

Considerazioni in merito all'uso dei test mentali nella quantificazione del danno biologico di natura psichica

Luca Cimino^{}, Domenico Vasapollo^{*}*

Riassunto

Gli autori, pur rimarcando la centralità del colloquio strutturato e dell'esame delle condizioni mentali per la valutazione del danno biologico di natura psichica, sottolineano altresì l'importanza, all'interno di un corretto esame psicodiagnostico, dei test mentali quale utile supporto per la quantificazione del danno stesso, a condizione di conoscerne peculiarità e limiti.

Résumé

Les auteurs, même s'ils mettent en évidence l'importance prépondérante du colloque structuré et de l'examen des conditions mentales pour l'évaluation du dommage biologique de nature psychique, soulignent aussi l'importance des tests mentaux pour un examen psychodiagnostique correct. Les tests mentaux servent de support utile pour quantifier le dommage, à condition de connaître leur particularités et limites.

Abstract

The authors, though remarking the centrality of the structured interview and the examination of the mental conditions for the evaluation of the psychic biological damage, underline also the importance, in the course of an accurate psychodiagnostic test, of the mental tests as useful means for the quantification of the damage itself, although one should know their peculiarities and limits.

1. Introduzione.

La valutazione del danno a persona rappresenta una tematica di primaria importanza per la disciplina medico-legale, sia per i suoi riflessi dottrinali, che per gli aspetti professionali, rappresentando, per altro, il momento più comune della quotidianità operativa. Il danno psichico, pur essendo considerato una fattispecie del danno biologico, in realtà ne differisce in maniera sostanziale, in quanto la dimensione psichica per la eterogeneità che la caratterizza, ove elementi soggettivi ed oggettivabili inestricabilmente si confondono con i significati soggettivi che appartengono in modo irripetibile alla storia di

vita e alla rete di relazioni sociali dell'individuo, introduce un elemento di ulteriore complessità in merito alle problematiche ed al metodo dell'approccio accertativo.

^{*} Specialista in Medicina Legale, specializzando in Psichiatria, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna.

^{*} Professore Associato di Medicina Legale, Università degli Studi di Bologna.

Per tale motivo il medico legale che si appresta ad affrontare gli aspetti del danno psichico nei vari ambiti del diritto, deve necessariamente possedere una adeguata preparazione sia sul versante psichiatrico che su quello prettamente medico-legale, in quanto la conoscenza degli aspetti clinici della malattia mentale, assieme all'applicazione di una rigorosa metodologia medico-legale, rappresentano i due aspetti imprescindibili senza i quali non è possibile affrontare in maniera adeguata le complesse problematiche inerenti a tale specifico argomento¹.

2. L'esame psicodiagnostico e le c.d. "reazioni ad eventi".

In tema di danno psichico ed in generale di problematiche valutative in ambito psichiatrico-forense, il punto di partenza su cui verterà qualsiasi considerazione successiva è rappresentato dalla diagnosi clinica di disturbo psichico. A tale proposito è importante sottolineare come lo strumento del colloquio clinico rappresenta il fulcro centrale ed insostituibile per qualsiasi accertamento in tema di danno psichico poiché consente, attraverso la raccolta dell'anamnesi psichiatrica, della storia di vita del soggetto e soprattutto dell'esame delle condizioni mentali, di evidenziare la tipologia delle aree di funzionamento neuro-psicologiche alterate e l'entità del deficit dell'insieme funzionale cognitivo-espressivo responsabile dei segni osservati e dei sintomi riferiti dal paziente.

¹ Cimino L., "L'approccio valutativo medico-legale in relazione alla patologia psichiatrica: problematiche e metodo", in *Rivista Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi*, 1, pp. 11-24, 2008.

