



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

L'AUSILIARIO DEL CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO

RUOLO E INDICAZIONI DI BUONA PRATICA





ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

Corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 0267071596

fax: +39 0267071597

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

Coordinatore:
Laura Parolin

Autori:
Dr.ssa Anna Balabio
Dr.ssa Patrizia Bevilacqua
Dr.ssa Valentina Crespi
Dr. Mauro Di Lorenzo

I contenuti fotografici sono tratti da 123RF.com

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

INDICE

Premessa	5
Cenni di metodologia	7
Tema del consenso Tema della preparazione Tema della restituzione Tema della formazione	
Il ruolo dell'Ausiliario del CTU	10
Quali strumenti utilizzare? Tassonomia ragionata degli strumenti psicodiagnostici Un approccio evidence-based alla valutazione psicologico-forense. Il Multi-Method Assessment Un problema strettamente legato al setting forense: la simulazione	
La Valutazione Psicologica-forense del Bambino e dell'Adolescente	18
Le specificità diagnostiche in ambito evolutivo Un approccio evolutivo al setting di lavoro Quali strumenti in età evolutiva?	
L'importanza della competenza nello svolgere l'incarico di ausiliario del CTU	22
Quando genitori, bambini, adolescenti e famiglie 'Vengono Da Altrove' Le difficoltà di una valutazione psicodiagnostica multiculturale. Un problema di equivalenza.	
Bibliografia	29

Premessa

La Consulenza Tecnica d'Ufficio in ambito civile, ove il Giudice richiede di approfondire la condizione familiare di uno o più minori, è spesso un lavoro che richiede una particolare attenzione alla lettura delle dinamiche familiari e va ben oltre la valutazione del singolo componente della famiglia in oggetto. È noto che la complessità di tale valutazione non può prescindere dall'approfondimento della condizione di salute psicofisica di ognuno dei membri del sistema familiare.

I quesiti diagnostici richiesti in ambito forense non si sovrappongono perfettamente alle domande diagnostiche più comunemente incontrate in ambito clinico. La letteratura è ad esempio unanime nell'evidenziare come la valutazione delle competenze genitoriali non si riduca al profilo di personalità dei genitori né alle loro caratteristiche normali o patologiche (Camerini, Lopez, Volpini, 2011; Erald, Evans, 2016). Il professionista incaricato di svolgere la valutazione (CTU – Consulente Tecnico d'Ufficio) dovrà necessariamente prendere in considerazione le dinamiche relazionali che caratterizzano il nucleo familiare prima e dopo la separazione anche tenendo in considerazione i diversi aspetti e i diversi parametri legati al funzionamento psicologico. La malattia psichiatrica non comporta automaticamente un giudizio di inidoneità genitoriale poiché per una valutazione effettiva delle competenze di parenting è sempre fondamentale identificare lo stato mentale del genitore rispetto all'accudimento dei figli nonché la costellazione di fattori che ruotano intorno alla malattia e che influenzano la relazione genitore/bambino. Esistono, però, alcune condizioni croniche di natura psicopatologica che, se presenti in un genitore, rappresentano di per sé un rischio di pregiudizio per la salute psico-fisica dei figli. Per esempio, una condizione di ritardo mentale compromette, in base al grado di gravità del deficit cognitivo, la capacità del genitore di comprendere i bisogni evolutivi dei figli e di organizzare adeguatamente le attività scolastiche e sociali; un disturbo psicotico nell'ambito dello spettro schizofrenico può costituire un pregiudizio per il figlio a causa dell'elevato rischio di scompensi acuti.

In ambito psicoforense, il CTU può disporre, se autorizzato dal Giudice e se lo ritiene opportuno alla luce dei colloqui clinici, un approfondimento psicodiagnostico al fine fornire informazioni utili per completare la valutazione personologica sui soggetti coinvolti nella valutazione. Il CTU potrà occuparsi personalmente di effettuare tale approfondimento tecnico oppure – sempre su autorizzazione dal Giudice – ha facoltà di demandare uno o più Ausiliari, di sua fiducia, esperto/i di valutazione psicodiagnostiche che si occupi/no di questa specifica fase di lavoro.

Compito del CTU sarà in ogni caso valutare i risultati dei test e collocarli in maniera pertinente nella discussione clinica e psichiatrico forense (Fornari, 2017). Il CTU, completato l'approfondimento e ricevuta la relazione del proprio Ausiliario testista, dovrà valutare i risultati dei test e collocarli in maniera pertinente nella discussione clinica e psichiatrico forense. L'esame psicodiagnostico deve, infatti, essere integrato e reso armonico all'interno dell'esame psichico globale e la valutazione situata nella ricostruzione della storia di vita e della biografia psichica del soggetto in esame. In accordo con le linee guida presenti in letteratura, la valutazione psicodiagnostica rappresenta in quest'ambito un momento, seppur rilevante ed importante, di una più complessa metodologia di lavoro clinico, e la verità forense ricercata in nessun caso risiede in via esclusiva nei risultati di uno o più strumenti testistici.

È necessario evidenziare che il contesto forense differisce notevolmente dal contesto clinico terapeutico

nel quale la valutazione testologica nasce e si sviluppa; queste differenze hanno importanti implicazioni quando vengono utilizzati in ambito forense strumenti di valutazione tradizionalmente clinici. La valutazione forense non ha obiettivi di per sé terapeutici ma tipicamente tali valutazioni devono risultare utili ai fini forensi, cioè devono garantire il massimo beneficio al Giudice e non necessariamente al periziando, diversamente da quanto avviene in ambito clinico. Più nello specifico nel lavoro peritale in ambito civile il cuore dell'interesse sia del Giudice sia del Consulente è la comprensione e la messa in atto di quale che sia il prioritario interesse del minore, principio che guida lo svolgersi e gli obiettivi dell'intero iter processuale.

CENNI DI METODOLOGIA

Tema del consenso

Qualora all'interno di una CTU venisse richiesto e/o autorizzato un approfondimento testistico, è deontologicamente corretto (art. 24 e art. 25 del Codice Deontologico degli Psicologi) fornire all'esaminando informazioni di base sulle finalità degli strumenti proposti. I periziandi devono essere resi partecipi dagli psicologi dalle modalità di lavoro previste per la valutazione diagnostica sia nel caso in cui sia rivolta a loro stessi, sia nel caso in cui si rivolta ai figli. I minori dovranno essere informati in merito all'indagine e sulla base della loro età e della loro capacità di comprensione dovranno essere messi al corrente dal CTU o dall'Ausiliario del CTU sugli scopi dell'approfondimento. Spesso incontriamo famiglie che non hanno mai avuto occasione di confrontarsi con un'indagine diagnostica. È fantasia diffusa che qualche crocetta vero/falso o un'interpretazione "sbagliata" di una macchia possa condurre a conclusioni imprevedibili da parte del CTU. Nel contesto di separazioni e divorzi conflittuali, tali conclusioni riguardano in maniera diretta la quotidianità della genitorialità e la vita dei propri figli: è semplice che tale fantasia si tramuti al momento dell'incontro con l'Ausiliario del CTU in uno stato ansioso, a volte di terrore.

L'accompagnamento a questa fase di lavoro è cruciale non solo per dovere professionale, ma anche per attenuare la quasi imprescindibile ansia legata alla valutazione che utilizza strumenti estranei alla comprensione dei non tecnici. La spiegazione di quello che è il percorso conoscitivo testale può impattare significativamente nel rendere genitori e bambini più aperti alla valutazione e quindi rendere più efficace le risultanze dell'assessment.

Anche nel caso di famiglie che hanno già effettuato percorsi di valutazione diagnostica, è importante ripercorrere con loro la specificità dell'assessment che stanno per affrontare in questo ambito di lavoro. L'Ausiliario del CTU – con indicato anche dall'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi – dovrà, quindi, spiegare al soggetto quali sono le tecniche che saranno utilizzate, quali saranno le informazioni che se ne possono evincere e come queste saranno utilizzate nella situazione in essere.

Tema della preparazione

Per facilitare il lavoro di CTU e il lavoro dell'Ausiliario del CTU è importante che tutti i professionisti coinvolti si adoperino per sostenere questo percorso, senza ostacolarlo. Per questa ragione è opportuno, ad esempio, che uno psicologo consultato per una possibile e futura CTP, si astenga inizialmente dal somministrare i principali e più utilizzati test psicodiagnostici per non impedirne poi l'utilizzo nel corso della Consulenza Tecnica da parte dell'Ausiliario del CTU.

Come accennato, i professionisti (legali e consulenti di parte) che sostengono a vario titolo l'esaminando, maggiorenne o minorenni, nel corso della Consulenza Tecnica, dovrebbero evitare di preparare quest'ultimo alla somministrazione dei test (art. 21 del Codice Deontologico degli Psicologi) e dovrebbero allinearsi alle informazioni che il CTU o l'Ausiliario del CTU senza aggiungere indicazioni più contenutistiche sulle risposte migliori o peggiori che si possono fornire ad un test, ed invitando il proprio assistito a partecipare all'approfondimento diagnostico con collaborazione ed apertura.

Il Consulente di Parte dovrà, nel rispetto del proprio ruolo, aiutare il proprio cliente ad affrontare l'approfondimento psicodiagnostico con serenità senza assecondare eventuali richieste del proprio cliente

finalizzate a fornire al CTU la miglior immagine di sé stesso. Come indicato anche dal Protocollo di Milano, il CTP mantiene la propria autonomia concettuale, emotiva e comportamentale rispetto al cliente. Ed anche nel caso di coinvolgimento nella Consulenza di minori, dato che al CTP è precluso incontrarli preventivamente, a maggior ragione gli è vietato “prepararli” all’incontro con l’Ausiliario; sarà compito del CTU dare indicazioni ai genitori in merito alla comunicazione più utile da dare ai figli in merito alla somministrazione psicodiagnostica.

Tema della restituzione

Poiché nell’ambito della Consulenza Tecnica l’obiettivo è sia quello di fornire al Giudice la condizione psicologica e relazionale dei membri di uno specifico nucleo familiare sia quello di aiutare i medesimi a ricomporre narrazioni condivise e strategie comunicative efficaci, è auspicabile che il CTU e l’Ausiliario del CTU prevedano una restituzione agli esaminandi, ove opportuno ed utile e compatibilmente con la loro età ed il loro livello di maturità se minori, in merito agli esiti dell’approfondimento psicodiagnostico svolto.

Il momento della restituzione, che può essere effettuato dal Consulente o co-condotto con l’Ausiliario del CTU, crea la possibilità di aprire nuove prospettive di dialogo tra i genitori focalizzati sul minore, come anche verificare l’impossibilità di accedere a questo piano di riflessione, inibito dall’intensità del conflitto degli adulti. A discrezione dei casi è possibile programmare un incontro di restituzione al minore stesso, sia esso bambino o ragazzo, in cui descrivere le conclusioni della valutazione in maniera appropriata all’età.

