

I TEST PROIETTIVI E LA LORO CRITICA

Traduzione di:

Laura Villata

Università di Torino

Il seguente articolo è comparso alcuni mesi fa sul sito americano www.psychologicalscience.org/newsresearch/publications/journals/pspi/pspi1_2.pdf, con il titolo originale "*The scientific status of projective techniques*" di cui vi proponiamo una sintesi.

1) L'attuale stato scientifico delle tecniche proiettive.

Sebbene le tecniche proiettive continuino ad essere usate frequentemente nel contesto clinico e forense, la loro validazione scientifica rimane altamente controversa.

La maggioranza sostanziale degli indici del Rorschach e del TAT non ha infatti un supporto empirico.

Il fulcro di questo paradosso fu messo in rilievo da Anastasi (1982), il quale osservò che "le tecniche proiettive presentano una curiosa discrepanza fra ricerca e pratica: quando sono considerati come strumenti psicometrici, la larga maggioranza mostra una scarsa validità, mentre la loro popolarità nella pratica clinica continua a non venire scalfita".

Nonostante le dure critiche alle tecniche proiettive nei decenni passati (Dawes, 1994; Lowenstein, 1987) molte ricerche dimostrano che tali tecniche continuano a riscuotere un'ampia popolarità fra i clinici: per esempio l'82% degli psicologi clinici riferisce di utilizzare il test di Rorschach per lo meno "occasionalmente" nelle loro batterie di tests ed il 43% almeno "frequentemente" o "spesso".

In una recente ricerca, Piotrowski, Belter e Keller (1998) affermano che molte tecniche proiettive, inclusi il Rorschach e il TAT, sono state abbandonate da una considerevole minoranza di clinici.

Nonostante questo declino, il Rorschach, il TAT, e molte altre tecniche proiettive restano fra i più frequenti mezzi di diagnosi nella pratica clinica.

Analizzando l'attuale stato scientifico delle tecniche proiettive è bene valutarlo non come valido o non valido, ma piuttosto come più o meno utile a seconda delle specifiche tipologie di valutazioni e contesti.

E' difficile tuttavia distinguere le prove della validità di costrutto dalle prove dell'utilità predittiva (Levy, 1963).

Al contrario dei tests di personalità, le tecniche proiettive mostrano al soggetto uno stimolo ambiguo, come ad esempio una macchia d'inchiostro, e richiedono di rendere razionale tale stimolo.

In altri casi viene chiesto di produrre una risposta (ad esempio un disegno) seguendo delle istruzioni.

Sebbene alcuni autori definiscano le tecniche proiettive come strumenti che permettono un estremamente ampio (spesso infinito) numero di risposte, questa definizione pare eccessivamente restrittiva.

Come Meehl (1945) ha sottolineato molte tecniche proiettive e strumenti che valutano la personalità sono meglio concettualizzabili come collocate lungo un continuum.

Il principale vantaggio di molte tecniche proiettive relative a test di personalità strutturati viene tipicamente ipotizzato essere la loro capacità di (a) superare le difese cosce del soggetto e (b) permettere ai clinici un accesso privilegiato ad informazioni psicologiche importanti, non altrimenti ottenibili e di cui il soggetto stesso non è consapevole (Dosajh, 1996).

Servendosi della tassonomia creata da Lindzey (1959), si possono suddividere le tecniche proiettive in cinque categorie principali: le *tecniche d'associazione* includono le macchie d'inchiostro e le tecniche di associazione di parole; le *tecniche di costruzione* includono i metodi di disegno di figure umane e di creazione di storie, come il TAT; le *tecniche di completamento* comprendono i test di completamento di frasi ed il Rosenzweig Picture Frustration Study; le *tecniche di selezione* includono il Szondi Test ed il Luscher Color Test; infine le *tecniche di espressione* includono il gioco con le bambole, i pupazzi e l'analisi grafologica.

