



LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA IN ETÀ EVOLUTIVA

Le fasi e gli strumenti: dal primo incontro alla restituzione

INDICE:

La Psicodiagnostica

La valutazione psicodiagnostica

Compiti evolutivi nelle diverse età

La valutazione attraverso i genitori: la raccolta anamnestica

Il Setting e il gioco

- Il disegno
- I disegni in adolescenza

I test

La fine della consultazione: referto psicodiagnostico e restituzione

Conclusioni

Bibliografia

Altre letture su HT

La Psicodiagnostica

La Psicodiagnostica è la disciplina che si occupa della valutazione Psicologica (separata e distinta dalla Psicoterapia) in cui vi è la ricerca e il riconoscimento di alcuni segni che permettono di codificare il quadro globale di personalità del bambino in oggetto, attraverso i colloqui clinici, l'uso di reattivi e valutazioni osservative.

Il tipo di tecniche e strumenti usati variano di volta in volta, in base al contesto e allo scopo della valutazione, all'età e al tipo di eventuali difficoltà dei soggetti valutati.

I risultati di tale indagine permetteranno di esplicitare il funzionamento psicodinamico del soggetto in questione e, quindi, di indicare possibili strategie risolutive al disagio portato.



La valutazione psicodiagnostica, in via generale, si svolge in due incontri.

1. Il primo incontro prevede un colloquio introduttivo tra lo Psicologo e il/i genitore/i in cui vengono raccolti i principali dati anamnestici del bambino e viene esposta la modalità di esecuzione della valutazione. Nello stesso incontro avviene l'osservazione del bambino e, successivamente, la somministrazione dei test.
2. Il secondo incontro prevede, in seguito all'organizzazione dei dati raccolti nel corso della valutazione (inclusa la codifica dei test somministrati), la restituzione di un referto psicodiagnostico, cioè la comprensione e "traduzione" di ciò che il bambino sta dicendo ai genitori attraverso le manifestazioni patologiche.

Poiché è buona prassi non tenere impegnato il bambino per più di un paio d'ore dal momento che, a causa della stanchezza, potrebbe eseguire i test in modo non accurato, è possibile somministrare i reattivi non tutti lo stesso giorno ma suddivisi in più giorni.

In questo articolo sarà presentata una modalità di conduzione della valutazione psicodiagnostica a orientamento psicomotivo (*Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Margaret Mahler*).

La valutazione psicodiagnostica

Nella Psicodiagnosi infantile, per la definizione della sofferenza psichica riportata dal bambino, e l'individuazione del trattamento più adeguato, è necessario innanzitutto **instaurare un'alleanza** sia con il bambino che con i suoi genitori.

Nel corso della valutazione psicomotivamente orientata occorre indagare quattro **macro-aree fondamentali**, domandandosi a che punto il bambino si trova nella sua **linea evolutiva** rispetto a:

1. **Sviluppo pulsionale**: in questa area vengono valutate le capacità del bambino di relazionarsi con il mondo circostante con una modalità prevalentemente orale, anale o fallica, sapendo cogliere la qualità di tali rapporti secondo parametri ludici, libidici o aggressivi.
2. **Sviluppo dell'Io**: in questa area si indaga come il bambino funzioni cognitivamente, di quali risorse operative disponga per poter affrontare il mondo. È importante porre attenzione sullo sviluppo cognitivo, considerando parametri come l'intelligenza, il linguaggio, la motricità e il gioco.
3. **Sviluppo del Super Io**: in questa area occorre concentrarsi sull'aspetto proibitorio del Super Io (aspetto più sadico) e su quello ideale (aspetto più libidico); sul tipo di difese utilizzate dalla psiche del bambino - allo scopo di tener lontani dalla coscienza contenuti psicologici spiacevoli - e sulle fantasie, le quali diventano significative per cogliere il funzionamento più o meno armonico del bimbo.
4. **Sviluppo delle relazioni oggettuali**: in questa area si cerca di comprendere la capacità del bambino di mettersi in relazione con se stesso, con le figure parentali, nonché con il mondo sociale più allargato, attraverso la valutazione del comportamento, delle azioni e del linguaggio.