È importante considerare, infatti, che sia gli adulti che i minori provengono da una storia di difficoltà iscritte nelle dinamiche familiari e spesso aggravate da sintomatologia o quadri clinici di alcuni membri del nucleo. Le famiglie vengono ingaggiate in un percorso di conoscenza clinico-diagnostica, i cui esiti possono portare alla consapevolezza alcuni aspetti cruciali del proprio funzionamento psicologico. Di grande rilievo, inoltre, è il momento di dialogo con i genitori intorno alle risultanze dei test dei figli, in cui vengono messi a contatto con le dimensioni di rischio evolutivo connesse con la vicenda oggetto di indagine. In modo diverso ogni genitore sarà in grado di ascoltare, accostarsi o respingere le indicazioni cliniche fornite in sede di restituzione. La possibilità di una restituzione del lavoro testale apre anche un dialogo intorno cui ogni membro della famiglia può meglio comprendere ed elaborare la dimensione conclusiva/progettuale della Consulenza Tecnica d’Ufficio.

La restituzione, coerentemente con le linee guida presenti in letteratura sul tema (Bran, Peebles-Kleiger, 2014) deve cercare il più possibile di attribuire senso sia alle criticità sia alle risorse al momento presenti. L’incontro di restituzione è bene che avvenga prima della consegna al Tribunale dell’elaborato.

L’Ausiliario del CTU è tenuto a trasmettere ai Consulenti Tecnici d’Ufficio e di Parte i protocolli raccolti nel corso della valutazione non appena disponibili. La condivisione del materiale diagnostico e della relazione psicodiagnostica ha come obiettivo quello di facilitare e garantire il contraddittorio tra le parti e promuovere un confronto costruttivo. Tra i materiali da condividere è opportuno che l’Ausiliario fornisca adeguata documentazione del momento di introduzione ai test. I CTP evitano - se non ritenuto necessario ed in casi eccezionali - di presenziare alla somministrazione psicodiagnostica al fine di non alterare il setting. Allo stesso modo, l’utilizzo dell’audio e videoregistrazione nelle sedute di somministrazione

testale in ambito civile non è opportuna, per preservare da variabili interferenti il momento della raccolta dei dati. Solo in casi eccezionali è possibile proporre tale procedura la cui accettazione verrà valutata dal CTU, in dialogo con il suo Ausiliario.

Tema della formazione

Per una formazione all'altezza della complessità che l'operare nel mondo giuridico richiede, occorre – sia che si assuma l'incarico di CTU sia di Ausiliario del CTU - che si valuti in primo luogo la frequenza di master universitari, gli unici abilitati al rilascio del titolo legale di “master” riconosciuto dallo Stato. A tal fine potrebbe essere utile consultare i siti delle Università italiane (o sul territorio italiano) che prevedono formazioni post-laurea in ambito psico-giuridico e neuropsicologico forense.

Potrebbe essere utile anche la partecipazione a corsi di alta formazione, master o brevi corsi specifici che siano tenuti da docenti riconosciuti come particolarmente qualificati dalla comunità scientifica di riferimento. Per orientare la scelta, è possibile consultare, attraverso i motori di ricerca conosciuti, per esempio Google Scholar, le pubblicazioni scientifiche dei docenti, non essendo sufficiente fare affidamento solamente a ciò che viene appreso da conoscenti o da programmi e dépliant.

Utile ad orientare la scelta il sito dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, che dispone di una sezione dedicata alla formazione post-universitaria con l'elenco completo di master e corsi attivi sul territorio lombardo.

Oltre a un percorso di studi specifico, è importante svolgere un'attività di tirocinio o stage di almeno sei mesi presso studi o professionisti che si occupano di psicologia forense, al fine di comprendere il contesto all'interno del quale si muove lo psicologo forense.

In qualità di Ausiliario, condizione di ulteriore affidabilità circa la propria competenza è l'iscrizione all'albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio del Tribunale Ordinario con riferimento alle regole che governano tale iscrizione e a quanto richiesto dal Consiglio Nazionale e, talvolta, anche dal proprio Ordine.

IL RUOLO DELL'AUSILIARIO DEL CTU

Lo psicologo che utilizza strumenti testistici all'interno di una Consulenza Tecnica, sia esso l'Ausiliario o lo stesso CTU, ha come compito centrale quello di rispondere a domande specifiche ed aiutare a prendere decisioni significative e rilevanti per la vita delle persone. Il suo ruolo non è pertanto quello di mero esecutore di una somministrazione e di una stesura di risultati testistici. Non ricopre pertanto il ruolo di "testista", bensì di clinico che formula ipotesi su ciò che osserva. Il clinico ha il compito e la responsabilità di integrare i dati provenienti dai test, calati nello specifico contesto in cui si svolge la valutazione, per pervenire ad una descrizione della personalità utile al fine di rispondere ai quesiti formulati (Groth-Marnat, Jordan-Wright, 2016). Una teoria della personalità evidence-based a disposizione del clinico è un buon punto di partenza per consentire di attribuire significato a una notevole mole di dati raccolti in una visione coerente, esplicativa e il più possibile vicina all'esperienza umana soggettiva (Schachtel, 1966; Silverstein, 2012).

La sottolineatura in via esclusiva dell'obiettivo di raccogliere dei dati e l'enfasi sugli aspetti tecnici dei risultati testistici portano ad un approccio data-oriented, che non consente di valutare gli aspetti situazionali e contestuali di una persona e soprattutto non può risultare sensibile alle sfide, le difficoltà e le crisi che una persona sta affrontando nel momento in cui si svolge la valutazione. In altre parole, quando un approccio puramente psicometrico-quantitativo è utilizzato per valutare i problemi nella vita (es. trovare accordi utili per la crescita di un minore, risolvere conflitti spesso di lunga durata e di profonda intensità, valutare il pregiudizio o il rischio di un particolare status quo familiare, e così via), la sua utilità è opinabile. Sebbene sia innegabile che la raccolta di dati empirici validi ed attendibili rappresenti un importante passo in avanti rispetto ad una valutazione psicodiagnostica basata su intuizioni derivanti dalla sensibilità clinica oppure sul riprendere voci autorevoli di esperti nell'ambito, basarsi esclusivamente su questi dati ha importanti limitazioni. Nella sua essenza l'approccio psicometrico-empirico valuta quanto e come una determinata caratteristica presentata dall'individuo devii da una norma statistica, non può quindi fornire informazioni dirette a molte delle domande inerenti all'ambito della Consulenza dove spesso non si ha a che fare con caratteristiche individuali bensì con dinamiche di coppia, familiari, culturali e, spesso, transgenerazionali. Le problematiche evolutive, genitoriali, di coppia e familiari che vengono approfondite in una Consulenza non possono essere inquadrare in una serie di tratti di personalità o di sintomatologia individuali, bensì come temi e processi intersoggettivi che un approccio esclusivamente quantitativo fatica a cogliere nella loro intrinseca complessità (McWilliams, 2012).

Al contrario, un approccio esperienziale ai test psicologici tenta di ricostruire, comprendere e rendere esplicite le esperienze di un soggetto nel momento in cui è sottoposto ad un compito. Osserviamo in altre parole la persona in azione, cerchiamo di ricostruire come gestisce le sfide che le proponiamo, attribuendo un significato clinico al suo comportamento (Schachtel, 1966). Difficile in questa prospettiva slegare i dati raccolti dal contesto in cui si svolge la valutazione, e pertanto arduo cogliere un funzionamento di personalità scevro da influenze contestuali e situazionali: la presentazione del soggetto ai test è infatti influenzata dalla rappresentazione di sé in funzione del ruolo che assume in quel determinato momento, dal contesto in cui si svolge la valutazione e dalle dinamiche relazionali con lo psicologo che conduce la somministrazione testistica.

Quali strumenti utilizzare?

Se la qualità di un giudizio clinico dipende in modo diretto dalla sua validità, quest'ultima può essere aumentata dall'uso di strumenti affidabili (Hoge, 2002).

Un utilizzo degli strumenti psicodiagnostici in linea con gli approcci evidence-based deve tenere conto di tre elementi: 1) i dati provenienti dalla ricerca empirica sugli strumenti di valutazione della personalità, 2) il ruolo dell'esperienza clinica, necessaria ad un utilizzo di questi strumenti "sufficientemente buono", 3) le specifiche caratteristiche del paziente e del suo contesto di provenienza, affettivo sociale e culturale.

Prima di utilizzare uno strumento testistico, lo psicologo dovrebbe approfondirne e comprenderne l'orientamento teorico, l'appropriatezza nel contesto in cui si svolge la consultazione, il substrato evidence-based dello strumento stesso in particolare modo per quanto riguarda l'appropriatezza del campione di riferimento e l'adeguatezza dei criteri di attendibilità e di validità.

Il compito di rendere valido uno strumento psicologico è sufficientemente chiaro e consta di una procedura condivisa, mentre rendere valida ed utile una valutazione psicologica è qualcosa di molto più impegnativo e difficoltoso.

Esistono poche norme condivise rispetto a che cosa costituisca una prova di validità sufficiente per quanto riguarda le valutazioni psicologiche. Sul tema ad esempio di quali strumenti debbano comporre una "batteria" di test adeguata, non vi è un consenso unanime. Si sottolinea la necessità di includere il più possibile test scelti sulla base della loro capacità di rispondere correttamente ai quesiti diagnostici posti, ma anche l'importanza di combinare tra loro test che portino ad una validità incrementale, cioè strumenti differenti che forniscono punti di vista diversi sulla persona, che andranno poi integrati tra loro e resi il più possibile appropriati rispetto al contesto della valutazione ed alla storia personale del paziente.

Per scegliere quali strumenti far rientrare in una batteria testistica è utile seguire alcuni criteri: 1) il contesto in cui si sviluppa la consultazione; 2) i particolari quesiti diagnostici posti dall'inviante; 3) le caratteristiche del periziando (es. età anagrafica, livello di sviluppo, competenze linguistiche, appartenenza culturale), 4) la formazione professionale dello psicologo con riferimento agli strumenti psicodiagnostici, 5) la preferenza personale dello psicologo per uno o più strumenti.

Una volta scelti gli strumenti diagnostici, bisogna formulare per ciascuno di essi delle "giuste domande". Nessuno strumento a disposizione attualmente può in modo realistico, specie se utilizzato da solo, distinguere tra forme di disagio psicopatologico "emergenti", "acute" o "preesistenti"; determinare se uno specifico accordo tra due genitori conflittuali sarà il migliore per un determinato minore; stabilire se un autore di reato era incapace di intendere e di volere al momento della commissione di un crimine; determinare se un rifugiato richiedente asilo sia a rischio di soffrire di disturbi correlati a traumi e stress qualora tornasse nel suo paese d'origine.

