmungsdiagnostischen Experiments*. (Deutenlassen von Zufallsformen) IV ed. Hans Huber, Bern und Berlin.
1941. *Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines Wahrnehmungsdiagnostischen Experiments*. (Deutenlassen von Zufallsformen) IV ed. Hans Huber, Bern und Berlin.
1942. *Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception*. Hans Huber, Bern; Grune & Stratton, New York.
1942. *Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception*. (Trans. By P. Lemkau & B. Kronenberg), 2th ed. Grune & Stratton, New York.
1947. *Psychodiagnostik: Méthodes et resultants d'une experience diagnostique de perception*. (Contribution a l'utilisation du test d'interprétation des formes), 4 ed. (cur. A. Ombredane & A. Landau). P. U. F., Paris.
1964. *Psychodiagnostics* (6th ed.) Grune & Stratton, New York.
1965. *Gesammelte Aufsätze* (Zusammengestellt und hrsg. Von K. W. Bash) Huber, Bern.
1981. *Psicodiagnostica. Metodologia e risultati di un esperimento diagnostico basato sulla percezione*. (Interpretazione di forme casuali) curatore W. M. Contiene anche Sulla valutazione del test di interpretazione delle forme, pubblicato postumo da E. O. Traduzione dalla 8° ed tedesca di Luzzatto L. S. e presentazione di Rizzo C., Kappa, Roma.
1921. Behn - Eschenburg H. Psychische Schuleruntersuchungen mit dem Formdeutversuch. Inaug. Diss., Zurich.

BIBLIOGRAFIA

La fonte biografica primaria è l'ampio studio di Ellenberger, al quale si rifanno vari Autori citati.

- AA. VV. (1995) Le quattro letterature della Svizzera. Pro Helvetia, Zurigo.
- AA. VV. (1995) Deutsche Biographische Enzyklopaedie. Saur, Munchen.
- Anzieu D. (1967) *I metodi proiettivi*. S. E. I., Torino.
- Behn - Eschenburg H. (1921) Psychische Schuleruntersuchungen mit dem Formdeutversuch. Bern und Leipzig.
- Binet H. & Henri V. (1895 - 96) La psychologie individuelle. Année Psychologie, 2, 411 - 465.
- Binswanger: (1921) Bemerkungen zu Hermann Rorschach Psychodiagnostik. International Zeitschrift Psychoanalysis, 9.
- Binswanger L. (1923) Bemerkungen su Hermann Rorschach's Psychodiagnostik. International Zeitschrift Psychoanalyse, 9.
- Bleuler E. (1911) Die Schizophrenie. Wien.
- Bleuler E. (1911) Die Psychoanalyse Freus. Leipzig.
- Bleuler E. (1913) Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie.
- Bleuler M. (1929) Der Rorschache Formdeutversuch bei Geschwistern. Zentralblatt fur des gesamte Neurologie und Psychiatrie. 118, 366 - 398.
- Bohm E. (1969) *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Giunti - Barbera, Firenze.
- Bruckner A (1938) (edt) Neue Schweizer Biographie. Druck und Verlag, Basel.
- Calgari G. (1968) Le quattro letterature della Svizzera. Sansoni - Accademia, Firenze - Milano.
- Chiari S. (1958) *Introduzione alla psicodiagnosi di Rorschach*. Editrice Universitaria, Firenze.
- Dearborn G. (1898) A study of imagination. American Journal of Psychology, 9, 183 - 190.
- Dworetzki G. (1939) Le test de Rorschach et l'évolution de la perception. Librairie Faville, Genere.
- Ellenberger H. (1976) La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica. Boringhieri, Torino.
- Evans R. I. (1981) La psicologia oggi. Un panorama delle correnti di ricerca attraverso le parole dei loro

protagonisti. Newton Compton Editori, Roma.

Fahrni D. (1982) Storia della Svizzera. Sintesi storica di un piccolo paese dalle origini fino ai nostri giorni. Pro Helvetia, Zurigo.

Frankhauser E. (1923) Ueber die theoretische Grundlage der Rorschachschen Psychodiagnostik. Schweizer Verein für Psychiatrie, (Zurich).

Freud S. (1966) Interpretazione dei sogni, ed 1914, in Opere, Boringhieri, Torino, vol. 3.

Guide Treves (1904) La Svizzera. Fratelli Treves, Milano.

Hens S. (1917) Phantasieprüfung mit formlosen Klecksen bei Schulkindern, normalen Erwachsenen und Geisteskranken. Speidel und Worzel, Zurich.

Jorio M. (2002) (curatore) Dizionario storico della Svizzera. Dadò Editore, Locarno, (sono stati pubblicati solo i primi tre volumi).

Jung C. G. (1969) Tipi psicologici. Opere, vol. 6, Boringhieri, Torino. (ed. orig. 1921).

Jung C. G. (1907) Über die Psychologie der Dementia praecox. Halle.

Kerner J. (1857) Klexographie, mit Illustrationen nach den Vorlagen des Verfassers. Anstalt, Stuttgart.

Kirkpatrick E. A. (1900) Individual tests of school children. Psychological Review, 7, 274 - 280.

Maeder A. () Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox - Kranken. Jb. Psychoanalyse und psychotherapie. Forschung., 2, 185.

Maeder A. (1918) Heilung und Entwicklung im Seelenleben. Rascher, Zurich.

Maher B. A. & Maher W. B. (1990) Psicopatologia. In E. Hearst (ed) Cento anni di psicologia sperimentale. Il Mulino, Bologna, vol. 3, 177 - 248.

McCully R. (1988) Jung e Rorschach. Mimesis, Milano.

Morgenthaler W. (1915) Bernisches Irrenwesen von den Anfängen bis zur Eröffnung des Tollhauses 1749. Bern.

Morgenthaler W. (1921) Ein Geisteskranker als Künstler. Bern und Leipzig.

Morgenthaler W. (1947) In Memoriam Hermann Rorschach (1884 - 1922), in H. Rorschach. Psychodiagnostik, PUF, Paris.

Morgenthaler W. (1954) Der Kampf um das Erscheinen der Psychodiagnostik. Zeitschrift fuer Diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung, 2, 255 - 262.

Morgenthaler W. (1999) Lieber Herr Kollege! Corrispondenza con Rorschach, agosto 1920. Rorschach Archives, Bern.

Oberholzer E. (1913) Erbgang und Regeneration in einer Epileptikerfamilie Zeitschrift Neurologie, 16, 105.

Oberholzer E. (1924) Zur Auswertung des Formdeutversuches für die Psychoanalyse. International Zeitschrift Psychoanalyse, 10.

Oberholzer E. (1931) Zur Differentialdiagnose organisch - psychischer und psychogen bedingter Störungen nach Schaeffel - und Hirntraumen vermittels des Rorschachschen Formdeutversuches. Bericht am I. International Neurologie. Kongress in Bern.

Oberholzer E. (1931) Zur differentialdiagnose der Rorschachschen Formdeutversuches. Zeitschrift für des ges. Neurologie und Psychiatrie, 136, 596 - 629.

Omlin S. (2004) L'art en Suisse au XIX et au XX siècle. La création et son contexte. Pro Helvetia, Zurich.

Parsons C. J. (1917) Children's interpretations of inkblots: A study on some characteristics of children's imagination. British Journal of Psychology, 9, 74 - 92.

Peterson F. & Jung C. G. (1907) Psychophysical investigations with the galvanometer a218.

Pfister O. (1913) Die psychoanalytische Methode. Leipzig.

Pyle W. H. (1913) Examination of school children. Macmillan, New York.

Ricksher C. & Jung C. G. (1907) Further investigations on the galvanic phenomenon and respiration in normal and insane individuals. Journal of Abnormal Psychology, 2, 189 - 217.

Rybakov T. (1911) Atlante per la ricerca sperimentale della personalità. Università di Mosca. Mosca. (in russo).

Riklin (1905) Ueber Versetzungsbesserungen Psychiatrie und Neurologie Wissenschaften.

Schwarz W. (1996) Hermann Rorschach, M. D.: His life and work. Rorschachiana, 21, 6 - 17.

Szasz T. S. (1978) Il mito della psicoterapia. La cura della mente come religione, retorica e repressione. Feltrinelli, Milano.

Veraguth O. (1903) Ueber Mikropsie und Makropsie. Deutscher Journal Nervenheilk, 24.

Vereguth O. (1906) Das psycho-galvanische Reflex - Phaenomenon. Monatsschrift für Psychiatrie und neurologie, 21, 387 - 397 e 23, 204.

Weber E. (1910) Der Einfluss psychischer Vorgänge auf den Körper. Berlin.

Wehr G. (1998) Il padri della psicoanalisi. Profili, idee, destini. Rusconi, Milano.

Weiner I. G. (2004) Rorschach assessment: Current status. In Hersen M. (ed) Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, vol 2. Personality assessment. Wiley, Hoboken, 343 - 355.

Whipple G. M. (1914) Manual for mental and physical tests. Warwick & York, Baltimore.

Wolf E. B. (2000) Rorschach Hermann. Encyclopedia of Psychology. Oxford University Press, Oxford-New York, 7, 115 - 117.



UNA GUIDA BIBLIOGRAFIA ITALIANA SUL RORSCHACH [1936-2004]

(A CURA DI GIOVANNI CAVADI)

Sono elencati 704 titoli pubblicati in Italia nel periodo 1936-2004, comprese le traduzioni italiane da lingue straniere e i titoli pubblicati da autori italiani in lingua straniera. Sono indicati anche alcuni titoli apparsi nel primo semestre di quest'anno

- AA. VV. (1984) *Nuovi orientamenti interpretativi nel Rorschach*. Cortina, Milano.
- Abt L. E. & Bellack L. (1967) *La psicologia proiettiva*. Longanesi, Milano.
- Agresti E. (1957) La concordanza tipologica nel test di Rorschach. *Annali di Medicina della Navigazione e Tropicale*, 62, 461 - 485.
- Agresti E. (1959) Considerazioni sul valore e sui limiti delle concordanze tipologiche nel Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 48, 378.
- Aguglia E., Cusin S. G. & De Vanna M. (1990) (a cura di) *L'uso clinico del Rorschach*. Angeli, Milano.
- Alba G., Scollo E. & Zingales I. (1980) Rilievi quantitativi delle variabili Rorschach in un campione di giovani universitari. *Atti del XII Convegno degli Psicologi Italiani*, 2, 683 - 691.
- Aliprandi M. T. (1989) L'approccio dell'immaginario dell'adolescente attraverso il Rorschach. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 56, 141 - 150.
- Aliprandi M. (1992) Aspetti narcisistici patologici nel Rorschach degli adolescenti. *Quaderni dell'Istituto di Psicoterapia del bambino e dell'adolescente*, 2, 31 - 82.
- Allamani A., Cabras P. L., Caldini L. & Favarelli C. (1978) Contributo all'inquadramento nosologico del colon irritabile secondo una prospettiva psicodiagnostica: studio attraverso colloquio psichiatrico e Rorschach. *Rassegna di studi psichiatrici*, 67, 597 - 612.
- Altea E. (1952) Su taluni fattori essenziali determinanti l'alternanza del modo di apparire dei colori nella prova di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 41, 415 - 417.
- Altea E. (1952) Contributo allo studio dei fattori determinanti la tendenza al colore e alla forma: raffronti fra il reattivo di Rorschach e il Ring-test. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 41, 418 - 423.
- Altea E. (1954) Concordanze e dissociazioni sulla psicodramma Rorschach: rilievi statistici e critici. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 43, 680 - 684.
- Altea E. (1954) Osservazioni sulle risposte di "denominazione di colore" nel Rorschach di soggetti normali adulti. *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, 75, 756 - 786.
- Altea E. (1955) Aspetti del reattivo di Rorschach applicato a 75 fanciulli sardi dai 9 ai 12 anni. *Atti del X Congresso degli Psicologi Italiani*, Ud. Universitaria, Firenze.
- Ambrosetto C. & Comunale M. (1961) Sulla psicosindrome organica di Piotrowski nell'indagine Rorschach dei traumatizzati chiusi cranio - encefalici. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 85, 7 - 22.
- Ames L. B., Metraux R. W. & Walzer R. (1978) *Risposte al test di Rorschach. Il bambino*. Boringhieri, Torino.
- Ames L. B., Metraux R. W. & Walzer R. (1979) *Risposte al test di Rorschach. L'adolescente*. Boringhieri, Torino.
- Ames L. B., Metraux R. W. & Walzer R. (1980) *Risposte al test di Rorschach. L'anziano*. Boringhieri, Torino.
- Andreani Dentici O. (1951) Alcune osservazioni sul concetto e i metodi di proiezione. *Rivista di Psicologia*, 47, 66 - 71.
- Andreani O. & Orio S. (1972) Le radici psicologiche del talento. Il Mulino, Bologna.
- Andronikof - Sanglade A. (2002) Interpretazione e processo di risposta. In J. Exner, P. Porcelli & P. Appoggetti *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner*. Erickson, Trento, 57 - 70.
- Anzieu D. (1967) *I metodi proiettivi*. S. E. I., Torino.
- Arcostanzo G., Beglia G. & Lertora V. (1989) Rappresentazione di Sé e relazioni oggettuali al Rorschach. *Atti giornata di studio I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicomatria*, Padova.
- Arcostanzo G., Beglia G. & Lertora V. (1990) Rappresentazioni di sé relazioni oggettuali al Rorschach. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicomatria*. *Atti del Convegno 6 - 10 - 1989*, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 151 - 163.
- Arnetoli C., Dastoli C. & Pontali C. (1977) Il Rorschach consensuale: un modello epistemologico della struttura fantasmatica della coppia. *Rivista di Terapia Familiare*, 2, 15 - 40.
- Arnetoli C., Dastoli C., Pontali C., Martini A., Rodriguez R. & Stoppa G. (1978) La struttura della coppia: verso un approccio sperimentale alla sua dinamica normale e patologica. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 39, 11 - 34.
- Arnheim R. & Klein A. (1963) Analisi percettiva di una tavola di Rorschach. In R. Arnheim *Verso una psicologia dell'arte*. Einaudi, Torino, 114 - 127.
- Bacci V. (1948) L'attività immaginativa nella interpretazione delle tavole di Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 44, 142 - 150.
- Bacci V. (1949) L'affettività in un gruppo di minorenni con tendenze antisociali esaminati col reattivo di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 10, 211 - 215.
- Bagnato L., Sostero M. & Saracino E. (1984) Valutazione di elementi concordanti forniti dall'analisi di due diversi approcci: il 1° colloquio ed il test di Rorschach. *Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive*, Brescia, 1984. *Psychopathologia*, Brescia, 63 - 72.
- Balduzzi E. (1953) Il "Rorschach" di Madame Minkowska. Necessità di una interpretazione eminentemente qualitativa, formale, anticoncentrativa. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 81, 559 - 564.

- Balestri L., Canger R., Pietravallo G. & Vitali A. (1978) Indagine psicodiagnostica in soggetti da epilessia generalizzata con grande male da risveglio e nurferro. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 44,.
- Barison F. (1940) Il fattore tempo nel reattivo di Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 36, 24 - 35.
- Barison F. (1940) Il reattivo di Rorschach in 74 fanciulli ferraresi di 9 - 12 anni. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 1, 21 - 77.
- Barison F. (1943) Correlazioni fra i fattori del reattivo di Rorschach nei fanciulli ferraresi di 9 - 12 anni. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 3, 141 - 151.
- Barison F. (1943) Il reattivo di Rorschach in 108 piloti aviatori decorati al valor militare. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 71, 231 - 233.
- Barison F. (1946) Il Rorschach giudicato da uno psicologo. *Rivista di Psicologia*, 42, 131 - 132.
- Barison F. (1947) Contributo sperimentale allo studio dell'affettività negli schizofrenici. I fenomeni di shock nel reattivo di Rorschach. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 75, 83 - 93.
- Barison F. (1948) Fatti dissociativi nel Rorschach degli schizofrenici. *Rivista di Neurologia*, 18, 390 - 394.
- Barison F. (1949) Studi sul reattivo di Rorschach: la psicologia dei tratti e il reattivo di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 10, 126 - 156.
- Barison F. (1949) Studi sul reattivo di Rorschach: attivazione e riattivazione dell'Erlebnistypus. *Archivio di Psicologi Neurologia e Psichiatria*, 10, 157 - 173.
- Barison F. (1950) La diagnosi cieca col reattivo di Rorschach nella diagnostica psichiatrica. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 74, 439 - 445.
- Barison F. (1951) Medie aritmetiche e mediane dei fattori Rorschach in 153 normali italiani adulti. *Rivista di Psicologia*, 47, 64 - 65.
- Barison F. (1951) Il test di Rorschach in psichiatria. *Il lavoro Neuropsichiatrico*, 9, 147 - 164.
- Barison F. (1954) A proposito della discordanza schizofrenica del Rorschach. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 78, 717 - 720.
- Barison F. (1966) Disturbi di personalità e Rorschach. Meeting, Sirmione.
- Barison F. (1984) Il Rorschach fenomenologico patologico; in AA. VV. (cur.) *Nuovi orientamenti interpretativi nel Rorschach*. Cortina, Milano.
- Barison F. (1985) Il Rorschach e le analogie arte e schizofrenia nel pensiero ermeneutica attuale. Unicopli, Milano.
- Barison F. (1986) Scienza ed ermeneutica nel Rorschach. Atti giornate di studio su Tecniche di indagine della personalità, Padova.
- Barison F. (1987) L'Erlebnistypus del Rorschach e le tipologie caratterologiche oggi. Giornata di studio in onore di F. Metelli. Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova., 191 - 194.
- Barison F. (1993) L'ermeneutica nel Rorschach. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 59 - 63.
- Barison F. (1993) Schizofrenia: Anders e apatia. *Psichiatria Generale e dell'Età evolutiva*, 31, 211 - 216.
- Barison F., Cattonaro E. & Passi Tognazzo D. (1984) *Nuovi orientamenti interpretativi del Rorschach*. Cortina, Milano.
- Barison F., Cattonaro E. & Passi Tognazzo D. (1990) Novità Rorschachiane da Padova. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 7 - 21.
- Barison F. & Del Monaco Carucci S. (1973) Aspetti fenomenologici del Rorschach nelle disunzioni cerebrali minime. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance*, 21, 55 - 62.
- Barison F., Durano F. & Sbrocchia F. (2001) Il Rorschach come dialogo ermeneutica. *Psicoterapia, stati limite, approfondimenti: Simmetrie, Trasformazioni, Perseverazione*. *Psichiatria Generale dell'Età Evolutiva*, 38, 137 - 161.
- Barison F. & Passi Tognazzo D. (1982) *Il Rorschach fenomenologico*. Angeli. Milano.
- Barison F. & Passi Tognazzo D. (1981) Sviluppi odierni del Rorschach europeo. *Rivista di Psichiatria*, 16, 288 - 292.
- Barison F. & Passi Tognazzo D. (1984) Rorschach fenomenologico patologico, in Cattonaro E. & Passi Tognazzo D. (1984) *Nuovi orientamenti interpretativi del Rorschach*. Cortina, Milano.
- Bartoleschi B. (1952) Il significato delle risposte di colore dal Rorschach di 50 soggetti irregolari in età evolutiva. *Rivista di Psicologia*, 48, 176.
- Bartoleschi B. (1955) Il significato delle risposte di colore al Rorschach di soggetti irregolari della condotta in età evolutiva. *Infanzia Anormale*, 14, 466 - 472.
- Basaglia F. & Dalla Barba G. P. (1954) A proposito della risposta "maschera" nel test di Rorschach. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 78, 433 - 436.
- Basaglia F. & Dalla Barba G. P. (1956) Il fenomeno di interferenza degli shocks e il suo significato nel test di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 17, 783 - 807.
- Basaglia F. & Dalla Barba G. P. (1956) Le "verbalizzazioni": loro significato nei protocolli Rorschach. *Medicina Psicosomatica*, 1, 282 - 285.
- Basaglia F. & Dalla Barba G. P. (1956) La situazione depressiva nevrotica al test di Rorschach. *Medicina Psicosomatica*, 1, 278 - 281.
- Basaglia F. & Dalla Barba G. P. (1957) Il rifiuto alla V tavola del Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 18, 17 - 24.
- Basaglia F. & Dalla Barba G. P. (1957) La sindrome organica di Rorschach in un gruppo di parkinsoniani postencefalitici. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 46, 225 - 230.
- Basaglia F. & Dalla Barba G. P. (1957) Su alcuni aspetti del protocollo schizofrenico. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 85, 671 - 675.
- Bassi A. (1949) L'affettività in un gruppo di minorenni con tendenze antisociali esaminati col reattivo di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 10, 211 - 215.
- Bassi A. (1950) Il reattivo di Rorschach applicato a 103 minorenni travati. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 78, 115 - 193.
- Bassi A. (1951) Ventun artisti esaminati col reattivo di Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 47, 32 - 46.
- Bassi A. (1952) Sul significato delle interpretazioni di bianco nel reattivo di Rorschach in 111 fanciulli di età scolastica. *Rassegna di Neuropsichiatria*, 6, 228 - 251.
- Beglia G., Arcostanzo G., Dapuetto R. & Lertora V. (1990) Analisi della rappresentazione di sé e delle relazioni oggettuali al Rorschach di soggetti adiposi in età evolutiva. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 165 - 173.

- Beizmann C. (1966) *Manuale di siglatura delle forme nel Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Belcecchi M. V. & Mauri M. A. (1956) Confronto tra le variabili dello Z - test e del test di Rorschach di 49 soggetti. Comunicazione al III Congresso Internazionale Rorschach, Roma.
- Belloni Sonzogni A., Carabelli S., Curioni M. & Fumagalli A. (1999) L'immagine di sé nella demenza. *Ricerche di Psicologia*, 23, 29 - 53.
- Belsanti R. (1954) Ricerche psicodiagnostiche (Rorschach) nelle psicosi epilettiche prima e dopo opoterapia epifisaria. *Acta Neurologica*, 9, 147 - 180.
- Beluffi M. (1955) La dottrina della proiezione nei suoi rapporti con la teoria dei test tests di personalità. *Neuropsichiatria*, 11, 735 - 752.
- Beluffi M. (1955) Sistematizzazione statistica di alcuni problemi di patologia Rorschach nel campo dell'etismo cronico problemi statistici e psicologici dell'Erlebnistypus. *Il Cervello*, 31, 383 - 406.
- Beluffi M. (1955) A proposito della dinamica dei fenomeni di polarizzazione lipidica negli etilisti cronici sottoposti alla prova psicodiagnostica di Rorschach. *Annali di Neuropsichiatria e Psicoanalisi*, 2, 249 - 260.
- Beluffi M. (1960) Problemi di teoretica Rorschach. *Neuropsichiatria*, 15, 1.
- Benedetti P., De Giorgis G., Ferretti M. & Porro G. (1973) Il test di Rorschach in soggetti epilettici in età evolutiva. *Neuropsichiatria infantile*, 148, 799 - 821.
- Benedetti P., Porro G. & De Giorgis G. (1974) Il vissuto del bambino epilettico studiato attraverso il test di Rorschach. *Neuropsichiatria infantile*, 1, 381 - 391.
- Benedetti P., Porro G. & De Giorgis G. (1974) Caratteristiche del bambino epilettico studiate attraverso il test di Rorschach. *Neuropsichiatria infantile*, 1, 475 - 480.
- Berengo G. (1994) *Prontuario Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Bernardi M. L. (1986) Contributo alla taratura del Rorschach dell'adulto normale. Ricerca su 124 soggetti dai 18 ai 24 anni, Tesi di laurea, Università di Padova.
- Bertini M., Ruggeri G. & Sceoi A. (1982) Sintomatologia allucinatoria e delirante nella prospettiva della differenziazione psicologica. *Psicologia clinica*, 1, 71 - 93.
- Biondi L. (1957) Studio dello psicodramma Rorschach di fanciulli epilettici con accentuate turbe comportamentali nel senso dell'instabilità - aggressività. *Rivista di Psicologia Generale e Clinica*, 2, 174 - 197.
- Bisio B. (1958) Rapporti tra test Rorschach e test Ben - Rorschach. *Neuropsichiatria*, 17, 119 - 141.
- Bohm E. (1964) *Vademecum psicodiagnostico*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Bohm E. (1969) *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Giunti - Barbera, Firenze.
- Bollea G. T. & Mazzei G. (1963) The Rorschach picture in the pre - pubertal compulsion syndromes. *Acta Paedo Psychiatric*, 30, 77 - 87.
- Boncori L. (2002) Teorie e tecniche dei test. (La psicodiagnostica di Rorschach, 746 - 772). Boringhieri, Torino.
- Borla E. & Valente L. (1986) Proposta di automatizzazione della siglatura e del repertorio numerico per il test di Rorschach attraverso l'uso di home computer. *Minerva psichiatrica*, 27, 225 - 318.
- Bottazzi R., De Michelis V. & Galati D. (1984) Profili Rorschach in un gruppo di cardiopatici e in un gruppo di gastroenteropatici. *Minerva psichiatrica*, 25, 85 - 91.
- Brambilla S. (1941) Sulla demenza postencefalitica. Il metodo di Rorschach applicato allo studio del parkinsonismo postencefalitico. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 2, 842 - 859.
- Brambilla S. (1942) *Il metodo psicodiagnostico di Rorschach e le sue applicazioni in psicologia e psichiatria*. Cappelli, Bologna.
- Brambilla S. (1949) Il metodo di Rorschach nell'analisi fenomenologia esistenziale. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 10, 188 - 193.
- Bruno L. (1999) La diagnostica Rorschach nelle sindromi "positiva" e "negativa" della schizofrenia. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 37 - 54.
- Bruno L. (1999) Indici Rorschach di impulsività e aggressività in patologia mentale e somatica. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 55 - 66.
- Bruno L. (1999) Disturbo da attacchi di panico versus crisi d'angoscia nelle pre - psicosi: elementi di diagnosi differenziale attraverso il metodo Rorschach. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 66 - 79.
- Bruno L. (1999) Il metodo Rorschach applicato a soggetti con infarto miocardico recente: un riesame della personalità di tipo A. *Giornale di Riabilitazione*, 15, 103 - 111.
- Buffa B. & Camurati C. (1964) Il test di Rorschach nella paralisi progressiva. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 2, 417 - 437.
- Buffa B. & Camurati C. (1965) Risposte di tipo allucinatorio alle tavole di Rorschach. Descrizione di un caso. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 54, 447 - 451.
- Burgemeister B. B. (1967) *Le tecniche psicologiche nella diagnosi psicologica*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Burla F., Ferracuti S. & Lazzari R. (1997) Borderline personalità disorder: content and formal analysis of the Rorschach. *Rorschachiana*, 22, 149 - 162.
- Cabassi F., Taddia G. & Taddia Scioli R. (1974) Esperienze di "Rorschach familiare" come metodo psicodiagnostico. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 124 - 126, 75 - 106.
- Camurati C. (1967) Malattie mentali e stato puerperale, Analisi di un caso al test di Rorschach e al Behn - Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 56, 357 - 365.
- Camurati C. (1968) Studio sulla validità della forma 'alfa' di Piotrowski e Lewes nelle diagnosi differenziali fra schizofrenia e psiconevrosi al test di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 37, 314 - 323.
- Camurati C. (1969) Contributo allo studio dell'epilessia alcolica al test di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 58, 547 - 555.
- Canepa G. (1950) Il concetto di proiezione e le sue applicazioni allo studio della personalità. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 11, 1 - 16.
- Canestrari R. & Battacchi M. W. (1954) Il Cards - titling: risultati di una applicazione clinica. *Infanzia Anormale*, 7, 416 - 436.
- Canestrari R. & Minguzzi G. (1955) Aspetti differenziali fra lo Z - test e il Rorschach quali rilevanze percettive in una particolare situazione di gruppo. *Atti X Congresso Psicologi Italiani*. Ed. Universitaria, Firenze.
- Canestrelli R. et alii (1955) Una ricerca sulla validità delle tecniche proiettive. *La Ricerca Scientifica*, 25, 3336 - 3344.
- Canivet N. (1956) *Manuale di applicazione. Scheda di spoglio del metodo psicodiagnostico Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.

- Capoleoni M., L'Imperio A., Parisi S. & Pes P. (1984) Aspetti psicologici della sclerosi multipla attraverso il test di Rorschach. Analisi formale di 20 protocolli. *Studi Rorschachiani*, 1, 35 - 58.
- Caprara G. V. (a cura di) (1977) *Studi sulla personalità: quattro ricerche con il metodo di Holt*. Boringhieri, Torino.
- Caprara G. V., Giannotti A. & Pazielli M. F. (1982) L'analisi del processo primario in età evolutiva (Contributo preliminare di ricerca con il reattivo di Rorschach siglato secondo il metodo di Holt). *Neuropsichiatria infantile*, 248, 145 - 158.
- Caprara G. V., Holt R. R., Pastelli M. F. & Giannotti A. (1986) The development of primari process in children's Rorschach. *Journal of Personalità Assessment*, 50, 149 - 170.
- Capri P. (1999) Modalità di interazione genitoriale in tema di affidamento nelle separazioni legali: valutazioni attraverso il test di Rorschach. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 172 - 194.
- Caracciolo E., Truzoli R. & Larcen R. (1999) La diagnostica Rorschach espressa su una scala a ranghi: un nuovo metodo di reliability. *Studi di Psicologia dell'educazione*, 18, 137 - 150.
- Cardona F. (1937) Il test di Rorschach nella diagnosi psichiatrica. *Rivista di Patologia Nervosa e mentale*. 49, 252 - 267.
- Carrai E. (1953) Il Rorschach come mezzo d'indagine applicato all'infanzia anormale. *Note e Riviste di Psichiatria*, 79, 405 - 414.
- Carrai E. (1954) Digressione Rorschach. *Annali di Neuropsichiatria e Psicoanalisi*, 1, 3 - 5.
- Carrai E. (1954) Rorschach e climaterio (indagine su 58 casi) *Neuropsichiatria*, 20, 177 - 184.
- Carrai E. (1954) In tema di Rorschach e di psicanalisi. *Rassegna di Neuropsichiatria*, 8, 276 - 289.
- Castellazzi V. L. (1983) *Introduzione alle tecniche proiettive*. LAS, Roma.
- Castellani R., Patrono M., Castellani A., Cesana L., Lombardi F. & Mazzucchi A. (1998) Il metodo Rorschach in soggetti traumatizzati cranici. *Archivio di Psicologia Neurologia Psichiatria*, 59, 314 - 326.
- Cattania F. (1969) Il dissueto nel Behn - Rorschach in psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 93, 1481.
- Cattonaro E. (1960) La figura umana nel Rorschach e nel Drawing a man test dei fanciulli nevrotici. *Rivista di Psicologia*, 54, 295 - 297.
- Cattonaro E. (1984) Rorschach e Analisi Transazionale in Barison F., Cattonaro E. & Passi Tognazzo D. *Nuovi orientamenti interpretativi del Rorschach*. Cortina, Milano.
- Cattonaro E. (cur.) (1990) I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria. *Atti del Convegno 6 - 10 - 1989*, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale.
- Cattonaro E. (1990) Rappresentazione di sé al Rorschach nei tifosi del calcio. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. *Atti del Convegno 6 - 10 - 1989*, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 53 - 57.
- Cattonaro E. (1999) Rorschach e analisi transazionale. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 31 - 36.
- Cattonaro E., Moro Boscolo E. & Passi Tognazzo D. (1979) *Guida ragionata alla siglatura del Rorschach*. Patron, Bologna.
- Cattonaro E. & Palma A. (1993) La rappresentazione del sé corporeo al Rorschach nelle nevrosi ossessive. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 71 - 74.
- Cattonaro E., Pasqui E. & Patarnello L. T. (1964) Intuizione ed espressione nelle originali Rorschach. *Psichiatria*, 2, 84 - 92.
- Cattonaro E. & Passi Tognazzo D. (1984) *Nuovi orientamenti interpretativi del Rorschach*. Cortina, Milano.
- Cattonaro E. & Passi Tognazzo D. (1999) (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma.
- Cavagna C. (1948) Il reattivo di Rorschach nei fanciulli anormali dell'intelligenza. *Note e Riviste di Psichiatria*, 74, 93 - 108.
- Cavagna C. (1950) Primi risultati di ricerche psicologiche in soggetti sottoposti a leucotomia prefrontale transorbitaria secondo il metodo di Fiamberti. 1° Raduno Società Italiana di Psichiatria,.
- Cavagna C. (1956) Il reattivo di Rorschach e di Murray (TAT) nelle nevrosi fobico - ossessive. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 19, 209 - 218.
- Capanna D. (1990) L'espressione clinica dell'anoressia mentale al test di Rorschach. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 9, 413 - 421.
- Cerquilini S. (1947) Il reattivo psicodiagnostico di Rorschach. *Rivista di Medicina Aeronautica*, 10, 49 - 51.
- Cesa Bianchi M. (1951) Ricerche sull'attività psichica nell'età senile. *Acta Gerontologia*, 1, 3 - 32; 36 - 56.
- Cesa Bianchi M. (1955) L'applicazione dei reattivi mentali allo studio dell'invecchiamento. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 390 - 393.
- Chabert C. (1988) *Il Rorschach nella clinica adulta*. Hoepli, Milano.
- Chabert C. (1993) *Psicopatologia e Rorschach*. Cortina, Milano.
- Chabert C. (1994) *I test proiettivi in adolescenza. Rorschach e TAT*. Cortina, Milano.
- Chiari S. (1954) L'évolution et la signification des réponses kinesthésiques au Rorschach. *Bulletin du Groupement Français du Rorschach*, 5 - 6, 41 - 43.
- Chiari S. (1955) Considerazioni sul valore tecnico e clinico del metodo di Rorschach. *Neopsichiatria*, 21, 50 - 66.
- Chiari S. (1955) Studio differenziale sulla evoluzione e il significato delle risposte di movimento al Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 49, 41 - 57.
- Chiari S. (1956) *Movimento, colore e note di aggressività in protocolli Rorschach di irregolari della condotta in età evolutiva*. Edizioni Scientifiche Squibb, Roma.
- Chiari S. (1957) Rilievi quantitativi e differenziali su protocolli Rorschach di fanciulli fiorentini dai 6 ai 10 anni. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 18, 323 - 333.
- Chiari S. (1957) Percezioni globali e contenuti su protocolli Rorschach di fanciulli. *Rassegna di Psicologia Generale e Clinica*, 2, 150 - 173.
- Chiari S. (1958) *Bibliografia italiana sul metodo psicodiagnostico di Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Chiari S. (1958) *Introduzione alla psicodiagnosi di Rorschach*. Editrice Universitaria, Firenze.
- Chiari S. (1963) Contributo sperimentale alla valutazione delle tecniche proiettive: il Rorschach a scelta multipla. *III Rivista di Psicologia*, 57, 251.
- Chiodi V. (1950) Indagini col metodo Rorschach in casi di tentato suicidio. *Rivista di Psicologia*, 46, 125 - 129.