Tuttavia, stante la complessità dello "psichismo" proprio di ogni individuo, frutto dell'interazione bio-psico-sociale e della interrotta dinamica relazionale esistente fra realtà interna ed esterna di ogni soggetto, per meglio quantificare i rapporti esistenti fra evento lesivo e le eventuali alterazioni psicopatologiche osservate, in modo tale da procedere ad una precisa disamina del funzionamento globale del paziente, particolare importanza assume, a nostro avviso, l'impiego dell'esame psicodiagnostico. Parliamo espressamente di esame psicodiagnostico e non di semplice somministrazione di test mentali, intendendo con tale termine un lavoro più articolato, costituito da più strumenti di *assessment* che, integrato all'interno dell'esame psichico globale, consente di arricchire le informazioni ottenute dall'analisi delle varie aree del funzionamento psichico dell'individuo (coscienza, intelligenza, pensiero, percezione, memoria, umore/affettività, capacità di giudizio), fornendo importanti elementi aggiuntivi a quelli già ottenuti per mezzo del colloquio clinico il quale, lo ripetiamo, rappresenta l'elemento fondamentale e insostituibile per giungere ad una diagnosi clinica². Sebbene la multicausalità del

² L'uso dei test mentali in ambito psichiatrico-forense risulta certamente utile per consentire un migliore inquadramento del caso. Quando i reattivi mentali sono utilizzati a scopo psicodiagnostico, per la comprensione della struttura di personalità, degli aspetti cognitivi ed emotivi, dei disturbi mentali ecc., essi consentono, infatti, di fornire risultati obiettivabili ed insostituibili, a condizione, tuttavia, che vengano impiegati in modo corretto, utilizzando sistemi di valutazione testale specifici, possibilmente somministrati in batterie piuttosto che in singoli test, così da ottenere valutazioni più attendibili confrontando l'efficienza e l'integrità delle diverse funzioni mentali. Bisogna, peraltro, sottolineare che i test psicodiagnostici integrano l'esame psichico, ma non lo sostituiscono; tal che, in linea di principio, si può affermare che il loro apporto è utile soprattutto quando confermano i risultati dei colloqui clinici. Se,

disturbo psichico renda, quindi, necessario l'utilizzo di strumenti diversi onde aumentare l'accuratezza diagnostica, è necessario sottolineare che, qualora si ricorra all'utilizzo di test, è fondamentale conoscerne bene limiti e vantaggi, tenendo presente che essi non forniscono indicatori certi di psicopatologia, ma unicamente fattori che hanno un diverso livello di probabilità di essere associati a quadri psicopatologici³. La somministrazione di test, sia che avvenga all'interno di un contesto clinico che forense, non rappresenta mai un'operazione a sé stante, ma un momento di un processo diagnostico e/o valutativo, ove gli elementi da esso emersi devono essere integrati e valutati con i dati che provengono all'esaminatore da tutti gli altri strumenti utilizzati (colloquio clinico *in primis*), in modo tale da poter formulare, attraverso un processo di sintesi, una diagnosi del disturbo del paziente. Per tale motivo una fonte di *bias* non trascurabile, capace di distorcere le conclusioni dell'intera valutazione psicodiagnostica, può essere rappresentata dallo stesso clinico che somministra i test, qualora esso non sia in grado di utilizzare il materiale raccolto tendendo a basarsi troppo sui risultati del reattivo senza utilizzare il ragionamento clinico, negando eventuali

tuttavia, al termine dell'esame clinico, i test rivelassero contenuti contrastanti con quest'ultimo, sarebbe opportuno ripeterli, tenendo conto che, in siffatti casi, il valore degli elementi emersi da una storia clinica ben documentata prevale sul risultato del singolo test, e che, in tali situazioni, risulta dirimente l'osservazione prolungata dell'esaminando.

³Lang M., "La diagnosi testologica", in Del Corno F., Lang M. (a cura di), *Elementi di psicologia clinica*, FrancoAngeli, 2005, Milano; Freilone F., "Quali spazi ha la psicologia clinica nelle discipline forensi", in Fornari U., Del Semine N., Milano MM., *Percorsi clinici e discipline forensi*. Centro Scientifico Editore, Torino 2005.

discrepanze o interpretando i dati in relazione a proprie aspettative più o meno esplicitate⁴.