Tuttavia, oltre all'indagine relativa a tali aree, è fondamentale ricordarsi che per una completa indagine psicodiagnostica sono necessarie tre fasi:

1. **Fase osservativa**, che consta nell'ascolto e nell'analisi delle problematiche più rilevanti per il piccolo paziente.
2. **Fase valutativa**, che comporta una valutazione della situazione psicodinamica del paziente, in riferimento alle funzioni e alle capacità dell'Io.
3. **Fase esplicativa**, in cui vi è un'interpretazione delle informazioni ottenute, secondo il modello psicodinamico di riferimento.

Ognuna di queste, seguite rigorosamente in gerarchia, necessita di una riflessione in termini sia qualitativi (ossia quali aspetti presentano criticità e risorse) che quantitativi (ossia quanti aspetti presentano criticità e risorse): è l'**integrazione** tra loro che permette di evidenziare una patologia piuttosto che un'altra, espletando una diagnosi differenziale.

Compiti evolutivi nelle diverse età

Per potersi avvicinare alla Psicologia e patologia infantile, è indispensabile sapere quali sono le conquiste evolutive che impegnano il bimbo nelle specifiche fasce d'età.

Qui di seguito elenco l'età cronologica di riferimento con i registri della corporeità, affettività, alimentazione, controllo sfinterico, capacità di socializzazione e di gioco per poter avere un quadro generale inerente lo sviluppo del bambino in esame.

1° anno

Corporeità: delega totale della cura del proprio corpo alla figura di riferimento.

Affettività: superamento della fase autistica e simbiotica e raggiungimento della costanza dell'oggetto.

Alimentazione: passaggio dall'allattamento allo svezzamento.

Controllo sfinterico: dipendenza dalla madre che decide quando dare inizio a tale educazione.

Socievolezza: visione del mondo in senso egocentrico.

Gioco: prevalentemente autoerotico.

2° anno

Corporeità: il bambino comincia a proteggersi dai pericoli esterni grazie ai progressi dell'Io per quanto riguarda il principio di realtà.

Affettività: rapporto ambivalente con gli oggetti d'amore, in quanto il bambino vorrebbe dominarli e controllarli.

Alimentazione: introduzione dell'utilizzo di posate e bicchieri.

Controllo sfinterico: intenso investimento sui prodotti del corpo.

Socievolezza: gli altri bambini sono ancora considerati quasi come oggetti inanimati.

Gioco: oggetto transizionale. A questo livello è inoltre importante considerare, ai fini diagnostici, lo sviluppo del linguaggio verbale.



3° anno

Corporeità: adesione volontaria all'igiene e alle necessità di cure mediche.

Affettività: inizio della fase fallico-edipica, con conseguente consolidamento dell'identità sessuale.

Alimentazione: il cibo viene sessualizzato, per cui diventa fonte di piacere e soddisfazione.

Controllo sfinterico: raggiungimento totale.

Socievolezza: gli altri bambini sono considerati come elementi utili per i propri scopi.

Gioco: giocattoli.

A questo livello, oltre alla figura materna, assumono una rilevante importanza il padre e le altre figure significative circostanti.

Scuola materna

Corporeità: pieno possesso funzionale del corpo.

Affettività e socievolezza: capacità di separarsi dalla figura materna e di provare piacere nello stare con gli altri, sperimentando sentimenti come la gelosia, la rivalità, etc.

Il pensiero è ancora caratterizzato da deboli confini tra realtà e fantasia.

Scuola elementare

Il pensiero diviene sempre più logico, iniziando a porre paragoni, confronti e scelte.

Il linguaggio si arricchisce permettendo al bambino di utilizzare in modo autonomo i dati che il mondo esterno gli fornisce.

Scuola media

Pieno possesso del ragazzo degli **strumenti cognitivi** che gli permettono di operare **deduzioni e induzioni**.

È importante considerare se è già presente un distacco emotivo dalle figure genitoriali o se è ancora ancorato al mondo infantile.

La valutazione attraverso i genitori: la raccolta anamnestica

Per *anamnesi* si intende la raccolta dei dati cronologici e fattuali riferibili al modo in cui il minore ha saputo affrontare le principali tappe evolutive della sua crescita, per provare a conoscerlo e a comprenderne lo specifico stile di vita.

I genitori sono attivamente coinvolti in questa fase della valutazione in quanto le informazioni anamnestiche sono raccolte nel corso del colloquio con gli stessi (uno o entrambi).