- Chiozza G. (1953) Criptorchidismo ed evoluzione mentale. Valore reciproco dei metodi di Terman e di Rorschach. *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, 1, 67 - 78.
- Chiazza G. (1954) La personalità del delinquente sessuale. *Difesa Sociale*, 33, 65 - 81.
- Cicioni R. (2002) Ipotesi di un nuovo indice Rorschach: l'Autocontrollo Secondario. 17° Congresso Internazionale Rorschach ed altre Tecniche Proiettive, Roma.
- Cicioni R. (2003) Lo Psicodiagnostica di Rorschach secondo il Metodo Scuola Romana Rorschach. In G. Caviglia G. & E. Del Castello (cur.) *La diagnosi in psicologia clinica*. Angeli, Milano. 185 - 198.
- Cicioni R., Diana F., Pinto A. & Del Castello E. (2002) Le dermatosi psicosomatiche in età evolutiva indagate con il test di Rorschach. 17° Congresso Internazionale Rorschach ed altre Tecniche Proiettive, Roma.
- Cipolli C. & Galliani I. (1989) Intellectual impairment in heroin user. Some Rorschach test data. *Giornale italiano di psicologia clinica*, 1, 33 - 46.
- Ciolfi F., Vacca E. & Scudder G. (1949) Il reattivo di Rorschach applicato a dei gemelli italiani. I Congresso Internazionale Rorschach, Zurigo.
- Cocchi M. & Ossicini A. (1954) Etude par la methode Rorschach d'un groupè de vieillards d'hospice. *Rorschachiana*, 4, 124 - 128.
- Cocci F. (1962) Adattamento italiano del Ranking Rorschach Test. *Bolletino di Psicologia Applicata*, 51 - 53, 47 - 69.
- Colombari S., Reda G. C. & Frighi L. (1951) Le ricerche psicometriche (e con il test di Rorschach) in una famiglia di malati di distrofia miotonica. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 492 - 511.
- Compagnaro V. (1985) Il test di Rorschach applicato agli anziani. Tesi di laurea. Università di Padova. In Passi Tognazzo D. *Il metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea*. Giunti, Firenze, 1994.
- Comunale M. (1961) Contributo all'indagine Rorschach dei craniotraumatizzati alla luce dei segni di lesione organica di Aita, Reitan e Ruth. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 85, 23.
- Comunale M. & Cazzato G. (1961) Observations on the employment of Rorschach's and Kech's projective test's in the study of patients with an anxiety state. *Medicina Psicosomatica*, 6, 130 - 152.
- Comunale M. & De Lisio A. (1961) L'analisi fattoriale di Hughes nell'indagine Rorschach dei craniotraumatizzati. *Il Cervello*, 2.
- Comunale M. & De Lisio A. (1961) Rilievi sulla 'scala di deficit organico' di Dorken e Kral nello studio Rorschach dei traumatizzati chiusi cranioencefalici. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 85, 91.
- Comunian A. L. (1987) Uno studio di analisi fattoriale sul test di Rorschach. In *Giornate di Studio in onore di Fabio Metalli*, Università di Padova, 218 - 223.
- Comunian A. L. (1990) Rappresentazioni di relazioni nelle risposte al Rorschach. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometrica*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 143 - 150.
- Consegnati M. R., Laicardi C. & Saggino A. (1999) *Il figlio nel conflitto genitoriale. Lettura del Rorschach somministrato a bambini ed adolescenti nella consulenza tecnica di ufficio*. Angeli, Milano.
- Contarello G. (1983) *L'asse vita - morte nel Rorschach*. Cleup, Padova.
- Contarello G. (1985) Rorschach fenomenologico e anoressia mentale. Atti Convegno AIPRA, Torino.
- Contarello G. & Brighenti F. (1989) Il Rorschach nella follia a due, Atti XXXVII Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria, Roma.
- Contini O. & Porta V. (1951) L'azione dell'acido glutammico nei minorati psichici e la sua valutazione col metodo psicodiagnostica di Rorschach. *Sistema Nervoso*, 3, 194 - 209.
- Corfiati L. (1994) *Il desiderio di non esserci*. Levante Ed., Bari (cap. 3, la fenomenologia del suicidio al Rorschach).
- Corfiati L. (1996) *Psicopatologia Rorschachiana*. Levante Ed., Bari.
- Corfiati L., Bertolino A., Maggiolino O. & Storelli M. (1984) Il test di Rorschach nell'anziano. Indici di psicorganicità nell'invecchiamento cerebrale. *Quaderni di Acta Neurologica*, 50, 186 - 187.
- Corfiati L., Coro S., Tamburo G. A. & Colonna F. (1977) Aspetti dinamici della gravidanza e del puerperio. Contributo clinico mediante l'uso del test proiettivo Rorschach. *Minerva Ginecologica*, 29, 465 - 492.
- Corfiati L., De Fidio D. & Gallo G. (1996) La regressione e la devitalizzazione del tossicodipendente attraverso i test proiettivi. *Formazione Psichiatrica*, 16, 3.
- Corfiati L., De Fidio D. & Gallo G. (1996) La personalità del tossicodipendente attraverso il test di Rorschach. Analisi interpretativa dei contenuti e della fenomenologia. *Formazione Psichiatrica*, 16.
- Corfiati L., De Fidio D. & Gallo G. (1996) Indici di socializzazione e di recupero riabilitativo del soggetto tossicodipendente al test di Rorschach. *Formazione Psichiatrica*, 16.
- Corfiati L., De Fidio D., Guidi P., Scarpelli C., Minervini M., Resta O., Gramiccioni E. & Cancheri P. (1996) Valutazione degli indici affettivi nella sleep - apnea ostruttiva (OSAS): studio preliminare su 30 soggetti con il test di Rorschach automatico (PRALP3). *Rivista di Psichiatria*, 5.
- Corfiati L., Fiore P., Storelli M. & Megna G. (1985) Indici Rorschach ed MMPI nel paziente logopatico. XXXVI Congresso della Società Italiana di Psichiatria, vol. 1, 1039 - 1041.
- Corfiati L., Gallo G., Martucci E., Bertolino A., De Pinto M. & De Fidio D. (1995) Indici di psicorganicità e di inibizione affettiva in psicotici cronici istituzionalizzati. Studio attraverso il test di Rorschach computerizzato (PRALP3). 10 Congresso Nazionale Società di Neuropsicofarmacologia. Venezia, settembre.
- Corfiati L., Gallo G., Martucci E., Bertolino A., De Pinto M. & De Fidio D. (1996) L'affettività nello psicotico cronico istituzionalizzato: validità del test di Rorschach computerizzato (PRALP3). Atti Congresso Psichiatria dell'Anziano. Ricerca, comorbilità, modelli assistenziali. Casa Divina Provvidenza, Bisceglie.
- Corfiati L., Maggiolino O., Bertolino A., Papagno G. & Giovine A. (1982) Profili Rorschach in una casistica di 60 schizofrenici cronici trattati con alte dosi di haloperidolo. *International Symposium From neurobiological research to psychiatric care*, Bari, 99 - 100.
- Corfiati L., Maggiolino O., Bertolino A., Papagno G. & La Mura G. (1980) Modificazioni al protocollo Rorschach e risposta individualizzata in psicotici cronici trattati con alte dosi di haloperidolo. *Formazione Psichiatrica*, 2, 182 - 183.
- Corfiati L., Maggiolino O. & Storelli M. (1985) Modificazioni di indici Rorschach in psicotici cronici trattati con alte dosi di haloperidolo. XXXVI Congresso della Società Italiana di Psichiatria, vol. 1, 1035 - 1037.
- Corfiati L., Maggiolino O., Storelli M., D'Introno N. & Rosito M. (1989) Indici di aggressività nello psicotico omicida. Studio attraverso test proiettivi. Atti XXXVII Congresso della Società Italiana di Psichiatria, vol. 4, 305 - 308.
- Corfiati L., Pasqual Marsettin RE., Restuccia P., Zavoiani L. & Ciavarella N. (1989) Studio psicodiamico

sull'emolifico attraverso il test di Rorschach. Atti del XXXVII Congresso della Società Italiana di Psichiatria, Roma, vol. 2, 961 - 964.

Corfiati L., Porro V., Specchio L. M. & La Mura G. (1974) Modificazioni ai test proiettivi di Rorschach e del Disegno della Figura Umana in soggetti trattati con neurolettici long - acting. Atti V Riunione Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, Bari.

Corfiati L., Storelli M., Maggolino O. & De Toma G. A. (1986) Indici depressivi del soggetto anziano al test di Rorschach. Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicogeriatrics, Trieste, vol 2, 507 - 510.

Corfiati L. & Tamburo G. A. (1981) Studio sulla personalità del paziente psicosomatico attraverso il Rorschach, il D. F. U. e il Fay (modificato). *Formazione Psichiatrica*, 4, 455 - 460.

Corfiati L., Urbano M. L., De Maria F. & Annese A. (1985) Considerazioni psicodinamiche sul percolato della IV tavola del Rorschach (detta tavola suicidaria) dato da adolescenti che hanno tentato il suicidio. Atti XXXII Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria, Bologna, vol 2°, 48 - 56.

Corradini E. & Carletti G. (1957) Il test di Rorschach nel parkinsonismo encefalitico. *Annali di Neurologia e Psichiatria*, 51, 191 - 206.

Corradini E. & Carletti G. (1957) Il test di Rorschach nelle sindromi extrapiramidali da cloropromazina. *Annali di Neurologia e Psichiatria*, 51, 291 - 307; 309 - 333.

Costa A. (1939) Le tavole di Rorschach quale mezzo di ricerca per la psicologia normale e patologica. *Archivio Italiano di Psicologia*, 17, 17 - 28.

Costanzo S. & Bruno F. (1999) Aspetti transferali e controtransferali nella diagnosi del test di Rorschach a scopo forense. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 195 - 214.

Crisi A. (1984) Una prova supplementare per l'interpretazione dei fenomeni di choc e di rifiuto nell'uso clinico del test di Rorschach. *Studi Rorschachiani*, 1, 95 - 107.

Crisi A. & Chiari (1999) Il test di Rorschach nell'età evolutiva. Atti del XX Congresso Internazionale Rorschach, Boston, 1996.

Cuffaro M. & Di Nuovo S. (1992) A. U. R. O. 1. 1. Programma oper la siglatura e la valutazione automatizzata del protocollo Rorschach. *ceRPs*, Palermo.

Cundari G. (1952) Alcuni dati sull'esperienza personale del Rorschach test con tre saggi di applicazione. *Note e Riviste di Psichiatria*, 78, 217 - 238.

Cusin S. G. (1956) La personalità dell'infortunato sul lavoro vista attraverso il test di Rorschach. *Medicina Psicosomatica*, 1, 286 - 299.

Cusinato M. (1999) Una nota sull'utilizzo del Rorschach in Psicologia giuridica e psichiatria forense. *Psicoterapia*, 16 - 17, 217 - 219.

Dalla Barba G. P. (1952) In margine ad un volumetto italiano sul test di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 41, 925 - 938.

Dalla Volta A. (1941) Ricerche sulla prova di Rorschach con particolare riferimento all'antropologia criminale. *Archivio di Antropologia Criminale*, 61, 227 - 264.

Dalla Volta A. (1946) L'inversione dei rapporti di figura e sfondo nella prova di Rorschach. *Neopsichiatria*, 9, 11 - 26.

Dalla Volta A. (1946) Contributi allo studio della percezione con particolare riferimento alla psicologia differenziale: la percezione delle forme a significato indefinito. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 7, 21 - 64.

Dalla Volta A. (1947) Shock di colore e reazioni affettive nella prova di Rorschach. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 2, 196 - 209.

Dalla Volta A. (1948) Il modo di apparire dei colori nella prova di Rorschach. *Neopsichiatria*, 14, 3 - 20.

Dalla Volta A. (1948) Contributi allo studio della percezione con particolare riferimento alla psicologia differenziale: 2 forma e significato nel processo di inversione di figura e di sfondo. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 9, 307 - 328; 403 - 442. 10, 19 - 69.

Dalla Volta A. (1949) Il disegno come complemento della prova di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 10, 174 - 180.

Dalla Volta A. (1949) Risposte primarie di colore e modo di apparire dei colori nella prova di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 2, 181 - 197.

Dalla Volta A. & Fazio C. (1951) Inversione del rapporto figura-sfondo nel Rorschach di uno psicoastenico. *Sistema Nervoso*, 3, 36 - 51.

De Fidio D. (1997) Il Rorschach automatico: la siglatura secondo la scuola europea e applicazione al sistema automatico PRALP3. *Ordine Psicologi regione Puglia*, Bari.

De Fidio D., Cancheri P. & Corfiati L. (1994) L'automazione del test di Rorschach: versione PRALP3 per personal computer. *Medicina e informatica*, 4.

De Franco F. (1942) Cento fanciulli siciliani di 8 - 12 anni esaminati col reattivo di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 3, 329 - 348.

De Franco F. (1943) Contributo alla psicologia comparata dei sessi nell'età evolutiva col metodo di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 4, 15 - 30.

De Franco F. (1951) Il processo interpretativo nel test di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 53 - 69.

De Franco F. (1951) Il test di Rorschach in psichiatria infantile. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 9, 165 - 172.

De Franco F. (1952) Studio sull'epilettoidismo infantile col test di Rorschach. *Rassegna di Neuropsichiatria*, 6, 363 - 400.

De Franco F. & Siracusano F. (1951) Le modificazioni della personalità durante l'elettroshockterapia. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 8, 173 - 206.

Delay J., Pichot P., Lempérière T. & Perse J., (1956) Il test di Rorschach nelle psicosi organiche. *Medicina Psicosomatica*, 1, 265 - 269.

De Luca P. L. & Pacchettini B. (1964) La psicodiagnosi di Rorschach e la pittura dei soggetti psicotici. Atti IV Congresso Internazionale di Arte Psicopatologica, Barcellona, 19 - 23.

Dell'Antonio A. M. (1956) *Erlebnistypus*, talenti ed evoluzione artistica. III Congresso Internazionale Rorschach, Roma.

De Martis D., Putrella F., Mogani - De Martis A., Manzoni - Petrella A. (1970) La schizofrenia cronica al test di Rorschach. *Archivio di psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 31, 5 - 32.

De Pergola E. (1949) Il test di Rorschach in ipoglicemia. Cinquantenario Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Roma.

- De Pergola D. (1952) *Il metodo psicodiagnostico di Rorschach. Teoria e significato*. Astrolabio, Roma.
- De Pergola E. (1953) Le turbe nervose durante ipoglicemia provocata, con particolare riguardo a quelle psichiche studiate con la prova di Rorschach. *Minerva Medica*, 44, 211 - 219.
- Deplano V., Gigantesco A., Giuliani M. & Scali M. (1990) Usi ed abusi dell'informatica nel test di Rorschach. Un discorso sul metodo ed una proposta. *Informatica e psicodiagnostica*. In E. Cattonaro (cur.) I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometrica. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 81 - 89.
- de Rénoche I. (1999) Riflessioni sull'utilizzo dei test proiettivi in ambito peritale. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 215 - 219.
- de Rénoche I. & Passi B. (1993) Rilievi qualitativi caratteristici nelle risposte al Rorschach di soggetti borderline. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 45 - 49.
- de Rénoche I., Farini M. A., Passi B. & Passi Tognazzo D. (1993) Aggressività e angoscia nelle personalità borderline. (Analisi dei contenuti aggressivi nelle risposte al Rorschach). *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 51 - 57.
- De Renzi E. (1951) Il test di Rorschach nell'adulto normale. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 337 - 349.
- De Renzi E. (1952) Contributo allo studio della psicologia dell'adolescenza. Applicazione del reattivo di Rorschach a 90 studenti di 17 anni. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 76, 537 - 578.
- De Renzi E. (1954) La classificazione numerica delle risposte nel test di Rorschach. Applicazione clinica in nevrotici e schizofrenici. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 43, 33 - 42.
- De Renzi E. (1955) Il test di Rorschach negli schizofrenici di data recente. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 79, 239 - 298.
- De Renzi E. (1956) Studio comparativo fra riflesso psicogalvanico (effetto Tharchanoff) e test di Rorschach. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 84, 29 - 54.
- De Renzi E. (1956) Il contributo del test di Rorschach nella diagnosi differenziale fra psicostenia e schizofrenia. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 19, 256 - 268.
- De Renzi E. (1957) La determinazione delle risposte di grande dettaglio (D) nel test di Rorschach nell'infanzia prescolastica. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 81, 314 - 333.
- De Renzi E. & Gatti B. (1958) La personalità sociopatica alla luce dell'indagine psicodiagnostica. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 6, 509.
- De Renzi E., Isotti M. & Saraval A. (1957) Il test di Rorschach nell'italiano adulto normale. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 18, 279 - 321.
- De Renzi E., Isotti M. & Savaral A. (1957) Le determinazioni delle risposte di grande dettaglio (D) nel test di Rorschach dell'italiano adulto normale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 81, 314 - 333.
- De Renzi E., Isotti M. & Saraval A. (1958) L'influenza del sesso e dell'età sul test di Rorschach nell'italiano adulto normale. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 19, 497 - 507.
- De Rita L. (1951) Sulla possibilità di utilizzazione del reattivo di Rorschach nell'infanzia prescolastica. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 354 - 367.
- De Vincentis G. & Ferracuti F. (1954) Preliminary investigations by means of the Rorschach test and other projective techniques in a group of sexual offenders. *Rorschachiana*, 4, 151 - 155.
- Del Carpio I. (1942) L'esame psicodiagnostica col metodo di Rorschach in alcuni casi di aborto criminoso. *Zacchia*, 7, 431.
- Del Carpio I. (1948) La prova di Rorschach in alcuni casi di omosessualità. Atti IX Congresso Nazionale di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Siena.
- Del Corno F. & Lang M. (cur.) *Psicologia clinica. La diagnosi testologica*. Angeli, Milano.
- Del Monaco & Predetto A. M. (2002) F. Barison e il test di Rorschach (note 1 - 10). *Psichiatria Generale dell'Età Evolutiva*, 39.
- Dicuonzo F., Nannarelli C., Romani F., Saraceni C. (1993) *Il Rorschach dei bambini. Lo sviluppo del Confine del Sé*. Associazione Anni Verdi, Roma.
- Di Giannantonio M., Lombardi R. & Saraceni C. (1983) Il confine del Sé in una situazione diagnostica particolare. *Quaderni di psicodiagnostica*. 49 - 57.
- Di Jullo M. G., Prezza M., Gori F., Girelli G. & Contesini A. (1984) Il test di Rorschach comune (ROC) in 160 coppie sposate d'istruzione superiore. Contributo alla taratura italiana. *Rassegna di Psicologia*, 1, 65 - 85.
- Di Jullo M. G. & Zavattini G. C. (1982) Psicodinamica del diabete: contributo di ricerca mediana il test di Rorschach. *Psicologia clinica*, 1, 406 - 420.
- Di Nuovo S. (1984) Depressione 'strutturale' e 'reattiva'. Un'analisi per mezzo del test di Rorschach. Atti XI Congresso Internazionale del Rorschach e delle Tecniche Proiettive, Barcellona. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 2 - 3, 1985, 50 - 51.
- Di Nuovo S. (1989) *Il test di Rorschach in psicopatologia*. Angeli, Milano.
- Di Nuovo S. (1990) La diagnosi dei disturbi borderline della personalità per mezzo del test di Rorschach. In E. Cattonaro (cur.) I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometrica. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 175 - 182.
- Di Nuovo S. (1998) Il test delle macchie di Rorschach. In A. Granirei (a cura di) I test di personalità: quantità e qualità. UTET, Torino, 110 - 157.
- Di Nuovo S. (2000) L'uso clinico del test di Rorschach: antiche domande e nuovi elementi per rispondere. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 231, 13 - 24.
- Di Nuovo S., Laicardi Pizzamiglio C. & Tobino C. (1988) Rorschach indices for discriminatine between two schizophrenic syndromes. *Perceptual and Motor Skills*, 67, 399 - 406.
- Di Paola A. (1979) Il Rorschach sincretico per uso psicoterapico. AP *Rivista di applicazioni psicologiche*, 4.
- Di Paola A. (1994) Les synergies des facteurs Rorschach. Bulletin de la Société du Rorschach et des Methodés Projectives de Langue Francaise, 38.
- Di Paola A. (1997) *Il Rorschach sinergico*. Kappa, Roma.
- Di Paola A. (1999) *Manualetto di psicodiagnostica del Rorschach sinergico*. Kappa, Roma.
- Drey - Fuchs C. (1959) Reattivo Fuchs - Rorachach (FU - R0 - Test) Introduzione alla tecnica di applicazione. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Ermentini A. (1963) L'impiego del reattivo di Rorschach nello studio delle psicosi epilettiche croniche. Atti del XXVII Congresso Società Italiana di Psichiatria.
- Ermentini A. (1966) La verbalizzazione al Rorschach In Contributi del reparto di psicologia clinica. Ed. Nicola, Milano.

- Ermentini A. (1968) Risposte Rorschach a significato omosessuale nelle psicosi schizofreniche. In *Contributi del reparto di psicologia clinica*. Ed. Nicola, Milano.
- Ermentini A. (1970) La suggestionabilità al reattivo psicodiagnostica di Rorschach. *Rassegna di Ipnosi e Medicina Psicosomatica*, 6, 12.
- Ermentini A. (1973) Il Rorschach nella psicomania. *Atti della Società Italiana Rorschach*, Roma.
- Ermentini A. (1976) Studio psicodiagnostica su un gruppo di magistrati. In AA. VV. *La selezione dei magistrati: prospettive psicologiche*. Giuffrè, Milano.
- Ermentini A. (1977) Il reattivo di Rorschach nelle tossicodipendenze. In *Droga, famiglia e società*, Mursia, Milano.
- Ermentini A. (cur.) (1984) *Rorschach e psicopatologia*, Psychopathologia, Brescia.
- Ermentini A. (1984) Il Rorschach nei borderline. In A. Ermentini (cur.) *Rorschach e psicopatologia*, Psychopathologia, Brescia.
- Ermentini A. (1984) Il Rorschach nei transessuali. In A. Ermentini (cur.) *Rorschach e psicopatologia*, Psychopathologia, Brescia.
- Ermentini A. (1990) Imputabilité et Rorschach: étude de trente schizophrènes chroniques auteurs d'homicide. *Psychologie Médicale*, 22, 750 - 752.
- Ermentini A. (1990) Rorschach e schizofrenia. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicométrica*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, 23 - 36.
- Ermentini A. S. (1998) Alterazioni ideative e sensoperceptive nel corso della depressione nevrotica e psicotica. *Analisi differenziale mediante il reattivo psicodiagnostica di Rorschach*. Psychopathologia.
- Ermentini A., Caldarini G., Cirianni C. & Noto Campanella F. (1968) Il rapporto parentale nel Rorschach nei bambini caratteropatici. In *Il Rorschach nella pratica clinica*. Ed. Nicola, Milano, 37 - 88.
- Ermentini A., Cocchi A. & Noto Campanella F. (1968) Il contributo del test di Rorschach nell'analisi strutturale delle situazioni depressive. In *Il Rorschach nella pratica clinica*. Ed. Nicola, Milano, 139 - 165.
- Ermentini A., Fusco N., Robotti C. A. & Bozzoli E. (1990) Il test di Rorschach come elemento discriminante fra manifestazioni psicotiche di tipo epilettico e psicosi funzionali. *Psychopathologia*, 8, 255 - 272.
- Ermentini A., Giraud O., Ermentini R., Parlavecchio L., Saviotti F. & Gattoni T. (1990) L'intervention psychopharmacologique long - acting (halopéridol décanoate) chez patients psychotiques hospitalisés judiciaires: évaluation psychodiagnostique au moyen des test de Luscher et Rorschach. *Psychopathologia*, 8, 273 - 280.
- Ermentini A. & Guareschi A. (1959) Risposte di oralità al reattivo psicodiagnostica di Rorschach in un gruppo di epilettici temporali. *Considerazioni psicologico - cliniche e neurofisiologiche*. *Medicina Psicosomatica*, 4, 1 - 39.
- Ermentini A. & Hirsch Marquet L. (1972) *Lista di interpretazioni dello psicodiagnostico di Rorschach*. Istituto Superiore di Scienze Sociali, Trento.
- Ermentini A. & Manghi E. (1963) Il rapporto parentale in un gruppo di adolescenti caratteriali. *Correlazioni psicologico - cliniche*. Congresso di Pedopsichiatria.
- Ermentini A. & Mattiello A. S. (1993) Catherine Chabert: proposte per un approccio psicoanalitico al test di Rorschach. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 75 - 79.
- Ermentini A., Mattiello A., Bologna R. & Zaneletti B. (1997) Indici di cambiamento strutturale nel corso di terapia con farmaci antipsicotici: una proposta di valutazione mediante il test di Rorschach. *Atti Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, Palermo.
- Ermentini A., Pasini E. & Noto Campanella F. (1968) La suggestionabilità al reattivo psicodiagnostico di Rorschach. *Contributi del reparto di Psicologi Clinica*, Ed. Nicola, Milano, 168 - 186.
- Ermentini A. & Noto Campanella F. (1965) Analisi fenomenologico - esistenziale del test di Rorschach di una centenaria. *Contributi del reparto di Psicologi Clinica*, Ed. Nicola, Milano, 89 - 110.
- Ermentini A. & Noto Campanella F. (1968) Risposte Rorschach a significato omosessuale nelle psicosi schizofreniche. *Contributi del reparto di Psicologi Clinica*, Ed. Nicola, Milano, 111 - 138.
- Ermentini A. & Noto Campanella F. (1971) Il Rorschach nella schizofrenia. *Annali di Freniatria e Scienze Affini*, 84.
- Ermentini A., Noto Campanella F. & Vercellesi E. (1968) Il contributo del test di Rorschach allo studio della frustrazione da ricovero ospedaliero nel bambino. In *Il Rorschach nella pratica clinica*, Ed. Nicola, Milano, 3 - 24.
- Ermentini A., Sanguineti G. & Noto Campanella F. (1968) Le risposte anatomiche al Rorschach nello studio della psicodinamica del tentato suicidio. In *Il Rorschach nella pratica clinica*, Ed. Nicola, Milano, 3 - 45.
- Ermentini A., Sbardolini M., Zaneletti B. & Cinelli G. (1997) Le immagini diaboliche al test di Rorschach. *Atti Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, Palermo.
- Ermentini A. & Spiazzi R. (1959) Le risposte di posizione nel test di Rorschach. *Considerazioni clinico - statistiche e semeiogenetiche*. *Nevrasse*, 9, 595.
- Exner J. E. (1988) *Il Rorschach: un sistema comprensivo* 3 voll. Accademia Lombarda Rorschach, Milano.
- Exner J. E. (1993) *Compendio Rorschach per il Sistema Comprensivo*. Alfa Centauri Editore, Milano.
- Exner J. E. (2002) Unità critiche e processo di risposta al Rorschach. In J. Exner, P. Porcelli & P. Appoggetti *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner*. Erickson, Trento, 39 - 56.
- Exner J. E. & Wylie J. (1988) Alcuni dati Rorschach sul suicidio. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 36 - 49.
- Exner J. E., Martin L. S. & Mason B. (1988) Revisione della costellazione Rorschach per il suicidio. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 50 - 54.
- Exner J., Porcelli P. & Appoggetti P. (2002) *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner*. Erickson, Trento.
- Faccinelli E. & Ermentini A. (1961) Il contributo del test di Rorschach all'analisi strutturale della nevrosi fobica - ossessiva. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 85, 1723 - 1787.
- Fabbri W. (1959) Il test di Rorschach e la diagnosi di schizofrenia iniziale. *Rassegna di Neuropsichiatria*, 13, 291.
- Fara G. (1967) Su una tecnica di inchiesta al Rorschach: la riproduzione mnemonica delle tavole. *Rivista di Psicologia*, 61, 508 - 511.
- Faraoni G. (1953) Contributo allo studio della personalità col metodo psicodiagnostica di Rorschach (indagine sui reati sessuali). *Rivista di Psicopatologia Neuropsichiatria e Psicoanalisi*, 3, 231 - 254.
- Favale F., Giberti F. & Roccatagliata O. (1961) Il reattivo di Rorschach nella cosiddetta schizofrenia pseudonevrotica. *Sistema Nervoso*, 13, 168.

