

G. SCARSO, G.G. ROVERA, D. MUNNO

IL RANKING RORSCHACH TEST: NEUROTICISMO E SENTIMENTO SOCIALE

Introduzione

Com'è noto uno dei punti centrali della Psicologia Individuale è rappresentato dal «sentimento sociale» e dalle sue connessioni con quello che Adler definiva già nel 1911 il «temperamento nervoso». Al riguardo preme sottolineare alcuni punti.

1) Innanzitutto vi è l'osservazione circa l'importanza come elemento storico assunta dal sociale in quanto l'uomo si realizza nella comunità ed in questa è chiamato a svolgere i tre compiti vitali. La società non è quindi uno schermo contro cui si urtano le pulsioni come si afferma nella concezione freudiana, ma è la naturale arena in cui si svolge l'attività umana non solo nelle sue spinte deterministiche, ma, soprattutto, nella sua progettazione finalizzata.

2) In questo ambito il sentimento sociale può essere inteso, in un processo di trasposizione analogica dall'ontogenetico al filogenetico, come una sorta di compensazione messa in atto dall'uomo nella sua storia e preistoria per fronteggiare la sua fisiologica inferiorità fisica nei confronti di un ambiente popolato di animali assai più agguerriti.

3) In tale ottica si può discutere a lungo sulla natural-dipendenza o cultural-dipendenza del sentimento sociale.

Lo si può considerare innato come tale, oppure si può considerare innata solo una più o meno generica disposizione a sviluppare un sentimento sociale. Ancora si può considerare

l'eventualità dell'esistenza di un fenomeno a tipo di «imprinting» situabile nei primi giorni o settimane o mesi di vita. Si può ancora scindere il sentimento sociale in più componenti, alcune delle quali da considerare innate, altre acquisite. Innata può essere la tendenza a ricercare gli altri, mentre appresa può essere la capacità di interazione in modo altruistico, cercando la collaborazione e non l'affermazione prepotente. Chi ha esperienza con bambini piccoli (3-5 anni) può, ad esempio, facilmente osservare come questi cerchino spontaneamente il contatto reciproco per esercitare il possesso di un oggetto, di un gioco, per assumere una posizione di preminenza e come spesso si renda necessario l'intervento di un adulto per creare uno spirito di collaborazione.

4) Quali possano essere le diverse opinioni in proposito, ci sembrano basilari le opinioni di Adler per cui il sentimento sociale, per emergere in tutte le sue potenzialità, necessita di essere sviluppato attraverso una costante interazione con l'ambiente tramite un processo di incoraggiamento da parte dei genitori prima, della scuola e degli amici poi. Quando si mette in relazione il sentimento sociale con i concetti di «empatia», «identificazione», «aspirazione alla supremazia», si svela un problema affascinante e sempre più attuale anche in altre correnti di pensiero.

5) Il problema dell'«educabilità» del sentimento sociale ci porta a sottolineare l'importanza assunta dal rapporto madre-bambino e, più in generale, genitori-bambino, soprattutto nei primi anni di vita. Oltre a ciò, e la Psicologia Individuale appare a questo proposito molto attenta, ci preme sottolineare (e sarà appunto nodo centrale della presente relazione) l'importanza che la scuola riveste a questo riguardo. Le problematiche insite nel concetto di sentimento sociale appaiono in relazione allo sviluppo psicofisico del bambino, sviluppo che si articola anche a delle fasi disarmoniche, a veri e propri salti. Oltre all'importanza rivestita dai primi anni di vita per la rapidità di sviluppo con il cui bambino si impadronisce della

