

Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo



Luciana Cursio

**GUIDA PRATICA
ALLA CONSUL TAZIONE
PSICODIAGNOSTICA
IN ETÀ EVOLUTIV A**

Nuove prassi operative
in ambito transculturale

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**

Luciana Cursio

**GUIDA PRATICA
ALLA CONSUL TAZIONE
PSICODIAGNOSTICA
IN ETÀ EVOLUTIV A**

Nuove prassi cliniche e transculturali

Edizione aggiornata e ampliata

FrancoAngeli

Grafica di copertina: Elena Pellegrini

Immagine di copertina: Enrico Bianchini, Oltremare

2. edizione. Copyright © 2004, 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
Nuova edizione aggiornata: 2013

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione pag. 9

Parte prima

Consultazione e psicodiagnosi in età evolutiva

| | | |
|---|---|----|
| 1. Consultazione e psicodiagnosi | » | 15 |
| 1.1. Consultazione e psicodiagnosi: definizioni | » | 15 |
| 1.2. La valutazione psicodiagnostica | » | 18 |
| 1.3. Meccanismi di difesa | » | 21 |
| 1.4. Conquiste evolutive nei vari stadi d'età del bambino | » | 21 |
| 1.5. Consultazione e psicodiagnosi alla luce della clinica transculturale | » | 27 |
| 2. Stanza di consultazione e materiali ludici | » | 53 |
| 2.1. La stanza di consultazione | » | 53 |
| 2.2. Il materiale della stanza di consultazione | » | 54 |
| 2.3. Il gioco: definizioni psicodinamiche e criteri di lettura ed interpretazione | » | 56 |
| 2.4. Gioco e patologia: correlazioni | » | 57 |
| 3. Validi strumenti di indagine psicodiagnostica | » | 61 |
| 3.1. Anamnesi | » | 62 |
| 3.2. Scheda anamnesticca | » | 62 |

Parte seconda
I proiettivi in psicodiagnosi

| | |
|---|---------|
| 1. Considerazioni introduttive | pag. 69 |
| 2. Il disegno | » 72 |
| 2.1. Il disegno: coordinate di lettura | » 72 |
| 2.2. L'evoluzione del disegno | » 73 |
| 2.3. Stile del disegno e tratti di personalità | » 74 |
| 2.4. Machover's test | » 75 |
| 2.5. I disegni delle emozioni | » 78 |
| 2.6. Disegno della famiglia di animali (Brem Graser's test) | » 79 |
| 2.7. Disegno della famiglia | » 80 |
| 2.8. Il disegno e l'adolescente | » 80 |
| 3. Lo Scenotest di Von Stabbs | » 82 |
| 3.1. Lo Scenotest: descrizione e specifiche | » 82 |
| 3.2. Lo Scenotest. Protocollo operativo | » 83 |
| 3.3. Lo Scenotest a somministrazione congiunta | » 84 |
| 4. Le Favole di L. Duss | » 91 |
| 4.1. Favole della Duss: descrizione e specifiche | » 91 |
| 4.2. Favole della Duss: protocollo operativo | » 93 |
| 5. Blacky's Pictures | » 96 |
| 5.1. Blacky's test: descrizioni e specifiche | » 96 |
| 5.2. Blacky's test: contenuti peculiari | » 97 |
| 5.3. Fattori espressivi, difensivi e misti | » 100 |
| 5.4. Protocollo Blacky's Pictures (maschi) | » 102 |
| 5.5. Protocollo Blacky's Pictures (femmine) | » 105 |
| 6. Thematic Apperception Test | » 108 |
| 6.1. TAT: descrizioni e specifiche | » 108 |
| 6.2. Interpretazione secondo Murray | » 109 |
| 6.3. L'interpretazione secondo Rapaport, Gill e Schafer | » 110 |
| 6.4. L'interpretazione secondo Stern | » 111 |
| 6.5. L'interpretazione secondo Bellak | » 112 |
| 6.6. TEMAS: test proiettivo narrativo multiculturale | » 115 |
| 7. Wechsler Intelligent Scale | » 120 |
| 7.1. La WISC: descrizioni e specifiche | » 120 |
| 7.2. Calcolo prorata | » 122 |
| 7.3. Il concetto di età test | » 122 |
| 7.4. Quoziente intellettivo: definizioni generali | » 123 |
| 7.5. Analisi secondo Guilford | » 124 |