Chiarendo con un esempio relativo ad uno degli strumenti più utilizzati, il Rorschach Inkblot Method, esso non può essere utilizzato per pervenire ad una diagnosi nosografica secondo il DSM-5 o l'ICD-10. Qualora si chiede al Rorschach che diagnosi nosografica abbia un paziente, questa rappresenta una domanda "errata" posta allo strumento, che non sarà pertanto in grado di rispondervi. Se invece si chiede al "test delle macchie" di dirci quanto una persona sia in grado di maneggiare le proprie emozioni ed esprimerle, di trovare risposte di fronte a situazioni nuove o imprevedute senza essere soverchiato da angosce o ripiegamenti narcisistici, di cogliere nell'altro non unicamente un avversario bensì un possibile

collaboratore paritetico, o ancora quanto sia in grado di percepire il mondo così come fa la maggior parte delle persone e di ragionare su di sé e sul mondo in modo chiaro e lineare, tutte queste rappresentano “giuste” domande ed il Rorschach potrà dirci moltissimo a riguardo.

Inoltre, in ambito forense le “domande” che vengono rivolte allo psicologo riguardano ad esempio la qualità dei legami tra persone, la natura della relazione tra un genitore ed un figlio, i possibili effetti a lungo termine di una decisione sulla crescita di un bambino, e così via (Ackerman, 2010). Spesso in queste circostanze vengono effettuate valutazioni individuali dei singoli membri di un nucleo familiare, utilizzando strumenti testistici “tradizionali”. Non bisogna tuttavia dimenticare che sono disponibili in letteratura strumenti costruiti ad hoc per aiutare lo psicologo nel formulare giudizi in questi specifici contesti (Bricklin, 2005).

Tassonomia Ragionata degli Strumenti Psicodiagnostici

Esistono numerosissimi strumenti psicologici finalizzati alla valutazione di singole capacità o di aspetti multipli del funzionamento individuale, alla raccolta di punti di vista soggettivi o viceversa all’osservazione del comportamento in vivo del paziente. La classica distinzione tra strumenti “oggettivi”, come spesso venivano indicati i questionari di personalità, e strumenti “proiettivi”, termine con cui ci si riferiva a metodi quali il Rorschach, il Thematic Apperception Test o altri reattivi simili, è ormai superata ed in letteratura vi è un consenso unanime sulla necessità di suddividere i test psicologici nelle seguenti categorie (Bornstein, 2017):

- **Auto-attribuzione:** strumenti i cui punteggi riflettono il grado con cui una persona attribuisce a sé stessa vari aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali, tratti di personalità, sentimenti e vissuti, pensieri, motivazioni, atteggiamenti e credenze. Rientrano in questa categoria di strumenti la maggior parte dei Self Report, che possono essere mono-dimensionali quindi finalizzati alla rilevazione di un singolo aspetto (es. il Beck Depression Inventory; Beck, 1967) oppure multi-dimensionali pertanto in grado di raccogliere il punto di vista soggettivo del paziente su numerosissime aree rilevanti per la valutazione psicologica, come fanno ad esempio il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom, Kaemmer, 2001; MMPI-2-RF, Ben-Porath, Tellegen, 2008/2011), il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Millon, Millon, Davis, Grossman, 2006) o il Personality Assessment Interview (Morey, 2014). Nell’interpretare i risultati di questi strumenti, lo psicologo deve sempre tenere in mente che essi non misurano in modo “veritiero” il comportamento e la vita mentale di un soggetto, perché riflettono in realtà inferenze che la persona fa su di sé, soggette ad una notevole varietà di influenze volontarie ed involontarie.

- **Informant-Report:** strumenti i cui punteggi si basano su giudizi o valutazioni da parte di terzi sulle caratteristiche di personalità o sul comportamento della persona che viene valutata. Alcuni di questi strumenti prevedono il giudizio esperto di uno psicologo, ad esempio la Shedler Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II; Shedler, Westen, Lingiardi, 2014), altri si basano sulle valutazioni di una persona vicina al paziente, come un genitore che descrive attraverso uno strumento informant-report quale la Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, Rescorla, 2001) le caratteristiche di suo figlio, o il coniuge di una persona in età avanzata che ne descrive le capacità adattive attraverso la Vineland-II Adaptive Behavior Scales (Sparrow, Balla, Cicchetti, 2005).

- Comportamentali: strumenti i cui punteggi derivano da indicatori del comportamento in vivo di una persona, in ambiente naturalistico oppure in condizioni sperimentali e controllate.

- Performance-Based: sono strumenti i cui punteggi derivano dal comportamento spontaneo di un individuo di fronte ad un dato compito. Sono strumenti in grado di cogliere “quello che il paziente fa”, e non “quello che dice di fare”, ed in ragione della natura del compito proposto possono essere ulteriormente suddivisi in:

Test costruttivi: viene chiesto alla persona di creare o costruire una immagine o altre tipologie di contenuto, stando all'interno di parametri definiti dall'esaminatore. Il Disegno della Figura Umana (DFU; Roberti, 2018) e gli altri proiettivi grafici rientrano in questa categoria, così come la Early Memories Procedure (Bruhn, 1992) ed il Clock Drawing Test.

Test di livello: la persona viene confrontata con una serie di compiti cognitivi che lo impegnano nel fornire risposte, adeguate o meno, a stimoli fortemente strutturati. Le scale Wechsler per adulti (WAIS-IV; Wechsler, 2008) e per bambini (WISC-IV; Wechsler, 2003), le Standard Progressive Matrices di Raven (SPM; Raven, 2008), il Bender Visual-Motor Gestalt test, e l'Esame Neuropsicologico Breve-2 (ENB-2; Mondini, Mapelli, Vestri, Arcara, Bisiacchi, 2011) rientrano in questa categoria.

Test di attribuzione di significato agli stimoli: sono gli strumenti classicamente definiti “proiettivi”, dove al soggetto viene chiesto di attribuire significato e prendere decisioni di fronte a stimoli complessi ed ambigui. Le attribuzioni di significato e le decisioni prese da una persona dipendono in parte dalle caratteristiche degli stimoli, in parte dallo stile esperienziale, dagli stati emotivi attuali, dai pattern cognitivi e relazionali, dalle motivazioni e dai bisogni contingenti della persona stessa. Il Rorschach Inkblot Method (RIM; Rorschach, 1921) è sicuramente il più conosciuto ed il più usato tra questi strumenti, tra cui ritroviamo inoltre il Thematic Apperception Test (TAT; Murray, 1943), l'Object Relation Technique (ORT; Phillipson, 1955), l'Adult Attachment Projective (AAP; George, West, Pettem, 1997), il Roberts-2 (Roberts, Gruber, 2005), il Tell Me a Story (TEMAS; Constantino, Dana, Malgady, 2007) o l'Holtzman Inkblot Test (HIT; Holtzman, 1961), solo per citare i più conosciuti.

All'interno di ciascuna categoria, gli strumenti si differenziano oltre che per finalità diagnostica e metodologia di utilizzo, anche per i livelli di affidabilità scientifica che hanno raggiunto grazie alla ricerca empirica.

Un approccio evidence-based alla valutazione psicologico-forense.

Una definizione “in progress” delle competenze necessarie per essere esperti nelle valutazioni psicodiagnostiche, sottolinea l'importanza per lo psicologo di:

- saper valutare in modo approfondito le caratteristiche di personalità misurate dagli strumenti testistici di cui vuole fare uso;
- costruire batterie di strumenti appropriate al fine di rispondere a specifiche domande diagnostiche, una sorta di “what works for whom and when?” nella scelta dei test da utilizzare;
- somministrare ed effettuare lo scoring degli strumenti scelti in modo standardizzato e secondo le norme di riferimento di ciascuno di essi;
- interpretare i risultati di ciascuno dei test scelti;
- integrare i dati provenienti dai diversi strumenti tenendo conto dello specifico contesto in cui si

svolge la valutazione, dei processi psicologici che sottostanno al coinvolgimento del soggetto in ciascuno dei test proposti, e in ragione della storia di vita del paziente e della sua situazione attuale;

- precisare gli eventuali limiti degli strumenti proposti;
- saper comunicare i risultati testistici sia all'inviante sia ai pazienti stessi (ove previsto) in un modo empatico e il più possibile utile in modo che la valutazione abbia effetti, se non trasformativi, almeno caratterizzato una "risonanza" emotiva derivante dall'essere stati pensati e compresi da un certo punto di vista.

Implementare una cultura evidence-based per la valutazione psicologica implica sviluppare competenze, conoscenze ed atteggiamenti che sostengano una valutazione psicologica sensibile agli aspetti empirici, clinicamente utile, capace di cogliere le differenze individuali e sufficientemente valida a livello culturale. È importante prendere spunto da quanto la ricerca empirica sostiene in ambiti limitrofi (es. ricerca in psicoterapia, neuroscienze) e integrare queste conoscenze nella valutazione psicologica. L'indicazione è di utilizzare strumenti con comprovata validità empirica e ben documentata utilità clinica che soddisfino i criteri di sensibilità al contesto culturale in cui si svolge la valutazione; descrivere il processo inferenziale che ha consentito di passare dal dato alla sua interpretazione, esplicitando il più possibile la consapevolezza dei limiti e dei punti di forza di ciascuna misura utilizzata. Dove possibile, adottare una logica multi-method assessment, pertanto utilizzare metodi differenti per valutare una determinata funzione o capacità o dimensione della personalità. Sottolineare le convergenze e le divergenze significative emerse dall'uso di strumenti differenti, contestualizzandole ed interpretandole per pervenire ad una visione globale e coerente della persona valutata. Un altro punto importante è la capacità dello psicologo di monitorare il proprio assetto emotivo, cognitivo e relazionale lungo tutta la valutazione psicologica per gestire eventuali reazioni personali che possono influenzare la lettura dei dati emersi dalla valutazione stessa, e di essere sufficientemente consapevoli degli aspetti relazionali ed interpersonali della situazione testifica (Schachtel, 1966), con particolare riferimento alle dinamiche che si possono sviluppare all'interno di una consulenza tecnica tra esaminatore ed esaminato. Infine, è responsabilità dello psicologo comunicare i risultati della valutazione utilizzando un linguaggio appropriato a chi riceve la relazione diagnostica e, se è prevista una restituzione al paziente, porsi come obiettivo quello di trasmettere quanto di lui compreso in modo empatico.

Il Multi-Method Assessment

Con questo termine si indica una procedura guidata di selezione degli strumenti psicodiagnostici da inserire in una batteria testale. Non è pertanto un modello di consultazione psicologica a sé stante, bensì una metodologia di selezione degli strumenti testistici integrabile con qualsiasi modelli di consultazione adoperi lo psicologo (Erard, Evans, 2016; Bornstein, 2017).