In un contesto forense gli elementi emersi da un corretto impiego della testistica psicodiagnostica possono fornire dati preziosi per effettuare una diagnosi sintomatica o di struttura, formulare ipotesi sul funzionamento cognitivo, emotivo, interpersonale ed intrapsichico, nonché permettere di approfondire elementi peculiari di questo specifico *setting*, come, ad esempio, evidenziare comportamenti simulatori o dissimulatori.

Limitando il nostro interesse all'oggetto del tema in questo contesto affrontato, ovvero la quantificazione del danno psichico, una batteria testale adeguata dovrebbe comprendere sia reattivi di personalità, proiettivi o questionari, sia reattivi mentali, prima globali e poi specifici, nel momento in cui una specifica funzione mentale risulti inficiata da un evento traumatico. Estremamente importante, in tale contesto, appare il valore aggiunto dell'impiego della testistica mentale onde valutare, attraverso l'esame della struttura di personalità di un individuo e della sua modalità di funzionamento psichico, la possibilità di preesistenze e il valore causale fra l'evento dannoso e la comparsa della sintomatologia psichica lamentata.

Un altro aspetto a cui un corretto impiego della testistica psicodiagnostica può apportare utili elementi, consiste nell'identificazione del livello di gravità, ovvero nella percentualizzazione del danno stesso.

E' necessario a tal proposito chiarire che qualora si decida di utilizzare in ambito forense test che,

⁴ Queste fonti di distorsione dei risultati costituiscono i cosiddetti *non test factors*, ovvero quegli elementi che nel corso della diagnosi testologica possono interferire con il risultato e che non sono riferibili alle caratteristiche specifiche dello strumento utilizzato.

ricordiamo, nascono in un *setting* diverso, ovvero quello clinico, i parametri di giudizio che ci dovranno guidare nella scelta degli stessi, fra i molti disponibili, saranno fondati sull'attendibilità e sulla validità, evitando i *bias* prodotti dall'esaminatore e la contaminazione dei dati per opera di influenze esterne. Dall'esame della letteratura specifica⁵ i test clinici più accreditati ai nostri fini risultano il Wais-R, il Rorschach e l'MMPI-2 che comprendono, fra l'altro, anche indicatori che consentono di smascherare la simulazione. Anche l'impiego di scale di valutazione potrebbe risultare utile, in particolare impiegando quelle espressamente concepite per rilevare i sintomi più frequentemente connessi al danno psichico, ovvero l'ansia, la depressione, la capacità di gestione e di reazione allo stress (Hamilton Depression Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Scala di impatto all'evento di Horowitz, ecc.), ma tali strumenti, per le loro caratteristiche intrinseche, oltre ad essere finalizzati essenzialmente per un impiego in un ambito di ricerca clinica, consentono all'esaminando di poter più facilmente enfatizzare la propria sintomatologia.

⁵Pajardi D., "La metodologia peritale: aspetti clinici e specificità del setting", in Pajardi D., Macrì L., Merzagora Betsos I., *Guida alla valutazione del danno psichico*. Giuffrè Editore, Milano 2006; Ferracuti S., *I test mentali in psicologia giuridica e forense*, Centro scientifico Editore, Torino, 2008; Albonetti S., "Metodi di accertamento psicodiagnostico", in Brontolo W., Marigliano A., *Danno psichico*, Giuffrè Editore, 1996; Buzzi F., Vanini M., *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*, Giuffrè Editore, Milano, 2006; Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino, 2008; Volterra V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Masson, Milano, 2006.

Fatte queste necessarie puntualizzazioni, passiamo ora ad analizzare il possibile impiego di quei test mentali che appaiono più adeguati per la valutazione del danno psichico, con particolare attenzione al contributo che essi possono portare nella determinazione della sua gravità.

