
Introduzione

Margherita Lang

Le Scale Wechsler: uno strumento indubbiamente affascinante che non ha mai smesso di stupirmi. Quando ho iniziato a lavorare, ho utilizzato la Wechsler-Bellevue e in questi mesi ho aspettato, con indubbia curiosità, l'ultima versione: la Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition (WAIS-IV; Wechsler, 2008). Più di mezzo secolo di storia per uno strumento che, nelle sue diverse edizioni, è stato oggetto di innumerevoli critiche, ma che ha continuato a essere uno dei test cognitivi maggiormente utilizzato dai clinici americani ed europei.

Nel corso degli anni mi sono spesso domandata quale fosse il fascino che questo strumento esercitava e continua a esercitare su chi lo impiega. Se ripenso agli anni trascorsi in compagnia della mitica “valigetta” delle Scale Wechsler – che ai tempi era una scatola di cartone – credo che si apprezzassero in particolare alcune caratteristiche, tra loro contrapposte, quali, per esempio, la flessibilità *vs* la rigidità delle procedure, la capacità di fornire dati psicometricamente validi e attendibili ma, al tempo stesso, di dare informazioni preziose per un ragionamento clinico.

Le Scale Wechsler sono flessibili, nonostante la loro rigidità: sono rimaste identiche a se stesse, anche se sono cambiate. La maggior parte dei subtest presenti nella Scala del 1939 hanno “resistito” attraverso i tempi e permangono anche nella WAIS-IV.¹ Questo è, contemporaneamente, un elemento a favore e contro: la forza dello strumento consiste proprio in queste antinomie. È un punto di forza perché i clinici

1. Se si confronta l'elenco dei subtest presenti nella Wechsler-Bellevue con quelli della Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition (WAIS-III; Wechsler, 1997a) ci si rende conto che in questa edizione ha prevalso una logica conservativa: sono solo stati aggiunti tre nuovi subtest (Matrici, Sequenza di lettere e numeri e Ricerca di simboli). Gli stessi cambiamenti introdotti nella Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition (WAIS-IV; Wechsler, 2008) sono circoscritti: vengono eliminati Ricostruzione di oggetti e Riordinamento di storie figurate e sono aggiunti tre nuovi subtest (Cancellazione, *Puzzles* visivi e *Figure Weights*).

possono riconoscersi attraverso le diverse edizioni delle Scale e perché l'esperienza maturata con le precedenti versioni non va perduta. È un punto di debolezza perché, come scriveva Woodcock, che ha costruito *ex novo* uno strumento di valutazione dell'intelligenza,

la tradizione e la venerazione non sono segni distintivi dell'avanzamento tecnologico; il progresso evolve piuttosto dalla ricerca, che sostituisce le vecchie modalità con modalità migliori. La tecnologia della valutazione dell'intelligenza non dovrebbe costituire un'eccezione. (1997, p. 230)

Nel corso degli anni è cambiata l'importanza attribuita alla valutazione del Quoziente di Intelligenza (QI): ai tempi di Binet era un indice fondamentale per la diagnosi di ritardo mentale, oggi è uno dei parametri impiegati per la valutazione delle abilità cognitive. Inizialmente concepito come valore unico, nel corso degli anni è diventato uno dei valori da prendere in esame, insieme ad altri altrettanto rilevanti. Come tutti ricordiamo – perché costituisce uno dei segni distintivi di queste Scale – Wechsler è stato il primo che ha proposto una valutazione dell'intelligenza articolata su tre Quozienti Intellettivi (QI): il Quoziente Intellettivo Totale (QIT), il Quoziente Intellettivo Verbale (QIV) e il Quoziente Intellettivo di Performance (QIP). Questa peculiarità delle Scale permane nel corso dei decenni: ai QI sono stati affiancati prima altri punteggi compositi globali come i Quozienti di deviazione fattoriali, comparsi per la prima volta con la WAIS-R, poi un altro Indice di valutazione globale (GAI, General Ability Index) che è presente nelle Scale di ultima generazione (WAIS-III, Wechsler, 1997a; WAIS-IV, Wechsler, 2008; WISC-III, Wechsler, 1992; WISC-IV, Wechsler, 2003). Con la WAIS-IV avviene un cambiamento sostanziale che segna la fine di un'epoca: è previsto il calcolo del solo Quoziente Intellettivo Totale (QIT) e scompaiono il Quoziente Intellettivo Verbale (QIV) e il Quoziente Intellettivo di Performance (QIP). La valutazione della prestazione cognitiva del soggetto si basa sul calcolo di quattro Indici (Indice di Comprensione verbale, Indice di Ragionamento percettivo, Indice di Memoria a breve termine e Indice di Elaborazione) e sull'analisi del processo di risposta.