capacità di pensare per simboli, ci sembra che troppo spesso si tenda a trascurare la fase della pubertà-adolescenza durante la quale si verifica una divaricazione a forbice fra le caratteristiche dell'intelligenza tramite la definitiva acquisizione della capacità di astrazione (Piaget), cioè di operare su funzioni mentali e non più solo su oggetti, e le trasformazioni psico-endocrine e somatiche che pongono in crisi la propria individualità ed identità, nonché i rapporti interpersonali. Se, come osserva Shapiro, la capacità di astrazione si collega strettamente alla possibilità di sviluppare una propria capacità di interazione autonoma con il mondo, ci si rende facilmente conto dell'importanza assunta in questa fase dal problema dell'educabilità del sentimento sociale, che si innesca, quindi, in una fascia di età in cui il rapporto con i genitori è solo uno dei tanti tasselli, insieme alla scuola, agli amici, che compongono il mosaico delle relazioni del ragazzo.

6) Appare fondamentale il rapporto che Adler coglie fra coraggio e sentimento sociale e mancanza di sentimento sociale e comportamento nevrotico. L'armonico sviluppo del sentimento sociale può essere interrotto ogni qualvolta il sentimento di inferiorità viene esacerbato nel corso dell'interazione con l'ambiente e si struttura in un complesso di inferiorità. Adler aveva previsto diverse ipotesi: l'inferiorità d'organo, il ragazzo viziato, il ragazzo rifiutato e oggi si potrebbe aggiungere l'«educazione altalenante» (Parenti) mutuata in chiave adleriana dall'interessante apporto rappresentato dalla pragmatica della comunicazione (Rovera et Al.). Tuttavia, nell'ambito di una teoria quale la Psicologia Individuale che, accanto alle prospettive nomotetiche, pone in risalto l'aspetto idiografico, tali temi vanno fundamentalmente rappresentati come «nodi» di aggancio in tutta una serie di noxae che vanno inquadrare in un sistema a rete (Rovera et Al.).

Il risultato sarà, comunque, la chiusura del nevrotico in un sistema di finzioni in genere impoverito e distorto nella comunicazione e nel confronto con gli altri; rivolto al versante non

creativo della vita, teso a una autorivalutazione che allontana sempre più il nevrotico dal contatto pieno di sentimento sociale con la comunità che lo circonda. Di qui, l'equazione di proporzionalità inversa fra sentimento sociale e temperamento nervoso.

7) Il concetto di temperamento nervoso assume diverse denominazioni nell'opera di Adler, come ha ben messo in evidenza Ansbacher: disposizione nevrotica, modus vivendi nervoso, stile di vita nervoso, stile di vita viziato; esso è caratterizzato, sempre secondo Ansbacher, da diversi aspetti:

a) avere un'opinione errata di sé e della propria posizione nel mondo;

b) fare ricorso a comportamenti anormali, volti al lato inutile della vita per difendere la propria opinione di sé;

c) sottrarsi a situazioni pericolose rifugiandosi sempre più nelle proprie metafore privatizzate;

d) essere autocentrati piuttosto che interessarsi all'interrelazione con altri.

Tutto ciò si verifica, ovviamente, in modo inconsapevole.

Addentrarci in una discussione delle caratteristiche del temperamento nervoso sarebbe impresa troppo vasta. Ai fini del presente lavoro ci interessa sottolineare una volta di più il concetto basilare di una perdita di senso comune da parte del nevrotico, il quale ricorre all'uso di schemi interpretativi del reale che sottrae alla verifica del rapporto interpersonale, elaborando anche rigide modalità di percezione, con un notevole grado di astrazione.

Affine al pensiero di Adler appare la concezione di Eysenck, il quale ritiene che «neuroticismo» e «conformità sociale» siano inversamente proporzionali. Non si tratta evidentemente soltanto di una trasposizione di termini, in quanto Eysenck si muove in un'ottica comportamentistica per cui, in partico-

lar modo, i concetti di sentimento sociale e di conformità sociale appaiono assai distanti, facendo riferimento il primo a strutture cognitivo-affettive sia intrapsichiche che interpersonali, mentre il secondo si rifà a un, forse, non meno complesso riferimento statistico.