La Wais-R rappresenta una prova di livello costituita da undici subtest (sei di capacità verbali e cinque di capacità non verbali), che costituisce lo strumento di riferimento psicodiagnostico per la valutazione dell'integrità intellettiva, rappresentando un punto di partenza qualora si sospettino deficit cognitivi. In particolar modo il suo utilizzo potrebbe trovare un adeguato impiego nella valutazione, ad esempio, di un danno specifico a funzioni cognitive conseguente a trauma cranico, soprattutto se adeguatamente integrato con una valutazione di tipo neuropsicologico. La Wais-R, tuttavia, oltre alle indicazioni cognitive, rappresenta un indicatore di atteggiamenti simulatori e di stati emotivi. Ad esempio, un paziente gravemente depresso, non mostrerà solamente un profilo di rendimento basso, tale da comportare un basso Q.I., ma anche punteggi molto bassi nei subtest di *performance*, con notevole differenza rispetto ai subtest verbali; un simulatore, invece, imitando lo stereotipo della depressione, avrà un cattivo rendimento a tutti i test. In relazione al livello di gravità ci aspetteremo, quindi, che un paziente con un grave danno psichico (superiore al 30%) mostrerà sempre al Wais-R un basso Q.I., secondario all'interferenza dello stato emotivo sulle funzioni cognitive, risultando particolarmente deficitario nei subtest di *performance*.

Il test di Rorschach, invece, è un test proiettivo la cui principale finalità consiste nella descrizione

dell'organizzazione della personalità e delle strutture di difesa del soggetto. Tralasciando, in quanto esula dalle finalità del nostro lavoro, l'annoso contenzioso, particolarmente in ambito forense, fra sostenitori e denigratori di questo strumento psicodiagnostico, la letteratura più accreditata tende attualmente a considerare il Rorschach un dispositivo valido per l'analisi della personalità a patto di integrare le informazioni da esso tratte con altre fonti (prima di tutto il colloquio clinico), di somministrarlo e valutarlo in forma standardizzata, di conoscere con precisione i fattori che possono modificare o alterare l'interpretazione dei risultati. Poiché il test di Rorschach ha la finalità di descrivere l'organizzazione della personalità e non di misurarla, esso appare meno utile ai nostri fini, relativi alla valutazione della gravità del danno psichico, mentre risulta imprescindibile qualora si debba valutare la veridicità di una sintomatologia psichica e di un assetto di personalità preesistente. Tuttavia anche in un contesto di valutazione del danno questo test, come evidenziato dalla letteratura in merito, può dare degli ottimi contributi. Ad esempio, nel caso di danno da lutto, attraverso questo test proiettivo è possibile differenziare soggetti con depressione "caratterigena" da quelli in cui la depressione appare "reattiva" all'evento, permettendo, in tal modo, un adeguato inquadramento del ruolo eziologico di un eventuale fattore traumatico nella genesi della sofferenza psichica; ed ancora risposte scarse, povere sul piano cognitivo ed emotivo, acromatiche, associate a "tematiche" di morte, appaiono sovente indicative di forme di depressione particolarmente gravi.

Tuttavia il test psicodiagnostico che, a nostro avviso, si mostra più utile per una quantificazione del danno psichico risulta l'MMPI-2. Si tratta di un questionario di personalità costituito da un rilevante numero di affermazioni e domande (567 items) a cui il soggetto deve rispondere se per lui siano vere o false. E' un test standardizzato, ad ampio spettro, costituito per valutare le più importanti caratteristiche strutturali della personalità ed i disturbi emozionali. E' costituito da un insieme di scale suddivise in: scale di validità (scala L, F, K, Fb, Trin, Vrin), scale di base⁶ (scale Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma, Si), scale di contenuto (Anx, Frs, Obs, Dep, Hea, Biz, Ang, Cyn, Asp, Tpa, Lse, Sod, Fam, Wrk, Trt) e scale supplementari (A, R, Es, Mac-R, FB, O-h, Do, Re, Mt, Gm, Gf, Ps-PK, Mds, Aps, Aas). Senza addentrarci nel significato delle singole scale, in quanto esula dal fine del presente lavoro e rimandando per un approfondimento di tale tematica alla letteratura specifica che si è occupata dell'argomento⁷, preme ricordare come questo test appare particolarmente utile ai fini della valutazione del danno psichico, in quanto, sulla base dei punteggi numerici ottenuti nelle singole scale, consente di attribuire un livello di gravità al profilo sintomatologico presentato dal paziente. Di particolare interesse per i nostri fini, ad esempio, appare la scala PK o scala del Disturbo post traumatico da stress, dove punteggi alti sono