CATEGORIA	ESEMPI	DESCRIZIONE
<u>Associazione</u>	<i>Rorschach Inkblot Test</i> (Rorschach, 1921)	Vengono mostrate simmetriche (5 bian 5 a colori) e viene ognuna che cosa ser
	<i>Hand Test</i> (Wagner, 1962)	Vengono mostrati di mani in movir chiede cosa stanno f
<u>Costruzione</u>	<i>Draw-A-Person Test</i> (Machover, 1949)	Viene chiesto di di persona su un fogl poi un'altra person opposto.
		Si mostrano varie situazioni sociali ai

	<i>Thematic Apperception Test</i> (Murray & Morgan, 1938)	chiede di raccontare in relazione ai vari p
<u>Completamento</u>	<i>Washington University Sentence Completion Test</i> (Loevinger, 1976) <i>Rosenzweig Picture Frustration Study</i> (Rosenzweig, Fleming & Clark, 1947)	Vengono presentate incomplete e si completarle. Vengono most cartoncini rapprese situazioni frustra domanda ai sog; avrebbero risposto in tali situazioni.
<u>Selezione</u>	<i>Szondi Test</i> (Szondi, 1947) <i>Luscher Color Test</i> (Luscher & Scott, 1969)	Si mostrano fot pazienti psichiatrici quale paziente fra di più e quale di me Si chiede di metter di preferenza una s colorate.
<u>Espressione</u>	<i>Projective puppet play</i> (Woltmann, 1960) <i>Handwriting analysis</i> (Beyerstein & Beyerstein, 1992)	Ai bambini si chied nel ruolo di altri ir la madre, il padre) c usando le bambole. Si chiede di scri spontanee con calligrafia.

Tab 1. Le cinque maggiori tipologie di tecniche proiettive.

Prenderemo ora in considerazione la validazione scientifica delle tre maggiori tecniche proiettive: 1) il test di Rorschach, 2) il TAT, 3) il disegno della figura umana.

Focalizzeremo l'attenzione su questi tre strumenti, primo perché essi sono fra le tecniche proiettive più frequentemente impiegate nella pratica clinica e secondo perché sono i più attentamente studiati nella ricerca.

2) Il Test di Rorschach.

Nessuna tecnica proiettiva ha causato più controversie di questo test.

Sviluppato dallo psichiatra svizzero Hermann Rorschach nel 1920, questa tecnica di associazione consiste di dieci tavole separate, rappresentanti diverse macchie di inchiostro (5 in bianco e nero e 5 a colori).

Seguendo la procedura standard si consegna una tavola alla volta e si chiede al soggetto a che cosa assomiglia la macchia.

La risposta viene catalogata in tre categorie: a) contenuto, b) localizzazione, c) determinate.

Introdotta negli Stati Uniti fra il 1920 ed il 1930, questo test iniziò ad essere criticato fra gli anni '50 e '60.

Di conseguenza molti psicologi hanno gradualmente abbandonato l'impiego di questo strumento.

Tuttavia, la pubblicazione del testo "The Rorschach: A Comprehensive System (TRACS) (Exner, 1974) nel 1970 risolleò le sue sorti.

Il "sistema comprensivo " di John Exner (CS) per il Rorschach fornisce regole dettagliate per la sua gestione e l'attribuzione del punteggio ed un'impressionante insieme di norme per la sua somministrazione ad adulti e bambini.

Tuttavia Exner stesso non considerava il Rorschach primariamente come una tecnica proiettiva.

Alcune ricerche del 1990 indicarono che il Rorschach veniva ampiamente utilizzato nel contesto clinico e forense e che il CS era il più comune sistema di valutazione adoperato (Ackerman & Ackerman, 1997; Lees-Haley, 1992; Piotrowski, 1999).

Numerosi articoli riguardanti lo stato scientifico del Rorschach CS sono apparsi in questi anni (Garb, 1999; Meyer, 1997) e nel biennio 1999-2000 tre riviste (Psychological Assessment, Assessment, Journal of Clinical Psychology) hanno dedicato dei servizi speciali per dibattere circa le caratteristiche psicometriche del CS.

