
UN RARO CASO DI SENSIBILITÀ CHIMICA MULTIPLA

GIUSEPPE CASTELLANI

www.psicolab.net

Questo studio peritale psicodiagnostico riguarda un raro caso di SCM, ovvero Sensibilità Chimica Multipla, una patologia organica che difficilmente viene individuata correttamente, anche per il ristretto numero di pazienti che ne soffrono (fortunatamente!). I danni per la persona affetta da tale patologia sono grandi e provocano - oltre al danno medico- una sofferenza psicologica di entità rilevantissima, praticamente una interruzione nella vita relazionale, lavorativa, affettiva. Alcune essenziali note storico-cliniche permettono di orientarvi nella patologia e comprendere la difficoltà diagnostica ad essa legata.

Storia della MCS fino ai giorni nostri

800- ORIGINE i primi casi di MCS sono stati osservati alla fine dell'800 con l'arrivo dell'illuminazione a gas nelle città ricavata dal carbone. La prima descrizione risale al 1733 fatta dal dott. George Cheyne che l'ha denominata "*Malattia Inglese*", conosciuta come malattia: "*I Vapori*".

1952 - La Sensibilità Chimica Multipla è stata portata all'attenzione dell'establishment medico americano quando il fu Theron Randolph, un medico esperto di allergia e di immunologia, ha riferito che molti dei suoi pazienti avevano reagito negativamente alle sostanze chimiche del loro ambiente (Randolph, nel 1952, "*Sensibilità al petrolio tra cui i suoi derivati e i suoi antecedenti*"). J.(Lab.Clin.Med 40:931-932).

1963 - Però solo nel 1963, **Kailin e Brook nel loro studio "*Reazione tossica sistemica ai contenitori del cibo in plastica morbida*"** e hanno classificato per primi i pazienti come sofferenti di sensibilità chimiche multiple. Era anche la prima volta che uno studio in duplice cieco era stato utilizzato per rimuovere qualsiasi dubbio che le persone fossero colpite da MCS (Med). (Ann Washington DC 32:1-8 1963).

1978 - Il Dr. William Rea inizia a dirigere la Clinica "The Enviromental Health Center di Dallas, Texas, che si è specializzata nella diagnosi e nel trattamento della Sensibilità Chimica Multipla ed è uno degli autori più eminenti sull'argomento. I suoi studi sono ricavati dall'osservazione di 30,000 pazienti presso il centro e di altri 100,000 provenienti da ogni parte del mondo, con 5,000 referenze scientifiche . <http://www.ehcd.com/>

1994 - La Commissione Europea ha sovvenzionato uno studio sull'esistenza e la natura della suddetta condizione in vari Stati membri:

International Archives of occupational and Enviromental Health, Vol.68, pp 367-376.

Nicholas A. Ashord – Claudia S. Miller

Low-level chemical sensitivity:current perspectives 1995

In File PDF-<http://www.lhe.org.uk/members/pubs/books/chemchAAAAA.htm/>

1994- Il primo ricercatore **italiano Prof. Nicola Magnavita** pubblica: La sensibilità multipla. Relazione al Congresso "Ambiente e malattie del sistema nervoso", - Roma 16-17 dicembre 1994, A&J, Roma, pag. 139-144; nello studio si fa riferimento a 5 pazienti osservati.

1996 – Viene pubblicato il secondo studio italiano costituito sull'osservazione di 9 pazienti: Multiple Chemical Sensitivity: Clinical observations among an Occupational Health Clinic population in Italy. N. Magnavita - Comunicazione al Congresso Internazionale Indoor Air '96, Nagoya, July 21-26;

Nel 1998 - seconda Edizione di Ashford e Miller, autori del manuale "Chemical Exposures – Low Levels and High Stakes", basato su un ricerca commissionata da New Jersey Department of Health, hanno ricevuto il Premio Macedo dall'OMS, come consulenti governativi per la Sindrome del Golfo, hanno dimostrato danni multi-organo nei pazienti con Sensibilità Chimica Multipla. Questo testo è disponibile anche in lingua italiana dal settembre 2003.

1998 – Il Governatore JOHN G. ROWLAND del Connecticut indice la prima settimana per la consapevolezza della MCS nel mese di maggio. Da allora ogni anno alcuni governatori degli Stati Uniti indicano a maggio la *settimana della proclamazione per la MCS*. In queste proclamazioni i governatori definiscono la MCS una condizione cronica per la quale non esiste una cura risolutiva nota; i sintomi comprendono la fatica cronica, dolori muscolari e articolari, asma, eritemi, perdite della memoria a breve termine, mal di testa e altri problemi respiratori e neurologici. Tra i governatori impegnati per la MCS c'è lo stesso fratello del Presidente Bush, il Governatore della Florida, Jeb Bush.

1998 – Negli Usa si legifera la Legge the **Americans With Disabilities Act (ADA)** che sotto i Titoli II e III trovano tutela i malati di Sensibilità Chimica Multipla.

1998 – Una organizzazione MCS Referral & Resource www.mcsrr.org pubblica un elenco dettagliato degli organismi che riconoscono la MCS negli USA:

"La MCS è riconosciuta come un'invalidità dal Dipartimento Americano dell'Edilizia e dello Sviluppo dell'Urbanizzazione, dall'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente EPA, dall'Amministrazione per la Sicurezza Sociale, da più di 110 Commissioni Federali per le Pari Opportunità del Collocamento, dello stato, delle agenzie e delle autorità; { 1 } la MCS è anche riconosciuta sulla base di caso per caso dalla Legge che riguarda gli Americani con Disabilità (A.D.A.), che vieta la discriminazione al lavoro sulla base di un'incapacità fisica. "

Chi riconosce la MCS come una malattia medica o una invalidità

| | |
|----|--|
| 25 | Agenzie Governative Americane, Commissioni, Istituti e Dipartimenti |
| 23 | Agenzie Governative Statali, Commissioni, Legislature e Dipartimenti |
| 13 | Agenzie Governative Locali, Commissioni, Consigli e Dipartimenti |
| 8 | Deliberazioni della Corte Federale Americana |
| 20 | Deliberazioni della Corte statale Americana |
| 13 | Consiglio Compensativo Decisionale Americano Statale dei Lavoratori |
| 4 | Agenzie del Governo Federale Canadese |
| 6 | Agenzie del Governo Provinciale Canadese |
| 29 | Organizzazioni Indipendenti (altro dalle organizzazioni per MCS) |

Chi non si oppone più alla MCS? · American Medical Association, che ha adottato un documento di analisi critica dell'ecologia clinica nel 1992, ha affermato nel 1994 - in una dichiarazione congiunta con the American Lung Association, con US EPA e con US Consumer Product Safety Commission—che il "consenso corrente" sulla MCS è che " le malattie non dovrebbero essere classificate come psicogene ed è essenziale espletare indagini diagnostiche".