⁶ L'interpretazione di una scala clinica può talvolta essere complicata dal contenuto eterogeneo; pertanto l'MMPI-2 considera per alcune di esse (Scala D, Scala Hy, Scala Pd, Scala Pa, Scala Sc, Scala Ma, Scala Si) delle sottoscale (indicate come sottoscale di Harris e Linges), che permettono di selezionare i descrittori più rilevanti, in modo tale da chiarire e sostanziare particolari interpretazioni della scala madre in cui essi sono contenuti.

associati a sensazioni di intenso stress emotivo, ansia e disturbi del sonno, depressione o altri sintomi che si riscontrano in coloro che hanno avuto esperienze catastrofiche. Un altro indice importante fornito dall'MMPI-2 riguarda la tendenza alla cronicizzazione, ovvero la possibilità di evolvere verso la permanenza del danno, elemento questo particolarmente importante nella valutazione della gravità, ad esempio, del disturbo dell'adattamento o dei disturbi somatoformi e che si manifesta con alti punteggi nelle scale riguardanti l'ipocondria (Hs), l'isteria (Hy) e la depressione (D)⁸. In questi casi, ad esempio, le scale dell'ipocondria e dell'isteria risultano molto alte rispetto a quelle della depressione configurando quello che viene comunemente definito "vallo isterico" e che può rappresentare un elemento indicativo di una possibile stabilità dei sintomi nel tempo.

All'interno della valutazione del danno psichico, la stima dell'impatto da esso generato sul funzionamento globale dell'individuo può fornire ulteriori informazioni per una valutazione più accurata della gravità del danno biologico; a tal fine particolarmente utile può risultare l'impiego della scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF). Questo strumento, nel contesto del sistema multiassiale per la valutazione proprio del sistema DSM, permette di riportare, all'interno dell'asse V, il giudizio sul

livello di funzionamento globale (psicologico, sociale e lavorativo) dell'individuo, apportando utili informazioni in merito all'impatto del disturbo psichico e del suo esito. La scala VGF è divisa in dieci ambiti di funzionamento, all'interno di un *range* fra 0 e 100, ad ognuno dei quali corrisponde una descrizione riguardante la gravità del sintomo ed il funzionamento sociale, lavorativo e scolastico del soggetto. A secondo del quadro clinico, della presenza o assenza di segni e sintomi e della loro intensità, nonché delle ripercussioni sul funzionamento psico-sociale dell'individuo, la gravità del disturbo può essere classificata come lieve (*range* 70-100), se sono presenti pochi o nessun sintomo e non vi è che una minima compromissione del funzionamento sociale o lavorativo; moderata (*range* 60-70), se sono presenti sintomi o compromissione funzionale fra lieve e grave; grave (*range* 10-50), se i sintomi sono numerosi e/o particolarmente gravi con netta compromissione del funzionamento sociale e lavorativo.

Tra i capitoli meritevoli di approfondimento, in quanto di frequente riscontro nella prassi medico legale e nei quali una valutazione psicodiagnostica potrebbe fornire utili contributi per una più completa e mirata valutazione dell'entità del danno, ritroviamo le c.d. "reazioni ad eventi", rappresentate dal disturbo post traumatico da stress (DPTS), dal disturbo dell'adattamento cronico (DA), dal lutto e dai disturbi somatoformi⁹. Sulla base delle considerazioni precedentemente esposte, a nostro avviso, fra i vari test psicodiagnostici, l'MMPI-2 risulta quello più idoneo nell'apportare informazioni aggiuntive

⁷ Butcher JN., Williams CL., *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*, Giunti, Firenze 1996.

⁸ A tale proposito riteniamo importante ricordare come la denominazione delle singole scale non corrisponde alla diagnosi nosografica omonima, bensì alti punteggi in una determinata scala indicano che quell'individuo presenta caratteristiche di personalità e comportamenti sintomatici che si riscontrano più frequentemente in soggetti che presentano un disturbo psichico riconducibile alla categoria indicata dalla scala stessa.