Per la rilevazione della storia anamnestica del bambino (o dell'adolescente), si indagano i dati di crescita fisiologica (gravidanza desiderata o meno, sintomi somatici, movimenti fetali, modalità parto, peso neonatale, allattamento, svezzamento etc.) e psicologica (reazione al buio, separazione da madre, sviluppo linguaggio, comportamento verso fratelli e genitori, socializzazione, etc.).



Come è evidente - indagando a partire dal rapporto prenatale con la genitrice, fino alla presenza o meno dell'oggetto transazionale, all'accettazione del terzo all'infuori della simbiosi materna e alla modalità di relazione e socializzazione del piccolo - si vuole valutare la sua **capacità e qualità di essere nel mondo**, prima in forma dipendente per poi raggiungere l'autonomia.

Lo Psicologo, una volta posseduti dati concreti, deve aver la capacità di trovare un filo conduttore, di collegare fatti ed emozioni per renderli funzionali e raggiungere una corretta e completa psicodiagnosi.

Nel colloquio con i genitori, è importante che il clinico presti attenzione a utilizzare un **linguaggio identificatorio** che non accentui difese eccessive (ad esempio, invece di chiedere se la gravidanza fosse o meno desiderata, è preferibile chiedere in che periodo si trovava la coppia quando avevano scoperto di aspettare un bambino).

Inoltre è sempre bene chiedere anche ciò che i genitori apprezzano maggiormente del figlio, nonché le somiglianze caratteriali tra lui e gli altri componenti della famiglia allargata.

Il Setting e il gioco

Fondamentale per una valutazione psicodiagnostica è il setting, ossia il luogo in cui si effettuerà la consultazione. Sono molto importanti sia l'arredo che la scelta dei **giochi da tenere in studio**, per permettere allo specialista di osservare al meglio i comportamenti del bambino e comprendere come questi interagisca con la realtà che lo circonda.

Si consiglia la presenza di alcuni oggetti particolari, che potrebbero catalizzare l'interesse di minori di differenti fasce di età, come questi:

- Familyhouse: una casa con i vari arredi comprensiva di famiglia, molto utile per osservare le proiezioni di come il piccolo vive le relazioni familiari.
- Cibi, cucchiaini, ciuccio, biberon, etc.: oggetti che richiamano l'oralità.
- Armi, indiani, cowboy, dinosauri, etc.: oggetti che richiamano l'aggressività.
- Macchinine.
- Bambole di sesso opposto: gioco di ruolo al fine di verificare i vissuti sull'identità di genere.
- Un peluche: utile per osservare momenti di regressione.
- Animali.
- La scatola del dottore.
- Un gioco cognitivo: per cogliere il livello di pensiero del bambino.
- Un puzzle: per osservare lo stile di scelta operata per raggiungere un obiettivo.
- Un gioco a due dove vi sia una sfida.
- Alcuni libri.

È auspicabile non esagerare con i giocattoli esposti perché potrebbero disorientare il bambino, rendendogli difficile concentrarsi su un autentico gioco spontaneo e sfavorendo di conseguenza il clinico che deve svolgere la valutazione.



Nell'arco della seduta, è bene lasciare l'ultima parte del tempo al bambino per vedere come occupa uno **spazio di gioco libero** e come è capace di organizzarsi.

Il gioco assume quindi, all'interno di una valutazione psicodiagnostica, un ruolo davvero importante per quanto riguarda la lettura e sua interpretazione, in quanto consente di **rilevare** fattori quali:

- La capacità del bambino a iniziare autonomamente attività ludiche.
- La sua abilità nel dargli una consequenzialità.
- L'adeguatezza del gioco alla sua identità di genere, nel senso che i soggetti femminili prediligeranno giochi più statici, mentre i soggetti maschili giochi più mobili.
- La creatività del bambino.
- La sua maturità in rapporto all'età cronologica.
- L'aggressività manifestata mentre gioca.

Osservando attentamente questi parametri, si può giungere a definire quando una modalità di gioco è normale e quando questa risulta patologica.

Ripercorrendo gli studi di *Paulina Kernberg*, Psichiatra infantile americana, possiamo distinguere specifiche categorie diagnostiche rispetto alla modalità di gioco agita dal bambino.