· American College of Physicians, che ha adottato un documento di posizione d'analisi critica della ecologia clinica nel 1989, ha affermato nel 1996, che ora non ha alcuna posizione contraria all' MCS.

· California Medical Association, che aveva adottato uno scritto con posizione critica dell'ecologia clinica nel 1986, ha riclassificato questo scritto nel 1993 "solo come un documento storico"

Malcolm Hooper PhD, B Pharm, C Chem, MRIC nel convegno MCS 2003 a Londra scrive nella sua relazione:

"La resistenza medica alla MCS ha iniziato a dileguarsi fra i medici dell'Istituto Superiore Americano dei Medici e l'Istituto Superiore Americano delle Malattie Polmonari e l'Agenzia per la Protezione Ambientale/ the American Medical Association and American Lung Association and Environmental Protection Agency hanno dichiarato che, " Le persone che si lamentano non dovrebbero essere congedate quali *malati di mente* ed è essenziale fare una ricerca approfondita ..." Delle vaste indagini sulle popolazioni riportano che il 16-33% delle persone risulta essere sensibile alle sostanze chimiche ubiquitarie . "

1999 - Viene pubblicato un consenso internazionale basato su uno studio multidisciplinare e sottoscritto da 89 clinici e ricercatori con vasta esperienza nel campo.

Questo studio è stato pubblicato negli Archives di Environmental Health of, Vol. 54, No 3, pp 147-149, Maggio/Giugno 1999. <http://www.heldref.org/aehmcs.php>

La Sensibilità Chimica Multipla è stata definita come:

[1] uno stato cronico

[2] con sintomi che ricorrono in maniera riproducibile

[3] in risposta a bassi livelli d'esposizione

[4] a prodotti chimici multipli e non connessi tra di loro

[5] che migliorano o scompaiono quando gli elementi scatenanti sono rimossi.

[6] i sintomi coinvolgono più sistemi e organi del corpo

1999 – Altri medici italiani pubblicano su casi di MCS:

1) Multiple Chemical Sensitivity o Idiopathic Environmental Intolerances: una sindrome in cerca di collocazione eziopatogenetica C. CIPOLLA*, A. BELISARIO*, M. FERRANDINO*, G. AULETTI*, M. NOBILE**, G.B. RAFFI***
Dipartimento di Medicina Clinica e Biotecnologia Applicata "D. Campanacci", Pol. "S. Orsoia-Maipighi", Bologna;

2) M. Valsiglio 1, F.Bulgarelli 1, A.Belisario 2, C.Cipolla 2 – Multiple chemical Sensitivity e idiopathic Environmental Intolerances: Descrizione di due casi clinici e necessità di un protocollo di indagine - Giorn. It Allergol Immunol Clin 1999; 9:112-115 *Ital J Allergy Clin Immunol*.

1999 – In Gran Bretagna, una rivista importante di Graveling e altri, 1999, e una Monografia della Società Britannica di Allergia, Medicina Nutrizionale e Ambientale, 2001, forniscono le prove sostanziali per il riconoscimento della MCS quale malattia organica che può essere diagnosticata e trattata efficacemente.

1999 - Il prof. **Robert Haley** e il suo gruppo di ricercatori dell'Università "UT South Western Medical Center" hanno dimostrato che i veterani della guerra del Golfo sottoposti alla risonanza magnetica spettroscopica presentano una perdita della funzionalità delle cellule nervose nelle strutture profonde del cervello e delle

differenze genetiche. Con il coinvolgimento di un gene che controlla la produzione del tipo di Q paraoxonase, o PON-Q, un enzima che permette al corpo di disintossicare le tossine chimiche (in particolare organofosfati) distruggendole. Infatti ai controlli i veterani affetti, riscontravano bassi livelli di PON-Q.

2001 - In Germania la MCS è stata inclusa nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), ICI-10, sotto il codice T 78.4, "allergia non specificata".

2001 – Nell'importante pubblicazione ministeriale, accordo 27.09.01 tra il Ministro della Salute, Regione e le provincie autonome: "Le linee Guida della salute negli ambienti Indoor", in cui viene riportata la Sensibilità Chimica Multipla: "...sindrome caratterizzata da reazioni di intolleranza dell'organismo ad agenti chimici ed ambientali presenti singolarmente o in combinazione, a concentrazioni generalmente tollerate dalla maggioranza dei soggetti" . Nelle stesse Linee Guida si precisa, inoltre..."che la MCS comprende una sindrome caratterizzata da reazioni negative dell'organismo a agenti chimici ed ambientali presenti a concentrazioni generalmente tollerate dalla maggioranza dei soggetti". Nel documento sono descritte anche le relative azioni specifiche per la protezione dei soggetti a rischio e per i prodotti di largo consumo, per i prodotti da costruzione e d'arredo, inoltre la creazione di un Centro Nazionale di Documentazione Indoor e sorveglianza epidemiologica sulle malattie correlate all'inquinamento indoor e progetti di ricerca.

2001 - Il Dipartimento degli Stati Uniti per l'Urbanizzazione dello Stato di Washington ha inviato un promemoria a tutti i consigli regionali riguardo la malattia da ipersensibilità a più di un agente chimico, affinché riconoscano questa malattia come invalidità e disabilità al pari di tutte le altre, in quanto questa menomazione nei casi gravi impedisce di svolgere le normali attività della vita quotidiana. La MCS, comporta una particolare forma d'invalidità ambientale e per questi malati una casa con criteri specifici per MCS ha lo stesso valore di un farmaco salvavita.

2001- La ricercatrice americana, **dott.ssa Grace Ziem**, in uno studio presentato al convegno MCS a Santa Fe negli USA, ha elencato una serie di analisi per la definizione della sensibilità chimica e ha dimostrato miglioramenti a questi test del sangue con trattamenti specifici, ormai usati non solo negli Usa ma anche in Germania: soprattutto controllo delle esposizioni chimiche ambientali, ma anche integrazione alimentare, saunaterapia, camera iperbarica specifica per MCS, ossigeno terapeutico, evidenziando che la MCS comporta danni multiorgano: neurologici, respiratori, immunitari, digestivi, epatici, metabolici (soprattutto danno al metabolismo delle porfirine, del glutatone, della metabolizzazione degli amminoacidi), ecc.