⁹Cerisoli M., Vasapollo D., *La valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica*, Società Editrice Universo, Roma, 2008.

in merito al livello di gravità del danno psichico di tali quadri sindromici, permettendo una ripartizione del livello di gravità del danno sulla base dei valori (Punti T) delle scale considerate più significative per quel particolare disturbo.

Per quanto attiene al **Disturbo Post Traumatico da Stress** (DPTS) ricordiamo che questo quadro patologico, collocato dal DSM IV-TR¹⁰ fra i disturbi d'ansia, risulta conseguente ad un evento traumatico, vissuto dalla persona o a cui essa ha assistito, che ha comportato minaccia per la vita o per l'integrità propria o altrui e durante il quale essa ha sperimentato intensi sentimenti di paura, impotenza ed orrore. La caratteristica del disturbo consiste nel rivivere l'evento traumatico attraverso ricordi spiacevoli, intrusivi, sogni ricorrenti, *flashback*, ecc., che condizionano uno stato di *iperaousal*, evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale. Il livello di gravità di questo disturbo risulta connesso alla intensità della sintomatologia clinica esperita dal soggetto e al disagio ed interferenza che essa comporta sullo stile di vita e sui livelli di funzionamento propri della persona prima dell'evento. A tali parametri un ulteriore indice di gravità potrebbe essere desunto dai risultati emersi dalla somministrazione dell'MMPI-2, attraverso una valutazione dei punteggi T ottenuti in determinate scale di riferimento, come indicato nella seguente tabella.

¹⁰ A.P.A., *DSM-IV-TR*. Masson, Milano, 2000.

Livello di gravità	Parametri di riferimento scale MMPI-2 (punti T)	Proposta Valutativa
LIEVE	Scala PK (60-64); valori fra 60-64 nelle scale Hs-D-Hy; scala Anx (60-64); scala Dep (60-64)	10%
MODERATO	Scala PK (65-76); Valori fra 65-76 scale Hs-D-Hy; scala Anx (65-76); scala Dep (65-76)	20%
GRAVE	Scala PK (>76); Scala Hs (>76); Scala D (>76); Scala Hy (>65 nelle sottoscale Hy4) ; scala Pa (valori >65 nella sottoscala Pa 1); scala Sc (valori > 65 sottoscala Sc2-Sc3); scala Anx (>76); Scala Dep (>76)	30%

Tabella n. 1: DPTS

Sicuramente meno grave da un punto di vista clinico rispetto al DPTS, risulta il **disturbo dell'adattamento (DA)**, che il DSM IV-TR descrive come "lo sviluppo di sintomi emozionali e comportamentali in risposta a uno o più fattori stressanti che si manifestano entro 3 mesi dall'inizio del fattore o dei fattori stressanti". La reazione risulta sproporzionale rispetto alla natura del fattore stressante che, diversamente dal DPTS, rientra nell'ambito della normale esperienza (es. matrimonio, divorzio, nascita di un bambino, perdita del lavoro, ecc.) e, sulla base della sintomatologia predominante, il quadro può essere caratterizzato da umore depresso, ansia, ansia ed umore depresso misti, alterazione della condotta, alterazione mista dell'emotività e della condotta. In riferimento a questa tipologia di disturbo, il medico legale dovrà considerare il difficile tema del nesso causale con l'evento, l'eventuale cronicizzazione della patologia, il livello di compromissione sociale e lavorativo eventualmente presente, oltre alla sofferenza psichica soggettiva. In tale fattispecie l'utilizzo del MMPI-2 può apportare utili elementi rispetto alla valutazione della gravità del danno, ponendo particolare attenzione alle seguenti scale:

- Scala Hs (ipocondria)
- Scala D (depressione)
- Scala Hy (isteria)
- Scala Anx (ansia)
- Scala Dep (depressione)
- Scala Hea (preoccupazioni per la salute).