| | |
|---|----------|
| 7.6. Analisi dei singoli item della WISC R | pag. 126 |
| 7.7. La scala WISC III | » 130 |
| 7.8. La LEITER R. Leiter International Performance Scale-Revised | » 133 |
| 8. La Story Stem Technique | » 140 |
| 8.1. La Story Stem Technique: un altro approccio al mondo interno dei bambini | » 140 |
| 8.2. Modelli di Attaccamento e AAI: pratici schemi riassuntivi | » 151 |
| 8.3. Traccia dell'intervista ispirata all'AAI | » 153 |
| Parte terza | |
| Conclusioni | |
| 1. La restituzione psicodiagnostica | » 159 |
| 1.1. La restituzione psicodiagnostica | » 159 |
| 1.2. Traccia per una sintesi psicodiagnostica | » 160 |
| 1.3. Considerazioni finali | » 166 |
| Bibliografia | » 171 |

Presentazione

Dopo il 2004, anno di uscita del mio scritto *Guida pratica alla consultazione psicodiagnostica in età evolutiva* (e stante la continua richiesta di ristampe), mi sono trovata a riflettere su quali aggiornamenti fosse possibile apportarle, fermo restando che i principali elementi a cui si fa riferimento nel testo restano tuttora, e non solo a mio avviso, validi strumenti diagnostici.

Sicuramente alcune migliorie ed aggiornamenti era però lecito considerarli e proprio per questo è nata l'idea di ampliare il precedente testo aggiungendo un nuovo "vademecum" che potesse racchiudere *altre* buone coordinate nell'ambito della clinica, soprattutto oggigiorno che l'utenza, almeno nel pubblico, è sempre più caratterizzata da famiglie appartenenti ad etnie e matrici culturali differenti dalla nostra.

Mantenendo comunque un approccio psicodinamico, è pur vero che, in qualità di psicodiagnosti e terapeuti, incorriamo di frequente nel problema di *come* affrontare alcune situazioni o meglio di domandarci quale possa essere l'atteggiamento più proficuo per creare quell'imprescindibile clima di ascolto *all'altro*, affinché, sebbene diverso, possa affidarsi a noi.

Va da sé che alcuni strumenti da noi ordinariamente usati, debbano, in queste consultazioni, essere necessariamente affiancati o addirittura sostituiti da altri che sappiano by passare alcuni elementi strettamente culturali, permettendoci con autenticità di conoscere e valutare il paziente che abbiamo di fronte e la famiglia, nell'accezione più ampia possibile, a cui appartiene.

È a questo proposito che rilievi sulla cosiddetta clinica transculturale, sul peculiare significato dell'utilizzo obbligato, quale ponte di comunicazione, di una lingua *differente* da quella usata nel nostro quotidiano, nonché la conoscenza di altri test come il Temas, piuttosto che la Story Stem Technique, la LEITER R, divengono contributi che possono connotarsi come preziose risorse cliniche. La consapevolezza di appartenere ad una categoria di

professionisti portatori di un importante (ma mai esaustivo) “sapere”, sempre *in viaggio* verso prospettive differenti e complementari al tempo stesso, può permetterci di ritornare al nostro paziente, un senso completo del suo disagio e di ciò che con esso vuole comunicare.

Questo testo, riveduto ed ampliato, vuole avere lo scopo di facilitare il lavoro dello psicologo clinico, offrendogli un “altro paio di occhiali” che gli permetta di *veder ancor meglio* l’utente che si trova di fronte e di comprenderne autenticamente le peculiarità che sono strettamente correlate alla sua cultura di appartenenza.

