



Una diagnosi di disturbo di comportamento

Giuseppe Castellani

Psicoterapeuta, psicologo del Reparto Neurospichiatrico-Consultorio Psicologico dell'Ospedale Militare di Firenze. CTU presso il Tribunale di Firenze, è socio ordinario della **Scuola Romana Rorschach** e della **Società Internazionale Rorschach**.

beatbep@virgilio.it

Introduzione metodologica

Questa introduzione ha lo scopo di presentare e spiegare la metodologia che ha portato alla diagnosi psicologica di seguito prodotta: poche righe per illustrare brevemente la scelta dei test impiegati e la loro validità ai fini della conclusione cui sono giunto. Reputo indispensabile, infatti, che il lettore sia il più possibile edotto sui procedimenti da me seguiti, procedimenti spesso discussi in psicologia, talvolta non ben noti ai non addetti ai lavori. Nella relazione, quindi, non si troveranno dissertazioni speculative sulle condizioni dell'esaminato, ma soltanto la verifica strettamente oggettiva delle sintomatologie cognitive e psicologiche eventualmente presenti.

Questi i test somministrati:

1. Il test migliore per descrivere analiticamente la struttura dell'intelligenza del soggetto e che ne rileva le eventuali patologie cognitive con una profondità esauriente, rimane la scala Wechsler nella versione per adulti (WAIS-R).
Questo strumento consente di tracciare una diagnosi adeguata delle capacità di livello intellettuale del soggetto, possedute al momento della prova, mettendo in risalto le eventuali differenze all'interno delle capacità verbali e quelle di performance. La WAIS-R, in particolare, viene arricchita dalla elaborazione dei differenti QI (verbale, di performance e totale), prendendo in considerazione i "punteggi ponderati per età", che forniscono la diagnosi precisa delle capacità cognitive del soggetto all'interno del proprio gruppo di riferimento generazionale, una valutazione assai più complessa e dettagliata di quella elaborata precedentemente dalla vecchia WAIS. Il test fornisce non solo il quadro cognitivo del soggetto al livello nel quale questi si trova al momento della prova, consentendo la diagnosi delle sue "capacità intellettive generali", ma anche tutta una serie di analisi derivate dall'imponente mole di studi clinici e matematici sviluppati negli ultimi trent'anni dalla comparsa nell'adattamento italiano del 1974. In questa sede vengono applicati gli indici di Barona e Pichot per la stima del livello premorboso o pretraumatico; l'indice di Wechsler per la misurazione del deterioramento mentale; il modello di Horn per la differenziazione tra intelligenza fluida e cristallizzata.
2. A questa fondamentale prova, occorre affiancare un altro reattivo che fornisca la stima delle capacità possedute dal soggetto prima dell'evento morboso – come nei casi di trauma cranico -, oppure precedentemente al decadimento eventuale in atto. Il TIB - Test di Intelligenza Breve permette una quantificazione piuttosto accurata del livello cognitivo globale, attraverso una serie di equazioni che traggono origine dalla teoria delle "reti neurali" e dal fatto che il fattore "verbale" è l'ultimo a decadere e consente di stabilire il complesso delle facoltà originarie. La prova viene aggiunta alle valutazioni analoghe riferite sopra, consentendo un confronto ancora più accurato ed un margine di errore assai ristretto. La prova è composta da una serie di cartoncini, su ognuno dei quali è riportata una parola che il soggetto deve leggere ad alta voce. Le parole si dividono in "facili" e "difficili", secondo la difficoltà della corretta accentazione del vocabolo. Secondo il numero degli errori compiuti, l'età del soggetto, la sua scolarizzazione ed il sesso, si perviene ad una quantificazione del livello cognitivo pre-esistente, per tutte e tre le parti che lo compongono (verbale, di performance, totale). Il TIB trova la sua collocazione tra le prove da impiegare per la determinazione medico-legale del danno eventuale, causato da un evento traumatico di qualsiasi natura.
3. Per la valutazione e descrizione della struttura della personalità del paziente, nonché delle caratteristiche

comportamentali più attuali, ho somministrato due test proiettivi: il Rorschach, per lo studio della personalità come "tratto", con riferimenti importanti anche alle caratteristiche attuali comportamentali,

4. e l'**Hand Test**, tecnica che si è rivelata, nel tempo, assai indicativa della condizione di "stato" psicologico. È composta di 9 cartoncini, con il disegno di una mano in una posizione diversa su ognuno di essi, e da un cartoncino bianco. Al soggetto viene data la consegna di immaginare che azione ha compiuto o sta per compiere quella mano in quella posizione, consentendo – secondo le regole elaborative della prova – la proiezione della condizione più attuale del proprio stato d'animo. Per il cartoncino bianco viene data la consegna di immaginare liberamente una mano che compia delle azioni, le prime che vengono in mente. Il test possiede un sistema di siglatura originale e consente la costruzione di una diagnosi relativa a come egli si percepisce inconsapevolmente nel periodo in corso. Con queste due prove proiettive, lo studio psicodiagnostico del soggetto è completo e consente di pervenire alla conoscenza accurata delle sue capacità adattive, cognitive e relazionali, e dell'eventuale sintomatologia patologica esistente.