- Ferraccioli E., Rossi M. & Toniolo E. (1986) Contributo alla conoscenza del tossicomane attraverso il test di Rorschach. *Minerva psichiatrica*, 27, 71 - 79.
- Ferracuti F. (1953) Sopra una particolare interpretazione psicodiagnostica del Rorschach. *Infanzia anormale*, 4, 503 - 507.
- Ferracuti F. & Lazzari R. (1970) Indagine sperimentale sugli effetti immediati della presentazione di alcune scene di violenza filmata. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 100 - 102, 87 - 154.
- Ferracuti F. & Rizzo G. B. (1952) Primi risultati nello studio della psicologia del canceroso. Congresso di Cancerologia, Roma.
- Ferracuti F. & Rizzo G. B. (1956) Analisi del valore discriminativi di alcuni segni di omosessualità rilevabili attraverso le tecniche proiettive. *Bollettino di Psicologia e Sociologia Applicate*, 13 - 16, 128 - 134.
- Ferracuti F. & Rizzo G. B. (1956) Esame comparativo dei fattori di siglatura al Rorschach e al test di Howard. *Bollettino di Psicologia e Sociologia Applicate*, 13 - 16, 135 - 141.
- Ferracuti F. & Rizzo G. B. (1959) Segni di omosessualità rilevabili attraverso le tecniche proiettive. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 193 - 203.
- Ferragni A., Moranti V. & Paterni C. (2002) La sfida del Rorschach fenomenologico in psichiatria: studio con pazienti "schizofrenici cronici". *Psichiatria Generale dell'Età Evolutiva*, 39, 443 - 454.
- Ferrarsi C. (1962) Studio della personalità di soggetti anziani valutata con il psicodiagnostica di Rorschach ed il Behn - Rorschach: variazioni indotte da un nuovo farmaco neurostimolante: il GO 186 (W, 195). *Acta Neurologica*, 17, 360 - 371.
- Ferrero M. & Brams S. (1969) Contributo allo studio della sindrome organica di Piotrowski con la presentazione di un caso esaminato con il test psicodiagnostica di Rorschach. *Annali di Freniatria*, 82, 348 - 354.
- Ferrio L. (1955) L'applicazione del test psicodiagnostica di Rorschach ad alcuni traumatizzati del capo sul lavoro. *Note e Riviste di Psichiatria*, 81, 255 - 266.
- Ferrio L. & Berusso P. C. (1956) Studio dei deliri sistematizzati mediante il test di Rorschach. *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, 77, 397 - 405.
- Ferrio L. & Berusso P. C. (1957) Comportamento di 50 soggetti melanconici alla prova di Rorschach. Riferimento ai fattori psiconevrotici. *Note e Riviste di Psichiatria*, 83, 309 - 322.
- Fiore C. (1954) Sull'utilità dell'esame psicodiagnostica con un gruppo di tests (Rorschach, Luescher e Kock) in ammalati mentali. *L'Ospedale Psichiatrico*, 22, 329 - 354.
- Fogliani T. M., Fogliani A. M. & Castorina S. (1976) Dinamica dei contenuti fantasmatici nelle risposte al R. di pazienti psicosomatici. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 37, 346 - 352.
- Fogliani Messina T. M., Fogliani A. M. & Carusi G. (1982) Caratteri ossessivi ed isterici al Rorschach e dipendenza/indipendenza dal campo all'EFT. Atti XVIII Congresso Psicologi Italiani, Palermo. Il Vespro, Palermo.
- Foglio Bonda P. (1991) *Lo psicodiagnostico di H. Rorschach. Manuale pratico per lo psicologo clinico*. Angeli, Milano.
- Fosberg I. A. (1951) Il ruolo del processo simbolico nelle tecniche proiettive. *Rivista di Psicologia*, 47, 11.
- Franchini A. (1939) Il metodo di Rorschach per l'esame della personalità (Nota 2° alle ricerche psicosperimentali su ricoverati all'Istituto di Osservazione presso il Tribunale dei Minorenni). *Zacchia*, 3, 266 - 282.
- Franchini A. (1939) Valore reciproco dei metodi di Terman e di Rorschach (Nota 3° alle ricerche psicosperimentali su ricoverati all'Istituto di Osservazione presso il Tribunale dei Minorenni). *Zacchia*, 3, 385 - 391.
- Franchini A. (1948) Contributo allo studio dell'antisocialità. *La Scuola Positiva*, 56, 6 02 - 624.
- Franchini A. (1950) La valutazione dell'imputabilità in tema di delitti colposi. *Rivista di difesa sociale*, 1 - 2.
- Franchini A. (1950) Valore giudiziario della prova di Rorschach. *Rivista di Polizia*, 3, 5 - 12.
- Franchini A. (1951) Il reattivo di Rorschach nei deliri parafrastici. Atti 25 Congresso Società Italiana di Psichiatria, Taormina.
- Franchini A. (1953) Funzione e valore del test di Rorschach nella pratica della clinica psichiatrica. *Neurone*, 1, 123 - 127.
- Franchini A. (1957) Studio comparativo con il metodo di Rorschach della personalità e del livello di decadimento mentale degli schizofrenici allo stato demenziale prima e dopo il trattamento con ganglioplegici. *Note e Riviste di Psichiatria*, 83, 129 - 134.
- Franchini C. (1952) Il reattivo di Rorschach nei deliri parafrastici. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 9, 164.
- Franchini C. (1957) Studio comparativo con il metodo di Rorschach della personalità e del livello di decadimento mentale degli schizofrenici allo stato demenziale prima e dopo il trattamento con guaglioplegici. *Note di Psichiatria*, 50, 129 - 134.
- Francis-Williams J. (1976) *Il Rorschach con i bambini*. Nuova Italia, Firenze.
- Fuchs C. D. (1959) *Reattivo Fuchs-Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Funari E. A. & Varin D. (1962) Alcune osservazioni su 100 protocolli Rorschach di soggetti settentrionali e meridionali. Atti del 14° Congresso degli Psicologi Italiani, Napoli, 601 - 605.
- Gaido P. (1988) Studio in chiave adleriana sul vissuto relativo alla propria identità socio sessuale in un gruppo di soggetti femminili sottoposti al test di Rorschach. *Rivista di Psicologia individuale*, 16, 147 - 156.
- Galliani I. & Cipollo C. (1985) Rilievi testologici sulle modificazioni del rendimento intellettivo in consumatori di sostanze stupefacenti. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 7, 1213 - 1226.
- Galliani I. & Cipollo C. (1990) Le risposte di movimento nel Rorschach di consumatori di eroina, atti del 2 Meeting "Sindromi marginali e situazioni psichiatriche a rischio". In A. Ermentini (cur) *Psychopathologia*, Brescia, 83 - 92.
- Gallo A., Trevisan C., Micaglio G. F. & Angelici C. (1983) La vita e la morte espresse nel Rorschach dei miostrofici. Cleup. Padova.
- Gallo A. (1983) Il Rorschach nella distrofia muscolare tipo Duchenne. Atti Convegno SINPI Triveneta. CLEUP, Padova.
- Gaviglia G., Mazza S., Crisi A. & Pinkus L. (1985) Aspetti psicodinamici nei pazienti affetti da sclerosi multipla: una ricerca preliminare sui meccanismi di difesa. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 46, 553 - 561.
- Gentile S. (1980) Lo studio della personalità in interazione con il Rorschach comune. *Folia Neuropsichiatrica*, 23, 165 - 186.
- Gentile S. (1981) Valori normativi del Rorschach comune (Willi), calcolati su un campione di 50 coppie. *Rivista di Psichiatria*, 16, 492 - 502.

- Gentile S. (1985) Coppie conviventi e coppie sposate: studio della dinamica intrapsichica ed interpersonale attraverso il Rorschach comune. *Rivista di psichiatria*, 20, 186 - 202.
- Gentile S. (2004) Costrutti cognitivi e processi interpretativi della coppia: una ricerca con il Rorschach concordato. *LINK*, 4, 56 - 62.
- Ghidelli C. (1992) Il Rorschach: analisi quantitativa e analisi qualitativa, in C. Scarpellini (cur.) *Prontuario di psicodiagnostica*. Editoriale Bios, Cosenza, 281 - 310.
- Ghidelli C. (1992) Il test di Rorschach nell'adolescenza, in C. Scarpellini (cur.) *Prontuario di psicodiagnostica*. Editoriale Bios, Cosenza, 341 - 351.
- Giambelluca F. C., Parisi S. & Pes P. (1995) *L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach: modello dinamico strutturale*. Kappa, Roma.
- Giberti F. (1955) Considerazioni sul reattivo di Rorschach applicato a tre fratelli schizofrenici e ai loro familiari. Atti 10 Convegno Psicologi Italiani, ed. Universitaria, Firenze.
- Giberti F. & Gregoretti L. (1954) Contributo alla conoscenza dei contenuti e dei simboli sessuali nel Rorschach in psichiatria. *Sistema Nervoso*, 6, 397 - 407.
- Gicca Palli F., Mazzoncini B. & Bernabei P. (1998) La patologia dell'immaginario e della simbolizzazione nei disturbi generalizzati dello sviluppo: studio preliminare mediante il test di Rorschach, 65, 223 - 235.
- Giordano A. (1960) Il reattivo di Rorschach quale stimolo attivatore di sintomi clinici latenti nella schizofrenia. *Acta Neurologica*, 15, 306.
- Giordano D. (1983) Variante di dettaglio inibitorio alla prima tavola del reattivo di Rorschach. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 165, 19 - 23.
- Giordano D., Arcostanzo G., Beglia G. & Lertora V. (1990) La doppia siglatura delle determinanti al test Rorschach. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometrica*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, dipartimento di Psicologia Generale, 109 - 114.
- Giordano D. & Finzi D. (1980) Particolari tipi di risposte di colore e di chiaroscuro nel Rorschach in età evolutiva. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 153, 59 - 68.
- Giordano G. B. (1946) Modificazioni dello psicodramma Rorschach provocate dalla Betafenilpropilamina (simpamina). *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 70, 207 - 233.
- Giovanardi W. (1977) Nota su due fenomeni particolari che nel test di Rorschach sembrano avere significato paranoide. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 101, 1434 - 1435.
- Giovanardi Rossi P. & Todesco C. V. (1956) Lo Scenotest di G. von Staabs nella depressione endogena: correlazioni con il test di Rorschach. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 94, 1039 - 1056.
- Giovannelli G. & Tampieri B. (1962) Le dissocialità minorili alla luce del reattivo di Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 56, 281 - 283.
- Giovannelli G. & Tampieri P. (1963) Contributo alla diagnosi della personalità dissociale. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 91, 533.
- Giuliani Ch. (1949) La prima riunione internazionale Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 45, 229 - 232.
- Giuliani Ch. (1952) Considerazioni sul meccanismo di produzione dello shock colore nel reattivo di Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 48, 212 - 213.
- Goldwurm G. F. & Mazza M. (1961) Modificazioni al test di Rorschach in pazienti trattati con haloperidol. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 85, 1454 - 1484.
- Gozzano M. (1938) Il metodo psicodiagnostica di Rorschach per lo studio della personalità del delinquente. Atti I Congresso Internazionale di Criminologia, 3, 315 - 319.
- Gozzetti G. (1966) Il Rorschach nella parafrenia. *Psichiatria*, 97 - 113.
- Gozzetti G. & Ferlini G. M. (1967) Il contributo del test di Rorschach allo studio dell'omicidio a corto circuito. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 5, 291 - 319.
- Granone F. (1972) Il Rorschach in ipnosi. Nel *Trattato di ipnosi*. Boringhieri, Torino, 376 - 380.
- Grassano C. (1954) Indagine comparativa fra il test di Rorschach e quello di Lamparter in campo psichiatrico. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 43, 646 - 652.
- Grassano C. (1954) Contributo allo studio della psicologia dell'adolescenza mediante l'applicazione del test di Rorschach. *Il Pisani*, 68, 273 - 282.
- Harrower M. R. (1967) Tecniche di gruppo per il test di Rorschach, in L. E. Abt & L. Bellack (ed) *La psicologia proiettiva*. Longanesi, Milano, 217 - 268.
- Holt R. R. (1983) *Il processo primario nel Rorschach e nel materiale tematico*. Borla, Roma.
- Husain O., Rousselle Gay-Crosier I. & Dreyfus A. (1985) La schizofrenia semplice e la schizofrenia paranoide attraverso il Rorschach: studio comparativo. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 2, 131 - 157.
- Husain O., Rousselle Gay-Crosier I. & Dreyfus A. (1985) Il discorso paranoico al Rorschach. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 2, 159 - 170.
- Husain O., Rossel F. & Merceron C. (1988) Le risposte "0" al Rorschach e al T. A. T. La logica dell'alternativa e i suoi aspetti psicopatologici. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 15 - 28.
- Introna F. (1959) Le prove psicodiagnostiche di Rorschach negli esiti a distanza di lesioni cranio-cerebrali. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 83, 141 - 169.
- Invernizzi G. & Sommaruga P. L. (1965) Contributo alla applicazione e allo studio del test di Rorschach nella sclerosi a placche. *Rassegna di studi psichiatrici*, 54, 8 - 14.
- Klopfer B. & Davidson H. (1971) *La tecnica del Rorschach*. Manuale introduttivo. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Lambusta A. (1953) Il test di Rorschach applicato a 50 siciliani minori traviati. Atti 12 Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, bari, 1233 - 1243.
- Lambusta A. (1956) Il test di Rorschach ad un gruppo di soggetti con alterazioni della percezione dei colori. *Minerva Medico-Legale*, 74, 36-40.
- Leoni G. (1953) Un'utile ricerca preliminare al test di Rorschach: l'esame per la discromatopsia. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 81, 436-471.
- Leopardi P. & Ubezio G. (1963) Il test di Rorschach nella schizofrenia paranoie. *Annali di Neurologia e Psichiatria*, 2, 113.
- Leoni G. (1954) Contributo alla conoscenza del profilo psicologico dei cardiopatici organici e funzionali attraverso lo psicodramma di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 43, 631 - 645.
- Lepore G. (1951) Contributo sperimentale allo studio della caratterologia. Atti 9° Convegno Psicologi Italiani, Roma.
- Lerner P. M. (2000) *Il Rorschach. Una lettura psicoanalitica*. Cortina, Milano.
- Levi G. P. (1956) Variazioni indotte dalla terapia con reserpina (serpasil) nello psicodramma Rorschach di malati mentali. *Sistema Nervoso*, 8, 308 - 325.

- Levi G. P. (1954) Risultati dell'impiego del test di Rorschach in traumatizzati cranici ed in nevrotici post-traumatizzati. *Sistema Nervoso*, 6, 326 - 336.
- Lindner R. M. (1967) Analisi del contenuto del protocollo Rorschach, in L. E. Abt & L. Bellack (ed) *La psicologia proiettiva*. Longanesi, Milano, 117 - 140.
- Lis A. (1990) Confronto fra Z test, Rorschach e Favole della Duss in età evolutiva. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, dipartimento di Psicologia Generale, 183 - 192.
- Lis A. (a cura di) *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*. Il Mulino, Bologna.
- Lis A., Mellano D. & 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. (1997) *Nuovo contributo allo studio del test di Rorschach e dello Zulliger test*. Uspel, Domeneghini, Padova.
- Longhi R. & Passi Tognazzo D. (1984) Studio della personalità di soggetti affetti da cefalea psicosomatica mediante il metodo Rorschach. Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive, Brescia, 1984. *Psichopathologia*, Brescia, 15 - 22.
- Loosli-Usteri M. (1972) *Manuale pratico del test di Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Lovallo M., Vecchio F., Saraceni C. & Cimmino M. (1983) Il confine del Sé in età evolutiva. Studio sperimentale con il test di Rorschach. *Quaderni di psicodiagnostica*, 2, 41 - 47.
- Maliardi A. & Netti S. (1963) The use of the Rorschach test in evaluating parent-child relationship and parental deprivation. *Aggiornamento Pediatrico*, 14, 327 - 336.
- Mangiacapra A. (1942) Il reattivo di Rorschach nello studio delle tendenze morali. *Il Cervello*, 21, 219 - 232.
- Maniezzi A. M. & Zanchi B. (1984) Rorschach e prevenzione. Presentazione di un caso. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 1, 24 - 30.
- Maniezzi A. M. & Zanchi B. (1988) Alcune puntualizzazioni metodologiche sull'impiego del Rorschach, in campi diversi, con particolare riferimento all'ambito medico forense. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 55 - 63.
- Maniezzi A. M. & Zanchi B. (1989) Aspetti diagnostici al Rorschach valutati secondo il sistema comprensivo di J. Exner. In F. Del Corno & M. Lang (cur.) *Psicologia clinica*, v. 3. *La diagnosi testologica*. Angeli, Milano.
- Mansueti Zecca G., Lertora V., Arcostanzo G. & Beglia G. (1990) Analisi longitudinale a distanza di dieci anni di un soggetto transessuale mediante il Rorschach. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, dipartimento di Psicologia Generale, 115 - 129.
- Marotta G. P. (1981) Il Comprensivo System: una svolta nella storia del Rorschach? *Bollettino di Psicologia Applicata*, 159 - 160, 155 - 165.
- Marzuoli U. (1951) Lo psicodramma alla Rorschach nei tumori cerebrali. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 350 - 353.
- Masciangelo P. M. (1958) La validità diagnostica dello Z-test nei risultati di uno studio di correlazione con il Rorschach. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 82, 1 - 9.
- Masciocchi A. & Nava V. (1966) Il test di Rorschach applicato a 60 individui con manifestazioni fobico-ossessive. *Annali di Freniatria*, 4, 398 - 409.
- Masè G. & Reitano S. (1967) Aspetti particolari del test di Rorschach in un caso di psicosi maniaco-depressiva. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 56, 3.
- Masè G. & Reitano S. (1968) Alcune considerazioni sui segni di omosessualità maschili rilevati al test di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 57, 662 - 672.
- Massignan L. (1953) Epilessia e Rorschach. *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, 74, 3 - 69.
- Massignan L. (1953) Tipi di aggressività epilettica (studio Rorschach). *Rassegna di Neuropsichiatria*, 7, 329 - 332.
- Massignan L. (1954) Rorschach e schizofrenia. *Rivista di Neurologia*, 24, 63 - 113.
- Massignan L. & Zamparo D. (1953) Rivelazione di tendenze suicide (studio Rorschach) *Rassegna di Neuropsichiatria*, 7, 333 - 342.
- Mastrogiovanni P. (1973) *Psicodinamica dell'amore*. Coines, Roma.
- Masucco Costa A. (1952) Etude de la personnalité au moyen de tests de projection. In F. Baumgarten (red.) *La psychotechnique dans le monde moderne*. Compte rendu du 9° Congrès International de Psychotechnique, Berne, 1949, p. U. F., Paris, 136 - 140.
- Max G. (1975) I meccanismi di difesa di una coppia nevrotica al Rorschach comune. *Psicoterapia della coppia*.
- Max G. & Frova M. (1990) Collusione perverse, analisi al Rorschach comune di coppie di madre con figlio tossicodipendente. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, dipartimento di Psicologia Generale, 67 - 80.
- Max G., carta I., marinetti M., codignola F. & Scorza G. (1974) Dinamiche inconscie e meccanismi difensivi al Rorschach Concordato nella coppia nevrotica. *Seminari di Psicologia Clinica*, Milano, 3 - 31.
- McCully R. (1988) *Jung e Rorschach*. Mimesis, Milano.
- Meschieri L. (1950) Humour et interprétation des mouvements d'extension et de flexion au test de Rorschach. *Contributi dell'Istituto Nazionale di Psicologi del CNR*, Roma.
- Metelli Di Lallo C. (1951) Un'indagine compiuta a mezzo del Rorschach sulle condizioni psichiche della donna in periodo mestruale ed intermestruale. *Convegno degli Psicologi Italiani*, Roma.
- Meyer G. (2002) L'integrazione dei metodi di valutazione della personalità: Rorschach e MMPI. In J. Exner, p. Porcelli & P. Appoggetti *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner*. Erickson, Trento, 101 - 142.
- Mezzena G. (1983) La Pinacoteca Associativa, un momento dell'interpretazione Rorschach di ispirazione adleriana. *Quaderno della Rivista di Psicologia Individuale*, cortina, Milano.
- Mezzena G. (1984) L'utilizzazione della Pinacoteca Associativa nella interpretazione del Rorschach. Un esempio. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 1, 14-23.
- Minguzzi G. (1957) Sulla valutazione dei fattori intellettivi nel reattivo di Rorschach. *Rassegna di Psicologia Generale e Clinica*, 2, 58-66.
- Missaglia A. (1955) Osservazioni sull'indagine dell'inconscio mediante il test di Rorschach. *Annali di Neuropsichiatria e Psicoanalisi*, 2, 223 - 231.
- Missaglia A. (1956) Gli 'archetipi' nel test di Rorschach. *Giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 84, 55 - 97.

- Missaglia A. (1956) Studio analitico della reazione psicogalvanica durante l'esame psicodiagnostica di Rorschach, *giornale di Psichiatria e Neuropatologia*, 84, 751 - 800.
- Modenesi C. (1951) Contributo allo studio della ereditarietà della schizofrenia. Studio psicologico sui parenti schizofrenici condotto con l'aiuto del test di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 40, 118-146.
- Mons W. (1965) *Manuale per l'uso del test psicodiagnostico di Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Morandini N. (1960) Il test di Rorschach nella sclerosi a placche. *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, 81, 38-70.
- Moro Boscolo E. (1974) Il test di Rorschach applicato a 102 bambini Padovani di età prescolastica. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 12, 39-77.
- Moro Boscolo E. & Ronzio A. (1984) Il Rorschach ed il Behn-Rorschach test: concordanze e differenze. *Atti del I Convegno Nazionale AIPRA, Brescia, 1984. Psychopathologia*, 53 - 62.
- Mosticoni R. (1985) Mascolinità e femminilità nelle tavole del Rorschach. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 173, 19 - 24.
- Mosticoni R., pancheri P., porseo F. & Tondo L. (1981) Validazione del sistema P. R. A. L. P. per l'interpretazione automatizzata del test di Rorschach. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 159 - 160, 189 - 202.
- Munroe R. L. (1967) La tecnica di ispezione per il protocollo di Rorschach, in L. E. Abt & L. Bellack (ed) *La psicologia proiettiva*. Longanesi, Milano, 141 - 216.
- Muzio E. & Luperto L. (1999) Démence et fonctionnement de la personnalité à travers le Rorschach chez un groupe des femmes âgées hospitalisées. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 49, 227 - 236.
- Nava V. (1947) Rilievi sull'interpretazione 'maschera' al test di Rorschach. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 56, 608-616.
- Nava V. (1965) La riapplicazione del test di Rorschach a un gruppo di ragazzi. *Infanzia normale*, 65, 786-798.
- Nava V. (1966) I fenomeni di shock nel test di Rorschach a base della struttura della personalità. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 90, 1224 - 1242.
- Nava V. (1966) Contributo del test di Rorschach allo studio dell'adolescenza. *Giornale di Psichiatria e neuropatologia*, 94, 995.
- Nava V. (1967) Alcuni fenomeni particolari nei protocolli Rorschach di schizofrenici. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 56, 115 - 129.
- Nava V. (1967) Il test di Rorschach nella diagnosi di schizofrenie iniziali. *Neuropsichiatria*, 23, 479 - 490.
- Nava V. (1967) Segni di intossicazione alcolica al test di Rorschach in 40 donne. *Rivista di Psichiatria*, 2, 198.
- Nava V. (1968) Contributo del test di Rorschach allo studio del tentato suicidio in isteriche. *Annali di Freniatria*, 2, 142 - 147.
- Neuman B. (1975) La dinamica dell'angoscia nel test di Rorschach. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1.
- Neumann B. (1975) Il test di Rorschach nell'evoluzione di una psicosi schizofrenica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2.
- Nielsen N. P. & Zizolfi S. (1991) Dalla terra alla cenere: divagazioni sul protocollo Rorschach di Adolf Eichmann. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4.
- Nosengo C. & Xella C. M. (1989) L'applicazione del Rorschach. In F. Del Corno & M. Lang (cur.) *Psicologia clinica. La diagnosi testologica*. Angeli, Milano, 294 - 306.
- Novello E. & Gozzetti G. (1963) Le 'risposte di numero', Rorschach e l'irreale schizofrenico. *Annali di Freniatria e Scienze Affini*, 76, 191 - 199.
- Ongaro F. (1960) Risultati preliminari del lavoro di standardizzazione del Ben-Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 54, 372.
- Origlia D. (1950) *Indagine psicologica sulla personalità della prostituta*. Ed. Istituto di Medicina Sociale, Roma.
- Ossicini A. (1950) La validità del test di Rorschach in senso psicoanalitico. *Atti del II Convegno Italiano di Psicoanalisi*. De Carlo, Roma, 14 - 16.
- Ossicini A. (1951) Nuovi orientamenti sul problema dell'ansia. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 8, 28 - 50.
- Ossicini A. (1953) L'uso dei reattivi mentali in un Centro Medico Psico-Pedagogico, *infanzia Anormale*, 4, 490-502.
- Ossicini A. (1955) Il Rorschach nelle nevrosi infantili. *Infanzia Anormale*, 12, 227 - 239.
- Ossicini A., muratori A. m. & Corti A. (1950) Rapporti fra il metodo di Rorschach e il metodo Duss applicati a dei giovani soggetti nevrotici. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 7, 141 - 146.
- Palazzo A. (1951) La plasticità delle strutture percettive nella reazione al Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 47, 47-63.
- Palazzoli Selvini M. (1968) Anorexia Nervosa. A new Rorschach scoring enhances the understanding of the syndrom. *Acta International Rorschach Progress*, london.
- Palazzoli Selvini M. & Porta V. (1954) Disturbi della personalità di soggetti ipertiroidei. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 78, 329 - 370.
- Pancheri P., bernabei A., girardi P., mosticoni R. & Tondo L. (1979) "PRALP": un sistema automatizzato per l'interpretazione del test di Rorschach. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 150 - 151, 113 - 122.
- Pancheri P., de Fidio D. & Corfiati L. (1996) *Il Rorschach computerizzato: PRALP3- Manuale d'uso*. Poligrafico Devoniario, andria.
- Paolella A. (1957) Il test di Rorschach negli irregolari della condotta in età evolutiva. *Annali di Neuropsichiatria e Psicoanalisi*, 3, 199 - 209.
- Paolella A. (1958) Ricerche col test di Rorschach su un gruppo di delinquenti omicidi.. *Annali di Neuropsichiatria e Psicoanalisi*, 4, 272 - 282.
- Paolella A. (1958) Resultats au test de Rorschach chez les homicides. *Proceeding of the 13° Congress of Applied Psychology*, 668-669. .
- Parenti F. & Pagani P. L. (1976) *Il reattivo di Rorschach nell'età evolutiva*. Hoepli, Milano.
- Parisi S. (1993) The parallel inkblot plates developed by S. Parisi and P. Pes. *Rorschachiana*, 18.
- Parisi S. & Pes P. (1984) Tre "itinerari" nella ricerca Rorschach. *Studi Rorschachiani*, 1, 31 - 34.
- Parisi S. & Pes P. (1989) *Tavole parallele alle macchie di H. Rorschach*. Kappa, Roma.
- Parisi S. & Pes P. (1989) *Cartelle per l'elaborazione dei Computi Rorschach*. Kappa, Roma.
- Parisi S. & Pes P. (1990) *Lo Specchio dei computi Rorschach*. Kappa, Roma.
- Parisi S. & Pes P. (1990) *RORCOMP Sistema informatico dei computi Rorschach*, realizzato dal Centro di Progettazione Softwers. A. S. Kappa, Roma.
- Parisi S. & Pes P. (1992) *Disturbi della personalità e psicodiagnostica Rorschach*. Kappa, Roma.

- Parisi S. & Pes P. (1992) Lucidi per la localizzazione delle interpretazioni Rorschach. Kappa, Roma.
- Parisi S. & Pes P. (1994) Le tavole parallele alle macchie di Hermann Rorschach. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Parisi S. & Pes P. & Cicioni R. (1994) *WCOMP Software per l'impaginazione del protocollo Rorschach*. Kappa, Roma.
- Parisi S., Pes P., Cicioni R., Amoros C. & Collazzo A. (2003) Elenco di risposte volgari e di buona forma statistica: aggiornamento 2003. In G. Caviglia & E. Del Castello (cur.) *La diagnosi in psicologia clinica*. Angeli, Milano, 199 - 207.
- Parisi S., Pes P., Faraglia A., Lanotte A. & Spaccia S. (1992) *Disturbi di personalità e psicodiagnostica Rorschach*. Kappa, Roma.
- Parisi S., Pes P. & Sartoretti F. (1998) Le risposte Rorschach di buona forma statistica della popolazione italiana adulta 'normale'. *Studi Rorschachiani*, 1, 37 - 56.
- Parolin L. (2005) Il test di Rorschach. In F. Del Corno & M. Lang. (a cura di) *Elementi di psicologia clinica*. Angeli, Milano, 213 - 230.
- Parolin L. & Marton A. (2003) Il test di Rorschach. In A. Lis, c. Pazzeschi, V. Calvo, s. Saluni & Parolin L. (a cura di) *Psicodiagnosi. Percorsi teorici e strumenti di valutazione*. Unipress, Padova, 183 - 196.
- Pasini E. (1968) Contributi allo studio dell'aggressività nei protocolli Rorschach delle sindromi depressive. *Annali di Freniatria*, 3, 279 - 284.
- Pasqui E. (1952) I contenuti ansiosi e regressivi nel Rorschach. *Rivista di Neurologia*, 22, 659 - 671.
- Pasqui E. (1958) La diagnosi cieca col reattivo di Rorschach nella diagnostica psichiatrica. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 82, 757 - 765.
- Pasqui E. (1966) La discordanza schizofrenica, lo stato misto e la dissocialità nel Rorschach. *Psichiatria*, 4, 539 - 546.
- Passi B. (1984) Le risposte originali al test di Rorschach in un campione di preadolescenti (11 - 13 anni) dell'Italia settentrionale. *Atti e Memorie dell'Accademia Patavina di Scienze, Lettere ed Arti*, 96, 251 - 254.
- Passi B. (1984) *Introduzione al Rorschach di coppia secondo il metodo Willi: un caso esemplificativo*. Patron, Bologna.
- Passi B. (1990) *Il disagio psichico nelle caserme: un appoggio psicodiagnostico*. CLEUP, Padova, 107 - 111.
- Passi B. (1990) Il caso di 3 giovani suicidi: studio psicodiagnostico mediante il metodo Rorschach. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, dipartimento di Psicologia Generale, 131 - 141.
- Passi B. (1990) Validità, attendibilità, sensibilità: ha un senso chiedere al reattivo di Rorschach le tre caratteristiche che dovrebbe possedere ogni test psicologico?. *Psychopathologia*, 8, 79 - 85.
- Passi B. (1991) *L'uso corretto del test di Rorschach in psicodiagnostica*. Cortina, Milano.
- Passi B. (1994) Il test di Rorschach: abuso e cattivo uso in psicologia forense. In M. Piccolo (a cura di) *Vita e morte della coppia*. Atti del Convegno Nazionale di Psicologi Forense, Padova, 85 - 88.
- Passi B. & Bocconi A. (1989) Crescere come gemelle: studio longitudinale e della relazione di coppia su due gemelle monozigote mediante il metodo Rorschach. In L. Valente Torre (a cura di) *I gemelli e il vissuto del doppio*. La Nuova Italia, Firenze.
- Passi B., Croce M. & Martoni M. (1993) Sotto la maschera il vuoto. Una mancata identificazione: i contenuti umani al Rorschach in un gruppo di tossicodipendenti. *Quaderni di Psicoterapia dei SERT, Regione Emilia Romagna*, 2, 39 - 47.
- Passi B. & de Rénoche I (1993) L'autoriferimento come racconto monotematico al Rorschach. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 65 - 70.
- Passi B. & de Rénoche I (1999) Incesto tra adolescenti: analisi di un caso mediante il metodo Rorschach. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 121 - 129.
- Passi B. & Moro Boscolo E. (1984) Les images parentales dans les test de Rorschach et de Sachs. University of Padua, institute of Psychology, report 101.
- Passi B. & Passi Tognazzo D. (1984) Rapporti tra personalità e ansia preagonistica. Atti Convegno AIPRA. *Psychopathologia*, 7 - 14.
- Passi B. & Passi Tognazzo D. (1999) Il corpo rifiutato. Tre casi di transessuali biologicamente donne. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 130 - 136.
- Passi Tognazzo D. (1956) Il metodo Rorschach-Munroe applicato alla misura dell'adattamento psichico nel ciclo mestruale. *Rivista di Psicologia*, 50, 143 - 169.
- Passi Tognazzo D. (1964) Osservazioni relative all'influenza della persona dell'esaminatore sul rendimento alla prova di Rorschach. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 2, 357-360.
- Passi Tognazzo D. (1968;1979) *Il metodo Rorschach. Elementi di tecnica psicodiagnostica*. Giunti-Barbera, Firenze.
- Passi Tognazzo D. (1977) Le tavole del Rorschach alla luce del differenziale semantico. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 143 - 144, 105 - 126.
- Passi Tognazzo D. (1980) I contenuti umani alle tavole III e IV del Rorschach in un gruppo di omosessuali maschi dell'Italia settentrionale. CLEUP, Padova.
- Passi Tognazzo D. (1985) L'aggressività rivelata per le risposte aux planches II, IV, VIII et X du test de Rorschach dans un échantillon d'enfants italiens âgés de 4 a 10 ans. *Psychopathologia*, 3.
- Passi Tognazzo D. (1986) Osservazioni di un caso di allucinazione scatenata dal reattivo di Rorschach. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 6, 4.
- Passi Tognazzo D. (1991) La psicodiagnostica nella misura del cambiamento della personalità; in M. Sambin (a cura di) *La misura del cambiamento*. Angeli, Milano, 131 - 137.
- Passi Tognazzo D. (1994) *Il metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea*. Giunti, Firenze.
- Passi Tognazzo D. (1999) *Metodi e tecniche per la diagnosi della personalità. I test proiettivi*. Giunti, Firenze; 2^a ed.
- Passi Tognazzo D. et alii (1982) *Norme del Rorschach in età evolutiva*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Passi Tognazzo D., borghese M. G. & Restuccia P. (1985) Rorschach e psicosi maniaco depressiva. Atti 36 Congresso Società Italiana di Psichiatria, Unicopli, Milano, 615 - 622.
- Passi Tognazzo D. & Cristante F. (1990) Valori normativi attuali delle prestazioni al Rorschach nell'adulto italiano. Indagine su 736 soggetti dell'Italia Settentrionale. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra*

indagine clinica e ricerca psicomетria. Atti del Convegno 6 - 10 - 1989, Università di Padova, dipartimento di Psicologia Generale.