Arrivare ad una psicodiagnosi significa infatti condividere con lui (e la sua famiglia) il significato di ciò che è successo, a maggior ragione se vi è la consapevolezza che la nostra cultura di riferimento non sia la stessa della persona/persona a cui ci stiamo avvicinando.

Questo è il motivo principale che mi ha portato a ri-visitare questa nuova guida visto che gli innumerevoli dati sociologici ora in nostro possesso, avuti da più fonti (Centri Studi, Ricerche commissionate su base sia regionale che nazionale, statistiche sanitarie...), dimostrano la consistente presenza di persone *migranti* in Italia.

La mia esperienza professionale sul campo, sia come psicologa in un servizio pubblico facente capo ad una ASL, che come supervisore e docente dell’Istituto di Psicoterapia del bambino e dell’adolescente, con una casistica anche in ambito privato, me lo conferma e ribadisce ogni giorno.

Questo scritto è sempre concepito come una guida di facile e pratica consultazione da parte di psicologi che, anche ben conoscendo la materia, possono operativamente avere sotto mano delle generali coordinate sull’applicazione ed il significato dei vari strumenti interpretativi di cui ci si può generalmente avvalere durante una ordinaria psicodiagnosi.

Il pregio per cui è stata apprezzata ritengo sia sempre nelle coordinate che permettono di trovare una certa sistematizzazione, teorica e pratica, ai dati diagnostici che, in una consultazione psicodiagnostica, vengono man mano rilevati.

In tal senso questo strumento tecnico si presta all’utilizzo di psicologi e psicoterapeuti che possono finalmente avvalersi di una guida variegata, complessa, ma sufficientemente poliedrica e rispettosa delle varie sfaccettature, anche culturali, che una psicodiagnosi potrebbe prevedere.

Gli assunti di base che la sorreggono, di stampo psicodinamico, si rifanno alle teorizzazioni dei più grandi studiosi della psicoanalisi infantile, cui però si rimanda implicitamente per gli eventuali approfondimenti.

Partendo da concrete indicazioni tecniche, correlate da molteplici e personali spunti riflessivi nati dalla diretta esperienza sul campo, si rende perciò esplicito un modello di percorso psicodiagnostico avendo cura, in parallelo, di riportare sempre l’attenzione pure sugli armonici aspetti evolutivi

del bambino, parametro di riferimento essenziale per una formulazione psicodiagnostica corretta.

Resi espliciti i contesti, i materiali operativi e gli strumenti specifici creati ad uopo per l'obiettivo prefissato, nella condivisione di un peculiare linguaggio interpretativo, si vuole però sottolineare come non se ne possa fare un uso meramente pedissequo od estrapolato da una più complessa lettura generale. Giungere ad una buona psicodiagnosi significa infatti e prevalentemente, trovare i *minimi comuni multipli* che attraversano tutto il materiale che il paziente ha messo a nostra disposizione e pertanto tal lavoro necessita proprio di una buona capacità sì di raccogliere, ma soprattutto di correlare, dar senso e verifica ai dati psicodinamici in nostro possesso.

Si ribadisce che ogni psicodiagnosi si deve relativizzare a quello *specifico minore* che abbiamo in osservazione e quindi, oltre agli essenziali colloqui clinici, si dovrà far prevalente riferimento alla nostra capacità empatica di professionisti delle relazioni, per la cernita di uno strumento d'indagine piuttosto che un altro. Certo è che la motivazione che la supporta, il mandante/i di tal richiesta (genitori, Tribunali, medico specialista...) e l'obiettivo cui vogliamo vertere, si costituiranno come faro prospettico per tali scelte.

In generale comunque, per una psicodiagnosi chiarificatrice si auspica la somministrazione di almeno un test proiettivo e di uno cognitivo affinché possa essere sottolineato, del bimbo in osservazione, sia il suo funzionamento sul piano degli affetti (relazioni oggettuali) che su quello strumentale (funzioni dell'Io).