- **Il bambino autistico:** il gioco è caratterizzato dall'uso di non giocattoli, ossia di fazzoletti o pezzi di carta, ponendo più attenzione alle caratteristiche tattili o sonore degli oggetti, mentre l'attività simbolica risulta carente così come le emozioni durante la manipolazione e non vi è alcuna reciprocità tra bambino e Psicologo. Ripetitività dei movimenti.
- **Il bambino psicotico:** il gioco è contraddistinto da impulsività, grande ansietà e spesso si interrompe senza arrivare alla naturale conclusione. Non c'è piacere o divertimento, ciò che regna è la confusione.
- **Il bambino borderline:** il gioco si caratterizza per compulsività, monotonia e ripetizioni. Vi è totale assenza di allegria, mentre risultano costanti aggressività e distruttività.
- **Il bambino narcisista:** il gioco è caratterizzato dal "non gioco", ossia dall'iniziare un gioco per abbandonarlo pochi minuti dopo, mostrando noia e fastidio. Spesso rompe i giocattoli, smembrandoli quasi con piacere sadico senza mai provare sentimenti di empatia.
- **Il bambino con disordini del comportamento:** il gioco si configura come carico di insoddisfazione, sfiducia, ripetizione e manca totalmente la creatività.
- **Il bambino depresso:** il gioco è caratterizzato da lentezza, mancanza di interesse, lunghe e lente preparazioni temporali anche solo per iniziare il gioco stesso, per cui non prova il minimo piacere.
- **Il bambino con disturbi post traumatici:** il gioco è contraddistinto da angoscia, compulsività e da uno stile documentaristico in cui il bambino ricopre sia il ruolo della vittima sia quello del carnefice. Dominano i sentimenti di tristezza e disperazione, mentre risulta totalmente assente il divertimento e il gioco che ha sempre una conclusione tragica.



Il disegno

Anche il disegno assume una sua precisa connotazione all'interno della relazione tra Psicologo e bambino, configurandosi come ulteriore e **prezioso strumento diagnostico**.

Scopo prioritario è comprendere le reali possibilità del minore, secondo il grado di maturazione percettiva, visiva e intellettiva raggiunta, prima di effettuare un'interpretazione del disegno da lui prodotto.

La maturazione è indicata dal tipo di segno e dalla "**intenzionalità comunicativa**" del disegno.

Di seguito vediamo brevemente i principali **step evolutivo-grafici**.

All'età di 2/3 anni si ha una fase di pregrafismo.

A 3 anni il bambino inizia a chiudere le linee che prima erano solo aperte.

A 4 anni compare l'intenzionalità rappresentativa e inizia a distinguere somiglianze e differenze.

A 5 anni il disegno inizia a essere un segno di comunicazione.

A 6 anni il bambino anni inizia a disegnare non quello che sa ma quello che vuole, ossia non copia la realtà ma la rappresenta, riportando quello che per lui ha più importanza e significato, inserendo i particolari.

Attraverso l'analisi del tratto - più o meno calcato -, dell'area del foglio usata, del colore, del simbolismo del disegno (analisi formale e di contenuto) e l'interpretazione degli stessi, si possono estrapolare alcuni tratti di personalità.

A questo scopo, nel campo della Psicodiagnosi infantile, vengono somministrati **proiettivi carta matita** quali:

- **Il disegno della figura umana** - dopo la consegna: «Disegnami una persona, una persona che vuoi tu» - viene chiesto al piccolo di dare al personaggio tracciato un nome e un'età, di esprimere una caratteristica per cui lo apprezza e una per cui lo apprezza meno, il suo stato d'animo e il tipo di lavoro in cui lo immagina. Attraverso questo reattivo è possibile valutare la percezione che il bambino ha di sé e le identificazioni.
- **I disegni delle emozioni** (gioia, dolore, paura, rabbia) - «Disegnami una situazione che per te significhi gioia» - per fare esprimere il bambino in merito a queste specifiche sensazioni. Alla fine di ogni disegno è bene chiedere nuovamente: «Perché è una situazione di gioia/dolore/paura/rabbia?».