Il punto cruciale della disputa riguardava alcuni aspetti fondamentali come l'accuratezza, la generalizzabilità culturale delle norme del CS, l'affidabilità del punteggio, la validità, l'utilità clinica ed il supporto della ricerca (Acklin, 1999; Garb, 1999; Weiner, 1996, 1999, 2000).

I risultati a cui è giunto tale dibattito indicano che nonostante continui ad essere impiegato dagli psicologi clinici, il Test di Rorschach rimane uno strumento problematico dal punto di vista psicometrico.

Sebbene molti psicologi inizialmente credettero che il CS introdotto da Exner potesse rimediare alle mancanze della forma originaria del test, l'attuale stato scientifico di questo sistema appare meno convincente.

Le regole del CS per molte variabili del Rorschach sembrano avere l'effetto di classificare erroneamente soggetti normali come patologici; inoltre la possibilità di rilevanti errori culturali non è stata esclusa e la struttura delle variabili del CS non corrisponde alle predizioni teoriche.

D'altra parte, a stento la letteratura ha identificato alcune variabili che paiono possedere una validità sufficiente per l'identificazione della schizofrenia, del disturbo borderline di personalità e forse del disturbo schizotipico di personalità e del disturbo bipolare.

Altre quattro variabili del Rorschach paiono essere positivamente correlate con i disturbi del pensiero, la prognosi della psicoterapia e la dipendenza.

Tuttavia la maggioranza sostanziale delle variabili del Rorschach non ha mostrato una relazione consistente con i disordini psicologici e i tratti di personalità.

3) Il Test di Appercezione Tematica.

Questo test (TAT), classificabile fra le tecniche di costruzione (Lindzey, 1959), fu ideato da Henry Murray e dalla sua studentessa Christiana Morgan al fine di valutare le reazioni a stimoli interpersonali ambigui (Morgan & Murray, 1935; Murray, 1943).

Murray scelse il termine "appercezione" anziché percezione per sottolineare il fatto che i soggetti interpretavano attivamente lo stimolo in base ai loro tratti di personalità ed alle loro esperienze di vita (Anderson, 1999).

Il test è composto da 31 figure rappresentanti situazioni ambigue, molte delle quali di natura sociale; la sedicesima tavola è il simbolo dell'ambiguità, essendo completamente bianca.

Tipicamente alcune tavole vengono somministrate solo a soggetti femminili ed altre solo a soggetti maschili, anche se non esiste alcuna discriminante significativamente associata al genere (Katz, Russ & Overholser, 1993).

Ai soggetti viene chiesto di costruire una storia in relazione ad ogni tavola, raccontando cosa potrebbe essere successo prima, durante ed in seguito a ciò che è raffigurato, descrivendo anche il carattere, i pensieri ed i sentimenti dei personaggi illustrati.

Murray supponeva che solitamente i soggetti si identificassero con il protagonista principale (l'eroe) e che inventassero una storia dal suo punto di vista.

In genere l'esaminatore seleziona circa 20 tavole che appaiono particolarmente rilevanti per le difficoltà espresse dal paziente.

Il tempo medio di somministrazione, calcolo del punteggio e interpretazione del TAT è approssimativamente di un'ora e mezza (Ball, Archer & Imhof, 1994).

C'è un modesto supporto riguardo alla validità di costrutto di molti schemi di punteggio del TAT.

In particolare, non sono disponibili norme adeguate, l'attendibilità del test-retest è discutibile e non esistono studi che dimostrino che questi sistemi non vengano influenzati dalla variabilità culturali.

Dunque, sebbene ci sia un modesto supporto alla sua validità di costrutto, la rilevanza di queste scoperte per la pratica clinica è incerta, perché una schiacciante maggioranza di clinici fa affidamento unicamente su di un'interpretazione impressionistica e generale dedotta dal test (Hunsley, 2000).