Proprio alla luce anche della *nuova utenza* da cui abbiamo sempre maggiori domande, si sono privilegiati i suddetti test:

- lo **Scenotest di Von Stabbs**, quale versatile proiettivo ben sfruttabile sia in fase diagnostica che terapeutica, pure nella sua forma congiunta “ad uso familiare”;
- le **Blacky's pictures**, dai cinque anni alla preadolescenza/adolescenza proiettivo comunque ben delucidativo;
- al **TAT** (Thematic Apperception Test), somministrabile dalla tarda adolescenza, viene affiancato, per minori provenienti da culture differenti, il **TEMAS** (Tell Me A Story); entrambi si configurano come reattivi psicologici efficaci per sondare il mondo pulsionale e difensivo dei soggetti in età evolutiva;
- alla **WISC** (Wechsler Intelligent Scale for Children) che, fra i test cognitivi, assume un ruolo principe nello scandagliare la qualità e lo stile di pensiero dei bambini, è possibile giustapporre la scala **LEITER R**, cultural free;
- le **SST** (Story Stem Technique) vanno a sostituire il FAT (Family Aptitudinal Test non più in uso) come proiettivo specifico per le situazioni post traumatiche quale maltrattamento e sospetto abuso sessuale.

In merito ad un'immediata lettura dei Modelli di Attaccamento, ho aggiunto a questa guida un pratico schema che mi è sempre stato utile, nonché una traccia ispirata alla AAI di cui ci si può avvalere negli ordinari colloqui clinici. A mio avviso quelli sopra menzionati sono, anche in virtù di minori provenienti da qualsiasi cultura, i reattivi più in uso nelle consultazioni psicodiagnostiche e l'utilizzo mirato di uno o più di questi è da correlare, oltre all'autonomia tecnica del professionista, anche all'obiettivo specifico che ogni psicodiagnosi ha intrinsecamente in sé.

Come sempre comunque, in merito a detti strumenti si rimanda necessariamente ai manuali specifici per una lettura più esaustiva e comprensiva pure di rilievi storici, studi statistici e dirette esemplificazioni di somministrazione.

Ricordo che il test di Rorschach, sebbene fondamentale, non viene qui preso in considerazione poiché ogni tentativo di una "semplificazione operativa" presupporrebbe il rischio di una mera banalizzazione mai esaustiva delle tematiche che invece dovrebbero essere trattate.

Stante l'importanza di avere una sistematica cornice in cui collocare le proprie riflessioni cliniche su un caso, nell'ultima parte del testo viene di fatto esplicitata una modalità operativa di raccolta dei rilievi evidenziati in vista di una relazione scritta di un caso.

L'utilità della griglia riassuntiva appositamente approntata e che chiude la guida stessa, risulterà evidente.

Parte prima

Consultazione e psicodiagnosi in età evolutiva

1. Consultazione e psicodiagnosi

1.1. Consultazione e psicodiagnosi: definizioni

L'incontro col paziente è ovviamente la prima e necessaria fase di un percorso di intervento e pertanto coglierne le sue intrinseche coordinate permette ai protagonisti di aver chiarezza su ciò che si chiede e si può chiedere, nonché sulle possibilità di offerta e di sostegno/risoluzione che un operatore è in grado di offrire in merito ad una problematica. A tal proposito, per affrontare tecnicamente tal tema, al di là di una disamina specifica, è necessario, partendo da alcune definizioni basilari, appropriarci di un linguaggio delucidativo, affinché alcuni postulati divengano patrimonio comune.

Col termine “**consultazione**” si vuole intendere quella forma di rapporto interpersonale in cui un paziente, che ha un problema, si rivolge ad uno specialista per sollecitarne un parere; in psicologia clinica questo è uno spazio limitato nel tempo che, in generale, consta di 3/5 sedute e ha lo scopo di comprendere la problematica riportata, cogliere il tipo di sofferenza sottesa e saperla inquadrare affinché si individuino percorsi ed interventi atti a risolverla.