- **Il disegno della famiglia** - «Disegnami la tua famiglia mentre state facendo qualcosa» - per permettere al bambino di proiettare all'esterno tendenze rimosse nell'inconscio, rivelando così i reali sentimenti che prova per i suoi familiari. È importante porre attenzione sulla sequenza della comparsa dei personaggi tracciati e sulle verbalizzazioni che le accompagnano; soprattutto le titubanze o l'assenza (o posticipata presenza) di una figura piuttosto che di un'altra possono risultare significative, sempre e comunque in correlazione con altri elementi raccolti in corso di valutazione.
- **Il disegno della famiglia degli animali** - «Disegnami una famiglia di animali, una famiglia di animali che vuoi tu» - per comprendere come il bambino in quel momento viva i rapporti con la propria famiglia, permettendogli di proiettare in modo più difensivo e celato le proprie emozioni. Alla fine della produzione si effettua un colloquio interlocutorio, ponendo domande quali: «Chi è il più felice in questa famiglia che hai disegnato e perché?», «Chi è il meno felice e perché?», «Se tu potessi essere un membro di questa famiglia chi ti piacerebbe essere?». In conclusione è bene chiedere spiegazioni anche sulla scelta dell'animale («Hai disegnato una famiglia di orsi... perché? Cosa ti fa venire in mente l'orso?»).

I disegni in adolescenza

Spesso gli adolescenti rifiutano di fare un disegno vivendolo come una infantilizzazione, perciò si può chiedere al ragazzo di raccontare e mettere in parole ciò che gli avremmo chiesto attraverso il segno grafico.

Nella mia esperienza di tirocinante presso il COSPES (Centro Orientamento Scolastico, Professionale e Salesiano, che si occupa di Psicologia clinica ed educativa), per indagare i rapporti familiari e sociali, l'autostima, il grado di maturità e l'immaginario dei ragazzi adolescenti, abbiamo utilizzato due test proiettivi:

- il "**Reattivo delle frasi da completare**" di J.M. Sacks
- il "**Reattivo per lo studio dell'adattamento della personalità**" di Carl Rogers

Il primo reattivo citato si basa sul completamento spontaneo di frasi lasciate in sospeso, per indagare: l'atteggiamento del ragazzo verso il proprio nucleo familiare («Se mio padre solamente volesse...»); la sessualità («Mi riesce molto bene...»); le relazioni interpersonali («Quando io non sono presente, i miei amici...»); il concetto di Sé, ossia le risorse personali, i propri ideali di vita, il proprio futuro, passato, paure, sensi di colpa («I miei timori talvolta mi obbligano a...», «Se io fossi ancora giovane...»).

Il secondo reattivo, quello di Rogers, si basa su domande particolari come ad esempio: «Se avessi tre desideri da esprimere, cosa chiederesti?», «Se potessi essere qualsiasi persona chi vorresti essere?», «Ti piace giocare in gruppo con altri/e ragazzi/e?».

Sulla base delle risposte fornite è possibile osservare il grado di adattamento sia familiare che al gruppo di compagni e analizzare i modi con cui l'adolescente affronta le proprie difficoltà.

Grazie a questi strumenti, particolarmente utili con i ragazzi timidi, chiusi e con difficoltà a comunicare, è possibile individuare i soggetti disadattati e bisognosi di un aiuto clinico.



I test

Anni di clinica hanno dimostrato che è opportuno somministrare almeno un test **proiettivo** e uno **cognitivo** per avere una visione globale del soggetto.

Nell'ambito della Psicodiagnosi dell'età evolutiva i test principalmente impiegati sono:

- **Scenotest** di *Von Stabbs* - (test proiettivo per bambini dai 3 anni in su) - che consta di una scatola in cui si trovano numerosi personaggi di diverse età, diversi animali, alberi, macchinine e pezzi di legno colorato di svariate misure.
La consegna è la seguente: «*Facciamo il gioco del regista. Hai a disposizione tutto il materiale che vedi in questa scatola per costruire una storia che vuoi tu*», dopodiché si può approfondire chiedendo quale personaggio il bambino vorrebbe essere, quale invece non vorrebbe impersonare e che titolo sceglierebbe per il suo film.
Questo proiettivo permette, attraverso un materiale ludico che aiuta il bambino a sentirsi a proprio agio, di indagare le dinamiche relazionali del bambino sia nei confronti delle persone che del mondo degli oggetti ed è adeguato anche a bimbi molto piccoli.
- **Favole della Düss** - (test proiettivo per bambini fino al primo anno della scuola elementare) - che consistono in 10 storie da proporre al bambino al fine di indagare la sua situazione psicodinamica secondo le teorizzazioni della Psicoanalisi classica.
Le risposte infantili dovrebbero rispecchiare il modo in cui il piccolo sta affrontando le fasi psicosessuali evolutive.
- **Blacky's Pictures** - (test proiettivo per bambini tra i 6 e gli 11 anni) - che consiste in 11 tavole su cui sono illustrate alcune situazioni di una famiglia di cagnolini.
Questo test può fornire rilievi sugli aspetti psicodinamici della personalità del minore, evidenziando le eventuali problematiche in merito al suo sviluppo psicosessuale e alle modalità difensive e adattive dell'Io.
- **CAT** - Test di Appercezione Tematica per bambini - (test proiettivo per bambini tra i 3 e i 10 anni) che consiste in 10 immagini che rappresentano degli animali in situazioni diverse.
Questo reattivo permette - attraverso le produzioni immaginative in relazione alle tavole, ognuna delle quali rappresenta una particolare problematica - di aiutare a comprendere i rapporti esistenti tra il bambino e i personaggi presentati, a esplorare la rivalità esistente tra fratelli e sorelle, l'atteggiamento verso i suoi familiari e il modo in cui li percepisce.
Inoltre, cerca di scoprire i fantasmi del bambino rispetto all'aggressività, al modo con cui il mondo degli adulti lo accetta, ai timori di restare solo.
- **WISC** - Wechsler Intelligence Scale for Children - (test cognitivo) è una scala di intelligenza, suddivisa in una parte verbale e in una di performance, che ha validità per bambini di età compresa tra i 7 e i 16 anni.
Questo test cognitivo permette di conoscere le caratteristiche del funzionamento mentale del minore.



- **FAT** - Family Aptitudinal Test - (test proiettivo) che consiste in 6 tavole rappresentanti delle situazioni tra adulti e bambini, scelte e costruite allo scopo di suscitare delle emozioni di base nel bambino.
Viene chiesto al bambino di inventare, raccontare una storia per ogni tavola.
Dopo il racconto si può eventualmente chiedere di fare un disegno sulla tavola interpretata.
Questo test proiettivo permette di indagare i vissuti del bambino nei confronti della famiglia allargata e dare indicazioni sui suoi vissuti infantili.
- **CAS** - Cognitive Assessment System - (test cognitivo per bambini dai 5 ai 17 anni) utilizzato per la valutazione dei processi cognitivi, per identificare disturbi da deficit di attenzione/iperattività, danni da trauma cerebrale e ritardo mentale.
Il test inoltre consente di individuare bambini intellettivamente "superdotati".

La fine della consultazione: referto psicodiagnostico e restituzione

La restituzione psicodiagnostica è **il lavoro più delicato** dell'intera consultazione e presuppone la capacità di tradurre in parole ed empatia ciò di cui si è venuto a conoscenza attraverso i colloqui, l'anamnesi, i disegni, le sedute di gioco e i reattivi somministrati.

Prima di incontrare i genitori occorre organizzare in modo coerente i dati rilevati e riportare quanto emerso nel percorso valutativo all'interno del referto diagnostico.

Tutto il materiale raccolto è privo di senso di per sé, ma acquisisce grande importanza se messo insieme per evidenziare il profilo di funzionamento del bambino con le sue risorse e fatiche, così che si possa **inquadrare la sintomatologia in un'area** maggiormente **definita** come ad esempio la difficoltà a gestire l'aggressività, problematiche di individuazione-separazione, disarmonie evolutive, disturbi cognitivi o comportamentali, etc.

A tale scopo, per redigere una relazione in merito ai contenuti che si sono rilevati nel percorso effettuato, è utile seguire **una traccia** affinché sia possibile strutturare in modo ordinato il frutto del lavoro svolto. In questa andranno indicati:

- La motivazione, ossia il motivo che ha spinto alla consultazione psicodiagnostica, la quale è certamente il faro di tutto il lavoro, per poter porre attenzione maggiormente sulle richieste avanzate.
- L'aspetto e le caratteristiche culturali e relazionali dei genitori del minore, per avere un'idea del "ruolo" che ricopre il bambino nell'immaginario materno e paterno.
- I dati anamnestici e l'incontro con il bambino, per comprendere come vive il suo sintomo, come si relaziona con la figura dello Psicologo e con i suoi genitori.
- Le prove grafiche, analizzandole secondo il livello formale, del contenuto e interpretativo.
- I test proiettivi e cognitivi, che vengono esaminati in parallelo al resto, per valutare il livello cognitivo del bambino, osservando come si avvicina al compito, che strategie utilizza, quali reazioni alla frustrazione, le aree di competenza e le aree di deficit e il suo livello affettivo, indagando l'approccio al lavoro, le relazioni e le modalità di difesa.