Proprio tale approccio appare, però, interessante in quanto ha permesso l'elaborazione di reattivi mentali quale il R.R.T., volti ad un tentativo di standardizzazione sulla base di tali concetti teorici.

Da tempo eravamo alla ricerca di uno strumento di indagine quale un test mentale proiettivo che fosse sottoponibile a un processo di quantificazione, per permettere una valutazione statistica applicata a determinate sindromi d'interesse psichiatrico, in relazione a un parametro che tenga conto del fattore socio-culturale.

Tale metodica, tesa alla quantificazione che può risultare utile in certi settori quali gli screenings di massa, ad esempio nella scuola, appare, tuttavia, riduttiva, ma ci sembra che possa essere proficuamente inserita nell'ambito di un approccio al problema del disagio psichico che privilegi fundamentalmente una comprensione tramite l'insight e l'empatia e volto più che a radiografare la realtà, a darne una rappresentazione ritrattistica (Nisbet).

Il Ranking Rorschach Test

Il R.R.T. è un reattivo a scelta multipla che Eysenck ha derivato da un analogo di Harrower-Erickson e Steiner.

Questi partirono dal presupposto che il soggetto è portato a scegliere il tipo di risposta che più si avvicina a quella che darebbe in una applicazione del Rorschach individuale ed Eysenck trasformò il test a scelta multipla nel R.R.T.

In una ricerca fattoriale su 700 pazienti psiconevrotici,

Eysenck rilevò un fattore generale che chiamò «neuroticismo». In esso convergerebbero fattori di derivazione sia genotipica che fenotipica: tale termine starebbe a indicare una deficienza di integrazione e di organizzazione della personalità e una mancanza di adattabilità sociale. Tale reattivo sarebbe, quindi, correlato al concetto di conformità, dove per mancanza di conformità si intenderebbe una deviazione dalla norma statistica.

Questo fattore generale varierebbe con gradualità nella popolazione, passando da una punta negativa nei soggetti più nevrotici a una punta positiva in coloro che presentano un minor numero di sintomi nevrotici.

Eysenck introduce nel test il «ranking»: l'individuo deve, cioè, contrassegnare con un numero progressivo le risposte (nove) che gli si presentano a ogni tavola e deve fare ciò in base alla sua preferenza: la risposta contrassegnata con il numero «1» sarà quella che il soggetto considera più adatta; quella contrassegnata con il numero «9» sarà invece la meno indicata.

Cinque delle risposte sono state selezionate tra le più frequentemente scelte da soggetti non nevrotici; le altre quattro sono invece state tratte da protocolli di nevrotici. L'analisi per ricercare le risposte più significative era stata effettuata su mille protocolli Rorschach applicati individualmente.

Il punteggio per ogni tavola è dato dalla somma dei valori numerici (tra uno e nove) assegnati alle quattro risposte nevrotiche. Ne deriva, quindi, che il punteggio più basso possibile è 10 e quello più alto è 30; il punteggio totale può variare fra 100 e 300. Da quanto sopra esposto si ricava che, poiché il punteggio «1» indica che quella risposta è stata data dal soggetto in esame come la più idonea, quanto più è basso il punteggio totale, tanto più alto sarà il grado di neuroticismo. Cocci suggerisce in modo orientativo il limite di neuroticismo intorno ai valori vicini a 200.

Casistica e risultati al test

La nostra casistica raccolta in diversi anni di lavoro (Rovera, Fassino, Munno, Scarso, Torre, 1980; Rovera, Scarsò, Oliva, Fassino, Munno, 1983; Fassino, Scarso, Munno, 1983; Rovera, Scarso, Oliva, Fassino, Munno, 1984) risulta essere composta da 7 gruppi:

1) 27 studenti del 6° anno di medicina, di cui 13 maschi e 14 femmine, con età media di 25 anni.

2) 367 individui di sesso maschile chiamati a svolgere il servizio militare di leva per il 1981; sono tutti soggetti nati fra il 1951 ed il 1963 con netta prevalenza di quelli nati nel 1961 e 1962.