Come osserva Ryan (1985) "I professionisti nell'interpretare il TAT usano spesso differenti sistemi, una combinazione di metodi personali o addirittura nessuna metodologia. Questa è la rovina dell'utilizzo di questo test e ciò suggerisce anche che nella pratica comune l'interpretazione del TAT si basa su strategie di validità ed affidabilità non dimostrate, con risultati potenzialmente pericolosi".

Westen ed altri hanno trovato che gli indici delle relazioni oggettive ottenuti con la somministrazione del TAT possono ottenersi anche da una serie di altre fonti, come ad esempio i ricordi ed il racconto di storie durante la somministrazione del "WAIS-R Picture Arrangement subtest".

Questa metodologia di rilevamento delle relazioni oggettuali si è dimostrata utile per distinguere i pazienti con disturbo borderline di personalità dagli altri pazienti e dai soggetti normali.

Quindi, sebbene i risultati raggiunti finora offrono sufficiente supporto alla validità di determinati sistemi di valutazione derivati dal TAT, tuttavia lasciano aperta la questione se il TAT (così come ogni altra tecnica proiettiva) in sé sia sufficiente per garantire la validità diagnostica.

4) I metodi di disegno della figura umana.

La controversia riguardante la metodologia del disegno della figura umana è stata accesa e polarizzata quanto quella circa il test di Rorschach.

I promotori dell'utilizzo di questa tecnica (Lindzey, 1959) hanno sostenuto che "il test del disegno delle figure ha enormi potenzialità che andrebbero coltivate" e che "il disegno fornisce qualcosa che una serie di punteggi non possono fornire".

Sebbene esista un'ampia serie di tecniche di disegno di figure, tutte richiedono all'esaminato di disegnare una o più persone. Queste tecniche possono dividersi in metodi cinetici, in cui si chiede di disegnare un soggetto in attività, e metodi non-

cinetici, in cui non vi è movimento (Knoff & Prout, 1985).

Al contrario di altre tecniche proiettive, molti metodi di disegno di figure umane sono velocemente somministrabili e valutabili. Il tempo di somministrazione del più comunemente utilizzato Goodenough-Harris Draw-A-Person (DAP) Test (Harris, 1963) è infatti di circa 5 minuti.

Esistono due approcci principali per l'interpretazione del disegno della figura umana: il primo, definito *l'approccio del particolare*, è stato ampiamente teorizzato da Machover (1949) e altri, e trae le sue inferenze in base a isolate caratterizzazioni presenti nel disegno (ad esempio la larghezza degli occhi).

In accordo con la metodologia di Machover, una varietà di segni derivati dal DAP sono stati associati a specifiche personalità e a caratteristiche psicopatologiche.

Ad esempio Machover associò gli occhi larghi alla sospettosità e alla paranoia, lunghe cravatte all'aggressività sessuale, l'assenza di caratterizzazioni facciali alla depressione, profonde ombreggiature agli impulsi aggressivi e numerose cancellature all'ansietà.

Il secondo approccio, definito *globale*, al contrario è stato sviluppato da Koppitz (1968) che introdusse un sistema di punteggio di 30 indicatori dal disegno dei bambini.

Questi indicatori poi vengono riassunti in un punteggio complessivo.

Come è facilmente intuibile l'approccio del particolare e quello globale differiscono nelle rispettive proprietà psicometriche.

Lo stato scientifico dei punteggi derivati dal disegno di figure umane è piuttosto inconsistente.

Nonostante centinaia di studi, non ci sono relazioni dimostrate tra il disegno di determinati particolari e specifiche personalità o psicopatologie.

Sebbene l'utilizzo dell'approccio globale abbia consentito talvolta di distinguere fra individui psicopatologici e soggetti normali, questi approcci non hanno ottenuto un successo uniforme.

Inoltre il ruolo delle capacità artistiche nel disegno non è stato risolto, sebbene ci sia ragione di ritenere che scarse abilità grafiche possono spesso risultare in classificazioni di falsi positivi o di psicopatologie.

C'è quindi ampio motivo di interrogarsi sul diffuso utilizzo di queste tecniche nel contesto clinico (Gresham, 1993; Motta, 1993).