Ovviamente tal modalità di approccio al paziente, nell'ambito della psicologia dell'età evolutiva, presuppone l'incontro con i genitori del minore, adulti referenti, sempre primi interlocutori e mediatori del suo disagio.

Per “**psicodiagnosi**” intendiamo invece un tipo di valutazione (separata e distinta dalla psicoterapia) in cui vi è la ricerca ed il riconoscimento di alcuni *segni* che permettono di codificare il quadro globale di personalità di quel soggetto; pertanto quest'ultima si identifica come un intervento più esteso nel tempo e di maggior complessità, che permette di scoprire come quel soggetto sia in grado di mettersi autenticamente in relazione con se stesso, con gli altri e col mondo che lo circonda.

Spesso, per espletare tal indagine è contemplato, oltre ai colloqui clinici, pure l'uso di reattivi (test), i cui risultati, assemblati e verificati fra lo-

ro, permettono di esplicitare il funzionamento psicodinamico dell'utente in questione e quindi di saper indicare peculiari strategie risolutive al disagio portato.

La scelta di tali proiettivi, ovviamente, data la numerosa offerta di strumenti atti a tal scopo, dipenderà dall'utente a cui ci si trova di fronte, dalla sua appartenenza culturale, dalla formazione teorico clinica dello psicologo, dalla sua autonomia tecnica nonché dal suo stile di personalità; uno degli obiettivi di tal utilizzo diviene quello di poter raggiungere, in tempi più brevi, alcuni specifici rilievi psicodinamici.

Stante quanto sopra, volendoci occupare di psicodiagnostica infantile, si deve render chiaro che intraprendere tal percorso significa prevalentemente porsi alcune domande al fine di cogliere quale possibilità abbia, proprio quel minore su cui ci è richiesto un parere, di esprimere se stesso autenticamente.

Comprendere quindi a **che punto si trovi nella linea evolutiva di sviluppo**, trova traduzione nella capacità del terapeuta di presentificarsi quali compiti occupino la mente del bambino sapendoli pure mettere in relazione alla crescita fisiologica e psicologica dei suoi coetanei. Alla stessa stregua diverrà coordinata essenziale riuscire ad evidenziare la **qualità dei suoi schemi relazionali**, intesa proprio come personale capacità di entrare in relazione con sé e con l'altro e a tal proposito, ancor più in specifico, riconoscere l'uso prevalente di una evoluta modalità di rispecchiamento (quale ad esempio l'identificazione) può divenire un delucidante indice di armonia.

Ecco che la complessità di questo lavoro inizia ad evidenziarsi benché vi siano ulteriori rilievi di base ancora da esplicitare.

Di fatto, definire anche la **quantità di tensioni interne ed esterne** di cui è oggetto il bambino che stiamo ascoltando, risulterà utile per comprendere lo spessore della sua sofferenza, così come quantizzare il **carattere reversibile o meno della sua struttura psichica**, ci permetterà di arrivare a formulare una completa fotografia psicodinamica del nostro paziente.

Questa complessa procedura, di cui si va via a via costituendo sempre più la cornice, fa sì che sia, ora, necessario rendere espliciti altri elementi, che chiameremo *assiomi*, senza il cui ausilio è impossibile procedere correttamente.

Assiomi di/per una consultazione e una valutazione psicodiagnostica divengono pertanto: il cosiddetto **setting**, inteso con i suoi specifici e dichiarati parametri spazio-tempo e le relative distanze relazionali caratterizzate dall'uso oculato del *tu* o del *lei*. Si ricordi che l'età cronologica (diciotto anni), anche per un adolescente, viene di norma utilizzato come parametro fondamentale, subordinato però all'empatia dello psicologo che, dopo eventuale richiesta interlocutoria, potrà modularlo (in pratica: è, ad esempio, auspicato utilizzo della seconda persona singolare per ragazzi troppo adultizzati piuttosto che, nel caso contrario, l'inverso...).