3) 22 soggetti ospiti di un Istituto per anziani: di questi 8 sono di sesso maschile e 14 di sesso femminile, con età media di 74 anni.

4) 14 individui anziani normali non istituzionalizzati, con età media di 62 anni: 6 maschi, 8 femmine.

5) 51 tossicodipendenti in terapia ambulatoriale con metadone, di cui 45 di sesso maschile e 6 di sesso femminile, con età media di 24 anni.

6) 18 soggetti con diagnosi di nevrosi di vario tipo: 13 sono di sesso femminile e 5 di sesso maschile; l'età media è di 26 anni.

7) 20 soggetti schizofrenici, di cui 13 di sesso maschile e 7 di sesso femminile, con età media di 40 anni.

I e II gruppo

Per quanto concerne i primi due gruppi, si hanno i seguenti valori al R.R.T.: 237,07 per il I gruppo (studenti di medicina) e per il II gruppo (soggetti sottoposti a visita di leva) già diviso secondo parametri di livello di istruzione:

Elementari (42 soggetti) 206,50;
Medie inferiori (118 soggetti) 211,70;
Medie superiori (190 soggetti) 217,66;
Laurea (17 soggetti) 228,76.

III e IV gruppo

Per il III gruppo (anziani istituzionalizzati si hanno i seguenti valori:

202,14 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 14 casi);
201,63
196,16 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 6 casi).

Per il IV gruppo (anziani non istituzionalizzati):

200,71 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 7 casi);
210,57
220,42 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 7 casi).

V - VI - VII gruppo

Per il V gruppo (tossicodipendenti) si hanno i seguenti risultati:

206,33 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 32 casi);
209,22
217,29 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 19 casi).

Per il VI gruppo (nevrotici):

172,32 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 10 casi);
196,50
196,16 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 8 casi).

Per il VII gruppo (schizofrenici):

192,60 (sogg. con scolar. fino alla III Media: 15 casi);
194,90
200,16 (sogg. con scolar. fino alla laurea: 5 casi).

Nel raffronto al «t di Student» fra i vari gruppi non si sono registrate significative differenze circa il sesso.

Differenze significative si hanno invece nel confronto secondo parametri clinici e secondo l'età. Infatti i gruppi di 1) *schizofrenici*, 2) *tossicodipendenti*, 3) *nevrotici*, 4) *anziani* non presentano alcuna diversità significativa se confrontati in modo incrociato.

Tuttavia appaiono tutti significativamente diversi rispetto al gruppo degli studenti di medicina e al sottogruppo dei laureati soggetti a visita di leva.

D'altro canto l'approfondimento dell'importanza assunta dal fattore «grado di istruzione» risulta evidente alla luce delle seguenti considerazioni.

1) Il confronto fra i soggetti sottoposti a visita di leva con titolo di studio limitato alle elementari e i vari gruppi sopraindicati (esclusi gli studenti di medicina) non evidenzia alcuna significativa diversità.

2) All'interno del gruppo di nevrotici si ha una differenza significativa fra soggetti con titolo di studio fino alla III Media e quelli laureati. Per gli altri gruppi (schizofrenici, tossicodipendenti, anziani) non si hanno variazioni interne (solo per gli anziani non istituzionalizzati si ha una certa disparità di valori, evidente ma non statisticamente significativa).

3) Il confronto fra soggetti nevrotici e soggetti normali, a parità di studio, evidenzia sempre una differenza significativa.

4) Il confronto fra studenti di medicina e soggetti anziani non istituzionalizzati con vari titoli di studio fino alla laurea non è significativo.

5) Vari confronti in base al parametro età non appaiono significativi (il confronto estremo è fra i soggetti con età media di 74 anni e quelli con età di 19-20 anni (m. 211,27)).