Tuttavia si può incoraggiare la ricerca sull'approccio globale, che ha dimostrato una modesta validità almeno in alcuni studi.

Nonostante i risultati negativi della ricerca, molti sostenitori di queste tecniche continuano ad asserire che gli indici derivati da questi test possiedono una adeguata validità; per esempio sostenendo che sono validi nelle mani di clinici qualificati, con alti livelli di empatia (Scribner & Handler, 1987) o lunghi anni di esperienza con queste tecniche.

Invece, dagli studi effettuati, si evince che la validità non è generalmente correlata all'esperienza o alla formazione clinica.

Per esempio Stricker (1967) trovò che i clinici esperti nella somministrazione del test del disegno della figura umana erano significativamente meno accurati degli studenti di psicologia nell'impiegare il metodo DAP per distinguere i soggetti normali e non.

Anche ulteriori studi rivelano che la formazione e l'esperienza clinica non sono significativamente correlate alla validità quando i giudizi sono basati sul disegno della figura umana (Cressen, 1975; Hiler & Nesvig, 1965; Garb, 1989, 1998).

5) Metanalisi delle tecniche proiettive per il rilevamento dell'abuso sessuale su minori.

Esamineremo quantitativamente la validità delle tecniche proiettive in un importantissimo contesto scientifico e sociale: il rilevamento dell'abuso sessuale su minori.

Molti psicologi forensi ritengono utile impiegare le tecniche proiettive a questo scopo (Oberlander, 1995); tuttavia la loro validità in quest'ambito non è stata ancora stabilita scientificamente (Garb, Wood & Nezworski, 2000).

E' fondamentale stabilirne correttamente la validità perché giudizi scorretti possono causare enormi sofferenze ai bambini, alle loro famiglie e a chi viene ingiustamente accusato.

Per determinare se i metodi proiettivi possono essere impiegati per scoprire abusi sessuali su minori sono state condotte una serie di analisi (Garb, Wood & Lilienfield, 2000).

Il punteggio della mediana (*d*) è stato calcolato per ogni singolo studio e i risultati sono stati aggregati in seguito utilizzando D-STAT (Johnson, 1994).

La metanalisi è stata condotta separatamente per il test di Rorschach, il TAT e il disegno della figura umana.

Le stime sono elencate rispetto al valore della mediana e al numero di confronti su cui si basa il calcolo della stessa.

Rispetto al Rorschach, il risultato medio è piccolissimo nei confronti fra bambini abusati e non che hanno ricevuto un trattamento e piccolo fra quelli che non hanno subito alcun

trattamento.

Il risultato è medio-grande quando si utilizza il metodo Exner nella valutazione dei bambini abusati.

Quindi i risultati rispetto al Rorschach sono largamente negativi, mentre sembrano migliori per il TAT e le tecniche di disegno.

Riguardo al TAT il range va da basso-medio a medio-grande, mentre per i metodi grafici il range varia da piccolo a grande.

TEST	d (mediana)	Numero confronti
<i>Rorschach</i>		
Gruppo clinico versus gruppo di abusati	.08	8
Gruppo normale versus gruppo di abusati	.23	7
Gruppo "CS" versus gruppo di abusati	.60	5
<i>TAT</i>		
Gruppo clinico versus gruppo di abusati	.41	9
Gruppo normale versus gruppo di abusati	.57	3
<i>Disegno della figura umana</i>		
Gruppo clinico versus gruppo di abusati	.30	13
Gruppo normale versus gruppo di abusati	.24	18

Tab 2. Risultati della metanalisi per il Rorschach, TAT e Disegno della figura umana.

Sono stati esaminati inoltre i pregiudizi presenti nelle pubblicazioni letterarie e si è constatato che gli studi sugli strumenti di tipo proiettivo sono sempre meno convenienti da pubblicare quando i risultati sono piccoli in grandezza.

