

VALUTAZIONE DEI FUNZIONAMENTI POST TRAUMATICI¹

La valutazione clinica è una pratica costante nella prassi del Centro TIAMA in quanto costituisce il primo indispensabile passo per impostare una terapia.

Essa va innanzitutto organizzata, in modo da fornire un quadro del funzionamento psicologico complessivo e specifico:

- *complessivo*, in quanto capace di evidenziare vari livelli di profondità degli assetti psicologici, dal piano dei comportamenti e adattamenti a quello dei vissuti più profondi e dei modelli operativi interni;
- *specifico*, in quanto tiene conto in modo mirato delle caratteristiche del funzionamento post traumatico, utilizzando strumenti capaci di metterne specificamente in luce i vari aspetti. Si avvale in tal senso delle procedure riconosciute all'interno della comunità scientifica, sia per il riconoscimento delle situazioni di violenza sia per giudicare con oggettività gli esiti della terapia.

Opportuno è lo studio finalizzato all'applicazione, accanto a strumenti più noti e da tempo utilizzati, di quanto recentemente messo a punto in proposito in altri Paesi, ad integrazione di quanto noto tradizionalmente circa la diagnosi psicologica dei soggetti in età minore, generalmente poco specifico per i soggetti vittime di esperienze traumatiche. Sui funzionamenti psicologici dei soggetti di cui sopra si stanno sviluppando conoscenze sempre più precise, che si riflettono nella messa a punto di strumenti diagnostici specifici.

L'esperienza ci ha portato attualmente ad adottare uno schema che comprende tre livelli di approfondimento (che chiamiamo 'zoom'), attraverso l'uso di strumenti a basso, medio, alto impatto diagnostico. Ciascun livello è poi articolato su due assi di osservazione: l'asse dei comportamenti manifesti e l'asse dei vissuti interni.

A causa della possibilità di utilizzare questionari autosomministrati, compilabili autonomamente (o semi-autonomamente, mettendo a sua disposizione la consulenza qualificata di collaboratori psicologi) dal caregiver del bambino mentre quest'ultimo effettua la sua seduta di valutazione psicologica, una notevole massa di dati può essere acquisita in un tempo molto contenuto, che stimiamo in massimo 4 sedute. Ad esse vanno aggiunti i tempi per la presentazione della valutazione e dei suoi obiettivi e metodi al minore e al caregiver (seduta di 'contratto') e per la restituzione su quanto emerso. I tempi di elaborazione del materiale raccolto sono anch'essi ottimizzati dall'adozione di questionari e scale, a completamento del materiale proiettivo che richiede una elaborazione prettamente qualitativa.

* Neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta, responsabile attività clinica Centro TIAMA, responsabile tecnico scientifico Progetto Equal TIAMA (IT-G2LOM-023).

¹ 2007

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

risorse e adattamenti

primo
zoom
a basso
impatto

CBCL
GENOGRAMMA

SSB
DISEGNO LIBERO

funzionamento psicologico - marker PT

secondo
zoom
a medio
impatto

TSCC
TSCYC
PSI

FAT
GIOCO
DISEGNI
TAT
BLACKY

funzionamento psicologico – approfondimento marker PT

terzo
zoom
ad alto
impatto

GSBI
CDI
GDC, A-DES

RORSCHACH

comportamenti

vissuti

MALACREA M, 2007

Gli strumenti *a basso impatto* verificano la tenuta delle capacità cognitive e adattive del soggetto, somministrando stimoli capaci di fornire un quadro generale delle risorse e delle aree critiche relazionali e personali sul versante dei comportamenti (genogramma commentato, CBCL) e stimoli proiettivi sotto il controllo consapevole (disegno libero a scelta, su cui costruire una storia inventata) o che prefigurano modesti incidenti di percorso comuni nella vita quotidiana per testare gli stili di attaccamento (Story Stem Battery). La specificità della rilevazione consiste nella messa a fuoco di un ambito come quello familiare (nel genogramma) spesso critico nella vita del bambino e nella scelta delle storie incomplete proposte, selezionate in base a studi mirati ai bambini abusati.

Strumenti a basso impatto

COMPORAMENTI

**GENOGRAMMA
COMMENTATO**

CBCL

(Child Behavior Checklist)

Compilato dagli adulti di riferimento
(1anno ½ - 18 anni)

- Profilo delle competenze
- Scale sindromiche (internalizzazione, né internalizzazione né esternalizzazione, esternalizzazione)

VISSUTI

DISEGNO LIBERO

(con storia inventata)

STORY STEM BATTERY

13 storie incomplete che prefigurano
modesti incidenti di vita quotidiana
per testare gli stili di attaccamento

MALACREA M, 2007

Gli strumenti *a medio impatto* aprono in modo meno controllabile i canali delle fantasie proiettive. Vengono utilizzati in tal senso tradizionali test proiettivi (gioco simbolico, disegni a tema², Blacky test, TAT), con una preferenza per il Family Attitudes Test, per la sua specificità nell'evidenziare tematiche relative alle relazioni familiari, con stimoli di particolare sensibilità per le situazioni di maltrattamento fisico, di abuso sessuale, di violenza assistita. Sul piano dei comportamenti, si utilizzano test specifici per la rilevazione di marker di funzionamento post traumatico, come il TSCC (compilato dal bambino) e il TSCYC (compilato dall'adulto di riferimento). Il quadro può essere completato dalla rilevazione nel genitore del livello di stress indotto dall'accudimento di un bambino traumatizzato, attraverso la somministrazione del PSI.