6) Il confronto nell'ambito del folto gruppo di soggetti sot-

toposti a visita di leva appare significativo se effettuato non fra gradi limitrofi di istruzione, ma calcolando un salto intermedio (es. elementari/medie superiori, ma non elementari/medie inferiori) con una gradualità crescente in modo costante dal livello più basso a quello superiore.

Considerazioni

I dati emergenti da questo studio, nel momento stesso in cui evidenziano una correlazione fra parametri clinici (l'indice di neuroticismo) e parametri culturali (il grado di istruzione), si prestano a interpretazioni non univoche e assai complesse.

1) In primo luogo vi è l'evidente osservazione che il parametro «grado di istruzione» non è un fattore semplice, bensì complesso, in quanto vi si trovano coinvolti aspetti socio-culturali quali lo status sociale ed economico, la provenienza geografica (città/campagna, Nord/Sud), la motivazione, la finalizzazione del proprio impegno, ecc.

2) L'interferenza di fattori culturali con parametri clinici permetterebbe anche di avanzare l'ipotesi di non validità del R.R.T. per quanto concerne gli scopi che si propone la sua applicazione. Questa tesi potrebbe portare anche oltre il test stesso per coinvolgere il Rorschach e il metodo dei tests proiettivi in genere. Tale considerazione non può evidentemente essere scartata a priori, anche se sembra urtarsi contro dati forniti da molti anni di rilevazioni e di riscontri clinici in diversi paesi del mondo.

3) Il fallimento del R.R.T. a fini di indagine clinica statistica sarebbe evidenziato anche dalla sua incapacità di discriminare fra patologia nevrotica e psicotica, classicamente tenute ben distinte anche se si deve osservare che il test è stato somministrato a soggetti schizofrenici in fase di relativo compenso.

4) Tuttavia si può facilmente evidenziare, in base ai nostri

dati, come il parametro clinico non venga assolutamente cancellato da quello culturale. Infatti una differenza significativa continua a sussistere fra soggetti normali e nevrotici a parità di grado di istruzione, ancora, una differenza significativa emerge all'interno del gruppo dei nevrotici in relazione al parametro culturale.

5) L'assenza di una differenziale di «acculturazione» o, per lo meno, una sua ridotta importanza per quanto concerne gli schizofrenici deporrebbe per una maggior gravità della patologia mentale in questione, in quanto i pazienti non sarebbero più in grado di utilizzare quelle componenti cognitive che permetterebbero, invece, prestazioni più efficienti a livello sociale, tanto da «mascherare» la componente psicopatologica. Risultati analoghi concernenti i tossicodipendenti proporzionerebbero un ripensamento circa le caratteristiche della patologia tossicomane che si accosterebbe, quindi, almeno per quanto concerne il R.R.T. e in relazione a quanto detto circa l'utilizzazione delle componenti cognitive, a quella psicotica.

Conclusioni

Ci sembra quindi di poter concludere per una sostanziale validità del R.R.T. quale strumento a livello di analizzatore semeiologico delle problematiche che sottendono i concetti di neuroticismo e conformità sociale, soprattutto per quanto concerne le variabili culturali.

Alla luce dei risultati ottenuti, le variabili culturali sembrano rivestire una notevole importanza in relazione particolare al grado di istruzione per quanto concerne le espressività di fattori psicopatologici a un test. Tali osservazioni sarebbero, inoltre, in linea con quelle compiute da Robins e Coll. in una vasta ricerca clinica, a dimensione sia diacronica che sincronica, per cui più elevati livelli di educazione si assocerebbero a bassi livelli di patologia mentale.

Senza voler giungere a una conclusione così categorica,

impossibile sulla scorta dei nostri dati, ci sembra però di poter osservare come l'approccio transculturale alla psichiatria, nel momento stesso in cui tiene conto di variabili a incidenza subculturale, di rilevanza quotidiana, ovvia, apparentemente banale, diviene foriero di apporti di notevole importanza e il R.R.T. appare configurarsi come utile strumento a livello metodologico.