I due principi base del Multi-Method Assessment sono:

- Non è opportuno all'interno di una valutazione psicologica utilizzare un unico strumento, per quanto complesso ed informativo esso sia.
 - Non è il quantitativo numerico di strumenti scelto a far sì che siano rispettati i principi del Multi-Method Assessment, quanto che vengano presi in considerazione strumenti differenti tra loro.
- Dal momento che in una valutazione psicologica i dati possono essere ottenuti sulla base delle auto-

attribuzioni del paziente, sulla base del giudizio del clinico, del parere di persone significative e legate al soggetto, o del report da parte di giudici ed osservatori indipendenti, o ancora dall'osservazione della performance del periziando di fronte a stimoli complessi, nella prospettiva del Multi-Method Assessment è importante selezionare strumenti che consentano la raccolta di dati diversificati e quindi successivamente integrabili.

Un tipico esempio di Multi-Method Assessment è quello che prevede di selezionare un test basato sull'auto-attribuzione del paziente di sintomi o tratti di personalità (es. MMPI-2) ed uno strumento performance-based (Es. Rorschach), che consentono se interpretati in modo integrato di valutare sia "ciò che il paziente dice di fare" sia "ciò che il paziente fa". L'uso di uno strumento Self-Report, che raccoglie maggiormente informazioni "consapevoli" non è di per sé uno svantaggio dal momento che tali auto-attribuzioni possono essere utilizzate per formulare prime ipotesi interpretative sulle quali il soggetto è più facile che si riconosca e si senza rispecchiato o compreso. L'uso di uno strumento Performance-Based consente di andare oltre, dal momento che le motivazioni implicite ed il funzionamento procedurale, più accessibile a livello valutativo dagli strumenti di performance rispetto che non dai self-report, sono più predittive delle scelte che il soggetto farà a lungo termine. In altre parole, gli strumenti self report daranno un'immagine accurata di come la persona si comporterà in situazioni chiare e strutturate, viceversa metodi come il Rorschach tendono a predire maggiormente il comportamento spontaneo. Entrambe queste informazioni sono preziose e non possono essere sacrificate, in una logica di Multi-Method Assessment.

Le ricerche condotte sul Multi-Method Assessment hanno sinora dimostrato una notevole divergenza tra i punti di vista che emergono sul medesimo paziente, a fronte della diversa natura degli strumenti selezionati dallo psicologo, con correlazioni molto basse (<0.30) tra strumenti di natura diversa che valutano il medesimo costrutto. Le convergenze e le divergenze che emergono dall'uso di test di natura differente possono essere molto utili da un punto di vista diagnostico, di concettualizzazione della personalità e di rilevazione del funzionamento interpersonale. Dato che strumenti diversi coinvolgono differenti aspetti del funzionamento della personalità, possono aiutarci a comprendere meglio le motivazioni individuali, i tratti, i comportamenti di un individuo. Ad esempio, una notevole differenza tra strumenti self report e strumenti di performance può indicare una difficoltà nei processi di mentalizzazione, meccanismi difensivi che inibiscono l'autoconsapevolezza, oppure tentativi di dissimulazione.

Un problema strettamente legato al setting forense: la simulazione

L'ambito forense, per sua stessa natura, a differenza del contesto clinico, produce degli esiti vantaggiosi o svantaggiosi per il soggetto; per tale motivo è necessario tenere in considerazione la tendenza dei soggetti sottoposti ad una valutazione ad indirizzare i risultati a loro vantaggio.

Il clinico deve, quindi, verificare l'approccio del soggetto alla valutazione tenendo in mente che il periziando potrebbe essere interessato a sottostimare, fino alla negazione, le proprie fragilità o criticità in tutte quelle situazioni in cui è importante mostrarsi nelle vesti migliori (separazione e affido). Al contrario, potrebbe essere portato a sovrastimare le proprie qualità o caratteristiche in tutte quelle situazioni, il più delle volte in ambito penale, per usufruire dei benefici di legge a riduzione di una possibile pena oppure, in ambito civile, per il riconoscimento del danno (si parla in letteratura di malingering e deception; Abbate, Roma, 2018). È bene tenere presente che il disordine psichico può essere facilmente simulato in quanto

la rilevanza del sintomo passa, nella maggior parte dei casi, attraverso la descrizione che viene fatta dal soggetto del sintomo medesimo (Ferracuti, Parisi, Coppotelli, 2007).

Sotto la pressione degli incentivi, l'esaminando, in modo più o meno intenzionale, può produrre una rappresentazione infedele della sintomatologia medesima. Uno studio condotto da Mittenberg e colleghi (2002) – dopo un'indagine nazionale condotta su 60 000 casi – ha evidenziato da un lato che il tasso di prevalenza della simulazione o esagerazione è maggiore nel contesto medico legale rispetto a quello clinico, dall'altra che nelle cause civili per danno alla persona la percentuale di casi sospetti si aggira intorno al 30,43%. Le prestazioni non credibili riguardano nel 16,08% i disturbi depressivi, nel 13,57% i disturbi ansiosi, nel 38,61% la fibromialgia e sindrome da affaticamento cronico.

In ambito forense è, quindi, necessario che il confronto con questa problematica venga integrato nel piano di lavoro del testista, attraverso una oculata scelta degli strumenti da somministrare ai periziandi e nella fase di interpretazione clinica delle risultanze testali.

Inoltre, anche all'interno della valutazione della simulazione di un sintomo, il clinico dovrebbe essere in grado di distinguere tra un esaminando che crea deliberatamente sintomi che non esistono ed un esaminando che esagera la gravità di sintomi che sta realmente sperimentando.

Valutare gli aspetti inerenti ai tentativi di simulazione non è un passaggio facile, anzi spesso il fatto che tale obiettivo sia estraneo all'assunzione di un ruolo professionale psicologico che ha tra le sue competenze di base quella di riuscire a mettersi nei panni dei propri pazienti e di osservare il mondo attraverso il loro punto di vista porta a polarizzazioni poco utili tra psicologi che sembrano ignorare plurimi indizi di una potenziale alterazione dei risultati di una valutazione testistica e psicologi che all'elevazione di una singola sottoscala di uno strumento, all'interno di una batteria multi-metodo, si dicono certi dell'impossibilità di procedere con l'interpretazione dei dati raccolti.

Questo porta a sottolineare l'importanza di adottare anche nella valutazione della simulazione un approccio dimensionale e continuo, come del resto sempre di più viene fatto nell'ambito della psicopatologia. Basandosi su questa prospettiva, è possibile proporre tre differenti livelli di simulazione: 1) simulazione lieve, caratterizzata principalmente da una esagerazione dei sintomi piuttosto che da una loro "fabbricazione" ad hoc; 2) simulazione moderata, caratterizzata da una grossolana esagerazione dei sintomi presenti e dalla creazione di alcuni sintomi in realtà non sperimentati dalla persona; 3) simulazione grave, caratterizzata da una estesa e pervasiva creazione e presentazione di sintomi inesistenti, che adombrano ogni forma, qualora presente, di esagerazione di una sofferenza reale (Rogers, 1997).

La simulazione dovrebbe pertanto essere concettualizzata in modo più accurato come un intreccio tra il livello di alterazione (minimizzazione o esagerazione di sintomi presenti) e di falsificazione (lamentela di sintomi, spesso gravi, privi di alcun risvolto soggettivo) piuttosto che considerarla uno stile di risposta contrapposto ad un atteggiamento onesto e franco alla valutazione testistica. Senza dimenticare che la psicopatologia e la simulazione, non sono due concetti distinti e contrastanti, cosa che porterebbe a ritenere che se una persona soffre "davvero" di un qualche disturbo difficilmente simulerà e/o che se una persona simula difficilmente sarà portatore di una sofferenza genuina. Si tratta piuttosto di aspetti interagenti o parzialmente interagenti, dal momento che anche i soggetti con un disturbo mentale "genuino" possono esagerare o creare ex novo sintomi sperimentati allo scopo di procurarsi un guadagno primario o secondario (Walters et al., 2008).

Un ulteriore problema è quello derivante dalla consapevolezza che, come evidenziato anche dalle

ricerche in quest'ambito, in alcune circostanze gli esaminandi decidono di prepararsi alla valutazione testistica, autonomamente o meno, tramite l'accesso alla Rete o mediante domande ai propri legali o ad altri specialisti. In ambito forense, questo comporta una sorta di coaching volto a preparare i periziandi ai test cui saranno sottoposti, e alla presenza di eventuali misure di validità o affidabilità delle risposte da loro fornite. Tale preparazione può concentrarsi sui sintomi, in questo caso l'esaminando recupera/riceve informazioni relative alle caratteristiche di un particolare disturbo e ai suoi criteri diagnostici, oppure sugli strumenti testistici che verranno impiegati nella consultazione. In molte pagine presenti sulla Rete relative al Rorschach, per chiarire con un esempio, non soltanto sono riportate le repliche a colori di tutte le tavole e vengono forniti alcuni suggerimenti per le risposte cosiddette "Popolari".

Solo una attenta selezione degli strumenti testistici, la corrispettiva consapevolezza di come le persone reagiscono a questi ultimi ed una sensibilità al contesto in cui si svolge la Consulenza rappresentano condizioni indispensabili ai fini di fornire elementi per valutare una eventuale tendenza alla simulazione.

LA VALUTAZIONE PSICOLOGICA-FORENSE DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE

Nel corso del lavoro di Consulenza Tecnica d'Ufficio, uno dei passaggi più delicati è l'audizione del minore e la valutazione diagnostica dei bambini o adolescenti coinvolti nel conflitto familiare.

Il diritto internazionale indica nel "prioritario interesse del minore" il punto cardine che deve guidare e orientare l'intero procedimento civile, così come il lavoro clinico-forense iscritto in esso. In questo senso, la corretta valutazione e la possibile progettazione di interventi sul sistema familiare deve costruirsi intorno ai bisogni evolutivi del bambino. Nel corso del lavoro di CTU la conoscenza dei genitori, anche approfondita da rilievi diagnostici, spesso non è sufficiente per la costruzione di un quadro integro della problematica familiare. Al contrario, di frequente capita che proprio la valutazione clinica del figlio/i si configuri come una tappa decisiva per giungere alla corretta formulazione del quadro di crisi del nucleo. La personalità del minore, l'eventuale psicopatologia, il livello di compromissione psicofisica e relazionale, la traiettoria prognostica evolutiva, ognuno di questi indicatori assume un peso decisivo nel modellare la fotografia dell'hic et nunc della crisi familiare oltre che la proposta di modifica conclusiva che il Consulente sottoporrà al Giudice.