Nelle Scale di ultima generazione, quindi, l'attenzione si discosta dalla valutazione dei QI. L'intelligenza non è più concepita come un costrutto unitario, ma come una serie di abilità molteplici. Il clinico può scegliere quali Indici calcolare e, di conseguenza, quali subtest somministrare. Le nuove Scale Wechsler aderiscono a una concezione dell'intelligenza come struttura multicomposita che comprende abilità cognitive differenti.

Nella pratica clinica, l'impiego delle Scale è diverso e varia a seconda delle competenze e delle necessità del clinico e del paziente. I passaggi che si possono fare nella lettura dei risultati rispecchiano livelli differenti di complessità. Esiste un iter interpretativo che possiamo definire "standard", ma il clinico può scegliere in quale maniera utilizzare lo strumento a sua disposizione.

Le Scale Wechsler, indubbiamente, non rispondono ad alcune necessità attualmente presenti nella realtà in cui lavoriamo. Sono, quindi, indispensabili alcune avvertenze all'impiego dello strumento. Queste Scale, come qualsiasi altro test, sono uno strumento *per l'assessment*, non sono *l'assessment*, che rimane deputato alla competenza del singolo clinico. In letteratura viene fatta una chiara distinzione tra *assessment* e *testing*, che sarà ripresa nel capitolo 1 di questo volume. Le Scale Wechsler – come, peraltro, la Stanford-Binet Intelligence Scales - Fifth Edition (SB 5; Roid, 2003), le Differential Ability Scales - Second Edition (DAS-II; Elliott, 2007), la Woodcock-Johnson III Battery (WJ III; Woodcock, McGrew, Mather, 2001, 2007a) e il Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test (KAIT; Kaufman, Kaufman, 1993), per limitarsi a fare alcuni esempi – sono, quindi, degli strumenti: i dati che si ottengono devono essere interpretati in un contesto più ampio. I singoli dati, se presi a sé stanti, hanno poco significato o non ne hanno affatto. I principali errori diagnostici vengono compiuti quando il clinico si "dimentica" che il dato deve essere inserito in un contesto o che il dato non è altro che il momento iniziale di un lungo processo. Il dato fine a se stesso non può essere oggetto di interpretazione e non serve né al paziente né al clinico.

Il risultato che un paziente ottiene a un subtest o una risposta infrequente a un item, se non vengono contestualizzati, hanno poco valore e spesso sono fuorvianti. Oggi si ragiona su cluster di subtest che valutano abilità specifiche: l'attenzione del clinico deve essere focalizzata su dati che derivano da indicatori differenti.

Ma questi sono problemi dei clinici e non dello strumento...

Allo stesso modo, per fare diagnosi non si può utilizzare un unico test a meno che non si debba valutare una funzione cognitiva estremamente specifica e circoscritta. La tendenza attuale è quella di privilegiare un approccio *multimethod* e *multi-informant* (Johnson, Murray, 2003; Eid, Diener, 2006). La somministrazione di test differenti permette di misurare contemporaneamente un ampio numero di caratteristiche di personalità, cognitive o neuropsicologiche.

Esiste un altro problema che non si può eludere. In una società che sta diventando sempre più multi-etnica, in cui esiste in misura sempre

maggiore la presenza di culture differenti, è fondamentale che il clinico, nel momento della valutazione, si ricordi e abbia presente che la maggior parte degli strumenti utilizzati per la valutazione delle funzioni cognitive è composta da subtest con un alto carico linguistico e culturale, come specificato nel capitolo 1.

Ma cosa mi induce a somministrare all'inizio del nuovo millennio la Scala WAIS-R, che è stata costruita nel 1981, e a farne il tema di un altro volume? Di certo, non è la sola affezione allo strumento o un'abitudine ormai inveterata a destreggiarmi tra i diversi subtest o la mancanza in un contesto italiano di validi strumenti alternativi. Il motivo reale è proprio la flessibilità dello strumento, di cui si parlava all'inizio di quest'introduzione. Se somministrato senza prescindere dall'ingente mole di dati di ricerca che hanno permesso di arrivare a modifiche delle procedure di somministrazione e se valutato tenendo conto di nuovi modelli di intelligenza, il test fornisce dati importanti per un ragionamento clinico e permette, al tempo stesso, una valutazione del paziente no-motetica e idiografica. A mio avviso, questo è il valore aggiunto da cui è importante non prescindere. Come scrivono Kaufman e Lichtenberger (2002, p. 415):

La persona cui vengono somministrati i test chiede a chi esamina il suo protocollo di non sintetizzare la sua intelligenza in un unico numero "freddo". La finalità dell'interpretazione del profilo, infatti, dovrebbe essere quella di rispondere a questa domanda identificando ipotetici punti di forza e di debolezza, che vanno ben oltre l'informazione circoscritta data dal QI Totale e che porteranno presumibilmente a indicazioni pratiche, che aiutano a rispondere ai quesiti dell'invio.