A livello teorico ci appaiono in sintonia con i dati da noi raccolti le osservazioni di Dolle, secondo cui: «L'unione del soggetto affettivo e del soggetto epistimico permette la costituzione del soggetto sociale e l'inserimento sociale e professionale... Certamente il soggetto sociale si affinerà e preciserà soprattutto grazie all'esperienza della scuola» e quelle di Adler, per cui fra stile di vita nevrotico e carenza di sentimento sociale sussiste una stretta parentela. Riteniamo, infatti, che l'insegnamento scolastico, di cui il grado di istruzione è in un certo senso il parametro quantitativo, nelle sue qualità informative e formative (anche se, come già precisato, siamo coscienti che sono presenti in tale parametro altri fattori socio-culturali) si configura non solo e non tanto come «livellatore» di conformità sociale, ma anche e soprattutto come «modellatore» di sentimento sociale.

Tali considerazioni dovrebbero essere tenute presenti a livello psicopedagogico (Parenti), psicoterapeutico, di igiene mentale, per la profilassi del disagio psichico e di organizzazione dei servizi di salute mentale.

TABELLA I

Media e Deviazioni Standard al R.R.T.

Studenti al V° anno di Medicina (27 casi)	237,07 ± 23,58
Soggetti sottoposti a visita di leva:	
Elementari (42 casi)	206,50 ± 16,69
Medie inferiori (118 casi)	211,70 ± 20,73
Medie superiori (190 casi)	217,66 ± 19,77
Laurea (17 casi)	228,76 ± 18,41
Anziani istituzionalizzati (20 casi)	
fino alla III Media (14 casi)	201,63 ± 17,84
fino alla laurea (6 casi)	202,14 ± 10,39
Anziani non istituzionalizzati (14 casi)	
fino alla III Media (7 casi)	196,16 ± 27,40
fino alla laurea (7 casi)	210,57 ± 21,51
Tossicodipendenti (51 casi)	
fino alla III Media (32 casi)	200,71 ± 9,58
fino alla laurea (19 casi)	220,42 ± 26,16
Tossicodipendenti (51 casi)	
fino alla III Media (32 casi)	209,22 ± 26,06
fino alla laurea (19 casi)	206,33 ± 28,35
Nevrotici (18 casi)	
fino alla III Media (10 casi)	217,29 ± 22,60
fino alla laurea (8 casi)	196,50 ± 20,40
Schizofrenici (20 casi)	
fino alla III Media (15 casi)	172,32 ± 32,26
fino alla laurea (5 casi)	206,90 ± 12,44
Schizofrenici (20 casi)	
fino alla III Media (15 casi)	194,90 ± 16,50
fino alla laurea (5 casi)	192,64 ± 17,05
fino alla laurea (5 casi)	200,16 ± 15,18