Con la somministrazione di questa batteria, si perviene ad una diagnosi conclusiva di adeguato valore conoscitivo delle condizioni del paziente per quanto concerne la struttura dell'intelligenza e del modo con il quale questa si esplica in campo pratico, oltre che della struttura esaustiva della sua personalità.

Relazione psicodiagnostica

1. Breve anamnesi recente

X, uomo, 47 anni, docente universitario, accede al colloquio manifestando un atteggiamento apparentemente collaborativo, con quella che sembra una capacità di concentrazione interessata a quanto andremo ad operare. Il soggetto afferma che le terapie farmacologiche in atto indeboliscono le sue facoltà attentive e produttive; tale spiegazione trova parziale riscontro in certe difficoltà che egli ha manifestato nel corso di entrambi i colloqui sostenuti e nella somministrazione delle prove (ho incontrato X in data 15 e 19 del corrente mese), difficoltà caratteristiche dei pazienti che assumono antidepressivi in posologie più sostanziose. Tuttavia, i test applicati sono risultati adeguatamente compresi e sostenuti, mostrando solo quei cedimenti derivati dalla condizione psicologica del soggetto. L'eloquio è apparso coerente e consequenziale con momenti di difficoltà; talvolta il paziente ha assunto un comportamento divagatorio, rispetto alla direzione del discorso in atto. Sono apparse preoccupazioni intorno al nostro esame e alle eventuali conseguenze, ma in maniera assai contenuta, quasi di sfuggita. X ha dato prova, a tratti, delle capacità culturali e dialettiche possedute, ostacolate tuttavia da quelle che apparivano essere difficoltà di concentrazione.

2. Risultati ai test cognitivi

WAIS-R: QI Verbale (QIV): il punteggio ottenuto rivela un QI di 112 punti; il QI corretto per età di 116. Non vi sono, dunque, differenze significative nella misurazione delle capacità verbali, influenzate maggiormente dall'apprendimento e dal livello scolastico raggiunto che, in questo caso, è particolarmente elevato. Il punteggio colloca il soggetto nell'intervallo diagnosticato come "medio-superiore".

WAIS-R: QI Performance (QIP): il punteggio in questo ambito risulta sensibilmente inferiore rispetto al precedente: il QI ottenuto è di 97, corretto per età: 119. Il punteggio rientra nell'intervallo diagnosticato come "medio", mentre come "medio-superiore" quello corretto per età. Le prestazioni fornite ai subtest indicati, dunque, risultano inferiori significativamente a quanto ricavato per il QI verbale, indicando ridotte capacità di attenzione e concentrazione. Può essere giustificativa la conseguenza delle terapie in atto, come spiegato all'inizio.

WAIS-R: Punteggio Scala Totale (QIT): il punteggio totale è di 106, quello ponderato per età di 118. Il QI è diagnosticato come "medio", quello ponderato per età "medio-superiore".

Descrizione capacità cognitive (intelligenza fluida-cristallizzata: capacità ad affrontare e risolvere problemi nuovi / utilizzazione delle risorse derivate dalla scolarizzazione e dalla esperienza): QDFL= 105; QDCR=108. Lieve predominanza delle capacità "cristallizzate", maggior influenza delle risorse scolastiche ed esperienziali.

VALUTAZIONE DEL QI FLUIDA-CRISTALLIZZATA

HORN 1988-87

NOME E COGNOME:	X	X
ETA'		47
SESSO	M	
Memoria di cifre	14	
Analogie	11	
Completamento di figure	12	
Riordinamento di storie fig.	11	
Disegno con cubi	8	
Ricostruzione di oggetti	8	64
Informazione	12	
Vocabolario	11	
Comprensione	11	
Analogie	11	45
Informazione	12	
Memoria di cifre	14	
Ragionamento aritmetico	10	36
DATA	30/01/07	
QDFL	105	
QDCR	108	
QDRI	113	

Indice di deterioramento mentale (IDM): nessun deterioramento mentale.