Passi Tognazzo D. & de Rénoche I. (1993) L'autoriferimento come racconto monotematico al Rorschach. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 65 - 70.

Passi Tognazzo D., de Rénoche I. & Farini M. A. (1993) La personalità borderline al test di Rorschach. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 37 - 44.

Passi Tognazzo D. & Del Negro V. (1980) La personalità alcolista:oralità e risposte al test di Rorschach. Report 8, CLEUP, Padova.

Passi Tognazzo D., Farini M. A. & Passi B. (1984) Les contenus fantasmatiques anxieux et agressifs au test de Rorschach chez 350 enfants italiens agés de 4 a 10 ans. Atti e Memorie de l'Accademia Patavina di SS. LL. AA., 96, 3 - 11.

Passi Tognazzo D. & Lagrasta D. (1980) Obesità e risposte al test di Rorschach. Report 11, CLEUP, Padova.

Passi Tognazzo D. & Lagrasta D. (1990) Immagine di sé e aspetti relazionali al Rorschach nell'obesità e nell'anoressia. *Psychopathologia*, 8, 249 - 253.

Passi Tognazzo D. & Longhi R. (1984) Studio della personalità di soggetti affetti da cefalea psicosomatica mediante il metodo Rorschach. Atti del Convegno AIPRA, *Psychopathologia*, 15 - 22.

Passi Tognazzo D. & Onagro Zanettin F. (1979) Le caratteristiche della personalità femminile durante l'ultimo periodo della gravidanza analizzata mediante il metodo proiettivo di Rorschach. In D. Passi Tognazzo (a cura di) Studi e ricerche col metodo Rorschach, Patron, Bologna.

Passi Tognazzo D., Pollani L., Zanaletti M. & Campanaro U. (1989) Aspetti della personalità dell'anziano in rapporto al livello d'istruzione. In A. Dellantonio (cur) Ricerche psicologiche sull'invecchiamento. Angeli, Milano, 97 - 106.

Patarnello L. (1966) Il rifiuto nel Rorschach. *Psichiatria*, 17 - 30.

Patarnello L., Pasqui E. & Conti T. (1963) Considerazioni sull'espressività schizofrenica nella risposta originale Rorschach. *Psichiatria*, 1, 126.

Pazzaglia P. & Bisogni F. (1984) Sull'indagine dell'inconscio in Jung e in Rorschach. Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive, Brescia, 1984. *Psychopathologia*, Brescia, 73 - 76.

Pazzaglia P., Mintoti C., Villa T. & Mastrapasqua A. (1984) Modificazioni al Rorschach in corso di trattamento riabilitativo motorio in ambiente di Day-Hospital. Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive, Brescia, 1984. *Psychopathologia*, Brescia, 77 - 82.

Pazzaglia P., Bisogni F., Bosio P. & Macchiarini S. (1984) Modificazioni al Rorschach (test e re-test) in pazienti di Day-Hospital partecipanti ad un gruppo di attività espressive. Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive, Brescia, 1984. *Psychopathologia*, Brescia, 93 - 98.

Pazzaglia P., Bisogni F., Bosio P. & Gambarelli P. (1984) Comparazione dei risultati al Rorschach con la produzione espressivo-figurativa di pazienti di Day-Hospital analizzata con criteri formali. Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive, Brescia, 1984. *Psychopathologia*, Brescia, 99 - 107.

Pazzeschi C. & Prina S. (1998) I test strutturali: il Rorschach e lo Zulliger test. In A. Lis (a cura) *Casi clinici. Training pratico per studenti e psicologi clinici*. Domeneghini, Padova.

Pes P., Parisi S., Cicioni R. & Calabrese B. (1999) Determinazione di un Indice di Predisposizione Psicomatica (IPP) attraverso il reattivo di Rorschach. 16° Congresso Internazionale Rorschach ed altre Tecniche Proiettive, Roma.

Petro C. (1950) Su l'introversione e l'estroversione. *Il Cervello*, 26, 137 - 148.

Piemonte S. (1962) Contributo sperimentale allo studio della personalità dell'autista. Rilievi quantitativi e differenziali sui protocolli Rorschach di 100 autisti professionali. *Rivista di Psicologia*, 51, 148.

Pilloni F. (1992) La personalità dei pittori. Tesi di laurea, Università di Padova.

Pinkus L., Bertola A., Formica F., Salmonella E., Orlandelli E. & Scoppetta C. (1985) Dimensioni psicodinamiche di pazienti con miastenia grave. *Psicologia clinica*, 4, 332 - 340.

Piras P. (1993) Contributo alla taratura nazionale del test di Rorschach in soggetti adulti. Tesi di Laurea, Università di Padova.

Piro S. (1961) Contributo allo studio della dissociazione semantica nel linguaggio schizofrenico. Nota 7: Neologismi e paralogismi al test di Rorschach. *Acta Neurologica*, 16, 219.

Piro S. & Torre E. (1964) Un contributo allo studio della deformazione linguistica delle risposte al psicodiagnostico Rorschach negli schizofrenici. *Rassegna di Neuropsichiatria*, 18, 3.

Pollani L. (1987) Rapporto fra personalità e livello di istruzione nell'anziano. Tesi di laurea. Università di Padova. In Passi Tognazzo D. Il metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea. Giunti, Firenze, 1994.

Pontati C., Arnetoli C., Dastoli C., Martini A., Stoppa G. & Colamonico P. (1979) Dalle strutture di comunicazione alla organizzazione fantasmatica del mondo psicologico della coppia. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 40, 251 - 272.

Ponzo E. (1957) Il problema del livello di coscienza nell'uso dei metodi proiettivi: indagine su un'ipotetica tecnica di controllo del valore soggettivo delle attribuzioni di significato al test di Rorschach. Atti 11 Convegno Psicologi Italiani, ed. Vita e Pensiero, Milano.

Ponzo Brunetti F. & Santini G. (1956) I fattori Rorschach in gruppi di soggetti normali piemontesi di diverso sesso e scolarità. *Rassegna di Medicina Industriale*, 25, 499 - 501.

Porcelli P. (2002) L'interpretazione secondo il Comprehensive System. In J. Exner, P. Porcelli & P. Appoggetti Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner. Erickson, Trento, 213 - 247.

Porcelli P. & Appoggetti P. (2002) Il processo di risposta nel Rorschach: il Comprehensive System di Exner. In J. Exner, P. Porcelli & P. Appoggetti Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner. Erickson, Trento, 23 - 38.

Porcelli P., Leoci C., & Guerra V. (1996) A prospective study on the relationship between disease activity and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 569 - 573.

Porcelli P., Taylor G. J., Babgy R. M. & De Carne M. (1999) Alexithymia and functional gastrointestinal disorders: a comparison with inflammatory bowels disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 263 - 269.

Porta V. (1949) La dinamica dell'inconscio nella prova Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 10, 194 - 199.

- Porta V. (1949) I metodi più recenti di valutazione dello psicodramma. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 10, 200-211.
- Porta V. (1951) La valutazione dell'intelligenza con il test di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 337 - 349.
- Porta V. (1958) Personalità matura e intelligenza al test di Rorschach, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 82, 793 - 799.
- Porta V. (1958) Personalità, cultura e intelligenza al test di Rorschach. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 82, 793 - 820.
- Porta V. & Conti-Poli S. (1951) L'azione dell'acido glutammico nei minorati psichici e la sua valutazione col metodo psicodiagnostica di Rorschach. *Sistema Nervoso*, 3.
- Porta V. & Marzuoli U. (1953) Ricerche sullo psicodramma alla Rorschach nelle cerebropatie organiche. *Rivista di Neurologia*, 23, 241 - 268.
- Porta V. & Palazzoli Sellini M. (1953) Indagine sulla personalità degli ipertiroidei. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 14, 315 - 318.
- Prina S., Zennaro A. & Lis A. (1998) Il test di Rorschach. In A. Lis (a cura di) *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*. Il Mulino, Bologna, 261 - 385.
- Puca F. M., de Fidio D., Prudenzeno A. M., Scirucchio V., Miscelo M., Palombo M., Perilli S. & Francavilla T. (1996) Il Rorschach computerizzato negli insonni cronici. *Congresso di Medicina del sonno*, Genova.
- Pruccoli R. (1992) La personalità dell'artista anziano. Tesi di laurea, Università di Padova.
- Rapaport D., Gill M. M. & Schafer R. (1975) *Reattivi psicodiagnostici*. Boringhieri, Torino.
- Rausch de Traubenbergn N. (1999) *La pratica del Rorschach*. U. T. E. T., Torino.
- Ravanello R. (1994) Contributo alla taratura nazionale del Rorschach in soggetti adulti. Tesi di laurea, Università di Padova.
- Reda G. C. & Frighi L. (1951) Tecnica e valutazione di psicodrammi Rorschach ottenuti dopo narcosi. *Rivista di Neurologia*, 21, 1 - 7.
- Reda G. C., Frighi L. & Ruggero S. (1950) L'azione dell'acido glutammico sulla sviluppo dell'intelligenza. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 7, 272 - 290.
- Reda G. C., Frighi L. & Schiavi E. (1951) Studio comparativo fra Rorschach e TAT in 33 psiconevrotici. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 12, 368 - 383.
- Reitano M. (1980) Risposte al test di Rorschach e comportamento EEG in soggetti epilettici ospedalizzati. *Atti 18 Congresso Psicologi Italiani*, Palermo. Il Vespro, Palermo, 108-121.
- Ricci A. (1939) Studi di diagnosi differenziale col reattivo di Rorschach. *Il Cervello*, 18, 11 - 20.
- Rieti E. (1936) Valore semiologico dell'esame psicologico del malato di mente. *Neuropsichiatria*, 8, 155 - 159.
- Riva A. (1965) Osservazioni sulle risposte a contenuto sessuale nei protocolli del Rorschach in un gruppo di adolescenti maschi e femmine di 13 anni. *Rivista di Psicologia*, 59, 463 - 471.
- Rizzo C. (1937) Prime ricerche su italiani adulti normali studiati col metodo psicodiagnostica di Rorschach. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 61, 1124 - 1150.
- Rizzo C. (1946) L'influenza del fattore cultura sui risultati del metodo di Rorschach. *Rivista di Neurologia*, 16, 85 - 101.
- Rizzo C. (1949) Contributi allo studio del metodo Rorschach. *Rivista di Neurologia*, 29, 604 - 633.
- Rizzo C. (1950) Un centenaire étudié au moyen du test de Rorschach. *Archives International de Neurologie*, 10.
- Rizzo C. (1950) Contribution à l'étude de la senilité par la methode de H. Rorschach. 1° *Congres Mondiale de Psychiatrie*, Paris.
- Rizzo C. (1951) Ricerche e considerazioni sopra 100 protocolli Rorschach di italiani normali. *Società Italiana per il progresso delle scienze*, Roma.
- Rizzo C. (1953) The Rorschach method in Italy. *Rorschachiana*, 1, 306 - 320.
- Rizzo C. (1953) Esplorazioni della psiche senile col metodo di Rorschach. *Rivista di Gerontologia*, 3, 105 - 112.
- Rizzo C. & Ossicini A. (1950) Contribution à la discussion des rapports sur l'application des méthodes des tests mentaux à la psychiatrie clinique. *I Congres Mondial de Psychiatrie*, Paris.
- Rizzo C. (1970) Contributo alla psicologia dell'età evolutiva. Indagine longitudinale applicando il metodo Rorschach a sette soggetti della medesima famiglia in età dai 4 ai 22 anni. *Rivista di Neurologia*, 40, 1.
- Rizzo C. (1973) Un nuovo "fenomeno particolare": la sproporzione. *Rivista di Psichiatria*, 7, 6.
- Rizzo C. (1973) *L'adulto sano di mente alla luce della psicodiagnosi Rorschach*. Scuola Romana Rorschach, Roma.
- Rizzo C. (1984) Controlli, critiche e proposte sulle classificazioni dei chiaroscuri nel metodo Rorschach. *Studi Rorschachiani*, 1, 7 - 27.
- Rizzo C. & Argenta G. (1959) Contributo allo studio della prostituzione femminile col metodo Rorschach. *Rivista Neural. Italiana*, 29, 545 - 562.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P. (1977) Le odierne risposte Volgari e semi-Volgari dei protocolli Rorschach negli italiani adulti "normali". *Rorschachiana*, 14.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P. (1980) *Manuale per la raccolta, localizzazione e siglatura delle interpretazioni Rorschach*. Kappa, Roma.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P. (1985) *Tavole di localizzazione Rorschach*. Kappa, Roma.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P., Battaini A. & Pacifici L. (1980) Teacher-student interaction-students with the Rorschach Test in two 5th elementary classes. *Rorschachiana*, 15.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P., Montagna S. (1980) Rorschach characteristics and depression in two groups of elderly people. *Rorschachiana*, 15.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P., Grasso M. & Michelini M. (1980) Valutazione del rapporto madre-figlia attraverso di test di Rorschach. *Studi clinici su adolescenti e giovani psoriasiche*. *Rorschachiana*, 15.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P., Grasso L. & Preziosi L. (1980) Evaluation of the mother-son relationship through Rorschach Test. *Clinical study on psoriatic adolescents and young people*. *Rorschachiana*, 15.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P., Battaini A. & Monaco E. (1980) Puerperal syndrome. *Rorschachiana*, 15.
- Rizzo C., Parisi S. & Pes P., Battaini A. & Feligetti A. (1980) Study on the difference between children in traditional elementary schools and children having experimental characteristics via the Rorschach test. *Rorschachiana*, 15.
- Rizzo C. & Rizzo P. A. (1968) Indagini longitudinali sui soggetti di una stessa famiglia. 7° *International Congress of Rorschach and other projective techniques*, London.

- Rizzo C. & Rizzo P. A. (1968) Utilità del 'Rorschach longitudinal' nello studio dell'età evolutiva. *Nota preventiva. Rassegna di Studi Psichiatrici*, 57, 806 - 814.
- Rizzo E. M. (1954) Un caso di tentato suicidio (Narcoanalisi, Rorschach, TAT, dasainanalyse). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 43, 685 - 717.
- Rizzo G. B. (1952) L'influenza dell'età e del sesso sullo psicogramma Rorschach. *Rivista di Neurologia*, 22, 345 - 357.
- Rizzo G. B. (1954) Psychologische Untersuchungen an fortgeschrittenen Krebskranken mit Hilfe Rorschach-schen Formdeutversuchs. *Rorschachiana*, 4, 43 - 48.
- Rizzo G. B. (1963) Osservazioni sull'analisi comparativa delle tavole Fuchs-Rorschach rispetto a quelle Rorschach. *Rorschachiana*, 8, 175 - 182.
- Rizzo G. B. (1965) Analisi comparativa dei dati ottenuti dall'applicazione dei test Rorschach e Fuchs-Rorschach in un gruppo di soggetti normali (con riferimento a considerazioni critiche circa i risultati precedentemente ottenuti dal confronto Rorschach-Howard). *Rivista di Psicologia*, 59, 472 - 478.
- Rizzo G. B. & Ferracuti F. (1960) L'impiego del test di Rorschach in criminologia clinica. *Rorschachiana*, 8, 175 - 182.
- Roccatagliata G., Pizio N., Bino G. & Bacigalupo F. (1983) Le risposte movimento al Rorschach e la struttura dell'intelligenza. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 77, 541 - 544.
- Roi G. (1950) Considerazioni su psicodrammi Rorschach in nevrotici. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 74, 457 - 459.
- Roi G. (1953) Il test di Rorschach nello studio delle nevrosi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 77, 547 - 592.
- Romano S. (1955) Il test di Rorschach negli psoriasici. *Dermatologia*, 6, 102 - 116.
- Ronco P., Melena G. & Priora P. M. (1968) Influenza della propericiazina (Neuleptil) sul test psicodiagnostica di Rorschach in bambini in corso di trattamento differenziale. *Minerva Medica*, 59, 3003 - 3007.
- Ronzio A & Moro Boscolo E. (1984) Il Rorschach e il Behn-Rorschach test: concordanze e differenze. *Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive*, Brescia, 1984. *Psichopatologia*, Brescia, 53 - 62.
- Rorschach H. (1981) *Psicodiagnostica*. Kappa, Roma.
- Rorschach Workshops (1996) *Guida tascabile per la qualità formale*. Rorschach Workshops Italiana, Milano.
- Ros M. (1988) Sull'uso e l'importanza del simbolo nel test di Rorschach. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 1 - 7.
- Ros M. (1988) Il Rorschach e le sue applicazioni :la problematica della sua attendibilità nella perizia medico-forense. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 72 - 87.
- Rosapepe G. (1956) Il test di Rorschach in un gruppo di venti donne detenute per prostituzione clandestina. *Annali di Neuropsichiatria e Psicanalisi*, 3, 198 - 202.
- Rossel F. Cedraschi C. & Merceron C. (1988) Riflessioni sulla nozione di falso-sé: studio comparato di due protocolli. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 105 - 132.
- Rovera G. G., Fassino S., Munno D., Scarso G. & Torre E. (1981) Utilizzazione del Ranking Rorschach test in tossicodipendenti. *Minerva Psichiatrica*, 22, 4 - 183.
- Rovera G. G., Marocco Mattini C., Gallino G. (1983) L'aggressività nei tossicomani. *Rilievi al test di Rorschach*. *Minerva Psichiatrica*, 24.
- Rovera G. G., Marocco Mattini C. & Gallino G. (1984) Aspetti di personalità in donne tossicodipendenti al Test di Rorschach. *Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive*, Brescia, 1984. *Psichopatologia*, Brescia, 33 - 45.
- Rovera G. C., Scarso G., Oliva R., Fassino S. & Munno D. (1983) Rapporti tra livello di istruzione e indice di neuroticismo al Rating Rorschach Test. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 70, 528 - 540.
- Rovera G. C., Scarso G., Oliva R., Fassino S. & Munno D. (1984) Il Rating Rorschach test degli schizofrenici. *Minerva psichiatrica*, 25, 241 - 243.
- Ruggeri G. (1980) Il concetto di 'Confine del Sé' nel test di Rorschach. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 51, 2 - 22.
- Ruggeri G. & Saraceni C. (1978) Studio sperimentale con il test di Rorschach sulle modificazioni dell'immagine corporea in condizione ipnagogico-simile. *Archivio di Psicologia, neurologia e Psichiatria*, 39, 57 - 73.
- Ruggeri G. & Saraceni C. (1980) Il concetto di confine del Sé nel test di Rorschach. Una prospettiva teorico-clinica. *Archivio di Psicologia, neurologia e Psichiatria*, 41, 255 - 275.
- Ruggeri G. & Saraceni C. (1980) L'articolazione del "confine del Sé" nel sogno e nel test di Rorschach. Una prospettiva teorico-clinica. *Archivio di Psicologia, neurologia e Psichiatria*, 41, 175 - 192.
- Sabatini C. & Masciangelo P. M. (1953) Risultati dell'impiego del test di Rorschach in soggetti psoriasici. *Rassegna di Dermatologia e Sifilografia*, 6, 37 - 42.
- Sabbatini F. & Borghi F. (1987) Studio psicologico del lupus eritematoso sistemico. *Minerva psichiatrica*, 28, 133 - 136.
- Saggino A. (1987) Il Rorschach nel Sistema Comprensivo di Exner. *L'Ospedale Psichiatrico*, 55, 1 - 6.
- Saggino A. (1989) *Il Rorschach nel sistema comprensivo di J. E. Exner*. Bulzoni, Roma.
- Saggino A. (1995) L'indice di schizofrenia nel sistema comprensivo di Exner. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 215, 43 - 45.
- Saggino A. (1997) Il contributo del Sistema Comprensivo di Exner alla validazione del Rorschach: l'indice di schizofrenia. *Psicologia Clinica*, 2, 98-113.
- Saggino A., Matricano E., Urbani M. P., Ripa A., Mormone P. & Pastinese A. (1988) L'uso del computer nell'interpretazione del test di Rorschach. *Il Laboratorio e la città*. 21° Congresso Psicologi Italiani, Venezia, 1987, Guerri e Associati, Milano, vol 2, 649 - 651.
- Samale L. (1954) Alterazioni psicologiche riscontrate in un gruppo di tubercolotici esaminati con l'ausilio dei test proiettivi (Rorschach e TAT). *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 15, 397 - 437.
- Sambin P. & Piemonte S. (1959) Confronto tra un indice di adattamento psichico "metodo di Rorschach-Munroe" e i risultati nella prova dei tempi di reazione semplice e complesso di un gruppo professionale, statisticamente omogeneo, di autisti. *Rassegna di Medicina Industriale*, 4, 287 - 291.
- Sambin P. & Piemonte S. (1960) Confronto tra un indice di adattamento psichico "metodo di Rorschach-Munroe" e i risultati nella prova dei tempi di reazione semplice e complesso di un gruppo professionale, statisticamente omogeneo, di autisti. *Rivista di Psicologia*, 54, 339 - 341.
- Saraceni C. & Ruggeri G. (1981) *L'esperienza proiettiva. Dal confine corporeo al confine del Sé*. SIRP, Roma.
- Saraceni C., Ruggeri G. & Filocamo D. (1980) Studio sperimentale con il test di Rorschach sulle modificazioni dell'immagine corporea in ipnosi. *Archivio di Psicologia, neurologia e Psichiatria*, 41, 50 - 64.
- Saraceni C. & Torre S. (1979) L'efficacia di stimoli emotivi incidentali in situazione

- Scarpellini C. (1962) Diagnosi differenziale attraverso due reattivi della personalità: Rorschach e Wartegg. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 53.
- Savaral A. (1960) Il test di Rorschach nella mania. Parte 1°: analisi statistica di 98 casi. *L'Ospedale Psichiatrico*, 28, 203 - 232.
- Scarpellini C. (1962) Studio della portata diagnostica differenziale di due reattivi della personalità: il Rorschach e il Wartegg. *Rivista di Psicologia*, 51, 354.
- Scarpellini C. (1965) Studio delle interpretazioni G nella prova di Rorschach e loro implicazioni. *Contributi dell'Istituto di Psicologia U. C.*, 24.
- Scarpellini C. (cur.) (1992) *Prontuario di psicodiagnostica*. Editoriale Bios, Cosenza.
- Scarpellini C. (1992) Indice analitico per l'interpretazione del Rorschach, in C. Scarpellini (cur.) *Prontuario di psicodiagnostica*. Editoriale Bios, Cosenza, 311 - 339.
- Scarso G., Fassino S. & Munno D. (1986) Il Ranking Rorschach Test. Considerazioni sulla tavola 2. *Minerva psichiatrica*, 27, 311 - 313.
- Schafer R. (1971) *L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach*. Boringhieri, Torino.
- Schmolkowa W. (1949) Sull'applicazione del test di Rorschach su 100 soggetti napoletani. 1° Congresso Internazionale sul Rorschach, Zurigo.
- Scimeca G. & Manna G. (2003) Le variabili al test di Rorschach: distribuzione e analisi dei dati. *TPM Testing Psicometria Metodologia*, 10, 141 - 170.
- Secchi C. (1978) Contributo allo studio delle sindromi borderline mediante il test di Rorschach. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 102, 3 - 35.
- Secchi C. (1979) Riflessioni critiche sul setting del test di Rorschach. Contributo ad una epistemologia della conoscenza psichiatrica. *Psicopetrapia e Scienze umane*, 3.
- Sendin Bande M. C. (1988) Risposte popolari al test di Rorschach in soggetti spagnoli. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 29 - 35.
- Settineri S. & Tati F. (1999) Rorschach e rappresentazioni oggettuali nella depressione. In E. Cattonaro & D. Passi Tognazzo (a cura di) *Psicodiagnostica proiettiva*. E. U. R., Roma, 146 - 159.
- Sigurtà R. (1957) Ricerche sperimentali sul valore della componente cromatica nel test di Rorschach. *51*, 243 - 266.
- Small L. (1962) *Manuale di localizzazione e siglatura del reattivo di Rorschach*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Sostero M. (1990) Corpo, simbolo,. Rorschach: processi simbolici ed archetipici al test di Rorschach in medicina psicosomatica.
- Sparvieri F. (1968) Studio statistico sui temi di latenza iniziali. Rorschach eseguito su un gruppo di 150 soggetti. *Rivista di Medicina Aeronautica*, 31, 359 - 370.
- Stentella G., Bestini M. & Cagassi M. (1979) Aspetti psicosomatici in pazienti affetti da cancro alla mammella. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 40, 119 - 138.
- Stricker G. & Gold J. (2002) Il Rorschach. Verso un modello configurazionale di tipo nomotetico ma applicabile in modo idiografico. In J. Exner, P. Porcelli & P. Appoggetti *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner*. Erickson, Trento, 183 - 212.
- Tancredi O., Capelli D., Sirabian C. (1986) Alcune indicazioni per una diagnosi differenziale tra depressione e demenza incipiente nella senescenza. *Minerva psichiatrica*, 27, 221 - 225.
- Tarchini M. T. (1957) Il profilo psicologico della donna alcolista visto attraverso il test di Rorschach. *Neuropsichiatria*, 13, 1 - 41.
- Tejen de Meer M. K. (1964) Il Rorschach nello studio delle vocazioni sacerdotali e religiose. *Orientamenti Pedagogici*, 16, 1041 - 1066.
- Timsit M. (1984) Test di Rorschach e patologia psicosomatica. *Studi Rorschachiani*. 1, 59 - 81.
- Tigano U. (1956) Il test di Rorschach dei genitori di soggetti schizofrenici. 3° Congresso Internazionale sul Rorschach, Roma.
- Torre S. (1990) Aspetti della personalità dell'anziano ultra-settantacinquenne. Tesi di laurea, Università di Padova.
- Tundo A. & Cassano G. B. (1988) Il disturbo di depersonalizzazione-derealizzazione. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 7, 271 - 286.
- Tuvo F. & Morandini N. (1959) Aspetti psichici di tipo dissociativo dopo trauma cranico all'esame clinico e al test di Rorschach. *Giornale di Psichiatria e neuropatologia*, 4, 1 - 24.
- Vacca E. & Breda R. (1954) The application of the Rorschach test to an ethnical group (Sermoneta, Italy). *Rorschachiana*, 4, 103 - 115.
- Valente Torre L. (1984) Ipotesi di fondare il test di Rorschach sulla teoria dell'immagine di J. Piaget e sul Transazionismo. *Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive*, Brescia, 1984. *Psychopathologia*, Brescia, 23 - 31.
- Valente Torre L. (1984) Uno studio su 5 casi di transessualismo femminile. *Atti XI Congresso Internazionale del Rorschach e delle Tecniche Proiettive*, Barcellona. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 2 - 3, 1985, 43.
- Valente Torre L. (1989) (a cura di) *I gemelli. Il vissuto del doppio*. La Nuova Italia Ed., Firenze.
- Valente Torre L. (1990) L'estrema tenuta dell'ordito psichico. Ricerca su 22 soggetti ultranovantenni efficienti. *Psychopathologia*, 8, 281 - 290.
- Valente Torre L. (1990) Il test di Rorschach negli ultranovantenni efficienti: studio di una coppia di gemelli MDFN di 90 anni. In E. Cattonaro (cur.) *I test proiettivi tra indagine clinica e ricerca psicometria*. *Atti del Convegno 6 - 10 - 1989*, Università di Padova, dipartimento di Psicologia Generale, 59 - 66.
- Valente Torre L. (1993) *Pratica psicodiagnostica. Quaderno di esercitazioni, di siglatura e di elaborazione al test di Rorschach*. UPSEL, Padova.
- Valente Torre L. (1999) Griglia della rappresentazione di sé. In N. Rausch de Trautenberg. *La pratica del Rorschach*. U. T. E. T., Torino, 231 - 239.
- Valente Torre L., Freilone F. & Brusca C. (1993) Sviluppo e funzionamento della struttura psichica in situazione di deficit culturale-verbale. Studio di tre casi. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 81 - 96.
- Valseschini S. (1977) Rorschach e vissuto di emarginazione, esaminato in 297 minori in istituto. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 143 - 144, 21 - 54.
- Vanin G. & Max G. (1984) Il Test di Rorschach dalla patologia alla cultura un'esperienza di due anni in Madagascar. *Atti del Convegno della Associazione Italiana per il Rorschach e altre tecniche proiettive*, Brescia, 1984. *Psychopathologia*, Brescia, 47 - 52.