TABELLA II

Confronto fra varie medie al «t» di Student

1) Soggetti sottoposti a visita di leva con titolo di studio alle elementari			
	206,50	Nevrotici	196,50 n.s.
		Tossicodipendenti	209,22 n.s.
		Schizofrenici	194,90 n.s.
		Anziani istituzionalizzati	201,63 n.s.
		Anziani non istituzionalizzati	210,57 n.s.
		Studenti di medicina	237,07 S.
			P < 0,001
2) Nevrotici con scolarità alla III Media			
	172,32	Nevrotici con scolarità alla laurea	209,60 S.
			P < 0,01
Schizofrenici con scolarità alla III Media			
	192,64	Schizofrenici con scolarità alla laurea	200,16 n.s.
Tossicodipendenti con scolarità alla III Media			
	206,33	Tossicodipendenti con scolarità alla laurea	217,29 n.s.
Anziani istituzionalizzati con scolarità alla III Media			
	202,14	Anziani istituzionalizzati con scolarità alla laurea	196,16 n.s.
Anziani non istituzionalizzati con scolarità alla III Media			
	200,71	Anziani non istituzionalizzati con scolarità alla laurea	220,42 n.s.
3) Soggetti sottoposti a visita di leva con scolarità alle elementari			
	206,50	Nevrotici con scolarità alla III Media	172,32 S.
			P < 0,01
Soggetti sottoposti a visita di leva con scolarità alla laurea			
	228,76	Nevrotici con scolarità alla laurea	206,90 S.
			P < 0,01
4) Studenti di medicina			
	237,07	Anziani non istituzionalizzati alla laurea	220,42 n.s.
5) Soggetti con età media di 74 anni (anziani istituzionalizzati)			
	201,63	Soggetti con età media di 10-20 anni	211,27 n.s.
6) Soggetti sottoposti a visita di leva			
Elementari	206,50	Medie inferiori	211,70 h.s.
Elementari	206,50	Medie superiori	217,66 S.
			P < 0,01
Elementari	206,50	Laurea	228,76 S.
			P < 0,01
Medie inferiori	211,70	Medie superiori	217,66 n.s.
Medie inferiori	211,70	laurea	228,76 S.
			P < 0,01
Medie superiori	217,66	Laurea	228,76 n.s.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ADLER A. Ed. It.: «Il temperamento nervoso», Astrolabio, Roma, 1950.
- ADLER A. Ed. It.: «La Psicologia Individuale nella scuola», Newton Compton, Roma, 1979.
- ANSBACHER H., ANSBACHER R.: «The Individual Psychology of Alfred Adler», Basic Books, New York, 1956.
- COCCI F.: «Adattamento italiano del Ranking Rorschach Test», Boll. Psicol. App., 51, 2-3, 6, 1962.
- DOLLE J.M.: «Da Freud e Piaget», Borla, Roma, 1979.
- EYSENCK H.J.: «The scientific study of personality», Kegan P., London, 1958.
- EYSENCK H.J.: «Handbook of abnormal Psychology», Pittman, London, 1960.
- FASSINO S., SCARSO G., MUNNO D.: «Il R.R.T. negli anziani», in: RAVIZZA L.: «L'uomo e la senescenza», Stampa Palladio, Vicenza, 1983.
- HARROWER-ERICKSON R., STEINER M.E.: «Large scale Rorschach Techniques», Thomas, Springfield, 1951.
- NISBET R.: «Sociology as a Form», Oxford University Press, Oxford, 1976.
- PARENTI F.: «Il prezzo dell'intelligenza», Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano, 1977.
- PIAGET J. Ed. It.: «Psicologia ed epistemologia», Loescher, Torino, 1974.
- ROBINS et Al.: «Lifetime prevalence of specific Psychiatric disorders in three sites», Arch. Gen. Psychiat., 41-10, 949-958, 1984.
- ROVERA G.G., FASSINO S., MUNNO D., SCARSO G., TORRE E.: «Utilizzazione del R.R.T. in tossicodipendenti», Min. Psichiat. 21, 1980.
- ROVERA G.G., SCARSO G., FASSINO S., MUNNO D.: «Considerazioni sul doppio legame e sul messaggio paradossale in psicoterapia», in: «Linguaggio e comunicazione in psicoterapia», Massaza e Sinchetto, Torino, 1983.

ROVERA G.G., SCARSO G., OLIVA R., FASSINO S., MUNNO D.: «Rapporti fra livello di istruzione e indice di neuroticismo al R.R.T.», Rassegna di Studi Psichiatrici, LXXII, 3, 1983.

ROVERA G.G., SCARSO G., OLIVA R., FASSINO S., MUNNO D.: «Il R.R.T. negli schizofrenici», Min. Psichiat., 25, 1984.

ROVERA G.G., FASSINO S., FERRERO A., GATTI A., SCARSO G.: «Il modello di rete in Psichiatria», Rassegna di Ipnosi, 75, 1984.

SHAPIRO D.: «Autonomy and Rigid Character», Basic Books, New York, 1982.