INDICE DI DETERIORAMENTO MENTALE

WECHSLER 1955

NOME E COGNOME:	XX	
ETA'	47	
SESSO	M	
Vocabolario	11	
Comprensione	11	
Completamento di figure	12	
Ricostruzione di oggetti	8	42
Analogie	11	
Memoria di cifre	14	
Associazione simboli a numeri	8	
Disegno con i cubi	8	41
DATA	30.01.07	

IDM	2	NESSUN DETERIORAMENTO MENTALE
-----	---	-------------------------------

Risultati prodotti al TIB:

- stima QIV: 120.
- stima QIP: 116.
- stima QIT: 119.

- TEST DI XX -

RISULTATI

ERRORI DI ACCENTAZIONE:	0	ETA':	47
ERRORI DI PRONUNCIA:	0	SESSO:	1
TOTALE ERRORI TIB:	0	SCOLARITA':	17
QIT WAIS:	118		
QIV WAIS:	116		
QIP WAIS:	119		
QIT STIMATO:	118,783		
QIV STIMATO:	119,680		
QIP STIMATO:	116,482		

3. Comparazione dei risultati ottenuti alla WAIS-R e al TIB

Discordanti-concordanti:

- QIV WAIS-QIV TIB: 112-120
- QIP WAIS-QIP TIB: 97-116
- QIT WAIS-QIT TIB: 106-119.

Notiamo come la stima fornita dal TIB sia di un intervallo di classe superiore a quanto ottenuto alla WAIS-R. Notiamo anche come il punteggio ponderato per età sia sovrapponibile alla stima. Il significato attribuibile a queste misurazioni è quello di un'indicazione oggettiva di come le capacità cognitive del paziente abbiano subito un deterioramento, che non è da intendersi come "deterioramento mentale" (già precedentemente escluso), ma come abbassamento nelle capacità di concentrazione ed attenzione, in quanto l'intelligenza verbale appare non scalfita dalle condizioni attuali di X.

Indice di Barona:

- stima QIV: 124
- stima QIP: 114
- stima QI Totale: 123

VALUTAZIONE DEL QI BARONA
BARONA ET ALTRI 1984

NOME E COGNOME:	XX	XX
ETA'	47	
RAZZA	BIANCHI	
SESSO	MASCHIO	
SCOLARITA'	17	
PROFESSIONE	LIBERO PROFESSIONISTA	
RESIDENZA	> DI 2.500 ABITANTI	
DATA	15/03/07	

STIMA QI verbale	124,30
STIMA QI performance	113,85
STIMA QI TOTALE	123,09

Indice di Pichot:

- stima QIV : 117
- stima QIP : 114
- stima QI Totale: 117

VALUTAZIONE DEL QI PREMORBOSO
PICHOT ET AL. 1993

NOME E COGNOME:	XX	XX
ETA'	47	
SESSO	MASCCHIO	
SCOLARITA'	LAUREA	
PROFESSIONE	DIRIGENTE E PROFESSIONE INTELLETTUALE	
RESIDENZA	> DI 20.000 ABITANTI	
DATA	15/03/07	

STIMA QI verbale	116,63
STIMA QI performance	113,55
STIMA QI TOTALE	117,11

Notiamo come gli indici ottenuti con ben tre misurazioni diverse siano ampiamente concordanti tra loro. Voglio ricordare come gli indici di Barona si adattino meno degli altri ad un'applicazione nella nostra cultura, in quanto in parte influenzati da variabili "etniche" ancora da noi non così strutturate come nella cultura statunitense, comunque di valore comparativo.

4. Analisi del Test di Rorschach

Livello intellettivo, struttura dell'affettività e capacità relazionali: come alla WAIS-R, anche qui il livello cognitivo del soggetto appare consono, orientato verso l'elaborazione teorica più che verso la risoluzione pratica dei problemi, ma notiamo difficoltà nella concentrazione e, particolarmente, problematiche legate alla presenza di ostacoli che impediscono un flusso ideativo originale ed autonomo (si vedano in proposito i risultati relativi all'intelligenza fluida-cristallizzata). Dunque, abbiamo ulteriori concordanze tra le analisi compiute tra i vari test, che si validano "incrociandosi" tra loro.

Le capacità di relazione appaiono presenti come sottofondo, ma la spiccata introversione del paziente, unita a quella che appare strutturarsi come tendenza alla passività, al ritiro in sé, ostacola l'espressione adattiva di tale aspetto caratterologico. Segnali di insicurezza sono presenti, seppure in modo non eclatante.

Presenza di segnali disadattivi o psicopatologici gravi: l'analisi del protocollo del test non evidenzia la presenza di tratti della personalità di tipo fortemente psicopatologico strutturale, e possiamo argomentare che tale assenza è anche il risultato della compensazione farmacologica in atto. Anche un test proiettivo di "tratto" può essere influenzato dai miglioramenti ottenuti con una terapia farmacologica o psicologica che produce effetti positivi o, quantomeno, di contenimento. Pertanto, il quadro in questo senso non si rivela compromesso comunque da una psicopatologia di grave entità. Abbiamo le indicazioni di una sintomatologia di tipo depressivo, con riduzione degli slanci vitali e delle spinte adattive, tale da contrastare anche in misura elevata l'autonomia del paziente, come meglio si evince dall'analisi dello Hand Test.