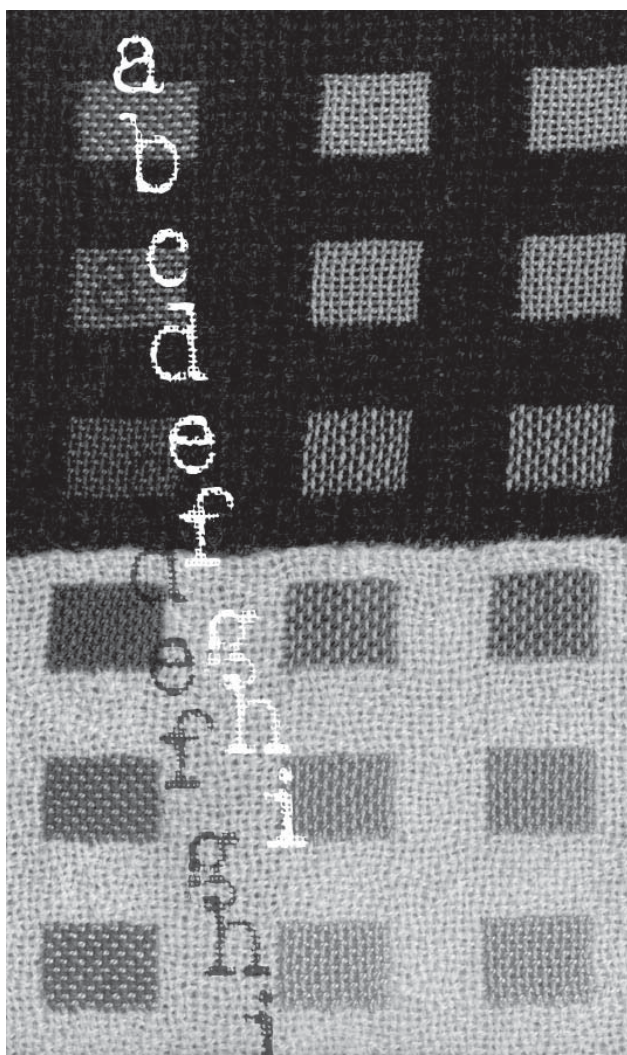
- Vella G. (1956) Il test di Rorschach in un gruppo di 35 soggetti affetti da psiconevrosi neurastenico-ipocondriaca. *Medicina Psicosomatica*, 1, 270 - 277.
- Viglione D. (2002) Rassegna delle recenti ricerche sull'utilità del Rorschach. In J. Exner, P. Porcelli & P. Appoggetti Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner. Erickson, Trento, 143 - 182.
- Weiner I. B. (1997) Alcune osservazioni sulla validità del metodo delle macchie di inchiostro di Rorschach. *Bollettino di Psicologi Applicata*, 221, 3 - 14.
- Willi J. (1973) *Il Rorschach comune. Diagnostica delle relazioni di coppia e di gruppo*. Piccin, Padova.
- Yazigi L. (1988) L'approccio neuropsicologico alle componenti Rorschach. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 88 - 99.
- Yazigi L. (1988) Una revisione all'approccio neuropsicologico alle componenti Rorschach. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 4, 100 - 104.
- Zalla A. (1947) Osservazioni prediagnostiche condotte col reattivo di Rorschach in malinconici e maniaci. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 36, 283 - 295.
- Zalla A. (1947) Osservazioni psicodiagnostiche col Rorschach su epilettici. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 36, 113 - 124.
- Zalla A. (1947) Ricerche psicodiagnostiche col reattivo di Rorschach su ebefrenici. *Rivista di Psicologia*, 43, 70-87.
- Zalla A. (1947) Osservazioni psicodiagnostiche condotte col reattivo di Rorschach su melanconici e maniaci. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 36, 283 - 295.
- Zalla A. (1948) Ricerche psicodiagnostiche col reattivo di Rorschach su schizofrenici paranoici. *Rivista di Psicologia*, 44, 22 - 35.
- Zamparo D. (1954) Dati statistici e significai psicologici del tempo nel Rorschach. *Rassegna di Neuropsichiatria*, 8, 79 - 114.
- Zamparo D. (1963) Sindrome organica acuta. (Studio Rorschach). *Archivio di Psicologia neurologia e Psichiatria*, 1, 51.
- Zanaletti M. (1988) Contributo alla taratura nazionale del test di Rorschach. Differenze relative alla scolarità in un campione di soggetti fra i 66 e i 75 anni. Tesi di laurea, Università di Padova. In Passi Tognazzo D. *Il metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea*. Giunti, Firenze.1994.
- Zanchi B: & Maniezzi A. M. (1985) A proposito del "sistema comprensivo" di Exner. *Rivista dell'Accademia Lombarda Rorschach*, 2, 171 - 178.
- Zecca G. (1955) La prova di Rorschach nel bambino: condizioni d'esame e modalità d'esecuzione. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 16, 50-70.
- Zecca G. (1957) Il fenomeno della perseverazione nel Rorschach infantile. Rizzo G. B. (1952) L'influenza dell'età e del sesso sullo psicogramma Rorschach. *Rivista di Neurologia*, 22, 345 - 357.
- Zecca G. (1957) Alcuni aspetti delle risposte di colore nel Rorschach infantile. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 18, 401 - 418.
- Zecca A. (1957) Alcuni aspetti delle risposte di chiaroscuro nel Rorschach infantile. *Rivista di Psicologia Generale e Clinica*, 2, 198 - 207.
- Zerilli M. & Boscolo E. M. (1986) Il parallelismo del test di Rorschach e di Fuchs: un confronto su soggetti in età evolutiva. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 177, 31 - 40.
- Zulliger H. (1941) Die tiefenpsychologische Interpretation des Formdeuttast. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 10, 367 - 376.
- Zulliger H. (1950) I tre reperti: statico, dinamico e psicologico profondo nella interpretazione del reattivo di Rorschach. *Rivista di Psicologia*, 46, 81 - 100.
- Zulliger H. (1951) Moventi inconsci del furto. *Rivista di Psicologia*, 5.



link 07 *esperienze*

**Psicologia scolastica: un modello di centro
operativo di consulenza**

ISABELLA ZUCCHI



Psicologia scolastica: un modello di centro operativo di consulenza

ISABELLA ZUCCHI *

Un'esperienza pilota che si sta confermando come servizio educativo di prevenzione, formazione e orientamento, per la scuola e la famiglia, utilizzando il *Counseling Grafodinamico*, un approccio operativo fondato su una proposta di modello integrato a carattere psicografodinamico

L'esperienza qui presentata è partita nel corso dell'anno scolastico 1999-2000 con un progetto reso attuabile dalla nota legge 285/87, per impostare un programma di prevenzione del disagio infantile. Il progetto è nato per organizzare, attraverso la progressiva realizzazione di fasi di intervento diversamente mirate, un "Osservatorio Territoriale-Centro operativo di consulenza", con l'intento di offrire un servizio educativo che si integrasse con le strutture socio-sanitarie e scolastiche della zona, promuovendo interventi a favore della crescita individuale e del rapporto scuola-famiglia e svolgendo un'opera di individuazione precoce e di valutazione di situazioni evolutive a rischio di disagio.

Si tratta di un'iniziativa il cui perno progettuale sta nel seguente messaggio: guardare all'età evolutiva per promuovere cambiamenti positivi nella comunità umana e percorrere vie che contribuiscano concretamente a contenere le problematiche psicosociali. Nel numero 3 di AUPI News ho avuto modo di presentare il progetto, ma in questa sede vorrei approfondire alcuni aspetti (Zucchi, 2004).

Quindi, è stata impostata una prima fase mirata a fornire una tipologia del disagio, distinguendo e valutando le situazioni connesse ad handicap psicorganici, da quelle correlate a disturbi emotivo-affettivi e socio-relazionali, per avviare le fasi successive, che hanno dato maggior rilievo agli interventi di consulenza, mantenendo costanti gli screening annuali sui bambini di 5/6 anni, frequentanti l'ultimo anno della scuola dell'infanzia.

L'Osservatorio Territoriale costituisce un obiettivo indispensabile per l'impostazione di iniziative psicopedagogiche e per fornire informazioni utili agli educatori, sia per il proprio lavoro di evoluzione personale, che per comprendere chi educano.

Occorre guardare all'età evolutiva per promuovere cambiamenti positivi nella comunità umana e percorrere vie che contribuiscano concretamente a contenere le problematiche psicosociali.

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO "OSSERVATORIO TERRITORIALE (O.T.)"

Obiettivi generali

Premettendo che le varie tappe del processo evolutivo dovrebbero portare all'autonomia di un individuo dalla sua famiglia di origine, favorendo nel contempo un movimento di adattamento per integrarsi nel tessuto sociale e per compiere scelte utili e costruttive, va ricordato che tali tappe, modulate dalle esperienze del vissuto individuale in relazione al contesto in cui si cresce, si inseriscono profondamente

È urgente rivolgersi ai più piccoli, all'infanzia, per individuare precocemente le disposizioni temperamentali e cogliere qualità, potenzialità, ed eventuali tendenze critiche. Per questo abbiamo studiato una strategia di intervento in grado di aiutare e coordinare genitori e insegnanti nella loro opera educativa, proponendo un progetto che contemplasse screening annuali su determinate fasce di età e che prevedesse la realizzazione di un Centro operativo di consulenza con l'attivazione di uno sportello educativo.



nella realtà psicomentale ed emozionale di ogni soggetto, sviluppando delle radici nell'inconscio. Ne consegue che ogni individuo avrà un suo percorso di vita secondo le variabili della propria costituzione biologica e della storia personale. Ebbene, considerando questo e precisando che non esiste un cammino umano esente da aspetti e momenti critici, è vero che il modo con cui un individuo si orienterà e si organizzerà dipende da quanti e quali strumenti avrà a disposizione per usare il meglio di se stesso, per sollecitare tutto ciò che va a favore di un processo di adattamento e di realizzazione personale.

Ritenendo urgente tra gli obiettivi quello di rivolgersi ai più piccoli, all'infanzia, per individuare precocemente le disposizioni temperamentali e cogliere qualità, potenzialità, ed eventuali tendenze critiche, ho pensato ad una particolare strategia di intervento in grado di aiutare e coordinare genitori e insegnanti nella loro opera educativa, proponendo un progetto che contemplasse screening annuali su determinate fasce di età e che prevedesse la realizzazione di un Centro operativo di consulenza con l'attivazione di uno sportello educativo.

Ecco, quindi, l'idea di realizzare screening mirati a tale scopo, fondati su un modello integrato di intervento, psicologico e grafodinamico, in una parola psicografodinamico. Un'idea che avevo già sperimentato in contesti scolastici privati, con risultati positivi, per cui la possibilità di concretizzare questo sistema operativo in un ampio ambito pubblico, quale è il territorio della Comunità Montana dell'Alto e Medio Metauro, mi ha permesso di portare avanti la sperimentazione ed oggi questa idea è diventata una realtà importante della zona, grazie anche alla collaborazione tra i diversi enti coinvolti (Comuni, scuole, Asl, ecc.). Speriamo che ciò possa continuare ad essere permesso dai programmi di finanziamento, tenendo presente che da parte degli enti si evince una comune volontà di rendere permanente il servizio.

Attraverso tali screening si incontrano situazioni con un grado maggiore di rischio evolutivo e in questi casi è fondamentale avviare dei collegamenti per cercare di intervenire in maniera adeguata e tempestiva, coinvolgendo la famiglia e la scuola, ed eventualmente indirizzando verso adeguate strutture territoriali.

Tra gli scopi principali dell'Osservatorio Territoriale (O.T.) c'è quello di operare per sintonizzarsi e comunicare con i bisogni attuali della famiglia, della scuola, ma soprattutto dei bambini, dei soggetti in età evolutiva, articolando un'attività di osservazione e valorizzazione delle risorse, di focalizzazione delle situazioni e di orientamento educativo. In particolare, viene svolta un'azione-filtro per discriminare le situazioni che l'Osservatorio può autonomamente affrontare e gestire da quelle che richiedono interventi specialistici, specie di tipo riabilitativo, così da evitare inutili appesantimenti dei servizi sociosanitari. Di fatto, vi sono situazioni in cui un chiarimento sugli aspetti e tendenze temperamentali del bambino e il suggerimento di indicazioni educative bastano per permettere agli educatori di agire con risposte efficaci e pertinenti: sono casi in cui serve aiutare a comprendere e focalizzare il problema, a facilitare azioni positive e favorire la comunicazione.

L'altra funzione importante è l'azione-rete che l'Osservatorio svolge in quanto, essendo un servizio che viene a contatto con le diverse realtà scolastiche del territorio, raccoglie e individua esigenze specifiche alle quali risponde indirizzando genitori e insegnanti verso strutture competenti.

L'Osservatorio comprende momenti di verifica dell'andamento delle situazioni conosciute, offrendo la possibilità a genitori e insegnanti di incontrare gli operatori presso quello che è stato chiamato Sportello Educativo Territoriale (S.E.T.), iniziativa che costituisce il centro operativo di consulenza dell'Osservatorio, aperto in due punti del territorio per favorire l'utenza e che svolge un'attività di counseling scolastico-familiare, secondo il modello più sopra menzionato: un counseling grafodinamico.

Lo sportello svolge un servizio di orientamento e aiuto educativo ed è rivolto a genitori e insegnanti che sentano l'esigenza di confrontarsi su problemi della realtà quotidiana, accogliendo non solo chi è stato incontrato durante l'attuazione degli screening, ma anche in altre situazioni e di diverse fasce di età.

L'Osservatorio ha quindi bisogno di utilizzare delle metodologie di intervento in grado di dare degli efficaci strumenti di prevenzione, di educazione e di verifica e in questa prospettiva si sta lavorando.

Precisazioni metodologiche e aspetti operativi

Nell'ampia prospettiva dell'Osservatorio, si utilizza una metodologia complessa che si avvale di diversi strumenti per la raccolta dei dati, a seconda delle esigenze e delle fasce di utenza da conoscere.

Per la conoscenza di soggetti in età evolutiva, si sta confermando l'efficacia dell'indagine psicografodinamica (Zucchi 2000, 2000-01, 2002), consistente nell'analisi motoria, percettivo-sensoriale e simbolica dell'espressione grafica (v. scarabocchi, disegni, scrittura), e che fornisce notizie sulla costituzione biologica, sulle disposizioni temperamentali e sulle tendenze predisposizionali e organizzative della personalità, relativamente al momento evolutivo (primissima, prima e seconda infanzia, preadolescenza, adolescenza). Importante il fatto che, però, si tratta di un approccio conoscitivo utile in diversi contesti, per esempio nel settore rieducativo (specie quando è difficile raccogliere mediante il colloquio delle informazioni), in ambito penitenziario (Zucchi, 1998), riabilitativo (per trattare il problema in rapporto alla struttura individuale), terapeutico e altri ambiti, in cui è importante la conoscenza dell'individualità temperamentale.

Si tratta di un sistema di intervento che:

1. interpreta determinate caratteristiche grafomotorie dal punto di vista: genetico (v. fattori biocostituzionali-temperamentali), strutturale (v. insieme di rapporti tra vari elementi in un sistema di unità funzionale) e dinamico (v. i processi del movimento grafico come risultato dell'interazione e opposizione di forze);
2. dà precisazioni sulla realtà individuale e sociale del singolo soggetto, di diversa età e condizione, precisando sia qualità e risorse (i punti di forza), la dimensione emozionale del vissuto, le spinte motivazionali, gli atteggiamenti difensivi, lo stile comunicativo e altri fondamentali aspetti della personalità, correlati al sistema temperamentale (Zucchi, 2002); sia i rischi e le predisposizioni critiche (i punti di maggiore vulnerabilità), rilevando particolari fenomeni grafici significativi di disordini psicoemozionali;
3. fornisce indicazioni educative, a favore del rapporto genitori-figli, sostenendo e facilitando l'azione dei genitori, per stimolare la crescita personale e sollecitare strategie comunicative funzionali, allo scopo di orientare e formare in senso adattivo, valorizzare le reciproche risorse e favorire il dialogo nelle relazioni interpersonali;
4. contribuisce all'inserimento del bambino nella realtà educativa e formativa della scuola, informa sulle caratteristiche e tendenze della personalità di un soggetto che interessano il rapporto insegnante-alunno e, senza entrare nella specificità professionale didattica, orienta l'insegnante nel sollecitare la capacità di apprendimento negli alunni, nella stimolazione dello sviluppo motivazionale, oltre a dare alcuni input per l'evoluzione dello stesso educatore;
5. in caso di difficoltà di apprendimento, aiuta a chiarire l'eventuale incisività di fenomeni quali ansia, disimpegno, insicurezza, aggressività, paura, disorientamento, ecc., costituendo un riferimento per gli educatori (genitori, insegnanti e altre figure);
6. contribuisce al perfezionamento del rapporto insegnamento-apprendimento, permettendo di approfondire la conoscenza del bambino, di compenetrarne le modalità e i ritmi dell'apprendimento e di focalizzare il rapporto insegnamento-ruolo educativo e alunno;
7. contribuisce all'impostazione delle linee educative relativamente all'educazione passiva (quella ricevuta dagli altri), all'auto-educazione (quella che una persona impara a darsi da sola);
8. rappresenta uno strumento educativo di prevenzione, pratico e attendibile, a favore dell'evoluzione della personalità umana, contribuendo all'individuazione precoce di determinate situazioni evolutive, connesse alla struttura della personalità e al tipo di sviluppo tendenziale, poiché precisa particolari aspetti resi critici da carenze o eccessività temperamentali, rilevabili dalla dinamica grafomotoria;
9. permette di elaborare, nel caso dei citati screening psicografodinamici, delle schede di rilevazione per ogni soggetto, contenenti dati relativi a diversi aspet-

L'efficacia dell'indagine psicografodinamica, consistente nell'analisi motoria, percettivo-sensoriale e simbolica dell'espressione grafica, si sta confermando. Emergono notizie sulla costituzione biologica, sulle disposizioni temperamentali e sulle tendenze predisposizionali e organizzative della personalità, relativamente al momento evolutivo (primissima, prima e seconda infanzia, preadolescenza, adolescenza).



La prima fase del progetto ha contemplato uno screening conoscitivo dei bambini delle terze sezioni della scuola dell'infanzia, incontri periodici con gli insegnanti, incontri con i genitori e l'attivazione dello Sportello Educativo Territoriale, per dare un seguito ai contatti avviati con gli utenti e poter svolgere interventi longitudinali.

ti, quali la motricità grafica, i tratti costituzionali-temperamentali, le caratteristiche intellettive, le modalità affettivo-relazionali, le tendenze del carattere, modalità di apprendimento, eventuali rischi evolutivi della personalità, ecc. Ogni scheda comprende numerose voci che presentano un'articolazione complessa per permettere di individualizzare le osservazioni sul grafismo e, mediante un apposito programma computerizzato (che ho fatto realizzare), è possibile ricavare dei profili per ogni singolo bambino, oltre che ottenere dei dati generali per conoscere le tendenze principali che l'insieme dei bambini annualmente presenta.

Un modello quindi che trova un'applicazione elettiva in ambito educativo-formativo ed è di facile attuazione, in quanto si analizzano prodotti grafici spontanei dei soggetti e, nella scuola, non richiede un impegno che toglie troppo tempo ai programmi scolastici, poiché il materiale considerato è rappresentato dagli stessi quaderni, disegni e altra attività grafica che gli alunni abitualmente producono. Più complessa, ovviamente, è la parte operativa che riguarda l'analisi di tale materiale, per la compilazione delle schede o la stesura di relazioni sulla personalità, da parte degli operatori.

Fasi operative del Progetto

Passerei ora a descrivere le fasi operative del progetto, ricordando che, nell'attuazione graduale delle iniziative, si va progressivamente costituendo un'équipe tecnica, inoltre, come responsabile di questo progetto, sto cercando di occuparmi della formazione specialistica di giovani diplomati.

Ciò che appare fondamentale è stabilizzare le possibili attività da svolgere, in modo da offrire un valido strumento di supporto per la scuola e per i servizi psicosociali del territorio.

PRIMA FASE: classificazione della tipologia del disagio e sua valutazione

Il progetto, innanzitutto, fa capo alla distinzione tra disagio da handicap e disagio sociale, evidenziata dagli enti della zona. Infatti, relativamente al primo tipo di disagio, il territorio aveva già strutture di riferimento a cui rivolgersi e da cui si possono ottenere dei dati, quindi il progetto prescinde dal programmare ricerche ed interventi in questo ambito, anche se si ritengono positivi momenti di incontro tra gli operatori, per favorire il dialogo e lo scambio delle esperienze. Per quanto riguarda il disagio sociale, il progetto è dunque nato per dare una risposta a diversi livelli, con concrete iniziative, partite con l'attuazione della prima fase, che ha compreso due complessi aspetti: quello della classificazione della tipologia del disagio e quello della sua valutazione.

In sintesi, la prima fase ha avuto la seguente articolazione (Zucchi, 2004):

- a) *screening conoscitivo* dei bambini delle terze sezioni della scuola dell'infanzia (5-6 anni), che, a favore di una miglior comunicazione tra scuola materna e scuola elementare, ha compreso un iniziale incontro di presentazione e spiegazione dell'iniziativa all'utenza coinvolta, la raccolta e l'analisi del materiale grafico dei bambini (spontaneo e su tema), l'elaborazione dei dati, da cui sono emersi gli elementi per la valutazione del disagio, e, infine, la stesura di una relazione, presentata alla Comunità Montana e distribuita agli enti coinvolti (Comuni e scuole);
- b) *incontri periodici con gli insegnanti*, aventi lo scopo di informare sull'andamento dello screening e di raccogliere direttamente osservazioni, problemi e suggerimenti, da utilizzare per l'attuazione delle fasi successive, mirate anche in relazione ai dati elaborati;
- c) *incontri con i genitori*, collettivi e individualizzati, rispettivamente servono per riferire i risultati globali dello screening osservativo, informando sui processi di crescita, sulle tendenze della popolazione evolutiva considerata, oltre che per

dare informazioni specifiche ai genitori per riflettere sulla propria condotta educativa e supportarla con una maggior sensibilità osservativa verso il bambino e anche verso se stessi;

- d) *attivazione dello Sportello Educativo Territoriale*, per dare un seguito ai contatti avviati con gli utenti e poter svolgere interventi longitudinali.

FASI SUCCESSIVE: ulteriori rilevazioni e interventi

Con l'anno 2003 si è conclusa la quarta fase del progetto che ha mantenuto la concretizzazione di screening psicografodinamici nelle terze sezioni della scuola dell'infanzia.

Oggi, infatti, i programmi a favore di iniziative di prevenzione psicosociale si intensificano soprattutto nell'epoca adolescenziale (per esempio con l'istituzione dei C.I.C. presso le scuole superiori), con interventi che si avvalgono principalmente di questionari diretti agli studenti e agli insegnanti. Ma è ormai accertato che la prevenzione va realizzata in età più basse, nell'infanzia, per poi seguire il bambino nel suo percorso evolutivo: proprio in questa prospettiva, come già detto, è nato il presente progetto.

È ovvio che un osservatorio della realtà giovanile si avvarrà di altre modalità di intervento, come la possibilità di stabilire dei giorni, sedi e orari precisi in cui i giovani sanno che possono trovare delle figure di riferimento professionalmente preparate ai fini di un avvio di un rapporto comunicativo che richieda risposte di ascolto, sostegno e confronto. Questa possibilità implicherebbe la costituzione di un'équipe tecnica, con l'inserimento di operatori adeguatamente formati.

Tengo a far presente che nell'anno scolastico 2003/04 nell'ambito della stessa Comunità Montana è stato realizzato l'avvio di un Progetto di Prevenzione del disagio nella fase adolescenziale, sempre sulla base del modello psicografodinamico, che comprende tutte le scuole medie e, in particolare, le prime classi delle scuole superiori del territorio: si offrono momenti di counseling individuale (sempre sul modello integrato di counseling psicografodinamico) a studenti e insegnanti, incontri di gruppo per studenti e alcuni momenti formativi-informativi per insegnanti e genitori. La risposta che si è ottenuta è stata positiva e ampia, infatti sono numerosi gli studenti che cercano il dialogo per essere guidati nella comprensione dei problemi scolastici e di origine personale, nell'orientamento attitudinale e nella focalizzazione delle loro abilità naturali. Anche gli insegnanti rispondono positivamente al progetto, chiedendo di essere aiutati nella comprensione della personalità degli studenti e delle relazioni che si instaurano all'interno della classe.

Questo progetto, già rinnovato per il corrente anno, rappresenta una continuità con quello avviato per l'infanzia, perché è intendimento comune costituire un osservatorio che comprenda l'intero arco evolutivo, dall'asilo nido alle scuole superiori: proprio lo scorso 20 settembre, presso la citata Comunità Montana, si è tenuta una riunione in cui è emerso l'accordo tra enti e scuole di collaborare, anche finanziariamente, per realizzare l'iniziativa.

Tornando all'attività dell'Osservatorio Territoriale, le fasi successive mirano ad un perfezionamento degli interventi, alla verifica longitudinale delle situazioni individuate e al miglioramento del raccordo con i vari servizi coinvolti nell'affrontare il disagio infantile e giovanile. Certamente utile è il contatto costante con altri enti territoriali, ma, a mio avviso, è fondamentale che il profilo dell'Osservatorio Territoriale risponda ad un'autonomia operativa.

A proposito degli incontri individualizzati con i genitori, ho rilevato che l'affluenza dei genitori è stata subito significativa ed è andata aumentando; peraltro ho notato che man mano è salita la percentuale dei padri, inizialmente più assenti.

Le fasi successive hanno mantenuto l'articolazione di base della prima fase, ma hanno potenziato lo Sportello Educativo territoriale e gli interventi di formazione e di sensibilizzazione informativa, avviati in base a quanto emerso e attuato nelle fasi precedenti, rivolti in particolare ai genitori e agli insegnanti², con i quali si hanno anche momenti di confronto e discussione per favorire lo scambio delle esperienze.



Le fasi successive mirano ad un perfezionamento degli interventi, alla verifica longitudinale delle situazioni individuate e al miglioramento del raccordo con i vari servizi coinvolti nell'affrontare il disagio infantile e giovanile. Certamente utile è il contatto costante con altri enti territoriali. È fondamentale che il profilo dell'Osservatorio Territoriale risponda ad un'autonomia operativa.

Gli interventi dell'Osservatorio sono motivati dal ritenere fondamentale la conoscenza dell'alunno per poterlo guidare nel suo processo di apprendimento, di maturazione intellettuale ed affettiva, di formazione sociale e di organizzazione della personalità, per favorire scelte idonee e produttive, sia sul piano individuale che di integrazione socio-culturale nell'ambiente.



Sulle cause che predispongono al disagio evolutivo, si è visto che queste non hanno origine da un solo ambito, ma dipendono da molteplici fattori, di tipo biocostituzionale, fisico, psichico, emotivo, affettivo e socioculturale, e dalle variabili del contesto educativo, familiare e scolastico. In ogni caso, ciò che è in primo piano è la realtà temperamentale che presenta il bambino, perché è questa a reagire agli eventi della sua storia e conoscerla in tempi precoci aiuta a prevenire complicazioni nel processo evolutivo della sua personalità.

Altre iniziative delle fasi successive sono le seguenti:

Interventi di formazione e di sensibilizzazione informativa

In base a quanto emerso e attuato nelle fasi precedenti, sono stati messi a fuoco alcuni interventi di specifico carattere formativo e informativo, rivolti alla famiglia, in particolare ai genitori e agli insegnanti. L'Osservatorio non può trascurare di affrontare il tema della formazione e investire direttamente nel contesto educativo, operando anche nella struttura scolastica, tenendo sempre presente quanto eventualmente fosse stato già concretizzato da altri enti, allo scopo di evitare delle confusioni.

A tal proposito, mi sembra importante in questa sede comunicare che, durante l'anno scolastico 2002/03, si è svolto un corso di formazione per insegnanti sul tema *Il linguaggio grafico nell'infanzia: un approccio guidato all'evoluzione e al significato dell'espressione grafica nei bambini da 3 a 5 anni*. Il corso, proposto dalla Provincia di Pesaro e Urbino, è stato elaborato in collaborazione con la Comunità Montana dell'Alto e Medio Metauro, il coordinamento è stato affidato all'Ufficio servizi sociali dell'Amministrazione provinciale in collaborazione con le tre Comunità Montane (Urbania, Cagli e Carpegna), mentre la conduzione e responsabilità didattica del corso è stata affidata a chi scrive.

Il corso, di complessive 60 ore, ha affrontato il tema del linguaggio grafico come strumento di osservazione del bambino e si è posto il fine di fornire gli elementi conoscitivi di base per l'osservazione dei prodotti grafici di bambini, frequentanti la scuola dell'infanzia, per comprendere meglio i problemi di sviluppo e di apprendimento in relazione alla struttura temperamentale e alle dinamiche evolutive della personalità del bambino, nell'ambito degli aspetti intellettivi, affettivo-emozionali e socio-relazionali. Il corso ha preparato ad un'osservazione non specialistica, ma di elevata importanza per l'arricchimento dell'opera educativa dell'insegnante e del potenziamento delle sue possibilità di collaborazione con altri operatori (in particolare nell'attuazione degli screening) allo scopo di favorire il processo evolutivo degli alunni, consegnando uno strumento tecnico di osservazione a chi opera nel settore educativo.

Tornando agli interventi dell'Osservatorio, va detto che questi sono motivati dal ritenere fondamentale la conoscenza dell'alunno per poterlo guidare nel suo processo di apprendimento, di maturazione intellettuale ed affettiva, di formazione sociale e di organizzazione della personalità, per favorire scelte idonee e produttive, sia sul piano individuale che di integrazione socio-culturale nell'ambiente.

Sono numerose le situazioni che seguo da oltre cinque anni e che man mano sono andate migliorando e anche risolvendosi, perché i genitori e gli insegnanti sono stati aiutati a capire il terreno umano da cui traevano origine determinati comportamenti: irrequietezza, labilità emotiva, tendenza ad enfatizzare la risonanza interiore di minime sollecitazioni negative, tendenza intrinseca a difendersi mascherando l'ansia, la paura, o altri timori, con atteggiamenti di aggressività, o di impassibilità, di evitamento, insomma, il 'comportamento problema' è affrontabile in maniera più efficace quando si agisce cercando la 'sintonia' giusta con l'individualità che partecipa all'evidenziazione di un determinato atteggiamento. Un temperamento che tende prevalentemente a resistere, per sua natura, non è portato a cedere, ma il modo con cui tratterà le sue emozioni, svilupperà le sue difese, tenderà a organizzare i suoi atteggiamenti in relazione al vissuto storico, va compreso caso per caso, focalizzando l'individualità del suo 'resistere' e l'analisi del grafismo aiuta a cogliere, a precisare i tratti dell'individualità del caso per impostare la linea educativa, evitando forzature inutili e dannose e sollecitando le abilità naturali.

Sul continuum screening-formazione

Da quanto appena detto, si può affermare che il disagio evolutivo è oggetto dell'attenzione dell'Osservatorio, ma non disgiunto dal mondo evolutivo nella globalità delle sue forme espressive e creative, per cui tutto ciò motiva il progetto di un'azione di intervento complessa ed articolata, di azione-ricerca, che non sia rivolta solamente all'individuazione di fattori patogeni, ma che sia sensibile alla rilevazione delle potenzialità positive per svilupparle. Nell'ambito di detta prospettiva, l'utilizzo dello screening psicografodinamico per conoscere l'utenza evolutiva presenta la concreta possibilità di poter favorire sia lo sviluppo delle potenzialità intellettive ed affettive, che la progressiva consapevolezza e gestione dei lati critici, relativamente ad ogni singolo soggetto. Ciò permette nel tempo di guidare il bambino nella maturazione della sua personalità, in un'ottica integrata che cura gli *aspetti cognitivi, psicoemotivi e socio-relazionali*, fornendo anche una via idonea e produttiva per incrementare il dialogo scuola-famiglia, concretizzando così un servizio educativo-formativo.

Questa modalità di lavoro prevede, in tempi successivi, delle verifiche sull'andamento delle situazioni evolutive, attraverso incontri sistematici con genitori e insegnanti, visionando il processo di maturazione dell'attività grafomotoria e incontrando, quando si ravvisa necessario, il bambino. Direi che la verifica più concreta viene proprio dagli stessi genitori che, attestando l'utilità delle notizie ricevute precocemente, desiderano mantenere un contatto di 'monitoraggio' educativo sul proprio figlio.

Centro operativo di consulenza: lo "Sportello Educativo Territoriale"

Un importante aspetto connesso alla formazione è quello dell'orientamento; anzi *orientamento e formazione* appaiono come due termini fortemente interrelati, che riflettono una dimensione essenziale per la maturazione e l'adattamento dell'individuo, termini che fanno capo all'*osservazione*: osservare, per capire, orientare, formare e intervenire. Ciò è maggiormente valido per il settore evolutivo: *l'osservazione corretta di un bambino è una premessa indispensabile per seguirlo nella crescita e dare un contributo alla diminuzione di rischi evolutivi*.

Il presente progetto, proponendo questa visione del problema, ha attivato, come detto più sopra, lo 'Sportello Educativo Territoriale', che svolge un'attività di counseling alla scuola e alla famiglia e può verificare lo sviluppo delle situazioni educative. Molti genitori si rivolgono al S.E.T. per seguire l'evoluzione della personalità del proprio figlio e ricevere suggerimenti e orientamenti educativi, anche per se stessi: infatti, chiedono di poter approfondire la conoscenza di sé per meglio svolgere il proprio ruolo, per migliorare le proprie capacità osservative e comunicative in rapporto alla personalità del proprio figlio. Significativo, per me, è il fatto che anche alcuni insegnanti richiedono questo approfondimento.

Mediante questa iniziativa, sono aumentati i contatti tra scuola dell'infanzia e scuola elementare, in quanto gli insegnanti hanno sentito più forte l'esigenza di incontrarsi e di rispondere attivamente partecipando a momenti di comune interesse. È anche aumentato l'utilizzo del S.E.T. da parte di insegnanti della scuola elementare, per conoscere meglio i bambini della prima elementare e intervenire nell'organizzazione didattico-educativa della classe in modo più mirato.

Lo Sportello è sostanzialmente un laboratorio educativo, un centro operativo di consulenza, che si avvale dell'indagine grafodinamica. Questo tipo di consulenza (counseling grafodinamico) permette di *comprendere, analizzando il linguaggio grafico, il bambino nell'ambito delle sue caratteristiche, attitudini, tendenze e potenzialità e di indicare le linee educative*. Un interessante vantaggio sta proprio nel fatto che è possibile disporre di informazioni concrete su soggetti non presenti in sede di consulenza: un quaderno di un bambino è una fonte preziosa di notizie, per quanto più sopra precisato a proposito dell'indagine grafodinamica.

Vorrei anche dire che lo Sportello, proprio per le sue caratteristiche operative di poter realizzare un'osservazione longitudinale dei soggetti, rappresenta uno stru-

Lo Sportello è sostanzialmente un laboratorio educativo, un centro operativo di consulenza, che si avvale dell'indagine grafodinamica. Questo tipo di consulenza (counseling grafodinamico) permette di comprendere, analizzando il linguaggio grafico, il bambino nell'ambito delle sue caratteristiche, attitudini, tendenze e potenzialità e di indicare le linee educative.