2002 - Nel corso della Conferenza Internazionale sulla Sensibilità Chimica multipla patrocinata dal Environmental Low Centre, Conway Holl, Londra, **Albert Donnay**, MHS di MCS Referral & Resources, Inc (www.mcsrr.org), responsabile di un centro di riferimento MCS che ha fatto un lavoro molto attento sulla MCS, nel corso di una analisi della letteratura medica dal 1945 al 2002 ha classificato 694 articoli pubblicati su riviste accreditate, la maggior parte presentava scoperte di cause fisiche o organiche per l'MCS.

2002 – Il consigliere comunale **(FI) Massimo Masotti** (specialista in Ematologia ed Igiene e Medicina Preventiva), presenta la prima interrogazione al Sindaco di Ferrara e al Ministro della Salute in favore della MCS.

Nel **2002** si è concluso lo studio multi-centrico sulla Sensibilità Chimica Multipla (MCS) che l'**Autorità Federale per la Protezione dell'Ambiente della Germania** ha incaricato di svolgere all'Istituto Robert Kock. Il documento è stato pubblicato dopo un anno, nel 2003. I ricercatori non avanzavano pretese sull'eziologia della malattia che resta ampiamente sconosciuta, ma "Indipendente da questo, lo studio definisce infatti che a causa della MCS, questi malati sono pazienti gravissimi. La gravità di questa malattia viene superata solo da poche

patologie. Il resto dello studio viene dal risultato, che non associa la MCS a nessun quadro clinico psichico, psicosomatico e forme somatiche, come è accaduto solitamente nel passato".

2002 - Un gruppo di ricercatori tedeschi W.R. Mayer, F. Bartram e W.P. Bieger del laboratorio Bieger di Monaco hanno dimostrato, con un test specifico del sangue di immuno-tolleranza (ITT), che **la MCS si configura come stato di infiammazione cronica.**

2003 – Il ricercatore Martin L. Pall dell'Università di Washington, College di Science School of Molecular Bioscience pubblica "**MCS; la fine di una controversia**", seguita da altre pubblicazioni che approfondiranno l'argomento, nel quale si evidenzia come **modello di MCS, un elevato grado di ossido nitrico/perossinitrico/NMDA** da studi comparati tra pazienti di Sensibilità chimica multipla - MCS, Sindrome da fatica cronica – CFS, Fibromialgia – FM, e Disturbo post traumatico – PTSD.

2003 - Uno studio pubblicato sullo "**Scandinavian Journal Of Work Environment and Health**" ha concluso che malati di MCS esposti a sostanze chimiche sviluppano, rispetto al gruppo di controllo di persone sane, un livello più alto di irritazione alle mucose, fatica e riduzione della performance. Questi risultati rivelano la natura irritativa della sensibilità chimica multipla e escludono che le reazioni dei malati di MCS siano effetto di suggestione o ansia.

Alcune donne con sintomi classificabili come MCS (10) e un gruppo di controllo di donne sane (20) sono state messe singolarmente nella camera di esposizione dove è stato inserito progressivamente toluene e n-butyl acetato. Dopo una prima fase senza esposizioni, le concentrazioni nell'aria crescevano da 3.6 fino a 57 mg/m³ di n-butyl acetato e da 11 fino a 180 mg/m³ di toluene. Sono stati misurati livelli di fastidio e sensibilità dell'intensità dell'odore, test comportamentali e della performance.

Durante la fase di esposizione alle sostanze chimiche, i livelli di irritazione alle mucose e quelli di fatica erano più elevati nel gruppo di MCS piuttosto che nel gruppo di riferimento, **suggerendo una base biologica della malattia.**

2003 - Nella ricerca "**The Prevalence, Symptomology, and Etiology of Multiple Chemical Sensitivities in a Population Sample from the Southeastern United States,**" by Stanley M. Caress, Ph.D., State University of West Georgia; Anne C. Steinemann, Ph.D. and Caitlin Waddick, Ph.D candidate, Georgia Institute of Technology, pubblicata dal National Institute for Environmental Health Sciences's *Environmental Health Perspectives*. Basata sulla necessità di altri e approfonditi studi di ricerca epidemiologici sulla MCS, analizza le statistiche fino ad oggi eseguite, con interessanti percentuali di riferimento generali. I dati di maggior interesse, sono quelli che propendono per una malattia d'origine organica. Infatti da studi statistici risulta che solo 1,4% della popolazione MCS aveva riferito depressione, ansietà e qualsiasi altro problema emotivo prima dell'esordio della MCS. Dopo l'inizio della patologia solo il 37,7% aveva sperimentato depressione, ansietà e problematiche psicologiche.Si continua " E' plausibile che le esposizioni ad agenti tossici possano danneggiare le funzioni del cervello relative all'umore e all'emozioni." Se si comparano questi valori con i dati e l'incidenza delle problematiche mentali e psichiatriche nel resto della popolazione, si può dedurre che le persone colpite dalla Sensibilità Chimica Multipla sono per la maggior parte individui sani ed equilibrati dal punto di vista mentale, e anche quando la malattia irrompe nella loro vita, sovvertendola e drasticamente impoverendola, i due terzi rimangono persone integre e lucide.

2003 – La MCS è oggetto di studio e nelle programmazioni delle Università, con anche tesi di specializzazione:
1) *Valutazione di casi riferibili alla sindrome da sensibilità chimica multipla* –Università degli Studi di Milano Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro; relatore prof. Vito Foà, correlatore prof. Carrer, tesi di specializzazione della Dott.ssa Barabara Scorsetti (2001-2002);

2) *Multiple Chemical Sensitivity (MCS) Dati di letteratura e descrizione di alcuni casi sospetti in lavoratori* – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Scuola di specializzazione in Medicina del Lavoro, direttore Prof. Giuliano Franco, relatore Prof. Fabriziomaria Gobba – tesi di specializzazione del dott. Cristiano Borsari (2003);

2004– 3 dicembre - La Dott.essa Maria Grazia di Loreto, Dipartimento Salute dell'Associazione Dossetti, ha stimato in almeno 4.000 i malati italiani di MCS durante il convegno tenutosi alla Camera dei Deputati il 3 dicembre 2004 "MALATTIE RARE...SIAMO RARI, MA TANTI" organizzato dalla sopracitata associazione. Nel corso dell'evento si è molto dibattuto della MCS, in particolare per un emendamento nel progetto di legge malattie rare in discussione ora al Senato.