Conclusioni diagnostiche: stato depressivo di rilevante entità.

5. Analisi dell'Hand Test

Con l'analisi di questo reattivo, giungiamo alla comprensione dettagliata dello stato attuale del paziente e degli effetti che questo produce sul suo adattamento e sulle possibilità di gestione autonoma delle proprie condizioni comportamentali.

Il quadro che ricaviamo da questo test è indicativo dei processi psicologici che guidano X nella sua esistenza quotidiana. Tali processi mostrano una vera e propria difficoltà di adattamento, di instaurare e mantenere

adeguate relazioni interpersonali, di esperire sentimenti interiori positivi, che implicino uno scambio di affetti e inclinazioni amichevoli. Inoltre, il soggetto si rivela quasi del tutto incapace a strutturare attività produttive (sia intellettuali che applicative), finalizzate al raggiungimento di traguardi programmati, in virtù della sottostante condizione depressiva che impedisce l'esternarsi di quelle capacità cognitive descritte esaurientemente e presenti nel paziente.

Non emergono assolutamente segnali indicatori di tendenze aggressive o all'*acting out*; anche questa caratteristica può trarre spiegazione non soltanto dal fondo caratteriale dell'esaminato –che abbiamo visto privo di spunti esplosivi –, ma anche dagli effetti della terapia farmacologica. Aspetti di cavillosità e polemica sono ben presenti e si uniscono alle tendenze alla manipolazione che troviamo sovente in questa tipologia di soggetti dal buon livello intellettuale, affetti da disturbi dell'umore.

6. Conclusioni diagnostiche finali

In virtù di quanto ottenuto dopo la somministrazione dei test descritti, possiamo concludere che X è soggetto caratterizzato da capacità cognitive del tutto consone, privo di segnali di deterioramento mentale, ma con un significativo abbassamento nel QI rispetto alle sue potenzialità effettive.

Tale condizione è confermata da tutti gli indici ottenuti con l'applicazione delle varie formule in proposito, come ampiamente riportato nella disamina presente in questa sede. Essa è il risultato della patologia psichiatrica in atto, che riduce in maniera sensibile le possibilità cognitive del paziente, rispetto a quelle da lui possedute originariamente. X appare, così, connotato da una grave condizione depressiva che impedisce la strutturazione di un pensiero produttivo originale ed autonomo, con le conseguenze che possiamo osservare anche clinicamente, ovvero una forte difficoltà nei contatti interpersonali, nella progettazione di attività finalizzate, nella gestione adattiva autonoma dei comuni impegni della vita quotidiana in modo continuativo.

Come si comprende, X si trova in una condizione comportamentale tale da necessitare di un sostegno individuale continuo, che limiti o addirittura impedisca azioni non adeguatamente portate a termine e che possano risultare compromissorie del suo equilibrio e del suo benessere soggettivo, anche se tale benessere appare attualmente ridotto in quantità e qualità.

Durante tutto il tempo nel quale ho colloquiato ed ho sottoposto le numerose prove al paziente, egli ha costantemente manifestato – magari automaticamente, senza nemmeno voler proporre un atteggiamento lamentoso o di malessere in modo manipolatorio - difficoltà comportamentali causate da un marcato disagio psichiatrico evidente, nonostante le sue dichiarazioni di assunzione di medicinali ad hoc, difficoltà a lui del tutto chiare e per le quali mostra una sofferenza tangibile. Ma questa apparente consapevolezza non limita, purtroppo, la necessità che egli ha di un costante sostegno e guida, per le motivazioni emerse con chiarezza da questo studio psicodiagnostico, che ci conduce alla diagnosi di:

disturbo del comportamento in soggetto con grave condizione depressiva.

QI	Classificazione
130 e più	Nettamente superiore
120-129	Superiore
110-119	Medio-superiore
90-109	Media
80-89	Medio-inferiore
70-79	Al limite della deficitarietà
69 e meno	Deficitarietà mentale

Tabella 1. Intervalli di punteggio alla WAIS-R e relativa classificazione dell'intelligenza

I link sono stati apposti dalla Redazione; i siti cui essi rimandano erano in atto al momento della pubblicazione dell'articolo.

ITEMS la newsletter del testing Psicologico

Registrazione Tribunale di Firenze n° 5514 del 6 settembre 2006
ISSN: 1970-0466