Non si dimentichi come, in alcune particolari lingue, proprio l'utilizzo del *tu* e del *lei* dipenda proprio dalla struttura stessa dell'idioma.

Il **contratto**, con i genitori ed in specifico col bambino, è un altro momento ineludibile; due situazioni correlate, ma ben distinte in cui tutti i protagonisti possano cogliere, per loro potenzialità, il profondo significato della psicodiagnosi che ci si accinge ad iniziare.

Attenzione però che la sua intrinseca finalità, che è sempre *il benessere del bambino* (nelle parole verso gli adulti) e *il poter vivere meglio la sua vita di piccolo* (per il minore stesso) non deve mai coincidere con l'asserzione della scomparsa del sintomo, equazione invece spesso implicita per i genitori. Una tal accettazione risulterebbe non solo limitativa e fuorviante, ma soprattutto rischierebbe di non prendere in considerazione la valenza di *vantaggio secondario* che spesso il sintomo stesso assume nella dinamica familiare.

Alla luce della transcultura, è bene annotare anche "il significato" che la famiglia stessa, come luogo di crescita culturale, adduce alla situazione *patologica* in sé.

Altro delicato passaggio risulta essere la cosiddetta **restituzione** e cioè la comprensione, da parte degli adulti, di ciò che il bambino sta dicendo attraverso le manifestazioni patologiche, esplicita che trova il suo corrispettivo nella riformulazione, fatta direttamente al piccolo, del suo comportamento proprio in termini di paure e desideri.

Insomma essere capaci di tradurre il linguaggio dei sintomi, quello sotteso ad una data sofferenza, si individua così come la funzione peculiare di un bravo psicodiagnosta.

Strumento principe di una consultazione psicodiagnostica è il **colloquio** di cui, senza dilungarsi in ordinarie puntualizzazioni, vorrei sottolineare alcune fondamentali caratteristiche cliniche. Ad esempio l'importanza del *non dar niente per scontato*, permettendosi di chiedere per meglio capire ciò che è manifesto e ciò che è latente; elemento correlabile alla capacità di raccogliere con precisione tutti i rilievi (es. riferiti all'anamnesi, ai test...).

Anche solo il datare precisamente i colloqui, i test, risulterà utile pure in tempi successivi per valutare, ad esempio, il contesto temporale di quella specifica comunicazione e la possibilità, operativa, di richiederla negli stessi termini. Come sono cambiate le fantasie intorno a quel dato evento? Quante razionalizzazioni si sono accumulate? Dopo quanto tempo è possibile ri-somministrare un test proiettivo o lo stesso valido cognitivo?

Un *buon ascolto* sia del livello verbale che di quello gestuale, espressione diretta di un atteggiamento di identificazione che presupponga solo *alleanze con e non alleanze contro*; la capacità di tollerare pure spazi di silenzio del nostro paziente, sapendo distinguere il personale bisogno di in-

tervenire ed il rispetto di una “chiusura” dell’altro, si connotano come ulteriori elementi di forza.

Pedagogia, rassicurazioni e colpevolizzazioni non possono certo trovare spazio in un rapporto terapeutico improntato alla crescita empatica del paziente stesso.

Proprio per questo mi piace sottolineare come la strategia della consultazione stessa si rifaccia al modo di entrare in contatto con l’altro intendendo la valutazione psicodiagnostica come un processo di *reformulazione delle cose dette in termini di relazione*.

Specificatamente non si deve dimenticare come, in questo frangente, il **primo colloquio** assuma un’importanza fondamentale sebbene serva prevalentemente per capire e non abbia la funzione prioritaria di dar aiuto. È durante questo spazio che si passa dalla mera conoscenza dell’utente al colloquio clinico vero e proprio, quello in cui si riconosce la peculiare modalità del paziente di presentarsi.