Nelle pagine seguenti, insieme alla dottoressa Clara Michelotti che ha fattivamente partecipato a questa "impresa", abbiamo cercato di sintetizzare e di organizzare buona parte del materiale pubblicato in questi anni. Avremo indubbiamente tralasciato, nostro malgrado, qualche ricerca e qualche dato importante, come spesso accade in queste situazioni. Ce ne scusiamo con gli autori. Il materiale è stato organizzato seguendo una logica clinica, prevalentemente orientata all'impiego dello strumento. Volutamente non sono stati riportati i risultati di singoli lavori, ma è stata proposta una sintesi dei dati di ricerca in modo da renderli più fruibili.

Il rationale sotteso all'impianto del volume è quello di proporre ai colleghi uno strumento di facile consultazione per l'impiego clinico della Scala WAIS-R. Per questo motivo, dopo un primo capitolo di ca-

rattere generale – in cui vengono affrontate tematiche che riguardano la psicodiagnosi, il ricorso a molteplici strumenti, la valutazione testologica di soggetti che appartengono ad altre culture – è stato incluso un secondo capitolo dedicato ai parametri di somministrazione e ai criteri di valutazione e di osservazione del comportamento del paziente. In questo capitolo abbiamo descritto i cambiamenti che, a nostro avviso, in alcuni casi è importante introdurre sia nella fase di somministrazione sia durante la correzione del protocollo e la valutazione dei risultati. Abbiamo cercato, per quanto possibile, di operationalizzare i termini impiegati e abbiamo proposto delle griglie per il rilevamento dei dati.²

Per i criteri di somministrazione standard, così come per quelli di correzione, è indispensabile che il lettore ricorra ai rispettivi Manuali della WAIS-R (Wechsler, 1981; Orsini, Laicardi, 1997) e della WAIS-R NI (Kaplan, Fein et al., 1991). Nei capitoli questi riferimenti non sono esplicitati, ma sono considerati dei presupposti irrinunciabili per una corretta comprensione.

Seguono poi i capitoli – disposti secondo l'ordine alfabetico al fine di facilitare la consultazione – in cui sono descritti i singoli subtest seguendo lo schema proposto nel capitolo 2.

I due capitoli finali (14 e 15) sono dedicati all'interpretazione dei risultati: in questa sede proponiamo una lettura dei risultati che in parte si discosta dal modello interpretativo standard, in quanto ci avvaliamo di alcuni parametri specifici che provengono dai modelli d'intelligenza più recenti, quali il modello di Cattell, Horn e Carroll e il modello del gruppo di Boston.

È proprio questa alternativa, resa possibile da una somministrazione modificata e da un'analisi del processo, che oggi costituisce, a nostro avviso, il punto di forza per un impiego *up to date* dello strumento.

Questo volume è, come spesso accade, l'esito di anni di collaborazione e di discussione con colleghi: a loro, ai giovani in formazione che con le loro continue richieste di spiegazioni ci hanno aiutato a specificare in maniera più puntuale conoscenze date per scontate e ai pazienti che ci hanno costretto a riflettere sul significato di risposte infrequenti e di strategie inconsuete vanno i nostri ringraziamenti. Un

2. Al fine di offrire al lettore uno strumento operativo supplementare per applicare le procedure cliniche e valutative descritte in questo volume, alcune delle tabelle riportate nel testo a titolo di esempio sono scaricabili in formato PDF dal sito della casa editrice (www.raffaellocortina.it).

Per effettuare il download del file PDF bisogna accedere alla Scheda di questo volume e inserire, dove richiesto, la password.

Sono disponibili sul sito: tabelle 2.3, 2.4, 3.2, 5.2, 6.2, 7.2, 8.2, 10.2, 11.2, 12.3, 13.2, 14.6, 14.7 e figura 9.2.

grazie caloroso ai colleghi dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca che, a diverso titolo e in varia misura, hanno dedicato tempo per risolvere dubbi e perplessità. Un ringraziamento particolare a Franco Del Corno, che ha avuto la pazienza di discutere più volte l'organizzazione del volume, a Paola Di Pierro, che ha contribuito a chiarire passaggi complessi, e ai colleghi dell'ARP (Associazione per la ricerca in psicoterapia, Milano), che ci hanno sostenuto e aiutato in questo compito.

Un ultimo ringraziamento alla Fondazione Francesco Castellini, senza il cui contributo parte di questo lavoro non sarebbe stato possibile.