Sulla base del punteggio numerico (punti T) di queste scale si potrà differenziare la gravità del quadro clinico in lieve (60-64), moderata (65-76), grave (>76)¹¹. Nella valutazione si potranno considerare anche le scale di autopercezione negativa (Lse-bassa autostima), del gruppo dei problemi generali (Sod-disagio sociale, Fam-problemi familiari, Wrk-difficoltà sul lavoro, Trt-indicatori di difficoltà di trattamento) e della forza dell'Io (Es), che permetteranno, indagando sul grado di vulnerabilità del soggetto e sulla disponibilità ad affrontare gli eventi, oltre che sulla compromissione del funzionamento

¹¹ In tale contesto il livello di gravità fa riferimento ai valori emersi dai punteggi T dell'MMPI-2 che devono essere integrati con le informazioni emerse dal colloquio clinico e dall'indagine psichiatrica; sulla base della globalità dei dati rilevati il quadro clinico specifico potrà essere suddiviso in tre livelli di severità a cui corrispondono rispettive percentuali valutative di danno biologico: lieve (1-5%), moderato (6-15%) e grave (16-25%).

sociale/lavorativo, di avere ulteriori indicatori di gravità del quadro clinico presentato.

Per quanto attiene al **“lutto patologico o complicato”**, a nostro avviso, le manifestazioni psicopatologiche ad esso correlate rientrano nell’ambito di un disturbo depressivo, sia per la durata che per l’intensità della sintomatologia. La valutazione della gravità dovrà, quindi, basarsi sull’entità della sofferenza soggettiva, sulla sintomatologia psichica connotata o meno di sintomi melanconici, psicotici o di ideazione suicidiaria, sull’interferenza con lo stile di vita e con i livelli di funzionamento della persona. Particolarmente importante risulta, pertanto, la descrizione attenta dei vissuti e dei comportamenti del soggetto, unitamente alla compromissione dei suoi livelli di “operatività”. Riguardo l’utilizzo in tale contesto dell’MMPI-2, facendo riferimento soprattutto alle scale D (con riferimento alle sottoscale D1, D2, D3, D4, D5); Si-introversione sociale (sottoscale Si 1, Si 3); Dep; Ang-rabbia e Lse, valgono le stesse considerazioni riportate precedentemente in merito ai valori raggiunti nelle singole scale, indicando come lieve valori fra 60-64; moderato fra 65-76 e grave superiore a 76.

Anche i **disturbi somatoformi**, a nostro avviso, possono essere compresi fra le “reazioni ad eventi”, in quanto rappresentano una risposta psicopatologica ad un “insulto” genericamente inteso che, invece di rappresentarsi con le più comuni manifestazioni emotive e comportamentali riconducibili all’ansia e alla depressione del tono dell’umore, finisce per “utilizzare” il corpo quale strumento attraverso cui manifestare una sofferenza che è correlata ad un profondo disagio di tipo psicologico, in assenza di una patologia organica o di un meccanismo

fisiopatologico noto. L’elaborazione nosografica presentata nel DSM IV-TR per tale categoria di disturbi, precedentemente compresi genericamente nell’isteria, è attualmente ripartita in sette forme cliniche suddivise in: Disturbo di Somatizzazione, Disturbo Somatoforme Indifferenziato, Disturbo Somatoforme Non Altrimenti Specificato, Disturbo di Conversione, Disturbo Algico, Ipocondria, Disturbo da Dimorfismo Corporeo. Pur riconoscendo una diversa severità delle differenti forme patologiche, il livello di gravità del disturbo somatoforme nel suo complesso può essere valutato sul grado di interferenza che il sintomo clinico mostrerà sullo stile di vita e sui livelli di funzionamento del soggetto; per tale motivo particolare attenzione dovrà essere posta nel valutare la descrizione del disturbo e la sua idoneità nel modificare e “mortificare” il “sentire” e l’“agire” del soggetto che lo sperimenta. In tale contesto l’impiego dell’MMPI-2, può contribuire ulteriormente alla valutazione del livello di gravità, attraverso l’integrazione con i punteggi T di alcune scale in particolare, quali, ad esempio, la Scala Hs, la Scala D (in particolare sottoscala D3), la Scala Hy (in particolare sottoscala Hy 3-Hy 4), la Scala Sc-schizofrenia (sottoscala Sc6) e la Scala Anx; scala Hea-preoccupazioni per la salute).