Ci sono diversi motivi per cui succedono tali fenomeni: per esempio gli editori preferiscono pubblicare testi che presentano prove statisticamente significative, a volte perché credono che in tal modo siano più accettati o perché così i risultati sembrano più significativi.

In caso di prove positive di abuso sessuale è fondamentale che queste vengano replicate, confrontando i bambini abusati e non che hanno ricevuto un trattamento psicoterapeutico.

Questo confronto è particolarmente importante perché i clinici che ricevono l'incarico di rilevare una storia di abuso sessuale solitamente valutano i bambini che gli sono stati inviati per la valutazione, il trattamento, o entrambi.

Ad esempio, rispetto al Rorschach e al disegno di figure umane, le testimonianze positive sull'abuso non vengono mai seriamente replicate e confermate (si pensi, negli studi sul disegno, che i risultati positivi riportano come indicatore di abuso sessuale il disegno della lingua, ma questi risultati non sono mai stati ripetuti).

In conclusione, l'impiego delle tecniche proiettive in casi di rilevamento di abuso sessuale ha ottenuto soltanto un piccolo supporto empirico: dai risultati della metanalisi precedente si evince che il valore medio al Rorschach è basso o trascurabile, eccetto quando i bambini abusati sessualmente vengono comparati con le norme del CS di Exner (le quali però, come si è visto, tendono a classificare troppi individui normali come patologici).

6) Conclusioni rispetto al supporto empirico degli indici delle tecniche proiettive.

Riflettendo sull'attuale attitudine all'utilizzo delle tecniche proiettive, Wsten, Lohr e altri (1990) scrissero che "intere generazioni di psicologi e clinici, sono stati formati ad una profondamente radicata presunzione che le tecniche proiettive fossero non valide e inattendibili".

Come si è precedentemente discusso, è evidente che determinate tecniche proiettive, così come i punteggi derivati da queste valutazioni, possono invece raggiungere accettabili livelli di validità e attendibilità.

Conseguentemente, rifiutare l'impiego di tutte le tecniche proiettive nel complesso

sarebbe scorretto.

Allo stesso tempo, le ricerche presentate in precedenza forniscono ampie giustificazioni a tale scetticismo riguardante le più adoperate tecniche proiettive nella clinica.

Quindi, sebbene l'uso delle tecniche proiettive sembra essere scemato nel corso degli ultimi anni (Piotrowski, 1998), queste tecniche continuano ad essere impiegate nel contesto clinico e forense con considerevole frequenza.

E' possibile stabilire tre criteri che debbono essere soddisfatti affinché gli indici delle tecniche proiettive possano essere considerati empiricamente supportati: (a) considerevoli correlazioni con uno o più criteri esterni (ad esempio tratti di personalità, sintomi o disordini psicologici) in (b) differenti studi di validazione metodologica (c) condotti da differenti professionisti.

Possiamo quindi rileggere questi tre criteri alla luce delle ricerche presentate in precedenza sul Rorschach, sul TAT e sul disegno della figura umana.

In particolare i seguenti *indici* ricavati da queste tecniche proiettive possono considerarsi *empiricamente supportati*:

RORSCHACH: a) TDIR (Thought Disorder Index for the Rorschach) nella valutazione dei disordini del pensiero; b) RPRS (Rorschach Prognostic Rating Scale) nella previsione dell'esito del trattamento; c) Scala della Dipendenza Orale Rorschach nella valutazione di comportamenti oggettivi correlati alla dipendenza e d) nella verbalizzazione deviante e povertà formale nella valutazione della schizofrenia (probabilmente anche nella personalità schizotipica e nei disturbi bipolari) e del disturbo borderline di personalità;

TAT: a) il sistema di punteggio di McClelland e b) l'indice SCORS di Westen (1991) nell'identificazione di abusi sessuali su minori e nella valutazione del BPD;

DISEGNO DELLA FIGURA UMANA: oltre all'uso di certi indici globali (ad esempio la qualità del disegno) per distinguere la psicopatologia dalla normalità, nessun indice ha ottenuto un supporto empirico. Questi indici tendono anche ad avere una moderata correlazione con le misurazioni dell'intelligenza, sebbene non possano sostituire le misurazioni

standard del QI (Kamphaus & Pleiss, 1991).