RICONOSCIMENTI REGIONALI della SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA:

1. **il 20.12.2004 la Giunta Regionale della Regione Toscana con la delibera N. 1344 basandosi sul DM 279/2001** "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art.5 comma 1, lett.b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", verificato che nella regione è stato segnalato un assistito affetto da MCS, e preso atto che la "Sensibilità Chimica Multipla" non è presente nell'elenco delle malattie rare di cui al DM 279/2001, citato, mentre è presente nelle classificazioni americane dell'Office of Rare Diseases (ORD del National Institute of Health) ; ha ritenuto pertanto di dover prevedere a livello regionale la patologia rara indicata come "Sensibilità Chimica Multipla" nell'elenco delle malattie rare e di dover assicurare, per i soggetti che ne risultano affetti, ogni forma di assistenza garantita dalla vigente normativa.

Tabellata con codice di riferimento RAR001.

2. **Il 18. Gennaio 2005 la Giunta Regionale della Regione Emilia Romagna con la Delibera N.ro 2005/25 inserisce la Sensibilità Chimica Multipla tra le patologie rare riconosciute dall'Emilia –Romagna,** Istituito il Presidio Ospedaliero di Riferimento per la diagnosi e cura presso "l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna (Ospedale S.Orsola), e prevedendo la gratuità di tutto il percorso assistenziale. Per informazioni telefonare al numero verde gratuito del Servizio sanitario regionale 800 033 033 (giorni feriali 8,30 - 17,30, sabato 8,30-13,30)

Tabellata con codice di riferimento RQ099R.

3. **La Giunta Regionale dell'Abruzzo il 17.02.2005 delibera in favore della "Sensibilità chimica multipla" (anche definita "MCS"),** garantendone l'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni di assistenza sanitaria. Individuando nel reparto di Endocrinologia dell'Ospedale Clinicizzato SS: Annunziata di Chieti il centro Regionale di riferimento.

RELAZIONE PSICODIAGNOSTICA SU XY, DI ANNI 55

Breve anamnesi recente

La signora accede al colloquio in atteggiamento lucido, orientato e partecipativo degli eventi che racconta. Occupata come impiegata in una ditta artigianale di XX (Firenze), dal Luglio 19.., la paziente ha lavorato a contatto con sostanze tossiche, sviluppando una reattività tale da sfociare in un disturbo, la Sindrome Chimica Multipla-SCM. per il quale esperisce impossibilità a trovarsi in pressoché qualsiasi ambiente dove siano presenti semplici gruppi di persone, poiché qualsiasi odore le procura una reazione allergica, con associate sintomatologie somatiche, descritte ampiamente nella relazione medica del dottor MM. Parimenti al danno descritto, si è sviluppata una condizione di malessere psicologico che investe tutta l'area del comportamento dell'esaminata, che ha provocato un danno esistenziale con distacco dagli interessi, peggioramento della qualità della vita, perdita della dignità lavorativa e relazionale, insorgenza di un quadro ansioso e depressivo situazionale agli eventi patiti. Accanto a questa circostanza, abbiamo tutta una condizione lavorativa per la quale la paziente è stata emarginata, in virtù della posizione di 'fastidio' che ella ha causato con le sue richieste e con la malattia sviluppata. Tale condizione è di primaria importanza per comprendere il disturbo psicologico insorto, che si somma al principale quadro sintomatologico: a causa della impossibilità per la paziente di 'soggiornare' anche nei luoghi e nelle situazioni più usuali e banali, ella si sente di impiccio e di disturbo per gli altri, nessuno escluso, ed ha sviluppato una reattività che potrebbe sembrare 'paranoica', 'psicopatica', nel senso che si rende conto di tale disagio negli altri e, dunque, arriva a percepirli come anch'essi ostili, che non la sopportano. Tale stato lo ritroveremo riflesso anche nei risultati a quelle prove che, come spiegato nella Introduzione, servono a sondare la percezione in termini di 'tendenze paranoiche e psicopatiche', ma lì, dunque, dovremo interpretare tali risultati in un'ottica completamente diversa da quella usuale, accettando che la paziente, con le sue risposte, ha posto in rilievo NON una condizione di fondo, patologica tout court, ma il derivato della sua esperienza esistenziale negativa causata dal danno subito. Al colloquio odierno, la paziente appare di umore flemmatico, tuttavia determinata sia nella descrizione della sintomatologia, sia nel cercare di

ottenere il riconoscimento del nesso causale, negatole in altre circostanze. La signora è in terapia con ansiolitici.

Per adeguatamente valutare la condizione attuale del paziente, ho somministrato una consona e congrua batteria di test psicodiagnostici, qui sotto brevemente descritti e sui quali vi invito a soffermarvi per ben comprendere i risultati raggiunti:

PARTE I:**Analisi dei reattivi somministrati in relazione allo studio della personalità come 'tratto' e come 'stato' attuale.****Analisi dello Z test****Livello intellettuale, struttura dell'affettività e capacità relazionali:**

Le capacità di livello intellettuale appaiono adeguate di fondo, ma si osserva un abbassamento delle capacità di concentrazione e di esecuzione dei compiti, a causa di quello che si struttura come un disturbo causato dalla condizione ansiosa situazionale del soggetto, per il quale l'esaminata esperisce difficoltà alla produzione di un pensiero produttivo autonomo ed originale nella norma. Tuttavia, abbiamo altresì indicazioni della presenza di tale possibilità entro il complessivo quadro cognitivo della signora, attualmente limitato per la sintomatologia che adeguatamente emerge dalla prova e dalle seguenti. Altrettanto possiamo indicare per quanto concerne le capacità relazionali ed affettive, che risultano presenti nella struttura caratterologica della paziente, prive di aspetti patologici o limitativi, ma realizzate in modo ridotto rispetto alle potenzialità. Tale condizione è caratteristica nelle sindromi ansiose e depressive reattive, con abbassamento dell'adattamento all'ambiente conseguente ad esse.

Presenza di segnali disadattivi o psicopatologici gravi:

Sono del tutto assenti tratti psicopatologici componenti la personalità dell'esaminata, come comprendiamo dall'analisi del test. Altrettanto affermiamo in relazione all'assenza di segnali indicatori di un disadattamento comportamentale di altra eziologia.