La delicatezza che assume il momento della valutazione del minore appare determinante anche dal punto di vista metodologico. Di assoluta importanza è procedere nel contatto con il minore di modo che la sua comparizione in ambito di consulenza possa configurarsi come esperienza tutelante e protetta, volta a limitare il più possibile momenti di affaticamento e stress. È inoltre necessario che il suo ascolto possa essere raccolto con professionalità, attraverso tecniche di colloquio adatte per l'età del bambino o del ragazzo. Il lavoro diagnostico e testale è anch'esso lavoro che detiene specificità e caratteristiche differenti dall'ambito adulto (Speranza, William, 2009; Lingiardi, Mc Williams, 2017), che richiama la necessità di competenza specialistica da parte dell'ausiliario scelto.

Le specificità diagnostiche in ambito evolutivo

L'approfondimento diagnostico in ambito evolutivo è da ritenersi contesto di lavoro diagnostico specifico e non equivalente né per metodologia di lavoro, né per strumentistica, né per pensiero clinico a quello che pone come oggetto della valutazione l'adulto.

Il concetto stesso di psicopatologia, che prende in questo caso il nome di psicopatologia dello sviluppo (Cicchetti, Cohen, 2006) è abitato da specificità che costituiscono l'essenza stessa del funzionamento psichico del bambino e dell'adolescente. Fattori di rischio, di protezione, di vulnerabilità e di resilienza si muovono nel percorso dinamico del minore per disegnare un personale e unico percorso evolutivo che potrebbe deviare in maniera significativa nell'adattamento alle difficoltà evolutive e che può esprimere dimensioni di funzionamento cliniche.

La valutazione diagnostica in ambito evolutivo, ad esempio, deve tenere conto della fisiologica "mobilità" e "plasticità" del funzionamento psichico del minore condizionato dalla veloce evoluzione che deriva dalla crescita. Questa dinamica mobile entro cui si iscrive il lavoro diagnostico, deve tenere conto delle traiettorie evolutive che caratterizzano il percorso il funzionamento del paziente: quelle passate, che lo hanno costituito, e quelle future, che ne disegneranno gli scenari prognostici (Rutter, Taylor, Hersov,

2002)

La valutazione del minore inoltre è inscindibile dalla fase evolutiva che si trova ad affrontare, che sfida il minore su compiti evolutivi completamente differenti, sia esso un bambino che si confronta con il tema del controllo sfinterico o un adolescente alle prese con la scoperta della propria sessualità.

Il bambino, a differenza dell'adulto, è condizionato nel suo funzionamento dalla qualità delle relazioni familiari e del contesto interpersonale in cui è immerso e di cui è dipendente. Tale elemento sarà più forte e determinante quanto più è tenera l'età del minore che ci troviamo a valutare.

Tali specificità rendono il contesto evolutivo oggetto di significative complessità in cui il significato del disagio psicologico non può limitarsi alla lettura sintomatologica o alla dimensione categoriale. Al contrario, la sintesi di lettura di un quadro clinico è significativa di uno sforzo, un collaborative effort (Westen, 2005) di integrazione e sintesi dei diverse prospettive diagnostiche e strumentali. Tale dimensione di lavoro deve essere in grado di condensare principi epigenetici e organizzativi, equifinalità e multifinalità (Cicchetti, Cohen, 2006), continuità omotipiche ed eterotipiche, punti di vista diacronici e sincronici (Speranza & Williams, 2009), in una visione integrata del funzionamento psicologico del paziente bambino o adolescente.

Un approccio evolutivo al setting di lavoro

Il Consulente Tecnico d'Ufficio apre la fase di valutazione del minore nel corso della consulenza in accordo con eventuali Consulenti Tecnici di Parte coinvolti. In questa fase entrambi i genitori del/i minore/i devono essere informati circa obiettivi e modalità di svolgimento della fase di testing.

La letteratura internazionale sottolinea come la scelta della gestione dell'accompagnamento del minore presso le sessioni di valutazione testale è bene sia concordate in corso di Consulenza, poiché da parte dei periziandi potrebbero emergere conflitti e preoccupazioni circa possibili influenze ed interferenze. Allo stesso modo, nel corso del contesto di Consulenza i genitori vengono aiutati ad introdurre la fase di valutazione ai propri figli con parole e modalità adeguate all'età.

Muovendosi in un ambito evolutivo, le caratteristiche della valutazione e della scelta degli strumenti devono tenere conto dell'età del minore (Speranza, William, 2009; Lingiardi, McWilliams, 2017).

Con bambini di età prescolare il processo di valutazione operato dall'ausiliario si iscrive nella specificità della fase di vita, che necessita della raccolta di dati diagnostici, sia oggettivi sia soggettivi e/o osservativi, che coinvolgono i genitori. In questi casi è auspicabile che l'Ausiliario, per meglio comprendere il funzionamento del minore che dovrà valutare, possa raccogliere alcune informazioni emerse dai colloqui di raccolta anamnestica svolti dal CTU. Potrà essere concordata con i Consulenti di Parte la possibilità che l'Ausiliario sia presente ai colloqui di raccolta anamnestica sul minore.

Le sedute di osservazione della relazione tra il figlio ed i genitori dovrebbero essere condotte dal Consulente ed è auspicabile la presenza dell'Ausiliario del Consulente che potrà, se ritenuto opportuno e concordato con i Consulenti di Parte, assumere il ruolo di co-conduttore. Tale possibilità garantisce all'Ausiliario la raccolta di dati necessari alla formulazione della valutazione psicoaffettiva del minore (Zero To Three, 2018); permette, inoltre, al bambino in tenera età e ai suoi genitori di conoscere l'Ausiliario e di facilitare l'eventuale passaggio a fasi di raccolta dati in setting individuale. In via generale, i contenuti dell'audizione del minore in assenza del genitore devono essere condivisi nel documento finale di relazione

attraverso la trascrizione verbatim del colloquio (Cass. Civ. Sez. 1 Sentenza 15 maggio 2013 N. 11687, Cass. Civ. Sez. 1 Sentenza 5 marzo 2014 N. 5097).

Con bambini in età scolare è possibile predisporre la fase di valutazione diagnostica con l'Ausiliario in setting individuale. In questo caso il bambino deve riuscire a separarsi dall'adulto per accedere alla proposta testale. Lavorando in contesto di crisi relazionale familiare il bambino potrebbe manifestare difficoltà nell'accedere al contesto di valutazione senza il genitore. Qualora emergano tali problematiche, è opportuno preparare il bambino alla separazione dal genitore attraverso un momento di accoglimento congiunto in cui viene presentato il nuovo spazio di lavoro. Nei casi in cui tale fase di accoglimento preparatorio non abbia effetto, è possibile valutare la possibilità che l'accompagnamento del bambino avvenga con l'altro genitore. Qualora non sia possibile raggiungere il momento di separazione tra il minore e l'adulto, anche a fronte dei suddetti tentativi, non è possibile procedere con la valutazione testale e l'osservazione di quello che accade sarà da interpretare clinicamente anche in relazione all'età del minore (Ackerman, 2010).

La modalità di conduzione della fase di somministrazione testale in setting individuale deve essere preceduta da una spiegazione degli obiettivi della valutazione comprensibile per il bambino. La conduzione della fase di testing deve essere caratterizzata da una disposizione di vicinanza empatica del clinico nei confronti del bambino che tuttavia non può assumere le forme di una comunicazione induttiva, da un lato, e di prossimità e contatto fisico con il minore, dall'altro (Cooke, Norris, 2011).

La valutazione testale con preadolescenti e adolescenti viene proposta in setting individuale. È possibile che possano emergere problematiche di diffidenza, chiusura e ostilità nei confronti della proposta di lavoro. È sempre opportuno accogliere le difficoltà e tentare di ingaggiare il minore nel processo diagnostico, fornendo una spiegazione sufficientemente chiara e completa di obiettivi e procedure della valutazione diagnostica.

Quali strumenti in età evolutiva?

Relativamente la fase di testing, la scelta degli strumenti da proporre al minore è da vagliare in base alle caratteristiche di validità e attendibilità degli strumenti e deve tenere conto di eventuali caratteristiche cliniche deficitarie del soggetto (livello intellettuale, deficit espressivi e/o motori...), l'appartenenza etnica ed eventuali valutazioni pregresse. L'applicazione dei test deve seguire le indicazioni di somministrazione, siglatura e interpretazione riferiti ai manuali degli strumenti scelti.

Valgono anche per il bambino le regole generali che guida le buone pratiche diagnostiche della valutazione dell'adulto, primo fra tutti il concetto di Multi-Method Assessment, che prevede la costruzione di una batteria composta di strumenti che permettono di cogliere aree di funzionamento diverse e parziali che integrate danno un quadro sufficientemente esaustivo del caso (vedi pag. 14-15).

È riconosciuto nazionalmente e internazionalmente come gli strumenti diagnostici, in particolare quelli rivolti ai bambini al di sotto dei 6 anni, non raggiungano sufficienti livelli di validazione e affidabilità, ad esempio il Children Apperception Test, i test grafici come il Disegno della Figura Umana o il Blaky Pictures (Tressoldi Barilani Pedrabissi, 2004; Emery, Otto, Donohue, 2005; Cooke, Norris, 2011; Blum, 1971). La comunità scientifica dibatte da diversi anni sulla opportunità di utilizzare questi tipi di strumenti in ambito forense (Emery, Otto, Donohue, 2005), considerato il dovere di fornire conclusioni diagnostiche

coerenti con procedure e consistenza dei dati che emergono dall'assessment (APA, 2010). Se i test scelti hanno bassi livelli di attendibilità e validità, l'interpretazione di tali strumenti deve essere pensata con particolare attenzione e cautela (Tressoldi Barilani Pedrabissi, 2004) e utilizzata per generare ipotesi che possono dialogare con le fasi di osservazione e di raccolta della storia familiare (Cooke, Norris, 2011) nel corso del processo della Consulenza.

La condivisione del materiale emerso dalla valutazione segue le linee guida di procedura generale della Consulenza (vedi sezione "Cenni procedurali").

Proprio in relazione al principio cardine del perseguire il "prioritario interesse del minore" quella della valutazione clinico-forense sembra una opportunità significativa per aiutare i genitori e bambini delle famiglie a costruire, con l'aiuto dei professionisti coinvolti nella CTU, una nuova e più integrata lettura della condizione psicofisica del/i proprio/i figlio/i.

L'IMPORTANZA DELLA COMPETENZA NELLO SVOLGERE L'INCARICO DI AUSILIARIO DEL CTU

Come categoria professionale, gli psicologi hanno la responsabilità sociale di assicurarsi che chi fornisce una prestazione psicologica assicuri standard di competenza e professionalità. In ambito forense questa responsabilità assume una rilevanza che trascende il rapporto, già di per sé sacro, tra medico e paziente dal momento che, rivolgendosi ad un Giudice, la Consulenza Tecnica ha come obiettivo quello di fornire tutte le informazioni utili ai fini di facilitare la presa di decisioni che hanno risvolti importanti se non irreversibili sulla vita delle persone.