E' importante sottolineare che questa classificazione degli indici con supporto empirico deve considerarsi provvisoria, poiché è possibile che future dimostrazioni negative possano ribaltare le presenti conclusioni.

Si possono invece elencare gli indici proiettivi che non hanno soddisfatto i tre criteri considerati per ottenere il sufficiente supporto empirico: la schiacciante maggioranza degli indici del Rorschach, molti sistemi di punteggio del TAT, tutti i particolari isolati derivati dal disegno della figura umana e gli approcci globali che intendono valutare condizioni specifiche e casi di abuso sessuale.

Risulta cruciale notare che gli indici proiettivi che hanno ottenuto un supporto empirico riguardano soltanto una piccola percentuale di quelli utilizzati quotidianamente nella pratica clinica.

Di conseguenza molti professionisti che usano le tecniche proiettive basano molte delle loro inferenze su indici che sono carenti di solidi supporti.

Bisogna anche sottolineare che la definizione "supportati empiricamente" non equivale ad "appropriato all'uso clinico".

Allo stesso modo riguardo agli indici proiettivi che hanno ricevuto il supporto empirico a) le norme adeguate alla popolazione non sono solitamente disponibili, b) l'attendibilità non è dimostrata e c) le conseguenze delle caratteristiche culturali ed etniche non sono state chiaramente regolate.

Infine non è stata dimostrata l'utilità delle tecniche proiettive nelle previsioni per il trattamento (Hayes, 1987).

7) Raccomandazioni per l'utilizzo delle tecniche proiettive nella pratica clinica e forense.

Le ricerche forniscono diverse ragioni per cui gli psicologi dovrebbero usare molta cautela nell'uso delle tecniche proiettive in ambito forense (ad esempio in casi di affidamento di minori o nell'analisi della messa alla prova di minori) e clinico.

Prima di tutto molte tecniche proiettive sono spesso inattendibili, per cui è facile cadere in errore e i punteggi ottenuti possono cambiare da uno psicologo all'altro; inoltre anche rispetto ai pochi indici che posseggono un'adeguata validità e attendibilità, le norme sono generalmente inesistenti o problematiche.

Considerando tutti questi problemi, è raccomandabile che gli psicologi clinici e forensi si astengano dal somministrare il Rorschach, il TAT e i disegni grafici, o almeno limitino le loro interpretazioni ai pochi indici derivati da queste tecniche che sono

supportati empiricamente.

Le valutazioni cliniche e forensi dovrebbero basarsi su più tecniche di diagnosi, come l'intervista psichiatrica strutturata e gli elementi autoriferiti del soggetto.

Inoltre i professionisti dovrebbero utilizzare questi indici solo quando (a) siano disponibili adeguate norme per la specifica popolazione, (b) ci sia una forte dimostrazione della loro validità circa e attorno alle altre fonti di informazione acquisite e (c) la valutazione di fondo del fenomeno in questione sia sufficientemente alta da rendere questi indici potenzialmente utili clinicamente.

Molti psicologi invece continuano ad usare scorrettamente gli indici delle tecniche proiettive, anche quando si trovano di fronte a prove negative e a dispetto del rischi per i loro clienti (Dawes, 1994).

Ecco alcune fondamentali raccomandazioni che possono essere utili a chi entra in rapporto con esperti che utilizzano tecniche proiettive nel contesto clinico o forense:

a) *le tecniche proiettive sono altamente controverse*: ciò dovrebbe sempre essere riferito ai giudici e alle giurie che hanno ascoltato un'opinione di esperti basata sull'uso di tecniche proiettive; per esempio molti giudici rimangono impressionati dalla "mistica" del Rorschach senza sapere quanto sia controverso scientificamente questo strumento.