L’empatia dello psicologo, rispetto all’esprimersi del soggetto che ha di fronte, può permettere di cogliere l’autentica domanda che questi formula, anche se espressa in modo latente. Pertanto domande aperte, cioè quelle senza iniziali *perché*, piuttosto che una buona capacità di reggere il silenzio, sono caratteristiche auspicabili.

Ancora: interrogativi “troppo diretti” (“Mi dica però qualcosa di più...”) possono suscitare reazioni oppositive, così come asserzioni implicite (“ora deve sentirsi così...”) o troppo proiettive, rischiano di far stagnare le comunicazioni stesse.

Obiettivi del primo colloquio possono essere quello di analizzare e valutare la problematica più rilevante per il paziente, farsi un’idea complessiva del suo stile di vita e relazione o ancora valutare generalmente, in termini quantitativi e qualitativi, la situazione reale e psicodinamica del soggetto stesso.

Ovvio che, in una consultazione per l’età evolutiva, non ci deve stupire come ciò che portano i genitori quale disagio possa notevolmente differire dal vissuto che il piccolo può provare (sia nei termini di sintomatologia che dei correlati vantaggi secondari); ma sarà il particolare contratto col bambino, la sottolineata alleanza nonché il vincolante segreto professionale concordati con lui, già dal primo incontro, che faranno la differenza.

1.2. La valutazione psicodiagnostica

Entrando sempre più nel merito, scopo prioritario di una valutazione psicodiagnostica diviene il fornire l’indirizzo del piano di trattamento da attuare (differenziato ed individualizzato caso per caso) per la risoluzione

della sofferenza psichica portata. Nella psicodiagnosi infantile, tale spazio deve imprescindibilmente preparare il terreno per *l'alleanza con i genitori* e con il bambino.

Risulta evidente che, oltre al contesto familiare e culturale in cui è inserito, il quadro evolutivo del bambino armonico (nelle diverse fasce di età) deve essere il principale riferimento che lo psicologo deve tener presente prima di approcciare la patologia e perciò i criteri di valutazione che devono guidarlo sono:

- **discrepanza fra età cronologica e mentale**, intesa proprio come iato fra i compiti che giustificano i suoi anni e le effettive risposte che il piccolo par in grado di dare;
- **frequenza e durata dei sintomi**, e cioè chiedersi quanto questi inficino la sua vita di bambino;
- **numero dei sintomi e loro diversificazione**;
- **entità dello svantaggio sociale**: il suo spazio di libero movimento è molto ridotto?;
- **intrattabilità dell'intervento** da proporre ed eventuale valutazione delle resistenze a questo;
- **stile di personalità** del bimbo;
- suo **adattamento all'ambiente** (cluster familiare?);
- **intensità della sofferenza interiore** (oltre i possibili vantaggi secondari).

E proprio per riuscire in modo sistematico a trovar risposta a tali quesiti, è consigliabile sistematizzare gli elementi psicodinamici sottostanti in aree specifiche.

Quattro sono le macro-aree che è necessario indagare per formulare una psicodiagnosi approfondita e ciò significa domandarsi *a che punto il bambino si trovi nella sua linea evolutiva* rispetto:

1. allo sviluppo pulsionale;
2. allo sviluppo dell'Io;
3. allo sviluppo del Super Io;
4. alla qualità delle sue relazioni oggettuali.

1. Sviluppo pulsionale

In tal macroarea vengono rese esplicite le capacità, del bambino stesso, di relazionarsi col mondo circostante, con una modalità *prevalentemente Orale, Anale, Fallica...*, e ciò presuppone, ovviamente, aver una certa dimestichezza con le teorizzazioni classiche della psicoanalisi.

Operativamente però ciò significa anche chiedersi la qualità di questo rapporto, lo specifico livello di esplicitazione anche secondo parametri cosiddetti libidici o aggressivi. Per esempio sull'oralità è bene saper cogliere se è espressa in modo ludico piuttosto che sadico o aggressivo... (quale significato intrinseco prevalente il piccolo sta cercando di veicolare?).