Per ciascun quadro clinico sopra menzionato, rammentiamo, infine, che la presenza di una configurazione delle scale di base di tipo “vallo isterico”, come precedentemente osservato, indicando una tendenza alla cronicizzazione e quindi, alla permanenza del danno, fornirà un ulteriore indicatore di gravità del quadro clinico presentato dal soggetto esaminato.

3. Conclusioni.

L'indagine psichiatrica in ambito peritale inerente la valutazione dello *status* psichico attuale, richiede necessariamente la convergenza del metodo nomotemico ed idiografico¹² e pertanto, sebbene il ricorso alla testistica non appaia obbligatorio, esso comunque rappresenta un importante complemento, permettendo di fornire informazioni aggiuntive riguardo la quantificazione della gravità del danno stesso.

Tuttavia, il ricorso a tali strumenti diagnostici presuppone, per una corretta interpretazione dei dati da essi emersi, che il somministratore abbia non solo una sufficiente esperienza clinica, ma soprattutto una specifica competenza nell'uso dei test in ambito forense, onde ridurre al minimo tutti i numerosi fattori di interferenza capaci di viziare i risultati. Il problema dell'impiego della psicodiagnostica in ambito valutativo nella quantificazione del danno psichico, così come in qualsiasi altro ambito della psicopatologia forense, si pone pertanto soprattutto in chiave metodologica; colui che si appresta a siffatta valutazione deve, quindi, impiegare uno specifico schema scientifico di riferimento, rifuggendo da facili interpretazioni ed ipotesi soggettive, ma esplicando i correlati dottrinali e scientifici utilizzati. Solo in tale modo lo psichiatra forense/medico legale, procedendo sulla base di uno *standard* metodologico fondato e valido, potrà fornire un prodotto specialistico utile e fruibile in ambito giudiziario, in quanto affidabile

e scientificamente orientato, e non un semplice utilizzo di strumenti di dubbia validità¹³.

¹² L'approccio idiografico è quello proprio delle scienze umane, ove l'oggetto di studio è unico ed irripetibile; l'approccio nomotemico, al contrario, è basato su leggi generalizzabili, come accade nelle scienze naturali.

¹³ Catanesi R., Martino V., "Verso una psichiatria forense basata su evidenze", in *Riv. It. Med. Leg.*, 28, pp. 1011-1065, 2006.

Bibliografia.

- Albonetti S., “Metodi di accertamento psicodiagnostico”, in Brontolo W, Marigliano A. *Danno psichico*, Giuffrè Editore, 1996.
- A.P.A., *DSM-IV-TR*. Masson , Milano, 2000.
- Butcher JN., Williams CL., *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*, Giunti, Firenze 1996.
- Buzzi F., Vanini M., *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.
- Catanesi R., Martino V., “Verso una psichiatria forense basata su evidenze”, in *Riv. It. Med. Leg.*, 28, pp. 1011-1065, 2006.
- Cerisoli M., Vasapollo D., *La valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica*, Società Editrice Universo, Roma, 2008.
- Cimino L., “L'approccio valutativo medico-legale in relazione alla patologia psichiatrica: problematiche e metodo”, in *Rivista Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi*, 1, pp. 11-24, 2008.
- Ferracuti S., *I test mentali in psicologia giuridica e forense*, Centro scientifico Editore, Torino, 2008.
- Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino, 2008.
- Freilone F., “Quali spazi ha la psicologia clinica nelle discipline forensi”, in Fornari U., Del Semine N., Milano MM., *Percorsi clinici e discipline forensi*. Centro Scientifico Editore, Torino 2005.
- Lang M., “La diagnosi testologica”, in Del Corno F., Lang M. (a cura di), *Elementi di psicologia clinica*, FrancoAngeli, 2005, Milano.
- Pajardi D., “La metodologia peritale: aspetti clinici e specificità del setting”, in Pajardi D., Macrì L., Merzagora Betsos I., *Guida alla valutazione del danno psichico*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.
- Volterra V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Masson, Milano, 2006.