I consulenti che impiegano queste tecniche in campo forense dovrebbero quindi avere un obbligo etico e descrivere pubblicamente le limitazioni di tali tecniche;

b) *le tecniche proiettive possono essere contraffatte, così come le influenze situazionali indefinite*: recenti ricerche dimostrano che ci sono sempre più prove che la schizofrenia, la depressione, e probabilmente il disturbo post-traumatico da stress, possano essere falsificati al test di Rorschach e che ciò non è rilevabile tramite i normali indici esistenti del Rorschach stesso.

Gli esperti del tribunale devono quindi essere preparati alle potenziali simulazioni.

Inoltre, è noto che molte tecniche proiettive sono fortemente condizionate dalle influenze situazionali, inclusi i rinforzi verbali indefiniti (ad esempio "mmm-hmm" seguito a certe risposte), l'umore dell'esaminato, il genere, lo stato percettivo e le caratteristiche fisiche dell'esaminatore;

c) *le tecniche proiettive sono generalmente usate per intenti per cui non sono validi o scarsamente supportati dalle ricerche*: quando un consulente utilizza una tecnica proiettiva, un avvocato ben informato della parte avversa, assistito da un altrettanto ben preparato consulente psicologo, può spesso sostenere una valida opposizione alla validità o alla rilevanza legale delle specifiche scale o punteggi; soprattutto in futuro le ricusazioni potranno essere più frequenti, poiché gli avvocati e gli psicologi che li assistono riconosceranno la vulnerabilità delle tecniche proiettive a legittimare tale criticismo;

d) *la trascrizione di molte tecniche proiettive può essere incerta o scadente*: gli errori di trascrizione sono piuttosto comuni nel contesto clinico e forense, per cui in entrambe le situazioni è consigliabile far rileggere il materiale ottenuto dalle tecniche proiettive da un secondo esperto che non conosca i risultati a cui è giunto il primo; questo procedimento può spesso rilevare errori e discrepanze che possono modificare sostanzialmente le originali conclusioni e interpretazioni;

e) *le normative delle tecniche proiettive sono spesso inesistenti, scarse o ingannevoli*: quando mancano le norme, gli esperti hanno un largo margine di interpretazione, con il risultato che diversi esperti possono giungere a interpretazioni profondamente diverse partendo dalle stesse risposte alle tecniche proiettive;

f) *le tecniche proiettive possono essere discriminanti verso le minoranze del Nord America o individui che vivono al di fuori di questa realtà*: come è già stato sottolineato l'uso del Rorschach con questi soggetti risulta problematico; gli studi effettuati fra gli anni '50 e '60 indicarono che l'utilizzo cross-culturale di test come il TAT è carico di insidie e di potenziali problematiche. Inoltre ci sono spesso sostanziali differenze fra le caratteristiche del disegno della figura umana nei differenti gruppi culturali ed etnici (Handler & Habernicht, 1994). Tutte queste dimostrazioni suggeriscono che l'impiego del Rorschach e delle altre tecniche proiettive al di fuori del contesto Nordamericano produce delle interpretazioni errate;

Bibliografia.

ANASTASI A., *Psychological testing*, NY: McMillan, 1982.

EXNER J.E., *The Rorschach: A Comprehensive System*, NY: Wiley, 1995.

GARB H.N., The incremental validity of information used in personality assessment, in *Clinical Psychology Review*, 4, pp.641-655, 1984.

GARB H.N., Recommendations for training in the use of the T.A.T., in *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, pp.621-622, 1998.

GARB H.N., WOOD J.M., LILIENFIELD S.O., *The detection and assessment of child sexual abuse: an evaluation of the Rorschach, T.A.T. and projective drawings*, 2000.

KLOPFER W.F., TAULBEE E., Projective tests, in *Annual Review of Psychology*, 27, pp.543-567, 1976.

WOOD J.M., NEZWORSKI M.T., STEJSKAL W.J., Thinking critically about the Comprehensive System for the Rorschach. A reply to Exner, in *Psychological Science*, 7, pp.14-17, 1996.