Una volta che lo Psicologo ha raggiunto una visione globale della situazione, vi sarà l'ultimo incontro che prevede la restituzione psicodiagnostica ai genitori e al bambino.

In questo incontro conclusivo il Professionista esporrà **le difficoltà e le risorse** del bambino rilevate, indicherà gli interventi individuati per la/le specifica/che difficoltà riscontrate in base alla gravità della situazione e proporrà **un progetto mirato alla risoluzione del disagio**.

La **restituzione** viene fatta prima **al bambino**, utilizzando termini appropriati alla sua età, e deve vertere sul modo di migliorare la sua vita di bambino, stante le difficoltà incontrate, **senza dimenticare la sua non coscienza di "malattia"**.

Successivamente viene riformulata la restituzione **ai genitori**.

È fondamentale sottolineare che si comunicano a essi solo gli elementi che servono per migliorare la loro relazione con il figlio e dar loro degli spunti per conoscerlo più a fondo e poterlo così sostenere e aiutare.

Inoltre, chiedere ai genitori che tipo di esperienza è stata per loro e per il bimbo il percorso valutativo permette al clinico di capire quali alleanze e vissuti particolari lo stesso ha prodotto in loro.

Conclusioni

La valutazione psicodiagnostica implica l'incontro tra una persona (e in generale una famiglia) che soffre e cerca aiuto con una che si suppone capace non solo di fornire l'aiuto richiesto, ma di offrire oltre all'ascolto una diagnosi e un intervento in grado di ridurre la problematica.

Poiché abbiamo parlato di Psicodiagnosi in età evolutiva, è chiaro che i committenti o invianti siano per lo più i genitori, gli insegnanti o uno specialista (es. Medico di base), nel momento in cui si accorgono di non riuscire a fronteggiare una particolare situazione.

Si arriva a chiedere una consultazione per i più svariati **motivi** come il continuo balbettare del bambino, l'enuresi notturna (pipì a letto) in età avanzata, il rifiuto di andare a scuola o per disturbi di condotta quali il bullismo, la sindrome da deficit di attenzione e iperattività o per manifestazioni che inducono a sospettare la presenza di disturbi della personalità.

La famiglia, più o meno spontaneamente, si rivolge a uno specialista per cercare di **trovare una soluzione per poter comprendere e gestire** il problema.

La conduzione del colloquio con il bambino va organizzata in relazione alla sua età e alla pervasività del disturbo manifestato; più il bambino è piccolo e il disagio manifestato è grave, maggiore sarà la necessità di affiancare al colloquio altri strumenti più idonei alle sue capacità, quali l'espressione ludica e grafica.



Anche nelle consultazioni più difficili è opportuno che il Clinico sappia infondere nel bimbo sicurezza e senso di affidabilità, perseguendo con lui un'alleanza che gli riconosca il diritto di essere informato, ovviamente in maniera non traumatica, delle ragioni della consultazione richiesta.

Le aree da indagare terranno conto delle impressioni generali suscitate dal bambino (l'aspetto fisico, il modo di presentarsi, le sue aspettative, etc.) così come della sua capacità di dialogare, di esporre il problema e il livello cognitivo raggiunto.

In base alle caratteristiche del soggetto, lo Psicologo sceglierà e proporrà i reattivi più idonei.

I proiettivi grafici, come il disegno della figura umana, i disegni dei sentimenti e della famiglia, sono proposte ordinarie durante una Psicodiagnosi, anche se - a seconda della situazione - sarà compito dello specialista scegliere se somministrare il disegno della famiglia o il disegno della famiglia di animali. Ad esempio, con un bambino a cui si sa essere appena mancato un genitore, sarebbe più opportuno e meno intrusivo, per indagare le relazioni familiari, la somministrazione della famiglia di animali.

Il Blacky viene utilizzato per sondare fasi e relativi vissuti psicosessuali nel bambino; il clinico dovrebbe focalizzarsi soprattutto sulle tavole che potrebbero essere di significativa lettura e interpretazione in merito alla sintomatologia riportata (ad esempio, una sintomatologia sul fronte dell'aggressività, porterà a concentrarsi sulle risposte date alle tavole II, IV, VI e VIII).