Conclusioni diagnostiche:

Condizione ansiosa e depressiva reattiva con riduzione dell'adattamento in personalità priva di tratti psicopatologici strutturali.

Z - TEST

Forma individuale - Foglio di notazione informatico di G.Castellani




Cognome e nome XY

Data e luogo di nascita _____

Titolo di studio _____

Professione _____

Residenza abituale _____

| TAVOLA I | | SIGLATURA |
|---|--|--|
|  | <p>6" (scuro centr) Una foglia di platano, per la forma. (tutto) Una rana, per la forma. Salta. (parteinf) Una farfalla, con le ali chiuse. (asse centr inf) Una vagina. (testa) La testa di una scimmia.</p> | <p>D F+ Bot G F+ A V D F+ A F© D F - Sex D F+ Ad</p> |
| <p>TAVOLA II</p>  | <p>4" (int marr) Due scoiattoli. (tutto marr) Due elefanti marini (rosso scuro) Due feti che si toccano con la testa.</p> | <p>D F - A D F+ A V D M H V Choc colore</p> |
| <p>TAVOLA III</p>  | <p>3" (neri) Due gatti con il pelo arruffato. (rossi lat) Due bambini che saltano (rosso centr) Una farfalla. (gambe) Due candelotti di dinamite, con la miccia</p> | <p>F © D F - A D M H V D F+ A V D F - Ogg</p> |

ZULLIGER TEST

XY 2007

| | I | II | III | |
|--------|---|----|-----|----|
| Ttot | | | | |
| R | 5 | 3 | 4 | 12 |
| t.r. | 6 | 4 | 3 | |
| G + | 1 | | | 1 |
| G - | | | | |
| Gbi + | | | | 0 |
| Gbi - | | | | |
| DG + | | | | 0 |
| DG - | | | | |
| DbiG + | | | | 0 |
| DbiG - | | | | |
| D | 4 | 3 | 4 | 11 |
| Dd | | | | 0 |
| D0 | | | | 0 |
| Dbi | | | | 0 |
| | | | | 12 |

| SUCC. | I | II | III | |
|--------|---|----|-----|----|
| F + | 4 | 1 | 1 | 6 |
| F - | 1 | 1 | 2 | 4 |
| M + | | 1 | 1 | 2 |
| M - | | | | 0 |
| FM + | | | | 0 |
| FM - | | | | 0 |
| m + | | | | 0 |
| m - | | | | 0 |
| FC + | | | | 0 |
| FC - | | | | 0 |
| CF + | | | | 0 |
| CF - | | | | 0 |
| C + | | | | 0 |
| C - | | | | 0 |
| Fcho + | | | | 0 |
| Fcho - | | | | 0 |
| choF + | | | | 0 |
| choF - | | | | 0 |
| cho + | | | | 0 |
| cho - | | | | 0 |
| F(c) + | | | | 0 |
| F(c) - | | | | 0 |
| | | | | 12 |

| | I | II | III | |
|-------|---|----|-----|----|
| A | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Ad | 1 | | | 1 |
| (A) | | | | 0 |
| (Ad) | | | | 0 |
| H | | 1 | 1 | 2 |
| Hd | | | | 0 |
| (H) | | | | 0 |
| (Hd) | | | | 0 |
| Anat | | | | 0 |
| Sex | 1 | | | 1 |
| Bot | 1 | | | 1 |
| Nat | | | | 0 |
| Geo | | | | 0 |
| Ogg | | | 1 | 1 |
| Arch | | | | 0 |
| Varie | | | | 0 |
| | | | | 12 |

| | I | II | III | |
|--------|---|----|-----|---|
| Orig + | | | | 0 |
| Orig - | | | | 0 |
| Volg | 1 | 2 | 2 | 5 |
| | | | | 5 |

TABELLA DI SIGLATURA

| | |
|-----------------------------------|---------|
| R | 12 |
| T | 0 |
| T.m.i. (30"- 60") | 0 |
| G. Tot. | 1 |
| Gbi, DbiG | 0 |
| DG, DdG | 0 |
| Dim (0 - 2) | 0 |
| G % (20 - 30) | 8,33% |
| G+ % | 100,00% |
| D % (60 - 70) | 91,67% |
| Dd % | 0,00% |
| T.appr:(G)-D | |
| Successione: | |
| F % (50 - 70; >20) | 83,33% |
| F+ % (>70<100) | 60,00% |
| A % (30 - 60) | 58,33% |
| H% (7-20) | 16,67% |
| Anat % (0 - 12) | 0,00% |
| V% (30-50) | 41,67% |
| Orig. % | 0,00% |
| E.T. I :2M:0 C Introversivo | |
| E.T. II :0Ma : 1 (C)= Extraten. | |

RILIEVI PARTICOLARI : (Tra parentesi in tabella di siglatura i valori normativi statisticamente significativi secondo Bohm e Zulliger)

Choc colore tav.II

Analisi dell' Hand test:

La prova in questione evidenzia una attuale condizione di marcato disagio affettivo, con la presenza di un quadro di natura depressiva che impedisce alla paziente una consona vita di relazione e lo svolgimento corretto delle normali azioni della quotidianità. Osservando i risultati dell'Hand test, osserviamo come l'esaminata proietti un vissuto interiore ove spicca l'assenza di una progettualità costruttiva semplicemente a livello pratico, con l'esperienza contemporanea di sensazioni di limitazione e di timore per il proprio futuro. Accanto a questi aspetti, si fanno strada indicazioni della presenza di eccessivi impulsi aggressivi, che non comportano un rischio di acting out, perché la struttura del carattere della signora è orientata in senso introversivo manifesto (cfr. Tabella Z test, sopra allegata, alla colonna E.T. I). Però, esiste la preoccupazione inversa, cioè che la paziente rivolga al suo interno la propria insoddisfazione, amplificando il ritorno sintomatologico depressivo che scaturisce dalla frustrazione per gli eventi patiti, innescando un meccanismo che la porti- come in realtà è già avvenuto e continua a verificarsi-, ad un sempre maggiore quadro sintomatologico, con sempre maggiore riduzione degli slanci e degli impulsi adattivi. In definitiva, la condizione attuale della paziente è connotata da un profondo malessere che investe tutti gli aspetti del proprio adattamento, che sbocca in un quadro depressivo di rilevante entità.