Da alcuni anni, i risultati dello screening vengono presentati secondo determinate classi di problemi in rapporto ai bambini e successivamente vengono evidenziati aspetti di specifico interesse per l'Osservatorio Territoriale, in particolare sul disagio e sui rischi evolutivi. I bambini vengono divisi in cinque classi: bambini 'no problem', bambini attualmente 'no problem', bambini a rischio evolutivo, bambini con varie problematiche, bambini con handicap specifico.



mento di *verifica*, annotando progressivamente e sistematicamente i dati relativi all'evolversi di determinati casi, specie quelli che erano stati individuati con lo screening come casi a rischio di disagio.

Risultati dello screening psicografodinamico e del S.E.T.

Ogni anno, attraverso lo screening, si ottiene un panorama utile sulla situazione evolutiva dei bambini che si apprestano ad entrare nella scuola elementare: per inciso, si stanno ipotizzando anche degli screening nel passaggio elementari-medie. Per quanto riguarda la realtà evolutiva del territorio, si è constatato che ogni anno tendono ad evidenziarsi alcune problematiche, specie di tipo socio-relazionale e risulta importante individuarle in tempo per evitare che si confermino, successivamente, in disturbi e disagi più gravi.

Alcune situazioni critiche incontrate negli anni precedenti con lo screening e trattate presso lo Sportello Educativo Territoriale si sono evolute in senso positivo-adattivo, grazie al contatto che si è instaurato con i genitori e gli insegnanti coinvolti: ciò sembra importante, perché quando lo Sportello riesce a gestire autonomamente certi casi, contribuisce a non appesantire le strutture sociosanitarie della zona, oltre a svolgere un'opera di prevenzione del disagio evolutivo. Ricordo ancora che lo screening non ha per obiettivo l'individuazione di casi patologici, bensì il suo scopo è quello di *compiere un'osservazione ad ampio raggio, dalla quale sia possibile ricavare attendibili informazioni sullo sviluppo dei bambini, per dare tempestive indicazioni educative a genitori e insegnanti, favorendo così la crescita del bambino.* Quindi, in primo piano c'è la rilevazione delle potenzialità positive, che vanno rinforzate e sollecitate, accanto ad un'osservazione che nel considerare ogni singolo bambino, inevitabilmente, incontra situazioni critiche che, come già precisato, vanno seguite ed eventualmente supportate da interventi specialistici.

Da alcuni anni, i risultati dello screening vengono presentati secondo determinate classi di problemi in rapporto ai bambini e successivamente vengono evidenziati aspetti di specifico interesse per l'Osservatorio Territoriale, in particolare sul disagio e sui rischi evolutivi. A proposito di classi di problemi, i bambini vengono divisi in:

1. *Bambini 'no problem'*: tutti quei bambini la cui evoluzione non presenta alcun problema particolare e che sono caratterizzati da apprezzabili risorse naturali a livello di temperamento, premessa significativa per uno sviluppo positivo, ma anche che offrono delle espressioni emozionali, specie attraverso il linguaggio grafico, che indicano un vissuto ricco di relazioni socio-affettive costruttive.
2. *Bambini attualmente 'no problem'*: tutti quei bambini che allo stato attuale non manifestano particolari atteggiamenti critici, ma che hanno nei loro comportamenti, per esempio, delle tendenze lievemente orientate verso la preoccupazione del giudizio degli altri, delle tendenze che esprimono un eccessivo bisogno di conferme e di rassicurazione, un timore nei confronti delle nuove esperienze e altri tratti che, pur non costituendo un problema configurato, potrebbero, se trascurati, esporre il bambino ad una serie di lievi ma continuative situazioni stressanti, tali da provocare conseguenze in grado di disturbare le dinamiche evolutive della personalità.
3. *Bambini a rischio evolutivo*: quei bambini che non sono esenti da tratti critici, sia connessi alla struttura psicofisica, sia derivanti da situazioni emozionali carenti di serenità e di sicurezza affettiva, per esempio bambini altamente ipersensibili, iperemotivi, agitati a livello psicomotorio, deboli nel fattore costituzionale 'attività', bambini che, quindi, risentono più intensamente di sollecitazioni negative e che richiedono una linea educativa attenta da parte di genitori e insegnanti.
4. *Bambini con varie problematiche*: quei bambini che precocemente manifestano atteggiamenti disfunzionali sul piano dello sviluppo intellettuale, affettivo-emozionale e socio-relazionale, in rapporto a motivazioni, che, prescindendo da handicap specifici di tipo organico, investono la loro realtà evolutiva, spesso infi-

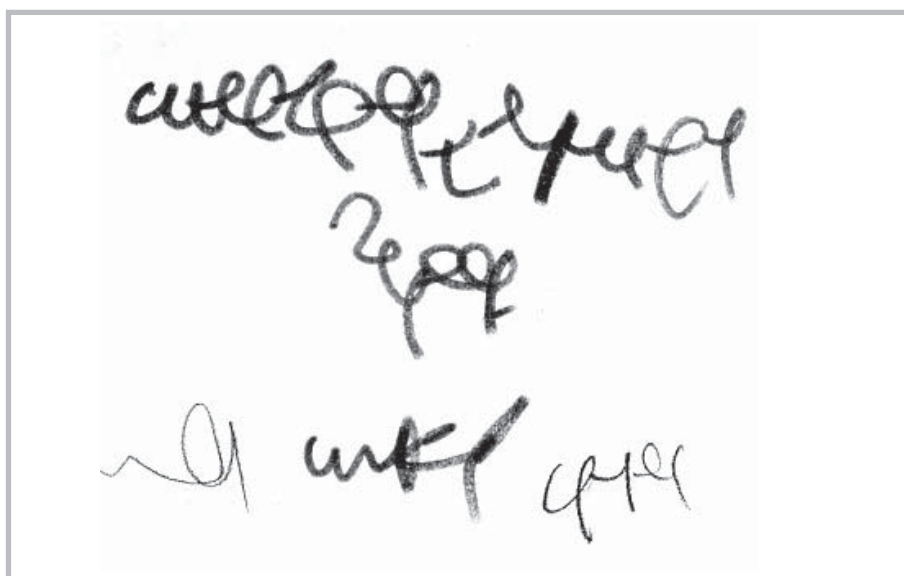
ciata da situazioni difficili nel settore familiare e relazionale o da difficili inserimenti nel contesto scolastico, con ripercussioni dirette sul piano della crescita e dell'apprendimento. Bambini di questo gruppo spesso presentano, oltre che a comportamenti-problema, disturbi psicomotori e/o del linguaggio e quindi avrebbero necessità sia di interventi riabilitativi sia di guida psicologica, che va estesa anche ai loro genitori.

5. *Bambini con handicap specifico*: quei bambini che sono portatori di handicap e che sono già stati diagnosticati relativamente al tipo di problema. La maggioranza di questi bambini hanno il sostegno e sono seguiti dalle strutture socio-sanitarie.

Per quanto riguarda un'analisi statistica, vengono elaborate per le cinque classi, delle percentuali, considerando l'intero numero dei bambini dello screening. Infatti, all'Osservatorio interessa avere una 'fotografia' completa delle situazioni per comunicare questi dati ad altri enti e programmare eventualmente determinati interventi che rappresentino il dopo-screening.

CAMPIONE GRAFICO DEL SOGGETTO CONSIDERATO

(scarabocchio imitazione-scrittura, prodotto grafico spontaneo, ridotto)



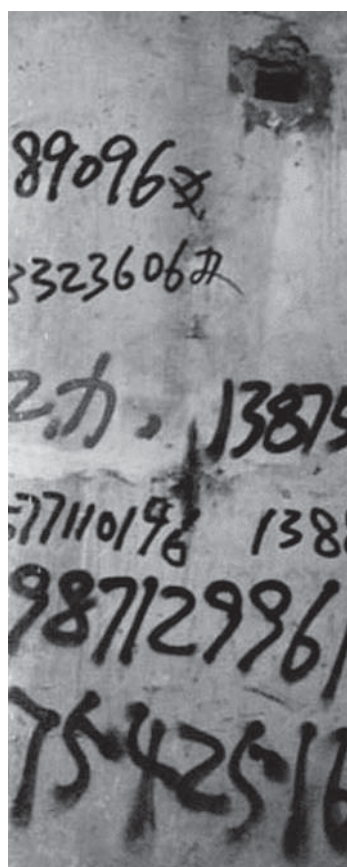
RILIEVI GENERALI MOTRICITÀ GRAFICA

La seguente tabella, che prende in considerazione la qualità della motricità fine, valutando i fenomeni espressivi di fluidità, di agilità e altre caratteristiche del movimento grafico, mostra la tendenza nel campione a presentare mediamente un'apprezzabile grado di coordinazione dinamica, però con una percentuale di bambini, da non trascurare, che tende ad avere una motricità poco scorrevole, fino a manifestare segni di stentatezza grafomotoria. In quest'ultimo caso, possono essere utili esercizi psicomotori, con particolare riferimento al gesto grafico.

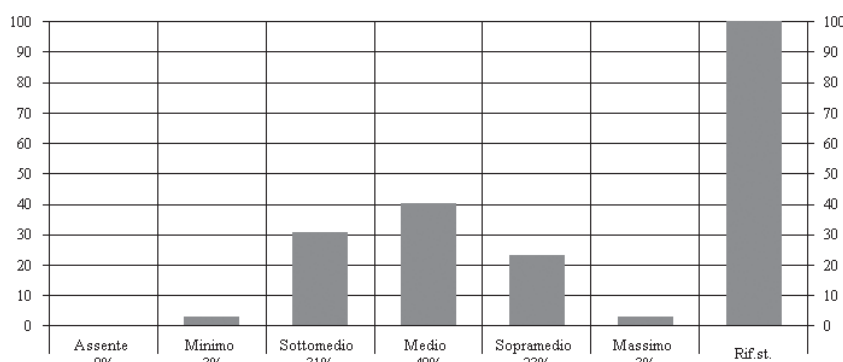
La tabella, riguardando l'intero campione, dà un'idea della situazione della popolazione evolutiva considerata, permettendo una lettura della tendenza dei fenomeni relativi sia alla motricità grafica, sia ai diversi aspetti considerati nel quadro psicologico-comportamentale.



Ogni anno gruppi di genitori e di insegnanti delle diverse scuole hanno comunicato alla Comunità Montana il loro parere sul servizio, evidenziandone l'utilità. Dalle loro comunicazioni emerge il bisogno di stabilizzare i servizi dell'Osservatorio e di dare alla psicologia funzioni costanti all'interno delle strutture scolastiche.



COORDINAZIONE DINAMICA MOTRICITÀ GRAFICA



Altre precisazioni e verifica degli interventi

A livello di ipotesi di lavoro, la sottoscritta è, dunque, partita dal porre che *favorire la comunicazione tra gli educatori dei bambini che passano dalla scuola dell'infanzia al primo ciclo elementare offre la possibilità di poter meglio rispondere ai bisogni del bambino*, anche in tempi successivi, in quanto vengono indicate le tendenze comportamentali, le risorse e i lati più deboli da tener presente nel seguire lo sviluppo del bambino. Oggi, dopo quattro anni di applicazione del modello integrato psico-grafodinamico (per gli screening e per il counseling grafodinamico scolastico-familiare) i riscontri sono confortanti e si può affermare che *le ipotesi di partenza, indicate nel primo Progetto sull'Osservatorio Territoriale, stanno ricevendo verifiche positive*. Non a caso, questa esperienza pilota ha sollevato interesse a livello regionale e anche in altre regioni.

Riassumendo, questo progetto si prefigge, oltre a quanto già detto, di offrire opportunità e strumenti di riflessione e di confronto collettivo sui temi specifici dell'orientamento educativo, rivolgendosi in particolare ad insegnanti e genitori, di favorire l'analisi, la lettura e l'interpretazione di alcuni fenomeni della nostra società, caratterizzata da una sempre maggior complessità, partendo dalla conoscenza mirata dell'utenza evolutiva in rapporto alla scuola e alla famiglia, di conoscere il bambino e poter man mano giungere a guidarlo nella formazione globale della sua personalità, e di incrementare l'autoconoscenza dei soggetti, promuovendo occasioni di espressività comunicativa ed operativa, mediante delle esperienze che aiutino chi cresce ad acquisire consapevolezza delle proprie capacità e, nello stesso tempo, ad identificare elementi per l'autovalutazione e la gestione delle proprie tendenze critiche.

Il controllo sul funzionamento dell'attività dell'Osservatorio Territoriale può essere compiuto con un questionario proposto agli utenti che hanno usufruito delle opportunità offerte dall'Osservatorio Territoriale e Centro di consulenza operativa, da compilare nel rispetto della legge sulla privacy. Un questionario che stimoli non solo a valutare ciò di cui si è usufruito, ma che sproni a dare dei suggerimenti pratici.

Fin dalla I fase, ogni anno gruppi di genitori e di insegnanti delle diverse scuole hanno comunicato alla Comunità Montana il loro parere sul servizio, evidenziandone l'utilità. Dalle loro comunicazioni emerge il bisogno di stabilizzare i servizi dell'Osservatorio e di *dare alla psicologia funzioni costanti all'interno delle strutture scolastiche*.

Quest'anno, è iniziata la VI Fase, nella V si è avuta un'adesione al progetto del 100% da parte dei genitori e, prossimamente, vi saranno i consueti incontri con genitori e insegnanti per discutere sull'andamento del progetto, ricevere suggerimenti e svolgere una verifica delle iniziative attivate con il progetto dell'Osservatorio.

Una riflessione conclusiva

Mi rendo conto che le cose da fare e da precisare sono tante, considerando che si tratta di un progetto nato come progetto 'pilota'. Inoltre, in questa sede, non è semplice riferire in maniera esauriente lo svolgimento delle fasi del progetto e i risultati. Spero, in ogni caso, di aver suscitato un po' di interesse verso questa esperienza che nel settore pubblico cerca di tessere dei rapporti tra strutture diverse, tra scuola e famiglia, svolgendo un'opera complessa che richiederebbe certamente di poter contare su un'équipe specializzata.

Infatti, proprio in questa prospettiva, sto lavorando a favore di iniziative formative per coloro che abbiano già delle buone basi psicologiche, per specializzarsi in questo sistema operativo che ho qui proposto, precisando che si tratta di una peculiare applicazione che fa capo al settore grafologico 1 (Moretti, 1980), ma che è stata pensata per essere mirata in maniera specifica verso determinati obiettivi, a favore del benessere della persona, della prevenzione del disagio e, soprattutto, della promozione di agio.

BIBLIOGRAFIA

- Moretti G., (1980) *Trattato di Grafologia*, Messaggero, Padova, 12^a ed.
Zucchi I., (1998) *Sistema familiare e grafologia*, C.T.S. Grafica, Città di Castello.
Zucchi I. (2000) L'espressione grafodinamica della personalità, *Maestri Editori, Riccione*.
Zucchi I. (2000-01) Counseling psicografodinamico: esperienze e proposte, *Scienze Umane e Grafologia*, 9-10, 379-387.
Zucchi I. (2002) Counseling psicografodinamico, *Lingraf, Urbania*.
Zucchi I. (2004) *Psicologia scolastica e counseling*, AUPI-News, 3, 42-49.

* Psicologa-psicoterapeuta, consulente grafologa, lavora nell'ambito territoriale della Comunità Montana dell'Alto e Medio Metauro, nella provincia di Pesaro-Urbino, per la realizzazione dei programmi a favore della prevenzione del disagio e evolutivo. È Professore a contratto di Grafologia Dinamica, nel Corso di Laurea in Tecniche grafologiche della Facoltà di Scienze della Formazione dell'UNIVERSITÀ degli STUDI di URBINO. Esperto Psicologo Corte di Appello di Ancona

Presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Urbino, è attivato il Corso di Laurea in Tecniche Grafologiche, i cui obiettivi formativi sono l'acquisizione di specifiche competenze tecnico-professionali e di tecniche proprie delle discipline grafologiche, per collaborare in diversi contesti della società.



School psychology: a model for a counseling operative center

The experience here presented started during the scholastic year 1999-2000, to create a project about prevention of infantile troubles. The project was born to organize, through the progressive realization of phases with different ways of intervention, a *Territorial Observatory and an Operative Consulting Centre*, with the purpose of offering an educative service in contact with social sanitary and scholastic structures of the area. The Observatory is promoting intervention for individual growth and for improvement of school-family's rapport, and it is making precocious individualization and valuation of situations with risk of trouble. This is a pilot experience that it's going to confirm as an educational service useful for prevention, formation and orientation, for schools and families, using the *Counseling graphodynamic*, founded on an integrate model of helping relation (psychological and graphological), that the author has called *psycho-graphodynamic*.

link 07 *società*

La solitudine del bambino prigioniero

MARIA POZZI

**Il comportamento dello psicologo nei casi
di presunto abuso sessuale nei confronti di
minori**

FULVIO FRATI



La solitudine del bambino prigioniero

MARIA POZZI

Steven, sette anni rapito

Titolo originale: *I know my first name is Steven*

Produzione: Usa 1989

Regia: Larry Elikann

Interpreti: Cindy Pickett, John Ashton, Corin "Corky" Nemec, R. Walston

Durata: 100'

Il film è tratto da una storia realmente accaduta nell'America degli anni Settanta. Steven Stayer, un bambino di sette anni, viene rapito, al ritorno da scuola, da due sconosciuti su un'automobile. I due rapitori utilizzano come scusa il voler mostrare alla madre di Steven alcuni volantini pubblicitari di un gruppo religioso e di volerlo quindi riaccompagnare a casa. Nonostante la circospezione del bambino i rapitori riescono a convincerlo e a portarlo in un prefabbricato in cui lo alleveranno per sette anni in una condizione di assedio psicologico e fisico. Dal punto di vista meramente pratico Steven è ben curato, nutrito, intrattenuto, o meglio sedotto, con giocattoli costosi. Sul piano affettivo Steven è "nutrito" invece di bugie, di corruzione morale e psicologica; il bambino subisce costantemente gli abusi sessuali di Parnell, uno squallido pedofilo che si vende al mondo come una figura pia ed un pastore ecclesiastico. Lo spettatore si rende presto conto che l'altro uomo coinvolto, chiamato dal piccolo Steven "zio", è stato a sua volta vittima di un rapimento da parte di Parnell, che in seguito lo allontana perché ormai troppo grande e poco adatto a soddisfarlo.

A Steven viene imposto il nome di Dennis per far perdere le sue tracce più facilmente, lui e il suo aguzzino si spostano continuamente da una città all'altra per non creare sospetti ed evitare di essere scoperti; vivono in una roulotte o in case mobili, solitamente in zone isolate o nella periferia dei paesi e Dennis deve continuamente cambiare scuola.

Gli vengono continuamente raccontate menzogne: che i suoi genitori sono cattivi, in particolare suo padre che spesso lo sgridava, che sono diventati così poveri da non poterlo più mantenere e per questo l'hanno dato in adozione a Parnell, e infine che il padre è morto e il resto della famiglia, madre, tre sorelle e un fratello, si sono trasferiti.

Intanto le ricerche di Dennis da parte della sua famiglia e della polizia falliscono miseramente. Risorge una speranza solo quando viene consultata una medium, esperta nel ritrovare i bambini scomparsi, che in effetti si avvicina moltissimo al luogo in cui si trova la prima abitazione di Parnell, quasi lo incrocia, ma poi entrambi proseguono in direzioni diverse.

Il bambino fin dal primo giorno lotta: protesta e non crede alle bugie che gli vengono raccontate da Parnell, non si lascia affabulare dal pretesto dell'adozione e in un primo momento non crede nemmeno al fatto che suo padre sia morto. Cerca infatti di mettersi in contatto telefonico con la sua famiglia in una delle rare volte in cui Parnell lo lascia solo, ma gli ostacoli e l'insensibilità incontrate rendono infruttuosi i suoi tentativi. Le minacce, sempre sottilmente presenti, di essere maltrattato o ucciso se scoperto, lo terrorizzano e paralizzano. Le possibilità di rompere il suo stato di prigionia e il silenzio si assottigliano in maniera crescente. Una preside, in una delle varie scuole frequentate, nota che Dennis è distratto e non si concentra durante le lezioni e decide di parlargli. Rinasce nel cuore del bambino una nuova speranza, ma è subito infranta. La preside infatti interagisce con lui in modo stereotipato e non possiede una reale capacità di ascoltarlo e di cogliere gli indizi da lui espressi.

Siamo testimoni di un graduale crollo di ogni speranza, finché, adolescente, viene

Il bambino fin dal primo giorno lotta: protesta e non crede alle bugie che gli vengono raccontate da Parnell, non si lascia affabulare dal pretesto dell'adozione e in un primo momento non crede nemmeno al fatto che suo padre sia morto.



La seduttività e la corruzione fanno leva sulla mente del bambino e sulla naturale ambivalenza infantile nei riguardi dei genitori. Ogni bambino nutre i sentimenti antitetici di amore e odio nei confronti delle figure parentali e Parnell manipola i sentimenti di Steven fino a convincerlo di essere un padre migliore del suo.

coinvolto suo malgrado da Parnell in un progetto di seduzione a danno dei compagni di scuola, che invita a casa. Qui Parnell li molesterà e sedurrà in sordidi rapporti sessuali.

Uno dei ragazzi denuncerà il fatto alla polizia, ma l'indagine effettuata dalle forze dell'ordine sarà sviata dalle convincenti menzogne di Parnell, che si presenta come vicario ecclesiastico vedovo che deve occuparsi da solo del figlio. Un'ulteriore possibilità di fuga svanisce e quindi Dennis e Parnell cambiano nuovamente città.

Quando l'adolescente Dennis è per forza costretto ad addurre Timothy, un bambino di cinque anni, qualcosa di molto potente si risveglia in lui. Dennis mette in guardia Timothy e, identificandosi con la piccola vittima e desiderando evitargli gli orrori subiti, riesce alla fine a scappare di notte con il piccolo, mentre Parnell è al lavoro. Si recano quindi alla polizia, sempre con grande fatica, persecuzione interna e incubi, terrori ed incertezze, che rischiano di farli desistere e tornare indietro da un cammino pericoloso e rischioso.

Il film è molto lungo e la seconda parte è incentrata sul reinserimento di Steven, così doloroso e pieno di difficoltà, una volta riunito alla famiglia, alla scuola ed ai vecchi amici.

La felicità iniziale, l'eccitazione ed il trionfo del ritorno a casa e dell'incarcerazione di Parnell, aprono ben presto un varco sulla realtà devastante del danno psicologico e morale subito: la sua anima è distrutta, ma non interamente. Steven raccoglie sufficiente coraggio e denuncia al tribunale e di fronte a Parnell le sevizie sessuali subite per anni. Accanto a lui ci sono la madre e una ragazza che presto diventerà sua moglie e che lo renderà padre di due figli. La rabbia mal celata e il risentimento del padre naturale, nonché la crudele presa in giro dei compagni di scuola, rappresentano però una continua aggressione psicologica a Steven, uno stillicidio.

Purtroppo il sistema legale, con la sua profonda ingiustizia e superficialità, ancora una volta tradisce la ricerca della verità e dell'onestà: Parnell viene condannato a pochi anni di reclusione per aver rapito Timothy e a soli pochi mesi per aver abusato per anni di Steven. Quando il verdetto è annunciato in tribunale l'inquadratura si sofferma sul sorriso trionfante, vendicativo e assassino di Parnell. Steven riesce a fatica a sfuggire l'idea di togliersi la vita, nonostante l'impulso e la tentazione siano forti, e ad evitare un incidente mortale per sé e la sua fidanzata.

La storia narra che Parnell dopo alcuni anni viene liberato e che Steven muore in un incidente stradale molto sospetto, mentre torna a casa dal lavoro.

La legge statunitense, finalmente cambiata, prevedrà punizioni più severe per gli stupratori e per chi abusa sessualmente dei minori, ma, va tristemente riconosciuto, ancora una volta a caro prezzo per le sue vittime.

La storia, raccapricciante nel contenuto, è rappresentata nel film in modo sottile, realistico e non scandalistico. La natura e il contenuto degli incontri sessuali fra il pedofilo e il bambino emergono fra le righe, ma non sono al centro della narrazione. Lo spettatore non assiste ad un'esplicita dichiarazione del rapporto fra i due, fino a quando Steven diventa adolescente ed aiuta ad adescare i compagni di scuola e in sede processuale.

La profondità psicologica e la conoscenza interiore dei due protagonisti e del loro rapporto sono raccontate in modo accurato e veritiero anche nella sottigliezza dei loro aspetti conflittuali.

Parnell è rappresentato come un uomo ambiguo e astuto, una vittima di sé stesso e molto probabilmente del suo passato, sconosciuto allo spettatore, nonché schiavo della sua perversione. È costretto a questa vita squallida e desolante, isolata, senza alcuna radice. La seduttività e la corruzione fanno leva sulla mente del bambino e sulla naturale ambivalenza infantile nei riguardi dei genitori. Ogni bambino nutre i sentimenti antitetici di amore e odio nei confronti delle figure parentali e Parnell manipola i sentimenti di Steven fino a convincerlo di essere un padre migliore del suo, che spesso lo sgridava severamente.

Parnell inoltre racconta a Dennis della morte del padre e dell'estrema povertà della famiglia che è stata così costretta ad affidarlo a lui. La tenera mente di Dennis non ha molte possibilità di resistere a questo lavaggio del cervello da parte del pedofilo.

La curiosità sessuale e le pulsioni infantili, che sono parte integrante dello sviluppo

del bambino, sono sfruttate e hanno l'occasione di essere agite negli incontri sessuali con il pedofilo, anziché rimanere nella fantasia e nell'inconscio del piccolo. I confini tra ciò che appartiene al mondo infantile e al mondo adulto sono offuscati, mescolati ed eliminati. Ne consegue una confusione fra ciò che è reale e ciò che è fantasia, condizione tipica degli stati di psicosi e depersonalizzazione.

Steven cerca di resistere alle menzogne di Parnell, continua ad aggrapparsi tenacemente alla sua esperienza, alla conoscenza ed al ricordo che ha dei suoi genitori. Ma questi tentativi sono progressivamente indeboliti e Steven resta intrappolato nelle bugie e nel terrore.

Siamo inermi spettatori di un mondo che offre solo barlumi fugaci di fuga da quel mondo perverso, che abbandona e tradisce le speranze di Steven con una preside poco attenta, una telefonista incapace e una polizia superficiale. Ma Steven non è un bambino psicotico e riesce quasi sempre a conservare l'idea di ciò che è giusto e reale. Le ansie, la trepidazione, la curiosità, il terrore, le paure, le speranze e la disperazione del bambino che è tenuto prigioniero nei segreti familiari di incesto e di abusi sessuali e sfruttamenti, sono vividamente riprodotti. I sentimenti conflittuali di Steven verso i suoi genitori e il suo aguzzino gli impediscono di trovare in fretta una soluzione alla sua prigionia. La possibilità finale di fuga e libertà si verifica solo quando, identificandosi con la futura vittima, Steven riesce a spezzare il circolo vizioso e a salvare Timothy. Un frammento di esperienza positiva dell'infanzia e la sua sanità mentale che è riuscito a preservare nonostante le grandi difficoltà, lo spingono, fra laceranti paure, a fuggire con Timothy.

Ugualmente realistico è il racconto del ritorno a casa, con la sua riunione emotiva. Sono grandi i problemi di adattamento per Steven alla famiglia e alla comunità locale: il protagonista è uno straniero nella sua casa e fra la sua stessa gente. È stato allevato da Parnell nel mondo della malavita e della corruzione morale, eppure riesce a lottare per la giustizia e la verità, nonostante la disperazione e l'amarezza. Accetta infatti l'aiuto della madre e della sua ragazza, sebbene il padre e alcuni compagni di scuola gli rendano la vita ancor più penosa e difficile. Il male, ora apertamente personificato in Parnell, continua ad invaderlo nell'esito processuale e anche nella sua misteriosa morte. Rimane nello spettatore la bruciante delusione di un lieto fine mancato, alleviata solo in parte dalla notizia che la legge americana sarà in seguito mutata, sanzionando più pesantemente questo tipo di reati.

Steven, come ho detto, è un bambino fondamentalmente sano, allevato dalla sua vera famiglia, in modo tale da poter poi attraversare un'esperienza terribile e ad uscirne in modo dignitoso. Il mondo di Steven è rappresentato realisticamente, come possono confermare gli esperti che lavorano nel campo degli abusi infantili. E anche il mondo di Parnell è rappresentato realisticamente, ma solo nei suoi aspetti sordidi e perversi: non ci è dato conoscere la storia personale del pedofilo, ma possiamo facilmente immaginare una sua infanzia deprivata, forse con un padre autoritario e una madre debole e indulgente o assente. Sembra che Parnell si identifichi ancora con il ruolo del "bambino maltrattato in casa" e che quindi competa con le figure parentali e voglia offrire a Steven "delle cose migliori" dell'esperienza avuta con i suoi genitori. Inoltre è lecito supporre che il pedofilo stesso abbia subito una sorte analoga a quella perpe- trata nei confronti delle sue giovani vittime.

* Psicanalista, *Tevistok Clinic*, London.

A cura di Micol Tummino

Le ansie, la trepidazione, la curiosità, il terrore, le paure, le speranze e la disperazione del bambino che è tenuto prigioniero nei segreti familiari di incesto e di abusi sessuali e sfruttamenti, sono vividamente riprodotti. Un film di grande valore psicologico e morale.

The loneliness of the prisoner child

The movie tells the true story of Steven Stayner's life, a seven years old boy kidnapped by a pedophile who held him for seven years committing repetitive sexual abuses. Finally he was able to free himself and to come back home to his family. Although the psychological disease did not turn into psychosis, Steven's life was then afflicted by the his father's resentment, the banter of his friends, up to the American Justice which, due to a poor law system, lightly condemns the pedophile, thus preventing the boy from a true social reintegration.

Il comportamento dello psicologo nei casi di presunto abuso sessuale nei confronti di minori

FULVIO FRATI *

Non è infrequente che gli psicologi italiani richiedano al proprio Ordine territoriale indicazioni rispetto ai comportamenti da osservare dinanzi ad ipotesi di presunto abuso sessuale nei confronti di minori e più precisamente, per conoscere con esattezza i casi in cui sussista l'obbligo di denunciare simili ipotesi all'Autorità Giudiziaria. Il problema pare, a prima vista, particolarmente complesso, data l'esistenza di prescrizioni contenute nel Codice Deontologico della nostra Categoria professionale in apparente contrasto con le norme penali dell'Ordinamento statale. Si tratta, peraltro, di un contrasto che scaturisce dalla parziale diversità dei valori che le une e le altre norme mirano a tutelare: quelle deontologiche sono rivolte a garantire la riservatezza dell'assistito e il rapporto di fiducia instaurato con il proprio psicologo, mentre quelle statali sono protese a reprimere i reati, anche grazie alla collaborazione con i cittadini che ne abbiano notizia durante lo svolgimento della loro professione

Spetta allo psicologo direttamente coinvolto rinvenire – tenendo conto delle peculiarità del caso concreto che gli si presenta innanzi - il giusto equilibrio tra norme deontologiche e penali, tentando così di attuare il necessario contemperamento fra le opposte esigenze di cui esse sono espressione.

Le norme del C. D. utili per risolvere le questioni in esame sono contenute in vari articoli che trattano specificatamente non solo il problema dell'*obbligo di segnalazione*, ma anche quelli, ad esso strettamente collegati, del *segreto professionale*, del *consenso informato* e, soprattutto, della *tutela psicologica del soggetto*. Degni di particolare attenzione si rivelano gli articoli 11, 12 e soprattutto 13 e 15, su cui pare dunque opportuno soffermarsi.

Art. 11: Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti”.

Art. 12: “Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale.

Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta comunque l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso”.

Art. 13: “Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto.

Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi”.

Art. 15: “Nel caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, lo psicologo può condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione”.

In estrema sintesi si può dunque affermare che, dalla lettura in combinato disposto degli articoli appena citati, emerge una norma generale di comportamento, rappresentata dall'obbligo del rispetto del segreto professionale.

Esistono però delle eccezioni: in primo luogo l'obbligo di denuncia o di referto (art. 13, comma 1), in secondo luogo (“negli altri casi”) la mera *facoltà* di derogare a tale segreto unicamente per far fronte a “*gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi*” (art. 13, comma 2).