Chi utilizza strumenti psicodiagnostici in ambito forense deve assumere su di sé tale responsabilità, professionale ma anche etica e personale. Questo comporta il confrontarsi con la propria capacità e la propria competenza nell'applicare metodologie di indagine psicodiagnostica in contesti sempre nuovi, con popolazioni differenti, integrando procedure standard con aspetti innovativi che non minino le caratteristiche di attendibilità e validità degli strumenti scelti (Kaslow, Finklea, Chan, 2018).

La formazione in ambito clinico ha visto scemare negli ultimi anni l'interesse per la trasmissione delle competenze e delle abilità necessarie ad una buona pratica psicodiagnostica, spesso a causa del pregiudizio rispetto alla scarsa utilità degli strumenti testistici ai fini terapeutici.

Questo lascia al singolo esperto psicodiagnostica la responsabilità professionale di mantenere adeguate le competenze, intese come integrazione tra conoscenze specialistiche, capacità ed atteggiamenti personali, che gli consentano di soddisfare le richieste pervenutegli in ambito sia clinico sia forense.

È difficile operationalizzare, rilevare e quindi nel caso incentivare o migliorare il grado di competenza di uno psicodiagnosta, dal momento che si tratta di una complessa e dinamica sinergia di diversi elementi: la conoscenza delle procedure diagnostiche, dei comportamenti e delle strategie da adottare; gli atteggiamenti, le credenze, le inclinazioni e le caratteristiche personali e la percezione di sé in relazione al ruolo che si sta svolgendo la motivazione soggettiva rispetto al compito richiesto sono solo alcuni degli elementi che concorrono a definire il grado di expertise e competenza di uno psicodiagnosta.

Lo psicologo che svolge l'attività di ausiliario del CTU dovrebbe avere una conoscenza delle misure e delle caratteristiche psicometriche degli strumenti, delle metodologie di assessment e l'abilità di applicare correttamente tali metodologie in setting e contesti differenti, nonché di tradurre i concetti specialistici della diagnostica in linguaggi comprensibili per colleghi non necessariamente afferenti alle scienze psicologiche, ed infine di comunicare i risultati in modo utile a chi leggerà ed utilizzerà i medesimi. Inoltre, dovrebbe avere in mente un modello teorico di sviluppo della personalità che gli consenta di integrare i dati, riempire le mancanze, attribuire un senso alle contraddizioni e migliorare la validità predittiva dell'inquadramento svolto. Dovrebbe inoltre essere aggiornato sui principali approcci alla valutazione psicodiagnostica, specie su quelli validati empiricamente e che presentano prove di efficacia, quali il Therapeutic Assessment (Finn, 2009).

Per quanto concerne le abilità personali, rappresentano premesse importanti la capacità di riflettere su di sé, una adeguata sensibilità interpersonale e culturale ed una attenzione costante al modo con cui i propri valori personali influenzano la comprensione che si può avere dell'altro. Nella mente dello psicologo deve essere ben chiaro il ruolo della vergogna nel contesto dell'assessment, dal momento che

spesso è questa l'emozione che pervade le persone che si sottopongono, volontariamente o meno, ad una valutazione testistica. Empatia, compassione e sensibilità interpersonali serviranno per mantenere una alleanza diagnostica anche nelle situazioni più conflittuali e difficili, nonché per tradurre i risultati in una chiave più comprensibile per l'esaminando. Infine, la doverosa sensibilità alla cultura di provenienza nonché ad aspetti relativi al sesso, all'identità di genere ed al ruolo di genere, alla razza, l'etnia, la cultura, la spiritualità, la religione, l'età e la coorte di riferimento aprono il discorso al tema della valutazione multiculturalale in ambito forense.

Quando genitori, bambini, adolescenti e famiglie 'Vengono Da Altrove'

Nei casi di CTU, l'assessment psicologico nel suo obiettivo ultimo vuole giungere a una valutazione del funzionamento delle persone coinvolte allo scopo di individuare gli interventi operativi ritenuti più opportuni ed efficaci.

Quando l'assessment è rivolto a persone che appartengono a contesti culturali differenti dai clinici che lo conducono, a persone migranti che hanno vissuto la rottura dell'involucro culturale in cui sono cresciute, che si confrontano con lo stress dell'acculturazione alla società di accoglienza e di un ruolo genitoriale reso problematico dal conflitto biculturale dei figli, si devono presupporre delle peculiarità di assetto relazionale e di procedura, così come sono necessari accorgimenti tecnici e strumenti particolari.

La cultura influenza il modo di realizzare i ruoli affettivi e le traiettorie dei compiti di sviluppo, definendo chi si è, da quali valori si è guidati, cosa è sacro o profano, giusto o sbagliato. È difficile pensare a metodi educativi che non siano influenzati dal contesto culturale, basti pensare a come già prima della nascita la cultura stabilisce come il feto debba essere gestito durante la gravidanza, così come poi prescriva il modo in cui è allevato il neonato.

Le culture generano linee guida, regole, norme rispetto allo sviluppo e al funzionamento individuale e sociale che hanno importanti ricadute sul benessere o sulla sofferenza psicologica. In modo simile la cultura definisce cosa voglia dire essere una persona che soffre, prescrive i costrutti ed i concetti che influenzano il modo in cui l'individuo esperisce, comprende e comunica i propri problemi ed il proprio star male agli altri (Causadias, 2013)

Per questo esistono dei gravi rischi nell'assessment dei migranti e delle minoranze etniche: rischi di "maltrattamento teorico e clinico" con valutazioni e diagnosi inadeguate se non del tutto errate, provvedimenti e interventi terapeutici inefficaci se non dannosi e, più in generale, il rischio di patologizzare comportamenti derivanti dalla diversità culturale o sottostimare le patologie individuali. Un rischio che aumenta quando l'assessment non è scelto per "curare" disagi personali, ma è richiesto da Istituzioni quali il Tribunale, all'interno di provvedimenti di tutela dei figli minori.

Il già difficile tema della migliore alleanza possibile in contesti "forzati" si complica per le diverse rappresentazioni culturali della genitorialità, dei ruoli parentali, dei bisogni e dei diritti dei figli. Per evitare o minimizzare questi rischi occorrono alcuni accorgimenti, provenienti dal corpus teorico della clinica transculturale, dagli studi e dalle ricerche afferenti alla psicopatologia cross-culturale, dalle recenti acquisizioni delle neuroscienze culturali e dall'applicazione delle metodologie del Multicultural Assessment (Dana, 2005).

Spesso il percorso di assessment necessita della presenza di una figura di mediatore/mediatrice linguistica e culturale, sempre la stessa, per consentire alle persone, se vogliono, di parlare la lingua madre e al clinico di avere uno sguardo più competente sulle caratteristiche della cultura di provenienza delle persone coinvolte.

Sul piano dell'assetto professionale, personale e relazionale, è importante che il clinico acquisisca sensibilità alla social *étiquette* culturale e una formazione specifica per superare la tentazione di un atteggiamento etnocentrico, così che possa essere competente nell'utilizzare:

- il registro antropologico per riconoscere i fattori culturali collegati all'ambiente psico-sociale di provenienza, le interpretazioni culturalmente significative dei fattori di stress, il ruolo della religione, della tradizione, dei legami parentali e sociali;

- il registro psicologico per rilevare i livelli di funzionamento individuale, le risorse e le compromissioni, l'impatto destabilizzante della migrazione e dello stress acculturativo. Un primo obiettivo dello psicologo dovrebbe pertanto essere rivolto a comprendere qual è la posizione dell'esaminando rispetto al processo di acculturazione, tra tradizionalismo (rifiuto completo della cultura acquisita nel Paese di accoglienza), assimilazione (rigetto della cultura d'origine), marginalità (rifiuto di aspetti sia della cultura di appartenenza sia di quella acquisita) e transizione (messa in discussione dei valori e delle norme tradizionali in favore della cultura acquisita). Lo stress di acculturazione è il problema fondamentale dei migranti della prima generazione. Per loro, nella procedura di assessment, si deve valutare la quantità di stress acculturativo e le caratteristiche delle strategie di coping per contenerlo e gestirlo. Che strategia di acculturazione hanno seguito o stanno seguendo per inserirsi nella nostra società? Hanno teso ad assimilarsi velocemente alla nostra cultura o hanno mantenuto rigidamente la cultura di origine, separandosi dal contesto circostante e vivendo come se fossero al Paese? Sono riusciti a "metticciarsi" e a considerarsi bi-culturali? Sono sospesi tra le due culture senza riuscire ad appoggiarsi a nessuna delle due, marginali e disadattati a entrambe? Il ricorso a un Questionario/Scala di Acculturazione può aiutare a raccogliere informazioni in questo senso, nell'ottica di costruire/rafforzare la difficile alleanza. Esistono molte Scale di Acculturazione, generiche e specifiche per etnie, nessuna però standardizzata in Italia, per cui si possono usare solo in modo qualitativo. Invece, per le seconde generazioni, il problema cruciale è il conflitto biculturale: "Chi sono io, a chi appartengono, a chi sono e devo essere fedele?". Questo conflitto getta una luce su quanto gli studi che hanno approfondito questo tema hanno definito *immigrant paradox*: gli immigrati di prima generazione mostrano un maggiore benessere psicologico e una maggiore capacità di adattarsi alle richieste evolutive che non i coetanei nati nel paese di arrivo, dati che contraddicono l'opinione comune tale per cui gli immigrati di prima generazione, in quanto *outsider* dovrebbero avere maggiori problemi nell'acclimatarsi al nuovo ambiente sociale, rispetto agli figli di immigrati che, essendo *insider* dovrebbero essere più integrati nel tessuto culturale e pertanto meno sofferenti.

- la consapevolezza del proprio *controtransfert* culturale e l'attitudine al decentramento culturale come posizione tecnica di riconoscimento che i propri strumenti non sono "neutri" e/o universalmente validi, ma espressione della nostra cultura e che le affermazioni o i comportamenti "altri" hanno una logica da ricercare e comprendere.

1. Uno strumento agile, tradotto e modificato dalla Brief Acculturation Scale (BAS) di F. Paniagua, ha lo scopo di farsi un'idea, attraverso alcuni elementi essenziali del corredo culturale quali la lingua, la qualità del pensiero, la socialità e l'alimentazione, della modalità con cui le persone migranti o appartenenti a minoranze si rapportano alla propria cultura di origine e alla cultura ospitante

Quando clinico e utente appartengono a due diverse culture, le caratteristiche del clinico quali l'età, il sesso, la classe sociale possono, al di là della presenza della figura di mediazione, determinare difficoltà di comunicazione che possono compromettere anche l'uso degli strumenti diagnostici. Vi sono, per esempio, culture nell'ambito delle quali c'è pochissima propensione e disponibilità a svelare aspetti intimi e privati della propria vita. La familiarità con la cultura di provenienza delle persone permette di gestire al meglio la relazione.