Hand Test –di E. Wagner –

Foglio di notazione informatico adattato di G.Castellani

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita 06/12 /1952

Titolo di studio Diploma Ragioneria

Professione _____

Residenza abituale _____

Numero R isposte = 14

AIRT=

H-L= PATH= 2

CATEGORIE DI RISPOSTA:

AFF (14)=1 (7)

ACQ(5)=2 (14)

TEN(7)=0

DES(2)=0

DEP (4)= 0

ACT(19)= 0

CRIP(5)=1 (7)

FAIL(0)=0

COM (13)=2 (14)

PAS(7)=2 (14)

FEAR(3)=1(7)

BIZ(0)=0

EXH (3)= 2 (14)

Totale ENV(31)=4 (29)

Totale MAL(15)=2 (14)

Totale WITH(3)=0

DIR (5)= 0

AGG (11)=3 (21)

Totale INT(51)=8 (57)

ER= INT: ENV: MAL: WITH= 57:29:14:0

AOR= (AFF+DEP+COM): (DIR+AGG)=21: 21

TRA PARENTESI ACCANTO ALLE CATEGORIE DI RISPOSTA LE PERCENTUALI NORMATE, POI I RISULTATI DEL SOGGETTO.

www.psicolab.net

| <u>TAVOLA – TEMPO REAZ.</u> | | <u>RISPOSTE</u> | <u>SIGLATURA</u> |
|-----------------------------|-----|-------------------------------------|------------------|
| I | 12” | Minaccia uno schiaffo | AGG |
| | | Saluto militare Riguarda la mano | COM EXH |
| II | 4” | Mano dolente, sporca | CRIPP |
| III | 2” | Indica per informare | COM |
| | | Minaccia | AGG |
| IV | 15” | Accarezza | AFF |
| V | 5” | Si sta arrampicando | ACQ |
| | | Mano morta | PASS |
| VI | 8” | Sta per dare un pugno | AGG |
| VII | 10” | Mano appoggiata | PASS |
| VIII | 7” | Schiocca le dita | EXH |
| IX | 6” | Alza le mani e dice : “ Mah...” | ACQ |
| X | 2” | Gesto di scongiuro | FEAR |

PARTE II:**Analisi comparata dei reattivi somministrati in relazione alla sintomatologia associata ed alla coerenza dei risultati.****Analisi del Mobtest**

Risultati ottenuti alle Scale Cliniche:

- RISULTATI MOBTEST -

TEST DI: XY

| | | |
|--|-----|---|
| SCALA I - Conflittualità lavorativa-rischio mobbing: | 115 | Conflittualità patologica - rischio mobbing (III) |
| SCALA II - Ansia: | 55 | Condizione Ansiosa Marcata (II) |
| SCALA III - Depressione: | 49 | Sintomi Depressivi (I) |
| SCALA IV - Percezione del sé-autostima: | 120 | Perdita di Autostima (I) |
| SCALA V - Benessere Lavorativo: | 32 | Disagio Lavorativo (I) |

| | |
|---|--|
| SCALA I - Conflittualità lavorativa-rischio mobbing: | Il soggetto è preda di una condizione patologica della conflittualità lavorativa: l'ambiente di lavoro è ormai solo fonte di frustrazioni e di disagio generalizzato. I responsabili – o presunti tali – di questa situazione sono vissuti come persecutori ed il soggetto tende ormai ad allontanarsi anche fisicamente il più possibile dalla sorgente del malessere. L'adattamento all'ambiente circostante - compreso quello socio-affettivo -, è ridotto quantitativamente e qualitativamente. La sintomatologia psicologica ha raggiunto livelli di alta patologicità. In questa fase, l'eventuale condizione di mobbing appare conclamata |
| SCALA II - Ansia: | A questo stadio l'ansia assume i contorni di un disagio marcato sul piano comportamentale. Il malessere pervade l'esperienza del soggetto ed inizia a costituirsi come sintomo disadattivo di rilevante entità. L'adattamento appare più difficile da mantenere; i pensieri e le percezioni appaiono polarizzate sulle tematiche lavorative. I contatti relazionali – compresi quelli familiari -, subiscono un deterioramento significativo; i trasferimenti sul piano somatico si aggravano. Può essere necessaria una terapia specifica |
| SCALA III - Depressione: | Il soggetto evidenzia una condizione di riduzione degli slanci vitali, che limitano le sue spinte adattive. Emergono tematiche autoaccusatorie e sentimenti di colpa come risposte agli insuccessi lavorativi che il paziente addebita al suo comportamento. Difficoltà di contatto, disturbi neurovegetativi possono essere presenti |
| SCALA IV - Percezione del sé-autostima: | A questo stadio il soggetto si percepisce svalutato nella sua integrità lavorativa e relazionale. Tematiche di incapacità ad affrontare e risolvere i problemi iniziano ad evidenziarsi sempre più nella esperienza del soggetto, che tende ad incolparsi per la condizione di disagio lavorativo in cui si trova |
| SCALA V - Benessere Lavorativo: | Il soggetto, insieme ad un disagio per la condizione che esperisce sul suo posto di lavoro – che può non coincidere con l'affezione che prova verso le sue mansioni o la sua professione-, inizia a sentirsi distaccato anche da ciò che sino ad ora costituiva la fonte del suo benessere professionale. Questa condizione di perdita di interesse generalizzato per il proprio lavoro, compare in coincidenza ad uno stadio più avanzato della conflittualità aziendale, quando da più tempo il soggetto esperisce un marcato malessere nel suo luogo di lavoro |

Come osserviamo, la paziente risulta possedere un quadro patologico relativo a tutte le aree prese in esame dalla prova. In particolare, notiamo come ella riveli una profonda compromissione depressiva ed ansiosa, che segue il marcatissimo disagio esperito in ambito lavorativo: la Scala relativa alla conflittualità lavorativa, infatti, raggiunge qui il suo intervallo massimo, esprimendo come la signora XY sia giunta a percepire il proprio ambito occupazionale e quanto ad esso collegato, in toto. Di più, purtroppo l'esaminata ha toccato il fondo di una situazione che la vede anche distaccata da qualsiasi interesse positivo nei confronti della propria occupazione; stadio, questo, raggiunto solo quando le condizioni complessive hanno distrutto quel tessuto comportamentale connettivo che unisce una persona ai propri scopi vitali.