Mentre il Blacky è più adatto a bambini in età scolare, le **Favole della Düss** sono preferibili per un infante, stante la minor complessità.

La WISC è lo strumento principe, invece, per meglio individuare il livello cognitivo del soggetto, ad esempio se ha problemi in ambito scolastico (dopo i 6 anni di età).

Lo Scenotest, soprattutto se l'età del minore è particolarmente giovane, è sempre un valido spazio di conoscenza del bambino. La scelta del materiale ludico, il suo uso, la ripetitività di alcune sequenze può essere alquanto delucidante per lo Psicologo.

Tra i reattivi utilizzabili è stato prima citato anche **il FAT**, tale test è prezioso per sondare eventuali situazioni post traumatiche; l'eventuale somministrazione, però, presuppone la conoscenza degli specifici indicatori legati alla tematica del maltrattamento e dell'abuso sessuale.

In generale una **batteria di test ottimale**, tanto per i bambini quanto per gli adolescenti, si compone di **due/tre reattivi** scelti di volta in volta sulla base della specificità della situazione (età minore, disturbo manifestato, disturbo sospettato, gravità disagio, etc.).

Nel **colloquio con l'adolescente**, il ragazzo va accolto empaticamente in tutte le manifestazioni di disagio denunciate, affinché si possa instaurare con lo stesso un'alleanza di lavoro.

In una **fase** della vita così **esposta a repentini cambiamenti** e a pressanti compiti evolutivi, che possono indurre stress e forte disagio, il Clinico deve essere in grado di accettare e riconoscere le problematiche evolutive più frequenti così come le più probabili fonti di conflittualità.



Le aree da indagare sono molto simili a quelle precedentemente descritte, alle quali si aggiungono naturalmente quelle più pertinenti all'attualità del cambiamento che investe questa fascia di età: immagine di sé e del proprio corpo, aspetti problematici e conflittuali nel rapporto con i coetanei dello stesso e dell'altro sesso, i timori legati alla propria mascolinità e femminilità, ansie e preoccupazioni sulla propria salute e normalità.

Il colloquio con i genitori di tali bambini e adolescenti costituisce un contributo essenziale, poiché i genitori sono in grado di ricostruire la storia relazionale del rapporto con il figlio, che quest'ultimo può non essere ancora in grado di fare sia per l'età che per il disagio manifestato.

Le aree da indagare faranno riferimento alla situazione familiare, alla storia precedente la nascita del bambino così come gli eventuali eventi problematici intercorsi (lutti, separazioni, trasferimenti). Andranno comprese le qualità relazionali, in modo da valutare l'adeguatezza evolutiva dell'ambiente di vita del minore e i possibili rischi.

Infine, meriterà particolare attenzione la comprensione del livello di aderenza, rispetto alle aspettative dei genitori, tra il bambino reale (ossia quello nato) e quello fantasmatico (ossia immaginato o desiderato dai familiari); potrebbe essere infatti proprio imputato al "gap" tra questi due livelli il disturbo relazionale manifestato.

Bibliografia

- Del Corno F., Lang M., *"La diagnosi testologica"*, Franco Angeli, Milano, 1991
- Kernberg P.F., *"Il gioco in psicoterapia"*, Atti del Convegno, 12.10.1996, Milano
- Pedrabissi L., Santinello M., *"I test psicologici"*, Il Mulino, Bologna, 1997
- Rapaport D., Gill M.M., Schafer R., *"Reattivi psicodiagnostici"*, Bollati Boringhieri, Torino, 1968
- Zazzo R., *"Manuale per l'esame psicologico del bambino"*, Editori Riuniti, Roma, 1969

Altre letture su HT

- Agosti T., *"Il processo psicodiagnostico Significato, finalità e aspetti costitutivi della valutazione psicodiagnostica"*, Psico-Pratika nr. 88, 2012
- Sbrescia V., *"Storia di G: disturbo borderline di personalità tra diagnosi e trattamento"*, Psico-Pratika nr. 88, 2012
- Bellodi I., *"Psicodiagnostica in adolescenza. Assessment Cognitivo comportamentale: il caso di G"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 81, 2012
- Guerra D., *"Introduzione alla Psicodiagnosi"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 47, 2009
- Guerra D., *"Gli Strumenti Psicodiagnostici"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 47, 2009