Una breve precisazione pare però opportuna in relazione alla capacità di tali eccezioni di escludere ogni responsabilità disciplinare dello psicologo che le invochi: mentre difatti nel primo caso egli potrebbe sicuramente essere esonerato da ogni sanzione, essendo la propria condotta giustificata dall'obbligo – indiscutibilmente previsto dalla legge in presenza di determinate condizioni, che di seguito si esamineranno – di denunciare il reato di cui sia a conoscenza, nel secondo caso la responsabilità grava esclusivamente sullo psicologo: in altri termini, è a lui solo che spetta valutare l'esistenza dei presupposti di un vero e proprio “*stato di necessità*” (la gravità del pericolo; il pericolo per la vita o la salute psicofisica dei soggetti coinvolti) e, in ultimo, di decidere discrezionalmente di derogare al dovere di riservatezza, fermo restando il rischio di commettere un illecito disciplinare, ove risulti in seguito appurato che simili presupposti non sussistevano.

Per quanto concerne più direttamente i più volte richiamati obblighi di denuncia, pare nuovamente opportuno riportare il testo integrale delle disposizioni del Codice Penale.

Art. 361 c.p. - Omessa denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale.

“1. Il pubblico ufficiale (357 c.p.) il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni (331 c.p.p.; 221 disp. coord. c.p.p.) è punito con la multa da L. 60.000 a 1 milione.

2. La pena è della reclusione fino a un anno, se il colpevole è un ufficiale o un



Spetta solo allo psicologo valutare l'esistenza dei presupposti di un vero e proprio “stato di necessità” (la gravità del pericolo; il pericolo per la vita o la salute psicofisica dei soggetti coinvolti) e, in ultimo, di decidere discrezionalmente di derogare al dovere di riservatezza, fermo restando il rischio di commettere un illecito disciplinare, ove risulti in seguito appurato che simili presupposti non sussistevano.

Sulla base di prassi e norme consolidate (ad esempio le norme relative alle prestazioni psicologiche soggette all'esenzione dall'Iva) non solo l'attività specificatamente "psicoterapeutica", ma anche tutte le altre attività "cliniche" (psicodiagnostiche, di supporto o sostegno psicologico, riabilitative ecc.), rivolte direttamente alla "persona", presentano inequivocabilmente una natura di tipo sanitario.



agente di polizia giudiziaria (57 c.p.p.), che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto (347 c.p.p.).

3. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa".

Art. 362 c.p. - Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio.

"1. L'incaricato di un pubblico servizio (358), che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio (331 c.p.p.; 221 disp. coord. c.p.p.), è punito con la multa fino a L. 200.000.

2. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico".

Art. 365 c.p. - Omissione di referto.

"1. Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a lire duecentomila (384, comma 4 c.p.p.).

2. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale (384)".

Occorre innanzitutto precisare come la condotta punita nelle tre fattispecie sia la medesima, consistente in sostanza nell'aver omesso di denunciare all'Autorità Giudiziaria l'esistenza di un reato di cui si abbia avuto notizia. La diversa collocazione sotto ben tre articoli è dunque più che altro dovuta ad uno scrupolo di analiticità del Legislatore, che ha così inteso distinguere il reato a seconda delle caratteristiche del soggetto che lo ha compiuto: a seconda, cioè, che si tratti di un "pubblico ufficiale", di un "incaricato di pubblico servizio" (entrambi tenuti alla stesura di un rapporto) o di un "esercente una professione sanitaria" (quest'ultimo tenuto invece alla redazione di un referto).

Quanto alla definizione delle prime due categorie, è sufficiente in questa sede precisare che essa è contenuta nello stesso Codice Penale, agli articoli 357 e 358. Non pare inutile sottolineare altresì che nel caso in cui l'esercente una professione sanitaria rivesta anche il ruolo di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio queste ultime qualifiche prevalgono sulle prime, così che l'omissione di denuncia sarà riconducibile più esattamente agli articoli 361 e 362 c.p., con quanto ne consegue anche in ordine all'entità della pena ivi prevista.

Per quanto concerne la categoria degli “esercenti una professione sanitaria”, è interessante verificare se sia in essa inquadrabile o meno lo psicologo che svolga la propria attività quale *libero professionista* oppure come *dipendente da strutture private*.

In questi ultimi due casi l’obbligo di segnalazione all’Autorità sussisterebbe cioè solo ove venisse appurato che l’attività svolta dal professionista, nel cui ambito sia stata appresa la *notizia criminis*, sia qualificabile come attività di tipo sanitario.

Purtroppo nella vigente normativa nazionale non è specificatamente chiarito quando l’attività dello psicologo sia definibile con certezza come “sanitaria”, presentandosi anzi la stessa come contraddittoria (l’art. 99 del “Testo Unico delle Professioni Sanitarie” redatto nel 1934 e tuttora vigente non considera tale la Professione di psicologo, mentre altre disposizioni legislative più recenti ammettono la possibile valenza “sanitaria” delle attività dello psicologo, ad esempio nell’esercizio della Psicoterapia).

È tuttavia evidente come, sulla base di prassi e norme ormai consolidate (tra le quali potremmo ad esempio annoverare le norme relative alle prestazioni psicologiche soggette all’esenzione dall’IVA “*individuare con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro delle Finanze*”) non solo l’attività specificatamente “psicoterapeutica”, *ma anche tutte le altre attività “cliniche”* (psicodiagnostiche, di supporto o sostegno psicologico, riabilitative ecc.), rivolte direttamente alla “persona”, *presentino inequivocabilmente una natura di tipo sanitario*. In tali casi si rientrerebbe perciò nell’ipotesi del sopra citato art. 365 c.p. e sussisterebbe quindi un obbligo di segnalazione all’Autorità anche da parte dello psicologo libero professionista o dipendente da centri privati e non solo da parte dei Colleghi esercitanti funzioni di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (tenuti questi ad osservare un simile obbligo – giova ribadirlo – ai sensi degli altri articoli del c.p., ossia il 361 e il 362).

Ma *quando* – una volta appurata l’esistenza di una simile qualifica – sussiste in concreto l’obbligo di denuncia? Le norme penali sopra richiamate richiedono come presupposto essenziale che si tratti di reati per i quali si debba procedere *d’ufficio*: quelli, cioè, per i quali non sia necessario che la persona offesa proponga querela affinché l’Autorità giudiziaria si attivi per accertarli e quindi reprimerli.

Esistono però tre *eccezioni*: per gli “esercenti una professione sanitaria” (art. 365 co. 2 c.p.), essa è rappresentata dall’eventualità che la denuncia (il referto) esponga l’assistito a procedimento penale (evidentemente, quando egli stesso è autore o co-autore del reato), mentre per gli “incaricati di pubblico servizio” (art. 362, co. 2 c.p.), dalla circostanza che essi siano «*responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l’esecuzione del programma definito da un servizio pubblico*»¹. Infine ed in ogni caso, l’obbligo di denuncia o di referto non sussistono in caso di ipotesi di reato perseguibile a querela della persona offesa.

Sennonché, le ipotesi di reati procedibili *d’ufficio* sono numerose; in questa sede si intende però limitare l’analisi alle sole ipotesi di abuso sessuale nei confronti di minori. L’argomento in questione rientra, come è noto, nella materia della *violenza sessuale*, oggetto di una radicale modifica ad opera della L. 15 febbraio 1996, n. 66 (“*Norme contro la violenza sessuale*”). La Legge in questione ha, infatti, finalmente rimediato ad un’impostazione del Codice Penale unanimemente considerata oramai intollerabile e risalente all’entrata in vigore del Codice stesso, nel 1930: i reati a sfondo sessuale sono stati “traslati” dal Titolo IX, contenente i delitti *contro la moralità pubblica ed il buon costume*, al Titolo XII, che reprime invece i delitti compiuti *contro la persona*.

Per un’esauriente informazione sui reati in questione si rimanda alla lettura del testo integrale della Legge citata: qui di seguito pare invece utile individuare e descrivere sinteticamente le ipotesi di reato d’abuso sessuale per i quali si procede *d’ufficio* e per le quali incombe sullo psicologo – se pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, ovvero esercente un’attività sanitaria – l’obbligo di denuncia alla competente Autorità.

È evidente che non solo l’attività specificatamente “psicoterapeutica”, ma anche tutte le altre attività “cliniche” (psicodiagnostiche, di supporto o sostegno psicologico, riabilitative ecc.), rivolte direttamente alla “persona”, presentano inequivocabilmente una natura di tipo sanitario. In tali casi sussisterebbe quindi un obbligo di segnalazione all’Autorità anche da parte dello psicologo libero professionista o dipendente da centri privati.



Il probabile abuso sessuale denunciabile all'Autorità giudiziaria (in quanto procedibile d'ufficio) si configura allorché un minore di (tredici o) quattordici anni sia oggetto di atti sessuali. Al di sopra di tale età e fino ai 16 anni si ha invece quando, fuori dalle ipotesi di violenza, l'autore dell'atto sessuale sia un soggetto "particolarmente qualificato" - il genitore (anche adottivo) o il suo convivente, o il tutore, o altra persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura (es., un medico), di educazione (un educatore), di istruzione (un insegnante), di vigilanza (un sorvegliante di un Istituto penale o carcerario) o di custodia (un infermiere) – che abusi di rapporti di parentela o di cura, ovvero di autorità.

Gli abusi su minori possono concretizzarsi essenzialmente in tre ipotesi di reato:

- nella *violenza sessuale* (art. 609 bis), di cui si rende autore *"chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali"*; ovvero, anche senza costrizione vera e propria, *"induce taluno a compiere o subire atti sessuali abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa"*.

Il presupposto è, dunque, l'esistenza di una qualsiasi forma di violenza, ivi comprese la semplice minaccia, l'abuso di autorità, l'abuso di inferiorità fisica o psichica, che renda possibile il compimento di un atto sessuale, ovviamente, perciò, non libero.

L'atto sessuale è da intendere, peraltro, non esclusivamente come congiungimento carnale, ma come qualunque atto avente una qualsiasi valenza sessuale (idoneo, cioè, a ledere la sfera di libera autodeterminazione del singolo in campo sessuale: perfino un bacio sulle labbra, quindi, può essere considerato tale, se non voluto dal soggetto passivo).

È assolutamente ovvio come la violenza sessuale compiuta su un minore comporti un aggravamento della pena (art. 609 ter).

Fuori dai casi di violenza, vengono comunque puniti:

- i cosiddetti *atti sessuali con minorenne* (art. 609 quater), se: il "minore" non ha ancora compiuto 14 anni; oppure, che non ne ha ancora compiuti 16, se il colpevole è una persona a lui particolarmente vicina, quale l'ascendente, il genitore adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia con quest'ultimo, una relazione di convivenza (nella prima ipotesi, quindi, è indifferente chi sia il soggetto che compie l'atto sessuale, che è sempre e comunque reato).

Si potrebbe dire, dunque, che in queste ipotesi la violenza è, per così dire, "presunta": l'atto sessuale costituisce cioè sempre reato, a prescindere dalla prova di una qualsiasi forma di costrizione e, addirittura, anche se dovesse sussistere il consenso del minore.

Viceversa, al di fuori di queste ipotesi, in linea di massima gli atti sessuali compiuti su minori di età compresa fra i 14 e i 18 anni, sono leciti (salva l'ipotesi in cui integrino una violenza sessuale); come pure i casi in cui l'atto sessuale avvenga tra minori, a condizione che abbiano già compiuto 13 anni e non vi sia tra i due una differenza di età superiore a tre anni (e questo, ovviamente, per tutelare la sessualità tra i minori, salvaguardando così la loro autonomia di scelta).

- la *corruzione di minorenne* (art. 609 quinquies), consistente nel compimento di un atto sessuale *"in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere"*.

È però essenziale distinguere: infatti, non in tutti i casi in cui il minore sia oggetto di abusi quali quelli appena indicati lo psicologo che ne venga a conoscenza è obbligato alla denuncia; come già ribadito, infatti, l'obbligo penalmente sanzionato è previsto solo ove il reato sia perseguibile d'ufficio.

Questo si verifica solo in alcune ipotesi:

- con riferimento agli atti sessuali, solo fino a che il minore non ha compiuto 13 anni (14, se non si considera l'ipotesi di atti sessuali tra minorenni);
- oltre i 14 anni e fino ai 16 (tenuto conto del fatto che quest'ultimo è il limite di età previsto altresì dall'art. 609 quater), solo qualora l'autore sia uno di quei soggetti a lui particolarmente vicini sopra richiamati: il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente; il tutore ovvero altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia; mentre è indifferente la circostanza che si tratti di *violenza sessuale* o di meri *atti sessuali*.
- se il fatto è comunque connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio (nel qual caso occorrerà verificare caso per caso il tipo di procedibilità previsto per il reato connesso).

Secondo queste norme, pertanto, il probabile abuso sessuale denunciabile all'Autorità giudiziaria (in quanto procedibile d'ufficio) si configura allorché un minore di

(tredici o) quattordici anni sia oggetto di atti sessuali. Al di sopra di tale età e fino ai 16 anni si ha invece quando, fuori dalle ipotesi di violenza, l'autore dell'atto sessuale sia un soggetto "particolarmente qualificato" - il genitore (anche adottivo) o il suo convivente, o il tutore, o altra persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura (es., un medico), di educazione (un educatore), di istruzione (un insegnante), di vigilanza (un sorvegliante di un Istituto penale o carcerario) o di custodia (un infermiere) - che abusi di rapporti di parentela o di cura, ovvero di autorità.

Nei casi sopra elencati quindi, configurando essi reati perseguibili d'ufficio in base alla legislazione attualmente vigente, lo psicologo che ne viene a conoscenza nell'esercizio di un'attività sanitaria (se libero professionista o dipendente di una struttura pubblica), e nell'esercizio di ogni sua attività professionale (se pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio), ha per legge l'obbligo di presentare denuncia del fatto-reato di cui è venuto a conoscenza "all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne".

Per tutte le residue ipotesi di abuso sessuale, viceversa, la "necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza", al limite giungendo alla denuncia all'Autorità giudiziaria, può essere giustificata esclusivamente dal fatto che "si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi", secondo quanto previsto dall'art. 13 del Codice Deontologico.

Deve però sottolinearsi che è controverso in giurisprudenza se, in caso di omissione della prescritta denuncia, affinché lo psicologo possa essere chiamato a rispondere penalmente, egli doveva o meno essere in possesso di sufficienti elementi di fatto tali da poter desumere la probabilità di essere in presenza di un delitto perseguibile d'ufficio. Inoltre, da un punto di vista soggettivo, lo psicologo può essere perseguito ove abbia agito con dolo, cioè con la coscienza e volontà di omettere o ritardare di riferire il fatto all'Autorità; tale circostanza potrebbe essere esclusa quando, pur in presenza di un reato perseguibile d'ufficio, lo psicologo abbia ritenuto - sia pure erroneamente - che il delitto non fosse stato commesso (cfr. giur. Conforme: Cass. Pen., sez. VI, 18 settembre 1997, n. 68).

Per quanto poi concerne l'adempimento in concreto dell'obbligo di denuncia e, più esattamente, l'individuazione dell'Autorità giudiziaria destinataria della denuncia, la soluzione più consigliabile sembra costituita dal compimento di due comunicazioni con contenuto diverso:

- la prima al Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica, ubicata di norma presso il Tribunale ordinario, caratterizzata dall'essere una pura e semplice "denuncia", come tale in grado di provocare l'avvio, da parte del Pubblico Ministero, delle indagini preliminari e l'eventuale adozione delle misure cautelari che potrebbero essere ritenute necessarie;
- la seconda al Giudice minorile presso il Tribunale dei Minorenni (ed eventualmente, con il medesimo testo e per conoscenza, al Servizio Sociale Minori competente per territorio) finalizzata all'urgente adozione degli interventi indispensabili per la tutela del minore; essa dovrebbe essere sufficientemente dettagliata al fine di fornire al Giudice un contributo idoneo alla corretta adozione di tali provvedimenti, e dovrebbe quindi essere redatta come una vera e propria, anche se sintetica, relazione psicologica che fornisca almeno le principali informazioni relative ai fatti avvenuti, alla personalità del soggetto ed alle caratteristiche del suo ambiente familiare. La comunicazione al Servizio Sociale territoriale, ancorché non obbligatoria, è comunque estremamente opportuna in quanto consente una rapida attivazione della "rete" di concreti supporti a tutela del minore.

Resta comunque fermo il fatto che già la prima comunicazione è sufficiente ad escludere ogni responsabilità penale, al pari di un'eventuale denuncia ad ogni altra Autorità che abbia l'obbligo di riferire all'Autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 361 c.p., quale ad esempio la Polizia Giudiziaria. Ciò che preme evidenziare è l'esigenza - ribadita dall'art. 13, comma 1, del Codice Deontologico - che lo psicologo limiti la trasmissione delle sue conoscenze allo stretto necessario, non perdendo di vista il proprio compito primario, costituito dalla tutela psicologica del soggetto assistito.

Lo psicologo deve limitare la trasmissione delle sue conoscenze allo stretto necessario, non perdendo di vista il proprio compito di tutela psicologica del soggetto assistito. Il criterio guida deve infatti essere costituito dalla riservatezza in ordine a quanto appreso nell'ambito del rapporto con il paziente; le modalità di denuncia devono essere caratterizzate da una particolare attenzione ad evitare possibili forzature che finirebbero con il compromettere i valori più profondi ai quali l'intera categoria professionale si ispira, ed espressi a più riprese nel Codice Deontologico.

Per evitare che eventuali violazioni del segreto professionale non autorizzate sortiscano effetti dannosi per il soggetto potrebbe rivelarsi utile la soluzione offerta nell'art. 12 del Codice stesso, e cioè il consenso del destinatario della prestazione. In tal modo, lo psicologo potrebbe infatti effettuare con serenità la dovuta segnalazione all'Autorità, sicuro di non infrangere in alcun modo il dovere di riservatezza, in quanto preventivamente abilitato a farlo dal proprio assistito già reso edotto delle conseguenze della denuncia.

Il criterio guida, anche nell'eventuale segnalazione all'Autorità, deve infatti essere costituito, nei limiti del possibile, dalla riservatezza in ordine a quanto appreso nell'ambito del rapporto con il paziente; le modalità dell'adempimento dell'obbligo di denuncia devono essere caratterizzate da una particolare attenzione ad evitare possibili forzature che finirebbero con il compromettere i valori più profondi ai quali l'intera categoria professionale si ispira, ed espressi a più riprese nel Codice Deontologico.

Ed è proprio al fine di evitare che eventuali violazioni del segreto professionale non autorizzate sortiscano effetti dannosi per il soggetto, che potrebbe rivelarsi utile la soluzione offerta nell'art. 12 del Codice stesso, e cioè il consenso del destinatario della prestazione. In tal modo, lo psicologo potrebbe infatti effettuare con serenità la dovuta segnalazione all'Autorità, sicuro di non infrangere in alcun modo il dovere di riservatezza, in quanto preventivamente abilitato a farlo dal proprio assistito già reso edotto delle conseguenze della denuncia.

In realtà un simile consenso non è particolarmente rilevante: difatti un consenso prestato in presenza di un obbligo penale di denuncia può certo garantire che non si infranga il rapporto di fiducia fra paziente e psicologo, ma non è dotato di particolare valore giuridico, in quanto lo psicologo stesso è comunque tenuto alla denuncia, in presenza dei sopra citati presupposti, anche contro la volontà del proprio assistito. Per escludere l'illecito disciplinare, sarà sufficiente invocare l'adempimento di un obbligo imposto dalla Legge, essendo ininfluente l'esistenza o meno di un consenso.

Si consideri, inoltre, come un simile comportamento potrebbe essere considerato come un "avvertimento", una "messa in allarme" per il presunto colpevole e, ai fini penali, come un favoreggiamento personale ex art. 378 c.p., in base al quale viene punito colui il quale, fuori dalle ipotesi di concorso nel reato "aiuta taluno a eludere le investigazioni dell'Autorità, o a sottrarsi alle ricerche di questa".

L'utilità di un consenso valido e dimostrabile permane dunque in un diverso ambito di ipotesi: quelle, essenzialmente, in cui un simile obbligo penale non sussista, e ciò nonostante lo psicologo intenda violare il segreto professionale per evitare "gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi": in questi casi, lo psicologo potrebbe dunque sottrarsi alla responsabilità disciplinare dimostrando di essere stato a suo tempo autorizzato dall'assistito stesso.

È proprio in presenza di un valido, dimostrabile, preciso e libero consenso del destinatario della sua prestazione, che lo psicologo che ne valuti l'effettiva necessità può quindi effettuare con animo sufficientemente sereno la propria segnalazione all'Autorità trovando in questo modo quel difficile equilibrio cui sopra si accennava tra quanto in generale previsto dal Codice Penale attualmente vigente e i valori etici e le specifiche norme previste dal Codice deontologico.

NOTA

¹ In entrambi i casi, la Legge ritiene preminente il diritto alla salute del singolo individuo, nonché l'esigenza di salvaguardare il rapporto di fiducia tra terapeuta e paziente sull'interesse collettivo alla difesa sociale.

Psychologists' behaviour in case of presumed sexual abuse against minors

This paper describes, in particular, the relationship between the professional secret obligation and the duty to denounce a crime, when a psychologist gets knowledge of it during his work. The crimes that must be denounced are the ones for which there is an obligation to proceed ex officio, and those crimes that imply health or life danger for the subject and/or for others. According to these laws, the presumed sexual abuse must be denounced to the Judicial Authority when a minor of 13 or 14 years old is object of sexual acts. When the minor is over 14 years old (until 16 years old), the crime must be denounced when the author of the sexual act is a parent (even adoptive), a caregiver, or a person the minor is granted to, for care, education, etc.

link 07 *strumenti*

**Il riordinamento di storie figurate della
WAIS-R Analisi qualitativa e nuove
prospettive d'indagine**

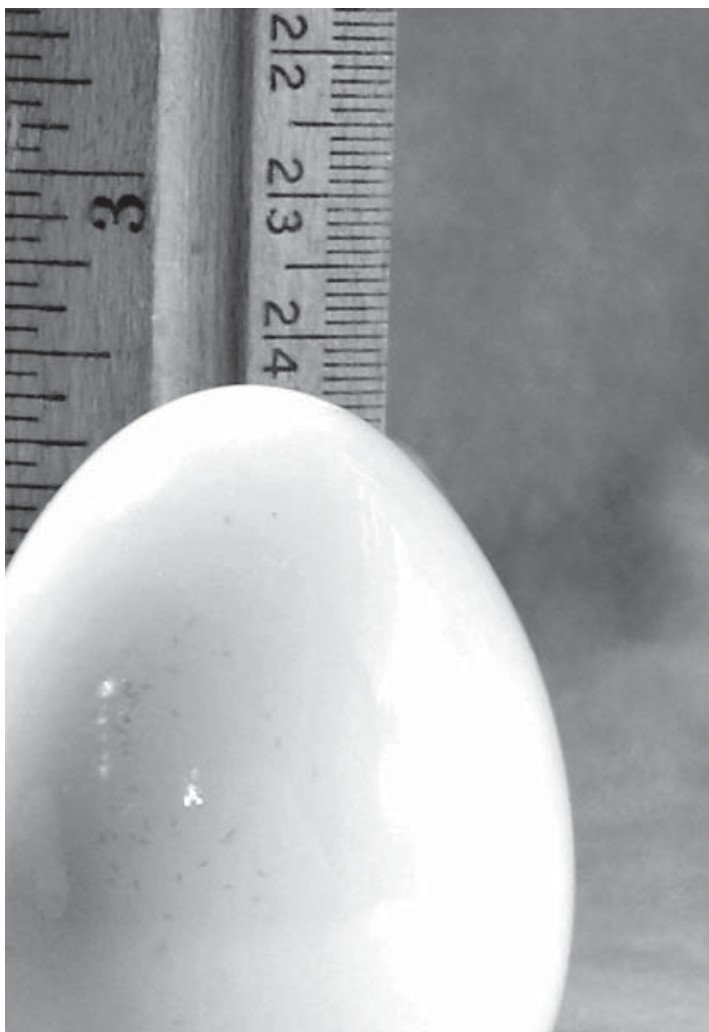
FABIO COTTI, ERIKA RIVA

Recensioni

GIOVANNI CAVADI

Vivian Lamarque

SERENA SCIONTI



Il riordinamento di storie figurate della WAIS-R.

Analisi qualitativa e nuove prospettive d'indagine

FABIO COTTI *, ERIKA RIVA **

Il presente studio si colloca in un progetto di ricerca più ampio svolto dall'A.R.P. (Associazione per la Ricerca in Psicologia Clinica) già iniziato nel 2002 e attualmente in corso. La ricerca riguarda il subtest Riordinamento di Storie Figurate, contenuto nella Scala Wechsler per Adulti (WAIS-R) e muove da un'ipotesi di ricerca fondamentale: l'impossibilità di rilevare l'effettiva comprensione della storia da parte dell'esaminato utilizzando le procedure standard di somministrazione e valutazione. Attraverso la somministrazione modificata (WAIS-R NI) del subtest ad un campione di 201 soggetti non clinici, è infatti emerso che non sempre ad un riordinamento corretto delle vignette corrisponde una reale comprensione della storia. Ne consegue che inferenze sul funzionamento cognitivo degli esaminati ricavate dai risultati di somministrazione e valutazione standard possono rivelarsi inadeguate

Introduzione

La Scala Wechsler per Adulti – WAIS-R (Wechsler, 1981) – rappresenta uno dei test di intelligenza attualmente più utilizzati. Frutto del lavoro di David Wechsler, la scala fu costruita per superare i limiti dei test di livello allora presenti: il concetto di intelligenza e di Quoziente Intellettivo (QI) assunsero un significato nuovo, non più singola capacità ma insieme multidimensionale di abilità. La struttura della WAIS-R, dunque, riflette questa concezione dell'intelligenza come capacità globale e multidimensionale. Tuttavia, nonostante le innovazioni introdotte da Wechsler, la valutazione delle abilità cognitive nella WAIS-R rimase essenzialmente di tipo *quantitativo*.

In tempi più recenti si è accentuato l'interesse degli studiosi e dei clinici per una valutazione *qualitativa* dei dati ricavabili da un test di livello (Lang, Nosengo, Xella, 1996); in questo modo si migliora la comprensione delle strategie cognitive utilizzate dal soggetto e si riesce ad avere un quadro più completo, funzionale ad una valutazione clinica adeguata.

Chiaramente si può dare una lettura qualitativa del test solo se sono disponibili dati osservativi sufficienti a formulare ipotesi. Di conseguenza, per ottenere tali informazioni "aggiuntive", diventa indispensabile per il clinico introdurre alcune procedure di somministrazione e registrazione dei dati che non sempre rientrano nella somministrazione standard del test.

L'A.R.P.¹, già a partire dagli anni '90, proprio al fine di ottenere informazioni "aggiuntive" per migliorare la valutazione di natura qualitativa, ha proposto procedure di somministrazione e registrazione dei dati modificate per la WAIS-R. all'interno di questo progetto – attualmente in progress – si colloca anche la ricerca, iniziata in A.R.P. nel 2002, riguardante il Riordinamento di Storie Figurate², ricerca qui parzial-

mente proposta. In particolare, dalle analisi svolte su un campione di soggetti clinici, era emersa una discrepanza fra il punteggio ottenuto al Riordinamento di Storie Figurate – uno degli undici subtest della WAIS-R – e la effettiva comprensione delle storie medesime. Nello studio qui presentato, il focus verte su un campione di soggetti non clinici; in altri termini, si vuole verificare l'impossibilità di rilevare l'effettiva comprensione della storia da parte dell'esaminato utilizzando le procedure standard di somministrazione e la conseguente necessità di utilizzare pratiche di somministrazione modificata indagando anche soggetti non clinici.

Il subtest Riordinamento di Storie Figurate

Il Riordinamento di Storie Figurate rientra nella Scala di Performance della WAIS-R. Il subtest è composto da dieci prove: ogni prova ha un numero variabile di vignette (da 3 a 6 cartoncini prestampati con immagini) che l'esaminatore dispone davanti al soggetto secondo un ordine prestabilito. L'esaminato deve riordinare nel minor tempo possibile i cartoncini, in modo da ottenere una storia dotata di significato. Il test valuta:

- acuità visiva, consapevolezza dei dettagli, capacità di percepire una forma e attribuirgli la giusta collocazione e il giusto significato;
- capacità di comprendere globalmente una situazione, di anticiparne le conseguenze e di valutarne le implicazioni; comprensione dei nessi di causa-effetto e capacità di pensiero sequenziale;
- capacità di pianificazione;
- capacità di interpretare e anticipare eventi sociali (il background culturale dell'esaminato influisce sulla prestazione);
- coordinazione visuo-motoria: il soggetto deve materialmente spostare e riaccostare i cartoncini.

Si deve tener presente che, oltre ai fattori intellettivi, ci sono altre variabili che possono influenzare la prestazione, quali: il grado di vigilanza verso l'ambiente, le esperienze culturali, la tendenza alla riflessività o all'impulsività, la capacità di lavorare con limiti di tempo, ecc.

Le procedure di somministrazione

La *somministrazione standard*, prevista dalla WAIS-R, implica una *valutazione* essenzialmente *quantitativa* della prestazione: vengono assegnati uno o due punti (come da Manuale³) per ciascun riordinamento corretto svolto entro i limiti di tempo. Si presume quindi che a un riordinamento corretto corrisponda la comprensione della storia.

Esiste invece una *somministrazione modificata*, mutuabile dalla WAIS-R NI⁴, la quale permette una *valutazione qualitativa* della performance: grazie all'introduzione di modifiche nella somministrazione, è possibile valutare una gamma ben più ampia di comportamenti del soggetto. L'esaminatore registrerà e presterà attenzione a tutta una serie di dettagli, quali le verbalizzazioni dell'esaminato, la sua reazione davanti al compito ed eventuali correzioni, ma, soprattutto, gli chiederà di raccontare cosa succede in ogni storia sulla base della sequenza da lui ricostruita. Questa richiesta permette di valutare la capacità dell'esaminato di organizzare verbalmente i dati percettivi, di mettere in luce eventuali disturbi del pensiero e di capire se effettivamente la storia è stata compresa. Non è infrequente infatti che, nonostante il riordinamento dei cartoncini sia corretto, il soggetto non abbia compreso la storia. Per comprendere il senso logico della storia, infatti, il soggetto deve rilevare gli indizi percettivi, quali gli organizzatori principali e l'ironia sottesa alla situazione rappresentata.

Esiste una somministrazione modificata, mutuabile dalla WAIS-R NI, che permette una valutazione qualitativa della performance: grazie all'introduzione di modifiche nella somministrazione, è possibile valutare una gamma ben più ampia di comportamenti del soggetto.

L'esaminatore registrerà una serie di dettagli, quali le verbalizzazioni dell'esaminato, la sua reazione davanti al compito ed eventuali correzioni, ma, soprattutto, gli chiederà di raccontare cosa succede in ogni storia sulla base della sequenza da lui ricostruita.

Si vuole verificare l'impossibilità di rilevare l'effettiva comprensione della storia da parte dell'esaminato utilizzando le procedure standard di valutazione. Dal momento che non sempre a riordinamento corretto corrisponde una reale comprensione della storia, la pratica di somministrazione modificata risulterebbe indispensabile per una corretta valutazione delle prestazioni del soggetto esaminato.

METODO

Campione

Ai fini della presente ricerca sono stati presi in considerazione solo i soggetti che al Riordinamento di Storie Figurate hanno ottenuto un punteggio ponderato medio compreso tra 8 e 12.

Il campione è costituito da 201 soggetti volontari non clinici stratificati in base all'età, al sesso e al livello socio-economico-culturale.

In particolare, il campione è così composto:

- **Sesso:** maschi = 99; femmine = 102.
- **Età :** sono state create tre fasce di età:
 - tra 16 e 25 anni;
 - tra 26 e 35 anni;
 - tra 36 e 60 anni.
- **Livello socio-economico-culturale:** sono state create tre fasce, stabilite in base al livello di istruzione raggiunto e al lavoro svolto.
 - livello 1 = basso;
 - livello 2 = medio;
 - livello 3 = alto.