Patologia lavorativa in atto:

SCALA V - Benessere Lavorativo: Il soggetto, insieme ad un disagio per la condizione che esperisce sul suo posto di lavoro – che può non coincidere con l'affezione che prova verso le sue mansioni o la sua professione-, inizia a sentirsi distaccato anche da ciò che sino ad ora costituiva la fonte del suo benessere professionale. Questa condizione di perdita di interesse generalizzato per il proprio lavoro, compare in coincidenza ad uno stadio più avanzato della conflittualità aziendale, quando da più tempo il soggetto esperisce un marcato malessere nel suo luogo di lavoro. La lettura dettagliata di questa analisi sintetica ci spinge a comprendere la drammaticità della condizione interna ed esterna della paziente, che si esprime nella sintomatologia disadattiva già descritta e che4 vedremo ulteriormente confermata più avanti.

Analisi della Scala CDQ-Depressione**Diagnosi ottenuta:**

| RISULTATI TEST CDQ- di Krug e Laughlin- adattamento e ampliamento diagnostico di G.Castellani | | |
|---|----|-------------------|
| TEST DI: XY | | |
| TOTALE PUNTEGGIO GREZZO NON CORRETTO | 43 | DEPRESSIONE |
| TOTALE PUNTEGGIO GREZZO CORRETTO | 47 | DEPRESSIONE MEDIA |

INTERVALLI DIAGNOSTICI: 33 - 42 - DEPRESSIONE DI LIEVE INTENSITA'
 43 - 52 - DEPRESSIONE DI MEDIA INTENSITA'
 53 - 62 - DEPRESSIONE DI GRAVE INTENSITA'
 63 --> DEPRESSIONE DI GRAVISSIMA INTENSITA'

Analisi della Scala ASQ-Ansia

Diagnosi ottenuta:

| RISULTATI TEST ASQ-di Krug,Scheier e Cattell-Adattamento e ampliamento diagnostico di G.Castellani | | |
|--|----|--|
| TEST DI: XY | | |
| TOTALE PUNTEGGIO GREZZO CORRETTO | 55 | CONDIZIONE ANSIOSA DI MEDIA INTENSITA' |

Intervalli Diagnostici:

- | | |
|----|--|
| 1) | 39-49 = CONDIZIONE ANSIOSA DI LIEVE INTENSITA' |
| 2) | 50-60 = CONDIZIONE ANSIOSA DI MEDIA INTENSITA' |
| 3) | 61-80 = CONDIZIONE ANSIOSA DI GRAVE INTENSITA' |

Le diagnosi ottenute con l' ASQ ed il CDQ, confermano il quadro di gravità sintomatologica presente nel soggetto. I termini diagnostici ' DI MEDIA GRAVITA' ' qui adoperati, non traggano in inganno riguardo la loro importanza descrittiva: i risultati ai due Test citati hanno già valore patologico non appena entrano nella soglia di significatività indicata come 'lieve' (I intervallo).

Analisi delle Scale AA,BE del CPI:

TEST DI: XY -- SESSO: F

| SCALA AA | |
|-----------|--|
| RISULTATO | DIAGNOSI |
| 18 | Metodica, conservatrice, fidata, convenzionale, amante delle comodità e tranquillità, che svaluta se stessa, ed è incline a sentimenti di colpa ed a biasimarsi; che è passiva nell'azione ed ha interessi ristretti |

| SCALA Be | |
|-----------|---|
| RISULTATO | DIAGNOSI |
| 24 | Senza ambizioni, se la prende comoda, impacciata, cauta, apatica e convenzionale. E' vista come persona che stà sulla difensiva ed è portata a scusarsi; è inibita nel pensiero e nell'azione; senso di scoraggiamento. |

Abbiamo qui un risultato del tutto coerente con quanto ottenuto al Mobtest, in relazione alla stima ed alla accettazione che la paziente ha di se stessa – negativa-, ed alla considerazione altrettanto negativa che ella ha sviluppato nei confronti del proprio lavoro.

Rapporto delle Scale CDQ,ASQ e CPI con i risultati al Mobtest:

Come esaminato approfonditamente, il rapporto tra i test impiegati e descritti in precedenza, è risultato del tutto coerente ed analogo.

Analisi del PNP:

| | | | | |
|------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | IN SINCERITA' | QUEST. NEVROTICISMO | CONNESSIONI VERBALI | TENDENZE NEVROTICHE |
| PUNTEGGI GREZZI | 4 | 22 | 13 | 220 |
| PUNTEGGI T | 35 | 81 | 58 | 81 |
| | | 2 | + 1 | = |
| | TENDENZE PARANOICHE | TENDENZE PSICOPATICHE | | |
| PUNTEGGI GREZZI | 15 | 15 | | XY |
| PUNTEGGI T | 103 | 92 | | |

Come spiegato nella anamnesi iniziale, giungiamo adesso ad esaminare i risultati di questo importantissimo test, che appaiono contraddire la veridicit  di quanto ottenuto al complesso delle Prove somministrate. La signora XY pare connotarsi come individuo con tendenze sia nevrotiche, sia paranoiche che psicopatiche, dunque scarsamente attendibile quando formula la descrizione delle sue problematiche in relazione di causa-effetto con la situazione da lei patita in ambito lavorativo. Non   cos . Analizzando gli items di cui si compone il test, vediamo agevolmente che non   possibile per il soggetto, nelle sue attuali condizioni, negare la veridicit  di quelle affermazioni che la riportano ad esperire quanto descritto all'inizio in relazione ai contatti con gli altri quando inserita nel suo ambiente di lavoro: a causa delle sue difficolt , REALMENTE la signora sente di essere di peso per gli altri, colleghi compresi, REALMENTE sente che anche i suoi familiari non sono con lei d'accordo con le sue scelte di vita, purtroppo conseguenti allo stato di malattia che la connota da anni e non certo a lei gradite. Di sotto ho evidenziato rispettivamente gli items relativi alle 'Tendenze paranoiche' ed a quelle 'psicopatiche': difficilmente la paziente, con la storia che sappiamo alle spalle, poteva rispondere in maniera diversa.

TENDENZE PARANOICHE-Items no. 6,16,25,26,27,39,53,59,60,61,63,67,70,71,82.

TENDENZE PSICOPATICHE-Items no. 5,17,19,20,34,39,41,42,51,59,62,69,72,73,83.