Le difficoltà di una valutazione psicodiagnostica multiculturale. Un problema di equivalenza.

La somministrazione di un test a soggetti appartenenti ad una cultura diversa da quella per cui è stato progettato è un problema con cui i clinici e ricercatori si sono confrontati per molto tempo. Troppo spesso, test appartenenti e specifici per la cultura europea e/o americana vengono utilizzati come se fossero strumenti universali o "etici" senza adeguate dimostrazioni della loro efficacia in altre culture. Ne deriva che soggetti appartenenti a minoranze culturali spesso non ricevono quella qualità di servizio che la valutazione clinica può effettivamente raggiungere (Dana, 2005). L'utilizzo aprioristico di molti strumenti di valutazione psicologica parte dall'assunto di uguaglianza tra culture diverse, dall'accettazione di un "ipotesi nulla" riguardante la non differenza tra culture per quanto riguarda alcune caratteristiche di personalità.

Da questo cambiamento di prospettiva deriva la necessità di aumentare l'attendibilità e la validità degli strumenti di valutazione della personalità, per far sì che siano validi a livello multiculturale. Affinché uno strumento sia utilizzabile in diverse culture è necessario stabilirne l'equivalenza culturale.

Brislin (1990) descrive tre criteri di equivalenza che devono essere soddisfatti: 1) equivalenza linguistica, quindi la corrispondenza tra ciò che viene chiesto da uno specifico test attraverso il linguaggio su cui è stato pensato, costruito e validato e quanto va a chiedere il medesimo strumento quando viene utilizzato con un linguaggio diverso. Lo scopo è evitare che le traduzioni proposte non rappresentino adeguatamente il costrutto che si vuole valutare. Facendo l'esempio della depressione, è possibile che una scala includa item che si focalizzano su una sintomatologia che non è specifica della modalità di espressione di questa problematica all'interno della cultura in esame, oppure è possibile che gli item non siano stati correttamente tradotti. La traduzione di un test da una lingua all'altra è, infatti, un'operazione molto complessa. Non sempre in una lingua esistono i corrispettivi di certi termini. La parola depressione, per esempio, non esiste nella maggioranza dei dialetti africani e, di conseguenza, va circoscritta e parafrasata correttamente; 2) equivalenza "metrica", la certezza che i punteggi di una determinata dimensione, sia essa un tratto di personalità o un sintomo psicopatologico, si presenti con la medesima distribuzione in popolazioni differenti, in altre parole riguarda il grado con cui una stessa unità di misura può essere utilizzata per valutare una caratteristica di personalità tra individui di due o più gruppi o culture. Rientrano in questo tema una serie di possibili bias di campionamento, tali per cui è ancora poco garantita la confrontabilità dei soggetti dal punto di vista delle principali caratteristiche di background (livello di motivazione, livello di educazione, età, omogeneità culturale, ecc.), per cui i riferimenti alle norme italiane devono essere interpretati con cautela; 3) equivalenza concettuale, l'aspetto forse più importante, dato che si riferisce al grado con cui i costrutti psicologici elicitati e quindi indagati da uno specifico strumento culturale siano i medesimi tra culture differenti. Ad esempio, un ipotetico questionario autosomministrato sulle capacità di concentrazione e di attenzione sostenuta dovrebbe prendere in considerazione in caso di un utilizzo

multiculturale della sindrome Brain Fog, tale per cui in Nigeria si ritiene che lo studio eccessivo danneggi il cervello. O ancora, per riprendere l'esempio sulla depressione, tale costrutto non si manifesta nello stesso modo nelle diverse culture. Mentre in occidente è soprattutto associata a una sintomatologia di tipo psicologico, in altre culture la depressione si manifesta attraverso una sintomatologia di tipo somatico.

Soltanto se l'equivalenza concettuale è mantenuta a livello multiculturale, è possibile migliorare l'adattamento linguistico e metrico di uno strumento, consentendone un utilizzo sensibile alle diversità delle diverse culture di appartenenza degli esaminandi. Il non essersi sincerati dell'equivalenza multiculturale di uno strumento è uno di una serie di errori sistematici che possono indurre a raccogliere dati poco utili ai fini diagnostici e forensi.

Alcune caratteristiche degli strumenti utilizzati possono avere un diverso impatto in funzione dell'appartenenza culturale, per cui è possibile che, a seconda della cultura di provenienza, ci sia una maggiore oppure una minore familiarità con alcune caratteristiche dello stimolo. Ad esempio, all'interno di una particolare cultura può esserci una minore familiarità nella gestione di stimoli pittorici. È anche possibile che lo strumento induca - sempre in funzione di caratteristiche di tipo culturale - stili di risposta particolari, per esempio basati sull'acquiescenza, oppure stili difensivi di risposta.

Come contromisura generale possiamo evitare di trattare come "universali" degli strumenti in realtà nati all'interno della cultura occidentale, come sono, peraltro, tutti gli strumenti diagnostici che utilizziamo. Strumenti standardizzati all'interno di un particolare contesto culturale, con l'obiettivo di essere utilizzati esclusivamente all'interno di quel contesto culturale specifico sono sicuramente in crescita, grazie all'incremento delle ricerche psicologiche all'interno di molti Paesi, ma di difficile accesso.

Più agevole è ricorrere agli studi e alle ricerche cross-culturali per ampliare gli strumenti diagnostici e i dati normativi, anche se non è così semplice reperire le informazioni e applicarle alla specificità della popolazione migrante. Un esempio positivo può essere la Scala K10 (Kessler Psychological Distress Scale) validata in molte lingue e facilmente scaricabile da Internet.

Per sintetizzare i problemi sopra descritti, c'è bisogno di una "creatività responsabile", finalizzata alla ricerca di ciò che può aiutarci a capire le persone che abbiamo davanti nella loro complessità e interezza, senza costringerle dentro i nostri criteri, e a essere rispettosi ed empatici delle loro difficoltà.

Gli strumenti utilizzati dovrebbero essere empirically based, di modo da consentire interpretazioni basate su dati normativi e ricerche empiriche. Prima di essere utilizzati, devono aver mostrato di possedere un'equivalenza culturale e devono prevedere norme di riferimento per gruppi minoritari. Per quanto riguarda gli strumenti di performance, solitamente caratterizzati da diversi approcci di somministrazione ed interpretazione, dovrebbero essere utilizzati solo in caso siano disponibili sistemi oggettivi di scoring e raccolte di dati normativi che facilitino interpretazioni valide e attendibili. È necessario investire sulla creazione di linee guida, sul training e sulla pratica psicodiagnostica in modo che la validità delle interpretazioni derivanti dal loro utilizzo possa migliorare anche nella valutazione multiculturale. Pensando ai test più utilizzati in sede di valutazione peritale, ecco alcuni accorgimenti:

- Gli strumenti self-report, MMPI-2/MMPI-RE, MCMI-III, MACI, PAI, PSI (Parenting Stress Index) a meno di avere i protocolli in lingua madre, richiedono una competenza linguistica che, generalmente, i periziandi non possiedono. Per alcuni di essi, inoltre, l'equivalenza multiculturale non è ancora stata confermata. Una buona alternativa è l'Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA),

molto conosciuto ed utilizzato nella sua formula per genitori di figli in età infantile ed adolescenziale (Child Behavior Checklist, CBCL) ma che in realtà è composto da una famiglia di strumenti paralleli che consentono di valutare ogni fase del ciclo di vita (YSR: Youth Self Report; ASR: Adult Self Report; OASR: Older Adult Self Report; ABCL: Adult Behavior Checklist, etc.). Di particolare interesse in questa sede è l'introduzione nel sistema ASEBA di un modulo di scoring multiculturale (Achenbach, Rescorla, 2007), che ha previsto una iniziale traduzione dei questionari ASEBA in più di 50 diversi linguaggi tra lingue africane (ghaniano, zulu), asiatiche (giapponese, thailandese, cinese), baltiche (estone, lettone, lituano), nordiche (danese, finlandese, svedese etc.), latine (brasiliano, spagnolo, portoghese), romanze (italiano, rumeno, francese), slave (bulgaro, ceco, russo, polacco) e altre tra cui l'arabo, e successive ampie e vaste ricerche epidemiologiche che hanno coinvolto clinici e ricercatori provenienti da diversi paesi del mondo, in modo da creare un database basato su dati raccolti nella popolazione generale di 32 paesi (18 paesi Europei, 6 paesi dell'Asia, 2 dei Carabi, 4 del Medio Oriente, 1 dell'Africa e 1 dell'Australia). Gli autori hanno confermato l'equivalenza della struttura interna di questi test: i costrutti e le sindromi valutate rimangono stabili tra culture diverse tra loro.

- Tra gli strumenti narrativi, il TAT è particolarmente lontano da una equivalenza multiculturale, come grafica e razionali sottostanti, dalle esperienze figurative di molti migranti. Le Blacky Pictures sono poco indicate nelle culture in cui i cani non sono considerati animali domestici. Sta dando invece interessanti risultati l'utilizzo del test Wartegg siglato con il metodo Crisi (CWS-Crisi Wartegg System). Per l'età evolutiva sono preferibili i test con stimoli e norme specifiche come il TEMAS e il Roberts-2, che hanno set di tavole e dati normativi per bambini nordafricani e latinoamericani. Il Tell-Me-A-Story (TEMAS) è stato sviluppato con il preciso intento di fornire un valido sostituto al TAT nella valutazione multiculturale di bambini e adolescenti. Con la creazione del TEMAS per la prima volta un test tematico nasce con il preciso intento di aiutare il clinico nell'assessment di soggetti provenienti da minoranze culturali, superando i precedenti tentativi di adattamento di questi strumenti alle minoranze che si basavano quasi esclusivamente sull'alterazione delle caratteristiche fisiche dei personaggi rappresentati nelle tavole.

- Infine, per quanto riguarda il Rorschach Inkblot Method, per il quale sono consigliate le siglature del Sistema Comprensivo di Exner (Exner, 2003) e il Rorschach Performance Assessment System di Meyer e colleghi (2011). Tra gli utilizzatori del Rorschach c'è un notevole consenso per quanto riguarda l'equivalenza culturale di questo strumento, la validità universale dei costrutti misurati e la rilevanza delle interpretazioni derivanti dal suo utilizzo. Questo generale accordo viene espresso chiaramente da Weiner (2003) il quale afferma che ovunque le persone vivano, qualsiasi origine o etnia abbiano, e indipendentemente da loro background culturale, le loro risposte al Rorschach forniscono indicazioni su che tipo di persone esse siano e sul tipo di conflitti e di preoccupazioni che influenzano i loro comportamenti. I meccanismi di risposta di un soggetto posto di fronte alle macchie di Rorschach sembrano infatti attingere all'universalismo psichico, mentre i contenuti delle risposte sono maggiormente rievocati dal background culturale. Con le dovute premesse ed i doverosi approfondimenti, pertanto, il Rorschach Inkblot Method mantiene il suo status di strumento unico anche nella valutazione multiculturale.