TAB. 1 – Stratificazione dei soggetti

Età	Maschi = 99			FEMMINE = 102			Totale
	Liv. ¹ Basso	Liv. Medio	Liv. Alto	Liv. Basso	Liv. Medio	Liv. Alto	
16/25 anni	10	12	12	11	13	10	68
26/35 anni	10	12	10	10	10	11	63
36/60 anni	10	12	11	13	14	10	70
Totale	30	36	33	34	37	31	201

1. Liv. basso = livello socio-economico-culturale basso
 Liv. medio = livello socio-economico-culturale medio
 Liv. alto = livello socio-economico-culturale alto

Ipotesi di ricerca

L'ipotesi che si vuole verificare è l'impossibilità di rilevare l'effettiva comprensione della storia da parte dell'esaminato utilizzando le procedure standard di valutazione. Dal momento che non sempre a riordinamento corretto corrisponde una reale comprensione della storia, la pratica di somministrazione modificata risulterebbe indispensabile per una corretta valutazione delle prestazioni del soggetto esaminato.

Somministrazione modificata

Per gli scopi della presente ricerca, il subtest Riordinamento di Storie Figurate è stato somministrato ai 201 volontari con la procedura modificata (WAIS-RNI): al termine delle dieci prove, ogni item è stato ripresentato al soggetto nel medesimo ordine in cui egli aveva disposto i cartoncini; quindi è stato chiesto all'esaminato di raccontare la storia. In questo modo è stato possibile rilevare se effettivamente la storia era stata compresa.

Si è quindi proceduto all'analisi degli errori; le risposte dei soggetti agli item sono state valutate in base a due criteri:

1. correttezza (o meno) della storia raccontata;
2. correttezza (o meno) della disposizione dei cartoncini.

Pertanto le prestazioni dei soggetti sono state divise in quattro categorie:

1. disposizione corretta e verbalizzazione corretta (DC/VC): sia il riordinamento dei cartoncini che il racconto sono corretti;
2. disposizione e verbalizzazione scorrette (DS/VS): sia la disposizione dei cartoncini che la storia sono scorrette.
3. disposizione corretta e verbalizzazione scorretta (DC/VS): pur avendo riordinato nel modo esatto le vignette, il soggetto dimostra di non aver compreso la storia;
4. disposizione scorretta e verbalizzazione corretta (DS/VC): il soggetto ha riordinato erroneamente i cartoncini, ma dimostra di aver compreso correttamente la storia.

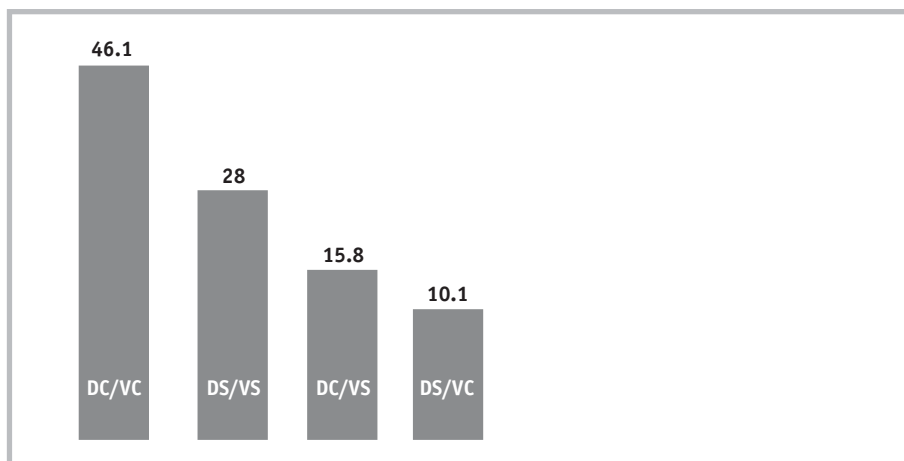
Al fine di verificare l'ipotesi di ricerca, la nostra attenzione si è focalizzata sulle prestazioni DC/VS: infatti, sono questi i casi in cui, solo grazie ad una somministrazione modificata, emerge l'errore dell'esaminato (non comprensione della storia), errore che con il metodo standard passerebbe inosservato perché i cartoncini sono stati disposti correttamente.

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

In base alla distribuzione dei cartoncini e alla verbalizzazione della storia, sono state create le quattro categorie di risposta sopra descritte e per ciascuna è stata conteggiata la percentuale di occorrenza.

Le percentuali ottenute sono riportate nel seguente grafico.

GRAFICO 1 – Percentuali delle categorie di risposta (%)



DC/VC = Disposizione Corretta / Verbalizzazione Corretta
DS/VS = Disposizione Scorretta / Verbalizzazione Scorretta
DC/VS = Disposizione Corretta / Verbalizzazione Scorretta
DS/VC = Disposizione Scorretta / Verbalizzazione Corretta

I dati rilevanti ai fini dell'ipotesi di ricerca riguardano la categoria DC/VS: come si può osservare, il 15,8% dei soggetti ha riordinato correttamente i cartoncini ma non ha compreso la storia. Questi soggetti, se fossero stati valutati esclusivamente con una procedura standard di tipo quantitativo, avrebbero ottenuto punteggi anche per quelle storie che, ad un'analisi più dettagliata, risultano non essere state realmente comprese.

L'utilizzo di alcune procedure modificate nella somministrazione del subtest e nella registrazione dei comportamenti è clinicamente vantaggioso: consente di avere dati più precisi, più aderenti alla realtà e di poter formulare un maggior numero di ipotesi circa il funzionamento cognitivo del soggetto.

CONCLUSIONI

In base a quanto rilevato nel nostro campione, la pratica di somministrazione standard non permette di valutare correttamente la prestazione di un soggetto. Grazie alla somministrazione modificata infatti, è stato possibile rilevare che il 15,8% dei soggetti, pur avendo disposto correttamente i cartoncini, non hanno compreso il reale significato della storia. Se questi soggetti fossero stati valutati solo attraverso una procedura standard, le loro prestazioni sarebbero risultate valide in quanto nella pratica standard si ipotizza che al riordinamento corretto corrisponde la comprensione della storia: avrebbero ottenuto dunque una valutazione (positiva) che non rappresenta le loro reali capacità. Ne consegue che inferenze relative al funzionamento cognitivo del soggetto, se basate esclusivamente sul riordinamento dei cartoncini, possono risultare inadeguate.

In conclusione, è possibile affermare che l'utilizzo di alcune procedure modificate nella somministrazione del subtest e nella registrazione dei comportamenti è clinicamente vantaggioso: consente di avere dati più precisi, più aderenti alla realtà e di poter formulare un maggior numero di ipotesi circa il funzionamento cognitivo del soggetto.

* Psicologo, psicodiagnosta, consulente presso A.R.P. – Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica, P.za S. Ambrogio 16, Milano.

** Dottoressa in Psicologia.

*** Associazione per la Ricerca in Psicologia Clinica, Milano.

NOTE

¹ A.R.P. – Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica, p.za S. Ambrogio 16, Milano.

² Andreello R., Cotti F., Michelotti C., A.R.P. (2002) "Riordinamento di Storie Figurate della WAIS-R: valutazioni quantitative e qualitative". Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica dell'A.I.P. – Associazione Italiana di Psicologia, 13-14 settembre 2002, Bellaria-Rimini.

³ Wechsler D. (1981), *WAIS-R – Wechsler Adult Intelligent Scale Revised, Organizzazioni Speciali*, Firenze, tr. it. 1997.

⁴ Kaplan E., Fein D., Morris R., Delis D. (1991), *WAIS-R NI Manual - WAIS-R as a neuropsychological instrument* -, The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, inc., USA.

⁵ Liv. Basso = Livello Socio-economico-culturale Basso

Liv. Medio = Livello Socio-economico-culturale Medio

Liv. Alto = Livello Socio-economico-culturale Alto

BIBLIOGRAFIA

Del Corno F., Lang M. (2002). Test psicodiagnostici. Un intervento. In *Tecniche proiettive. Proiettive di che? Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 303-344.

Kaplan E., Fein D., Morris R., Delis D. (1991). *WAIS-R NI Manual - WAIS-R as a neuropsychological instrument* - The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, inc., USA.

Kaplan, E., Fein, D., Morris, R., et al. (1991). *WAIS-R as a neuropsychological instrument manual*. The Psychological Corporation, New York.

Lang M., Nosengo C., Xella C.M. (1996). *La scala WAIS - Uso clinico e valutazione qualitativa* - Raffaello Cortina, Milano.

Orsini A., Laicardi C. (1997). *WAIS-R - Contributo alla Taratura Italiana* - OS Organizzazioni Speciali, Firenze.

Wechsler D. (1981). *WAIS-R - Wechsler Adult Intelligence Scale Revised* - OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997.

Picture arrangement in wais-r: qualitative analysis and new perspective of research

This research is a part of a broader project led by A.R.P., which started in 2002 and is still in progress. The research deals with Picture Arrangement, a subtest contained in the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R). The study moves from one main research hypothesis: it is impossible to point out the real understanding of the story by the subject using the standard practice of administering and evaluation. By administering the test with the modified practice (WAIS-R NI) to 201 non clinical subjects, it is come out that a correct picture arrangement does not necessarily mean a real understanding of the story. That is, inferences on the cognitive functioning of a subject, if based just on the results of standard practice of administering and evaluation, may be inadequate.

RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Giovanni Madonna
La psicoterapia attraverso Bateson. Verso un'estetica della cura. Prefazione di Giuseppe Longo. Bollati Boringhieri, 2003, pp. 225, euro 19

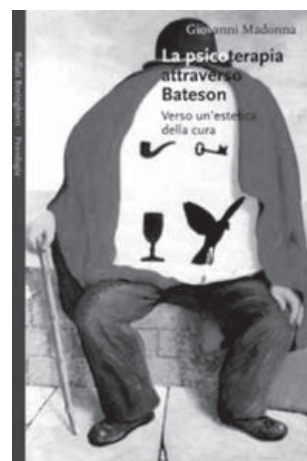
Bateson è stato tra fondatori della Scuola di Palo Alto dedicata alla terapia della famiglia ed ha abbandonato il modello medico intrapersonale nello studio e nel trattamento dei comportamenti tradizionalmente considerati di pertinenza psichiatrica, per passare allo studio dei contesti in cui si sviluppa un disturbo psicopatologico. Un contributo fondamentale di Bateson è stato il salto concettuale dal modello intrapsichico-energetico, del modello psichiatrico e psicoanalitico tradizionale, al modello comunicazionale-sistemico. Questo libro si colloca, come sottolinea l'autore, sull'interfaccia fra i modelli epistemologici batesoniani e la psicoterapia. Sulla scia della tradizione del fondatore, anche questo libro risulta di difficile lettura data la complessità epistemologica che lo sottende.

Bateson nutriva una certa avversione per la psicoterapia; era infatti convinto che vi fosse la «tentazione del terapeuta di confondere l'idea di manipolazione con l'idea di cura». Ora la sfida di Madonna è quella di «lavorare all'elaborazione di un modello psicoterapeutico batesoniano» che si fondi

su «una teoria dell'azione terapeutica», all'interno di un modello coerente con l'insegnamento di Bateson. Questa teoria dell'azione implica che «l'intervento psicoterapeutico sia da considerarsi possibile, ma necessariamente cauto, non precipitoso e non arrogante». In questa ottica il lavoro del terapeuta risulta essere molto simile a quello dell'artista, dato che il terapeuta può e deve affidarsi, nel corso della terapia, «alla propria sensibilità e alle proprie emozioni, e debba e possa, cioè, adottare un approccio estetico». Ma questa pratica psicoterapeutica di tipo estetico «più di altri tipi di pratica ha bisogno di combinarsi con una buona teoria». Difatti, mediante il metodo della giustapposizione – «mettere cioè uno accanto all'altro pensieri diversi» – l'Autore espone in modo dettagliato la teoria di Bateson e la giustappone alla pratica terapeutica di Whitaker. Con questa lunga e dettagliata esposizione Madonna ci conduce verso una psicoterapia batesoniana da cui sviluppa anche una teoria della personalità sulla scia di Bateson. Nel corso del volume l'Autore sottolinea e sviluppa anche gli aspetti etici della formazione e della conduzione della psicoterapia per costruire un ponte fra epistemologia ed etica. È un libro che merita una lenta ed approfondita lettura.

Gioacchino Pagliaro, Elisa Martino
Il Tao della salute: il modello olistico in psicologia
Domeneghini Editore, Padova, 2003, pp. 137, euro 25

Come dichiarano gli Autori nella premessa, questo libro «ha lo scopo di diffondere in ambito psicologico il modello olistico e di offrire al lettore un ampliamento della concezione della salute da una dimensione strettamente biologica e intrapsichica ad una dimensione che considera la persona come un microcosmo in relazione a un macrocosmo universale». I termini Olistico, Tao e Totalità sono tre termini sviluppati nel corso del volume. La Totalità, ad esempio, è intesa come sistema ecologico, energetico e spirituale in cui trova una spiegazione la interazione tra essa e gli individui quando sono portatori di una malattia o di un disagio psichico. Molto interessante lo spunto presentato dalla filosofia taoista per interpretare le concezioni medico-biologiche del sistema immunitario. La concezione occidentale descrive il sistema immunitario con una metafora bellica, come un perfetto apparato di difesa dell'organismo. Ora, secondo la dottrina taoista, esso sembra funzionare in base ad una forma di saggezza interiore, con funzione di custodia del delicato equilibrio dell'organismo. In ultima



Gregory Bateson

RECENSIONI



analisi una concezione innovativa che vede il sistema immunitario come un meccanismo di bilanciamento e di composizione programmato per conservare l'omeostasi. Concludono gli Autori che «la tradizionale concezione occidentale del sistema immunitario ha ostacolato per troppo tempo il progresso di un'idea più moderna, più aperta all'ipotesi che esso possa anche adattarsi e integrarsi, oltre che distruggere e annientare» come è il caso delle patologie oncologiche. Molto interessante la finestra che riassume alcune correnti filosofiche e psicologiche dell'oriente. La massima Zen «Fermati! Fermati! Non parlare. La verità ultima non bisogna neppure pensarla» porta gli Autori a delle considerazioni sulle pratiche meditative, sui loro effetti psicofisiologici e sull'uso in psicoterapia. Prima di scrivere questo libro Pagliaro ha trascorso un lungo periodo in Estremo Oriente frequentando anche un tempio buddista. Una ricca bibliografia accompagna il volume.

Papalia Mario
La riprogrammazione esistenziale. Psicoterapia, counseling, medicina naturale
Armando Editore, Roma 2001, pp. 187, euro 16,50

Secondo l'Autore questo libro risponde all'esigenza di «portare un contributo di ricchezza alla psicoterapia e

alla consulenza psicologica oggi, rispetto alle esigenze esistenziali contemporanee». L'enunciato fondamentale del libro è che «Ogni persona è un programma. La vita non è mai vissuta a casaccio perché è l'esecuzione dell'insieme di programmazioni collettive e individuali, genetiche e personali, che hanno formato l'essere bioenergetico mentale spirituale di quella persona». Ne consegue che per uscire da questa programmazione si rende necessaria una «riprogrammazione energetica mentale e spirituale, un apposito strumento di intervento attivo».

Questa riprogrammazione risulta essere un intervento volontario dell'individuo sulle proprie e altrui programmazioni, con lo scopo di determinarvi variazioni di carattere evolutivo. Essa ha come supporto tecnico la ricerca sapienziale. La procedura della riprogrammazione energetica si sviluppa secondo questi step: obiettivo, input informativo, valutazione strategia, deprogrammazione, applicazione dei modelli del cambiamento energetico, setting, tecniche di verbalizzazione-interazione empatica-sblocco energetico e medicine naturali. L'introduzione dell'uso delle medicine naturali (nutrizione, micronutrizione, fitoterapia, manipolazione energetica) nel trattamento

psicoterapeutico riporta in ambito reichiano la dialettica terapeutica. Il fine della riprogrammazione è quello di «ripristinare la natura con un atteggiamento di saggio senso della caducità e di amore alla bellezza, che integra insieme pulsioni, emozioni, filosofia personale, spirito critico, sistema di valori e apertura verso il trascendente».

Giorgio De Isabella, Sergio Colombi, Elena Fiocchi e Licia Reatto (curatori)
La psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCCS
Centro Scientifico Editore, Torino, 2003, pp. 223, euro 19,50

Questo volume è stato curato da alcuni membri della Commissione sanità dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia e presentato il 28 maggio 2003 a Milano nell'incontro di studio sul tema *Psicologia e realtà ospedaliera* al Centro congressi della Fondazione Cariplo. Il volume raccoglie 24 interventi di studi e ricerche di psicologi professionisti che operano da tempo, con funzioni organizzative, cliniche e formative, nell'ambito della Sanità lombarda. I contributi sono raccolti in quattro sezioni tematiche:

1. L'organizzazione della psicologia ospedaliera;
2. Alcune applicazioni della psicologia nelle Aziende Ospedaliere;
3. Alcune dimensioni psicologiche della malattia;

4. Il contributo della psicologia nella realtà sanitaria. Era dal 1979, anno in cui uscì il volume *Psicologia e ospedale generale* curato da Marcello Cesa Bianchi, che non veniva pubblicato un contributo così significativo sulla psicologia ospedaliera.

Paola Cavalleri e Marisa D'Arrigo
Diventare famiglia. L'esperienza adottiva.
Presentazione di Enrico Gallucci
Edizioni CdG, Pavia, 2003, pp. 120

Questo volume, scritto a due mani, tratta dell'esperienza complessa dell'adozione nella quale dati giuridici, sociali, psicologici, affettivi, si intrecciano e si compenetrano. Ma l'adozione, sottolineano le Autrici, è «soprattutto una vicenda intima ed affettiva». La lettura del libro si sviluppa in due parti: nella prima viene svolta una riflessione sugli aspetti sociali e psicologici del percorso dell'adozione, nella seconda vengono presentate delle brevi storie-adottive raccontate dai protagonisti. È un libro di fatti, frutto di esperienze dirette e di riflessioni psicologiche e sociali su una tematica di attualità, che si configura come «la reciproca scelta di essere genitori di quel figlio e figlio di quei genitori», dato che un figlio adottivo è, come ogni

figlio, in prestito perché i figli non ci appartengono, ma «proprio come ogni figlio è per sempre».

Eugenia Scabini e Raffaella Iafrate
Psicologia dei legami familiari
Società Editrice Il Mulino, Bologna. 2003, pp. 251, euro 16,50

L'intento del volume è di proporre una chiave di lettura innovativa della psicologia dei legami familiari, frutto di un lungo lavoro di elaborazione interdisciplinare attuato all'interno del Centro studi e ricerche sulla famiglia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Il paradigma «l'approccio relazionale – simbolico» di riferimento intende la famiglia come «un soggetto fatto di relazioni, di legami e che genera legami connettendo tra loro le persone». Il volume parte da due questioni di fondo in psicosociologia: che cos'è la famiglia e come essa si definisce, e il suo mutamento, ovvero l'evoluzione storico-temporale della famiglia. La famiglia e le sue trasformazioni sono punteggiate dalle transazioni critiche del percorso familiare caratterizzate dalla crescente fragilità coniugale, il consistente calo della natalità, i nuovi significati della genitorialità, la permanenza prolungata dei giovani-adulti nella famiglia,

l'allungamento della vita con la conseguente pluralità dei percorsi dell'invecchiamento e la presenza dei flussi migratori; tutti questi fatti sono le variabili fondamentali del cambiamento generatore delle transizioni del legame coniugale e genitoriale. L'ultima parte del libro è dedicata agli aspetti metodologici e applicativi e le forme di intervento per la famiglia. Una ricca bibliografia completa il volume.

Angela Agosti Dabbeni
Dialoghi col padre.
Presentazione di Mauro Laeng
Anicia Srl, Roma. 2003, pp. 103, euro 12,50

Angela Agosti è una psicologa scolastica e psicoterapeuta dell'infanzia che vive ed opera a Brescia dove ha attuato una sperimentazione su *Scuola del coetaneo: dalla spontaneità all'autenticità*. Il volumetto che presentiamo è dedicato, come "libro di ricordi" al padre, Marco Agosti un noto pedagogo: «Dai dialoghi con mio padre nelle nostre quotidiane passeggiate, mi sono accorta quanto fosse importante evocare la figura del maestro; di colui che mi fu maestro. Ogni ricordo, non sempre in modo esplicito, racchiude una valenza educativa». È un libro autobiografico scritto con la tenerezza affettuosa di una figlia e una elegante sottigliezza psicologica.



link 07 *emozioni*

Vivian Lamarque
SERENA SCIONTI



Vivian Lamarque

SERENA SCIONTI

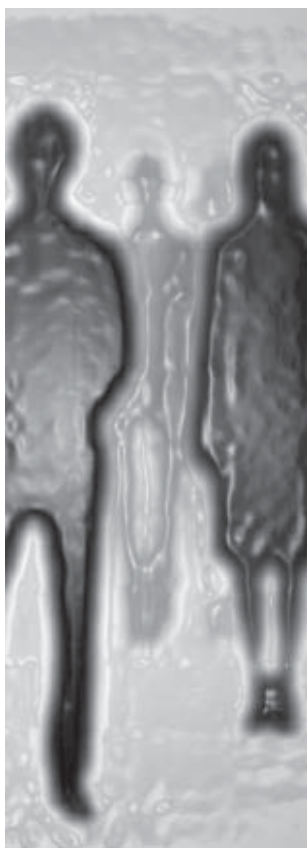
Eguali, polvere nella terra dell'uguagliante *humus* ci farà la morte, centrale nel lungo percorso di Vivian Lamarque, edito nell'antologia poetica *Poesie*, pubblicata da Mondadori nel 2002. Nota anche come scrittrice per bambini, Vivian Lamarque è poetessa per adulti, nonché giornalista e traduttrice. Donna di fiori, o meglio di pratoline, dall'apparente *lectio facilis* («è quasi facile fare una poesia / basta prendere un pezzetto / di carta e una matita, è come / per la terra fare un filo d'erba / una margherita»); donna di cuori, innamorata di madri, padri, amanti, figli; donna di quadri, alla ricerca di un tetragono *ubi consistam*; donna di picche, tormentata dal dolore

Vivian Daisy Donata Comba Provera Pellegrinelli Lamarque: molti nomi per il molto travagliato *feuilleton* - così lo definisce - della sua autobiografia, protagonista della prima raccolta, *Teresino*, che uscì nel 1981. Nella prima sezione, *Conoscendo la madre*, Vivian come Pollicino è abbandonata, ma trova genitori adottivi; tuttavia il trauma della separazione, dell'abbandono, non la lascerà per la vita intera, che la fisserà 'bambina' nella scrittura e negli amori adulti, riflessi di un amore materno alle origini negato. Segue *L'amore mio è buonissimo*, fantasmatico refrain ricco di espressioni tipicamente infantili, e poi *Il primo mio amore erano due*, in cui si narra di due amati adolescenti gemelli, ma si allude alle due madri, la naturale e la adottiva, a conferma della fusione inconscia tra amore infantile e amori adulti. Donna-bambina, si fa piccolina, anche fisicamente, «mangia la neve», si percepisce Cenerentola esclusa dal convito d'amore, dal nido felice di una famiglia: il bisogno insaziabile di essere amata, apprezzata, lo diluisce tacitamente nella quotidianità delle minestre, e come una formicuzza ha bisogno di capitalizzare affetti per i tempi freddi: e non è mai sufficiente, a causa della sua regressione emotiva, del desiderio recondito di tornare al grembo materno. Come un personaggio delle fiabe, parla di sé in terza persona nella sezione *Il tuo posto vuoto*, nel tentativo forse di distaccarsi ed elaborare le proprie angosce, o come se fossero gli altri a bisbigliare di lei, di quanto sta male, poverina, per il nuovo lutto della separazione dal marito, in cui cercava padre e madre; l'unico calore umano che le resta certo è una stufetta accesa, persa dietro a gesti ossessivi, infantili, come quando i bimbi non devono schiacciare la riga delle mattonelle, se no chissà cosa accadrà. Ad arginare il senso di morte che aleggia, interviene la sezione *Ho una bella bambina*, cantata con versi dolci e piani, quasi di Saba, senza pretese. Confermano l'immagine modesta, e il dono che di sé vuole fare, le dichiarazioni di poetica in *Poeti*: ma come i bimbi è goffa, sbaglia regalo, compie azioni che antitetivamente risultano sgradite al compagno d'amore, sempre idealizzato. Quella della Lamarque si autodefinisce *Poesia illegittima*, oppure *Poesia malata, rebus difficile*, irrisolvibile, come la vita. Poesia malata, infreddolita, che chiede di morire, come il piangente crepuscolare Corazzini; poesia che vuole volare via, fare castelli in aria, sradicarsi da radici che, tanto, non ci sono; poesia svagata, trasognata, immaginifica, fiabesca: «Splendidissima era la vita accanto a lui sognata / Nel sogno tra tutte prediletta la chiamava. / E nella realtà? / La realtà non c'era, era abdicata. / Splendidissima regnava la vita immaginaria». Sogna di volare via anche il *Teresino* (Tesero, il paese dove Vivian nacque? Terezin, il lager dove morivano i bambini?) della sezione eponima, novello Pollicino, o forse uomo amato ridotto a bambino, che - come lei - si muove tra parole spezza-



Il trauma della separazione, dell'abbandono, non la lascerà per la vita intera, che la fisserà 'bambina' nella scrittura e negli amori adulti, riflessi di un amore materno alle origini negato

La poetessa vede famiglia dappertutto, financo negli animali o negli oggetti antropomorfizzati, quasi animisticamente. Anni dopo arriverà a conoscere i membri del nido spezzato, i due fratelli e la sorella, ma esso non si ricomporrà, anzi si frammenterà ulteriormente con la morte della madre adottiva ottantenne e con la separazione da Paolo Lamarque.



te, frante tra un verso e l'altro, e rinnova la violenza delle stragi innocenti della storia.

Le tre raccolte pubblicate successivamente, *Il signore d'oro*, *Il signore degli spaventati*, *Poesie dando del lei*, sono dedicate tutte all'analista, 'B.M', cui la poetessa si rivolse per affidargli il proprio tormento esistenziale e del quale ineluttabilmente si innamorò, come transfert vuole; in esse si accentua anche l'idealizzazione della figura maschile, che fu nei confronti del padre adottivo, morto a soli 34 anni. Il 'signore' d'oro è in trono, e a lui ci si deve rivolgere dicendo ossequiosamente 'un signore', come fanno i bambini. L'inevitabile negazione della reciprocità amorosa è scandita dai molti 'non' anaforici, divieti che segnano il distacco e la lontananza. La narrazione di quest'amore impossibile procede attraverso botta e risposta, affermazioni conquistate attraverso interrogative dirette. Come i mille perché dei bambini, i punti di domanda si susseguono e chiedono conferme. Ma la porta del nido del dottor B.M. resta chiusa, e il *paraklausithyron* è drammatica nenia. L'adorato analista junghiano è il signore degli 'spaventati', cioè di tutti i suoi pazienti in analisi, «bambini persi/presi per essere trovati», come Hansel e Gretel. Spererebbe, lei donna bambina, di essere svegliata come la bella addormentata da un bacio del principe azzurro B.M.: non accadrà, e lo stato di torpore mortifero continuerà ad accompagnarla.

Nell'ultima raccolta, *Una quieta polvere*, del 1996, vengono ripresi i temi della storia personale di *Teresino*. *Madri padri figli* presenta il dato ossessivo della madre: «La morte è una Madre che abbandona» e lei è una bimba cattiva che forse è stata abbandonata per colpa sua: «Facevo la brava bambina per conquistarti mamma. Corteggiamento vano». La poetessa vede famiglia dappertutto, financo negli animali o negli oggetti antropomorfizzati, quasi animisticamente. Anni dopo arriverà a conoscere i membri del nido spezzato, i due fratelli e la sorella, ma esso non si ricomporrà, anzi si frammenterà ulteriormente con la morte della madre adottiva ottantenne e con la separazione da Paolo Lamarque. Sola compagna fedele, *ad aeternum*, la scrittura, incarnata nel fedele *Pennino*, che titola la seconda sezione. Umile, dice di sé «sono una poetina media / normale / da due righe e mezzo / sulla garzantina universale». Una originale poetessa dai molti neologismi, con uno stile piano e colloquiale ma incisivo, fatto di frequentissime iterazioni delle parole, come il «cammina cammina» delle fiabe, o i «millissimi» superlativi dei modi di dire del codice segreto dei bimbi («conterò fino a mille / poi non l'aspetterò più»). Un'interiore coazione a ripetere, una ridda di sentimenti compulsivi sono marcati sulla pagina da anafore, anadiplosi e chiasmi in discorsi diretti liberi, senza le virgolette. Con occhi e lessico di bambina pare sdrammatizzare anche la morte, («è venuto il babau e non s'è vista più»), grazie all'uso di frequenti ossimori («freddo tepore»), rime facili, e dell'imperfetto dei giochi di finzione («Facciamo che io ero..»), che mischia oniricamente fatti reali a cose vagheggiate. La quasi assenza di punteggiatura e le similitudini semplici, l'uso dei proverbi, le parole in *scriptio continua*, soprattutto nel dittico sostantivo/aggettivo, la capacità di giocare con i versi («la mia settimana è un settenario / con gli accenti su martedì e venerdì / al sabato il tono cala / risale il lunedì») ne fanno infine una «poetina» da Molte righe sulla Garzantina!

Cuore della raccolta, la sezione *Questa quieta polvere*, poemetto ispirato alla Dickinson in cui i versi autografi sono intervallati da 53 citazioni tratte dalle favole e da altri poeti cari, tra i quali appunto l'eletta Dickinson.

Dopo le sezioni *Poesie dando del lei (altre)* e *Cercasi: poesie per un trasloco*, in cui protagonista è la casa nido, con tutta la famiglia unita, nuove tematiche presenta la sezione *Fine millennio*, dove la psiche si decentra finalmente da sé per osservare gli ultimi della scala sociale, i nuovi cittadini di Milano: gli immigrati, gli emarginati 'vu cumprà'.

Come i fiori infine, ci presenta una Lamarque quale femminea San Francesco, capace di curvare sulle creature più umili e con esse aspettare serena la conclusione della vita terrena: «Quando mi ricordo della morte guardo diversamente i fiori e l'erba / li accarezzo / preparo la nostra futura amicizia / saremo così vicini». La tranquilla accettazione di vita e morte prosegue nel lungo poemetto de *L'albero*, – l'albero

uomo, cui abbandonarsi, alto, su cui annidarsi o da cui lasciarsi cullare – soffuso di echi pascoliani, compendio poetico e summa di una vita; così nelle *Poesie dedicate*, in cui uno sguardo benevolo sugli altri, pacificato, si prende infine la rivincita sugli abbandoni sempre patiti. Separata figlia e moglie separata, finalmente unita come madre e come nonna di “rosellinaMicol”.

(da *Il signore d'oro*, Crocetti, 1986)

IL SIGNORE MAI

Era un signore bello e meraviglioso.
Vicino a lui non si poteva stare sempre, bensì mai.
Lui, il Lontano, viveva dispettoso con la sua famiglia,
in un altro luogo.

IL SIGNORE INTOCCABILE

Nei sogni baciabilissimo, intoccabile come un filo scoperto
nella realtà era quel signore.
Allora come fare?
Bastava confondere un poco sogno e realtà, cancellare con una
bianca gomma l'inutile linea di confine.

IL SIGNORE SOGNATO

Splendidissima era la vita accanto a lui sognata.
Nel sogno tra tutte prediletta la chiamava.
E nella realtà?
La realtà non c'era, era abdicata.
Splendidissima regnava la vita immaginaria.

IL SIGNORE ANDATO VIA

Era un signore andato via.
A lei qui rimasta tantissimo macava.
La traccia da lui lasciata segnava ovunque intorno a lei l'aria.
Come un quadro spostato per sempre segna la parete.

IL SIGNORE DELLA PASQUA

Buonapasqua buonapasqua disse la signora di lui innamorata,
anche a lei, lui rispose chiudendo la chiusissima porta.
Nella strada la signora assunse una dolorosa forma
non risorta, inanimata.

(da *Poesie dando del Lei*, Garzanti, 1989)

Credevo non mi amasse
perché e vietato
forse invece non mi ama
perché non è innamorato.

Caro Dottore
basta distanza
varchiamo La prego
il confine della stanza
- Non si spaventi immediatamente
se ora Le dico
Vivian La desidera fisicamente
- Fisicamente?
- Sì, il sangue mi è entrato nella mente.



Link



Link è una pubblicazione prodotta grazie ai contributi dell'Aupi e delle Società scientifiche Form-Aupi, Siplo (Società Italiana di Psicologia del Lavoro), Emdr. *Link* non è in vendita, viene inviata agli iscritti delle associazioni citate.

07 14
10
11
12