Altrettanto possiamo affermare per le 'Tendenze nevrotiche' (tutti gli items non citati sopra), frutto di quel continuo trauma esperito dalla signora XY.

www.psicolab.net

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE FINALI

In virtù di quanto ottenuto dopo la somministrazione dei test descritti, possiamo concludere come segue:

la signora XY soffre di una profonda condizione di disadattamento comportamentale, derivato da tutta la sequela di eventi patologici a cui si è trovata di fronte. Come analizzato lungo tutto l'arco delle numerose prove psicodiagnostiche somministrate, la complessità della condizione della paziente è frutto del prolungato periodo di tensione nato dal disturbo originato dalla esposizione a sostanze che hanno minato la sua salute, costringendola ad uno stile di vita limitato e limitante, sfociato in una patologia complessiva dove il danno biologico si salda a quello esistenziale. Come abbiamo visto, la signora non è più in grado di stabilire un qualsivoglia contatto sociale, affettivo e lavorativo senza che la malattia arrivi istantaneamente ad impedirle un qualsiasi adattamento. Il dramma che ne deriva è comprensibile a tutti e con tale dramma, la paziente deve fare i conti da alcuni anni, imprimendo un brusco cambiamento peggiorativo alle sue condizioni di comportamento. Accanto a queste problematiche così esaustive, si è sviluppata tutta una sintomatologia di malessere ansioso e depressivo che, per quanto importante, costituisce quasi un contorno ai profondissimi disagi esistenziali esperiti. La tensione scaturita dal danno biologico investe tutta la vita della paziente, che si trova isolata nel fronteggiarla, per tutta quella serie di difficoltà oggettive che prorompono non appena ella instauri un rapporto relazionale: come discusso nella parte finale dello studio psicodiagnostico effettuato, l'esaminata ormai percepisce le persone con cui si trova ad interagire come ostili, a lei sfavorevoli, proprio perché con loro non può più avviare un confronto interpersonale adeguato, normale, in virtù degli ostacoli imprescindibili che ella stessa si sente di creare con le difficoltà pratiche che procura agli altri il suo contatto. Tale condizione pone il soggetto in uno stato di continua frustrazione che sfocia in un quadro depressivo reattivo di intensità importante, del tutto limitativo per un qualsiasi adattamento, sia affettivo, sia sociale. Lo studio qui svolto è concorde in ogni sua parte a descrivere la signora XY come personalità del tutto normale di fondo. La sintomatologia emersa appartiene alla reattività agli eventi subiti, sufficientemente descritti anche in questa sede. In virtù della totalità dei risultati ottenuti, possiamo dunque sostenere con rigore oggettivo il nesso causale tra la condizione in cui versa la paziente e gli eventi a lei occorsi in ambito lavorativo, con quanto ne consegue sul piano del riconoscimento della sua invalidità e dei provvedimenti che dovranno essere disposti a seguito di ciò.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- D. Passi Tognazzo Il metodo Rorschach Giunti-Barbera Firenze 1968 e seg
- H. Zulliger Lo Z-test O. S. Firenze,1993
- E. Wagner The Hand test O. S. Firenze 1977
- W. BRONDOLO – A. MARIGLIANO DANNO PSICHICO GIUFFRÈ MILANO 1996
- G. Castellani – G. Fuzzi TSA Adattamento ed ampliamento.. O. S. Firenze 1994
- G. Castellani Un caso di disturbo dell'adattamento - Items n.3 O.S. Firenze 2007
- G. Castellani I test psicologici vanno di moda- in 'Centostelle' , n.4 Ed.Centostelle,Firenze 1984
- G. Castellani 'Il TSA' -- Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'Il test di Rorschach' --,Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'Lo Zulliger test' --, Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani ' L'Hand test' - -, Psicolab. Firenze 2006
- G. Castellani ' Il test della figura umana' --, Psicolab, Firenze 2006
- G. Castellani 'Il CDQ IPAT' --,Psicolab Firenze 2006
- G. Castellani 'L'ASQ IPAT' - -,Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'La Scala WAIS,test d'intelligenza per adulti' -- Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'La Scala WISC,test d'intelligenza per bambini' --,Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'Il TIB-test d'intelligenza breve' --,Psicolab.Firenze2006
- G. Castellani 'La Scala Wechsler per la memoria,formel -II' -,Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'Il CPI -California Psychological Inventory'--, Psicolab Firenze 2006
- G. Castellani 'L'MMPI -Minnesota Multiphasic Personality Inventory' ,Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'Le favole di L.Duss' --,Psicolab,Firenze2006
- G. Castellani 'Il Caso di Sofia, di 9 anni' -articolo di relazione peritale,Psicolab,Firenze 2006
- G. Castellani 'Studio delle Capacità Mnesiche ' – Psicolab, 2006

- G. Castellani 'Un Caso di Lutto - parte I' – Psicolab, 2006
- G. Castellani Un Caso di Lutto - parte II'- Psicolab, 2006
- G. Castellani 'Un Caso di Lutto - parte III'- Psicolab, 2006
- G. Castellani 'Un Caso di Lutto - parte IV'-Psicolab, 2006
- G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica Su U G, Di Anni 39'- Psicolab, 2007
- G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica su I D C, di Anni 63'- Psicolab, 2007
- G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica su S P, di Anni 28'- Psicolab,2007
- G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica su F F, di Anni 20'- Psicolab,2007
- G. Castellani 'Relazione sullo Studio delle Capacità Mnesiche del Signor G P, Di Anni 77'- Psicolab,2007
- G. Castellani 'La psicologia diagnostica in Internet' © COPYRIGHT 2005, ITOSCANA
- G. Castellani MOBTEST © 2002 by Giuseppe Castellani
- G. Castellani Insegnare lo Z-test – Manuale pratico © 2003 by G. Castellani
- G. CASTELLANI RORSCHACH SHORT FORM: UNA ELABORAZIONE PRATICA.. © 2004 BY G. CASTELLANI
- L. SMALL MANUALE DI LOCALIZZAZIONE E SIGLATURA DEL REATTIVO DI RORSCHACH O.S.FIRENZE 1962
- Harrison Gough C P I –California Psychological Inventory O.S. Firenze 1959
- Spielberger,Gorsuch, Lushene STAI –Questionario per l'ansia O.S. Firenze 1980
- KRUG-SCHEIER-CATTELL ASQ (IPAT ANXIETY Sc) QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE O.S. FIRENZE 1979
- Krug- Laughlin CDQ (IPAT Depression Sc) – Questionario di autovalutazione O.S Firenze 1979
- Remondino-Sibour PNP- Depistage delle tendenze patologiche di P.Pichot O.S. Firenze 1963