In conclusione, raccomandiamo attenzione e preparazione per un utilizzo culturalmente rispettoso degli strumenti di assessment in situazione transculturale, e per di più nella valutazione peritale, ma attenzione anche a non cadere nel rischio opposto, cioè quello di ridurre l'altro soltanto alla sua identità

etnica. Scrive Dévereux (1970): “Quando un’identità etnica iper-investita cancella tutte le altre identità, essa cessa di essere uno strumento o meglio una scatola di attrezzi e diventa [...] una camicia di forza”.

In questo senso ci sembra che la ricchezza di una valutazione possa nascere soltanto dalla coesistenza di chiavi di lettura e punti di vista diversi, che forse non potranno essere integrati facilmente, almeno in questa fase della trasformazione del nostro Paese in una società strutturalmente multiculturale, ma possono offrire nuovi stimoli, arricchendosi reciprocamente.

Bibliografia

- Abbate L., Roma P. (2018). *MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Raffaello Cortina, Milano.
- Achenbach T.M., Rescorla L.A. (2001), *Manual for the ASEBA School-Age Forms Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, Families, Burlington.
- Achenbach T.M., Rescorla L.A. (2007), *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology*. The Guilford Press, New York
- Ackerman, M. J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment (Vol. 77)*. John Wiley & Sons, Hoboken.
- American Psychological Association. (2010). *Guidelines for child custody evaluations in family law proceedings*. *American Psychologist*, 65, 863-867. doi: 10.1037/a0021250
- Ben Porath Y.S., Tellegen A. (2008/2011). *MMPI-2-RF. Manual for Administration, Scoring and Interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis. Tr.It. a cura di Sirigatti S., Casale S., Giunti OS, Firenze.
- Blum G.S. (1971). *Le Blacky Pictures: una tecnica per l'esplorazione delle dinamiche di personalità*. Giunti OS, Firenze.
- Bornstein R.F. (2017). "Evidence-Based Psychological Assessment". *Journal of Personality Assessment*, 99, 435-445.
- Bram A.D., Peebles M.J. (2014) *Psychological Testing That Matters: Creating a Road Map for Effective Treatment*. American Psychological Association, Washington.
- Bricklin B. (2005). *Nuovi test psicologici per l'affidamento dei figli in casi di separazione e divorzio*. Giuffrè Editore, Milano.
- Brislin R.W. (1990). *Applied cross-cultural psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bruhn A.R. (1992) *The early memories procedure: a projective test of autobiographical memory*. Part 1-2, *Journal of Personality Assessment*, 58,1, 1-15 (Part 1); 58,2, 326-346 (Part 2). Tr.it. a cura di Fantini F., EDUCatt Università Cattolica
- Butcher J.N., Graham J.R., Ben-Porath Y.S., Tellegen A., Dahlstrom W.G., Kaemmer B. (2001). *MMPI-2: Manual for Administration, Scoring and Interpretation (rev.ed.)*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Camerini G.B., Lopez G., Volpini L. (2011). *Manuale di valutazione delle capacità genitoriali*. Maggioli Editore, Rimini.
- Causadias J. (2013). *A roadmap for the integration of culture into development psychopathology*. *Development and Psychopathology*, 25, 1375-1398
- Cicchetti, D. E., Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method*, Vol. 1. John Wiley & Sons Inc.
- Cooke, G., Norris, D. M. (2011). *Child Custody and Parental Fitness*. *Handbook of Forensic Assessment: Psychological and Psychiatric Perspectives*, 433-458.
- Constantino, G., Dana, R. Malgady, R. (2007). *TEMAS (Tell me a story) Assessment in multicultural societies*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Tr. It. A cura di Fantini F., Aschieri F., Bevilacqua P., Costantino G., Meucci C., Giunti OS, Firenze.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.

Dana R.H. (2005) *Multicultural Assessment: Principles, Applications, and Examples*. Routledge, New York.

Erard R.E., Evans F.B. (2016). *The Rorschach in Multimethod Forensic Assessment: Conceptual Foundations and Practical Applications*. Routledge: New York.

Emery, R. E., Otto, R. K., & O'donohue, W. T. (2005). A critical assessment of child custody evaluations: Limited science and a flawed system. *Psychological Science in the Public Interest*, 6(1), 1-29

Ferracuti S., Parisi L., Coppotelli A., *Simulare la malattia mentale*, Centro Scientifico Editore, 2007

Finn S.E. (2009). *Nei panni dei nostri clienti. Teoria e tecniche dell'assessment terapeutico*. Giunti Psychometrics, Firenze.

Fornari U. (2017). *Trattato di psichiatria Forense*. UTET

Freilone F., *La psicodiagnostica forense: questioni deontologiche e questioni di metodo*, in *Lo Psicologo, tre l'essere e il fare* di Zara G., Presutti M., Calvi E., Edizione Publiedit, 2016

George C., West M., Pettem O. (1997). *Adult Attachment Projective protocol and classification scoring system*. Unpublished manuscript, Mills College.

Groth Marnat G., Wright J.A. (2016). *Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons, New York.

Kagan, J. (2001). *Temperamental contributions to affective and behavioral profiles in childhood*.

Kaslow N.J., Finklea J. T., Chan G. (2018). *Personality assessment: A competency-capability perspective*. *Journal of Personality Assessment*, 100(2), 176-185.

Herman, S. P. (2002). *Child custody evaluations*. Schetky DH, Benedek EP, editors. *Principles and practice of child and adolescent forensic psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 69-80.

Hoge, R.D. (2002), *Standardized instruments for assessing risk and need in youthful offenders*. In *Criminal Justice and Behavior*, 29, 380-396.

Holtzman, W. H (1961). *Inkblot Perception and Personality: Holtzman Inkblot Technique*. Hogg Foundation Research, University of Texas.

Lingiardi V., McWilliams (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition*. Guilford, New York. Tr. It. Raffaello Cortina, 2018.

McWilliams N. (2012). *Beyond traits: personality as intersubjective themes*. *Journal of Personality Assessment*, 94(6):563-70.

Mittenberg W., Patton C., Canyock E.M., Condit D.C. (2002). *Base rates of malingering and symptom exaggeration*. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.

Millon T.; Millon C.; Davis R.; Grossman, S. (2006). *MCMI-III Manual (Third ed.)*. Minneapolis, MN: Pearson Education, Inc. tr.it. a cura di Zennaro A., Ferracuti S., Lang M. Sanavio E., Giunti OS, Firenze.

Mondini, S., Mapelli D., Vestri A., Arcara G., Bisiacchi PS. (2011) *Esame Neuropsicologico Breve 2. Una batteria di test per lo screening neuropsicologico*. Raffaello Cortina, Milano.

Morey, L. C. (2014). *The personality assessment inventory*. In *Personality assessment* (pp. 193-240). Routledge.

- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Phillipson, H. (1955). *The Object Relations Technique*. New York, NY, US: Free Press
- Raven J.C. (2008). *Raven's Standard Progressive Matrices – Version. 2.0*. NCS Pearson, San Antonio (TX). Tr.it. a cura di Giunti, OS, Firenze.
- Roberti L. (2018). *Il disegno della figura umana in ambito clinico e giuridico peritale. Guida pratica all'interpretazione*. Franco Angeli, Milano.
- Roberts G.E., Gruber C. (2005) *Roberts-2*. Western Psychological Services, Los Angeles, tr.it. a cura di Parolin L., Locati F., De Carli P., Hogrefe, Firenze.
- Rogers R. (1997). *Clinical Assessment of malingering and deception*, 2nd edition. Guilford, New York.
- Rorschach H. (1921). *Psicodiagnostica*. Tr.It. Edizioni Kappa, Roma.
- Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L. (1995). *Child and adolescent psychiatry*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7).
- Shedler J., Westen D., Lingardi V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina, Milano.
- Silverstein M.L. (2012). *Personality Assessment in Depth: A Casebook*. Reutledge, New York.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). *The domain of developmental psychopathology*. *Child development*, 17-29.
- Sparrow S.S., Cicchetti D.V., Balla D.A. (2005). *Vineland-II Adaptive Behavior Scales. Survey Forms Manual*. Circle Pines, MN, AGS Publishing, tr.it. a cura di Balboni G., Carmen B., Bonichini S., Coscarelli S., Giunti OS, Firenze.
- Speranza, A. M., & Williams, R. (2009). *Fare diagnosi nell'infanzia e nell'adolescenza*. N Dazzi, V Lingardi, F Gazzillo (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Tressoldi, P. E., Barilani, C., & Pedrabissi, L. (2004). *Lo stato (preoccupante) delle tecniche proiettive per l'età evolutiva in Italia*. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 8(1), 9-28.
- Walters G.D., Rogers R., Berry D.T.R., Miller H.A., Duncan S.A., McCusker P.J., Granacher R.P. (2008). *Malingering as a categorical or dimensional constructs: the latent structure of feigned psychopathology as measured by the SIS and MMPI-2*. *Psychological Assessment*, 20,3, 238-247.
- Watzlawick P., *Change*, Astrolabio, Roma, 1074
- Wechsler D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition. WAIS-IV Administration and Scoring manual*. Pearson. Tr.it. a cura di Orsini A. Pezzuti L., Giunti OS, Firenze.
- Wechsler D. (2003). *Wechsler Child Intelligence Scale – Fourth Edition. WISC-IV. Administration and Scoring Manual*. PsychCorp (Harcourt Assessment). Tr.it. a cura di Orsini A. Pezzuti L., Picone L., Giunti OS, Firenze.
- Weiner I.B. (2003). *Principles of Rorschach Interpretations*. Lawrence Erlbaum, London.
- Westen, D. (2005). *Diagnosi di personalità e formulazione del caso: due processi o uno?"* Barron, J.W. (a cura di) *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zero To Three (2018). *DC: 0-5. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Giovanni Fioriti Editore, 2018



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

tel. +39 0267071596 - fax +39 0267071597 - PEO: segreteria@opl.it - PEC: segreteria@pec.opl.it
www.opl.it



[ordinepsicologilombardia](https://www.facebook.com/ordinepsicologilombardia)



[Ordine degli Psicologi
della Lombardia](https://www.linkedin.com/company/Ordine%20degli%20Psicologi%20della%20Lombardia)



[tvOPL](https://www.youtube.com/tvOPL)



[PsicologiOPL](https://twitter.com/PsicologiOPL)