<i>Strumenti a medio impatto</i>	
COMPORAMENTI	VISSUTI
<p>TSCC (<u>Trauma Symptom Checklist for Children</u>) Compilato dal bambino (8-16 anni)</p> <p>TSCYC (<u>Trauma Symptom Checklist for Young Children</u>) Compilato dall'adulto di riferimento (3-12 anni)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ne deriva un profilo articolato per aree di funzionamento post-traumatico</p> <p>PSI (<u>Parenting Stress Index</u>) Compilato dall'adulto di riferimento (1 mese-12 anni) Prevede un profilo che include problemi relativi al bambino, al ruolo genitoriale e ad altri eventi di vita fonte di stress</p>	<p>TEST PROIETTIVI CLASSICI (gioco simbolico, disegni a tema, Blacky test, TAT)</p> <p>F.A.T. (<u>Family Attitudes Test</u>) Specifico per tematiche relative alle relazioni famigliari Stimoli sensibili per maltrattamento fisico, abuso sessuale e violenza assistita</p>
MALACREA M, 2007	

Gli strumenti *ad alto impatto* tendono a far affiorare i vissuti più profondi, sottratti al controllo consapevole, attraverso il test di Rorschach, di cui viene adottata una lettura specificamente mirata a cogliere gli indicatori di funzionamento post traumatico. Sul piano dei comportamenti trovano posto i test mirati all'approfondimento dei comportamenti patologici già eventualmente evidenziati dai test precedenti, con focalizzazione su specifiche reazioni post traumatiche, come i comportamenti sessualizzati (vedi anche una review e un approfondimento sui comportamenti sessualmente aggressivi) (CSBI), i tratti depressivi (CDI), i tratti dissociativi (DES per bambini e adolescenti).

² Vedi anche il Focus monotematico: "Il disegno: mezzo di comunicazione nei casi di abuso sessuale", in *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 5, 2, 2003.

Strumenti ad alto impatto

COMPORAMENTI

CSBI

(Child Sexual Behavior Inventory)

Compilato dall'adulto di riferimento
(2-12 anni)

- Focus sui comportamenti sessualizzati

CDI

(Children's Depression Inventory)

Compilato dal bambino (8-17 anni)

- Focus sui tratti depressivi

CDC, A-DES

(Child Dissociative Checklist)

Compilato all'adulto di riferimento (5-12 anni)

(Adolescent Dissociative Experiences Scale)

Compilato da adolescenti (10-21 anni)

- Focus sui tratti dissociativi

VISSUTI

TEST DI RORSCHACH

con una lettura specificamente mirata
a cogliere gli indicatori di
funzionamento post-traumatico

MALACREA M, 2007

L'insieme di quanto sopra, che è il risultato dell'ampliamento e della razionalizzazione della gamma di strumenti valutativi tradizionalmente impiegati dal nostro staff, ha comportato un innegabile valore aggiunto. Il quadro che può essere formulato a partire da questa impostazione ha innanzitutto il vantaggio di promuovere una partecipazione più consapevole del soggetto e degli adulti protettivi che se ne curano: si ottiene così di porre la base indispensabile per la cura dei soggetti traumatizzati, in cui va innanzitutto promossa l'integrazione e la ripresa di controllo dei propri funzionamenti fisici e psichici, diventati confusi e ingovernabili a seguito dell'esperienza traumatica.

La presenza di profili 'oggettivi' sul piano comportamentale, ma abbastanza mirati ai funzionamenti post traumatici da mettere in luce con chiarezza e con appropriata chiave di lettura gli elementi degli stessi; la comparazione tra quadri psicologici emergenti dalle prospettive di diversi compilatori (il paziente stesso o i suoi genitori, per esempio o anche gli insegnanti) e relativi a diversi ambiti di vita; il collegamento tra aspetti comportamentali e aspetti riguardanti i vissuti sottostanti, che possono finalmente apparire come "le buone ragioni" dei comportamenti stessi e vengono quindi liberati dalla "fumosità" e "opinabilità" delle tradizionali interpretazioni psicologiche: sono tutti elementi che riescono a rendere la valutazione psicologica così concepita come un momento di autoconoscenza fondata e precisa, cognitivamente ed emotivamente coinvolgente, sfuggendo al rischio di sembrare tangenziale e criptica (le "elucubrazioni degli esperti", poco comprensibili dalla gente comune).

Un corollario di tutto rispetto è poi la migliore possibilità di comunicazione tra professionisti della 'rete' di presa in carico, sia omologhi che non omologhi come formazione tecnica; e l'accuratezza della comparabilità con successive valutazioni psicologiche. Quest'ultimo aspetto è fortemente motivante anche per i piccoli pazienti, che si attendono dalle rivalutazioni periodiche non solo una fotografia globale della loro evoluzione, ma anche l'identificazione circostanziata dei problemi residui, premessa a nuovi contratti terapeutici, se ancora necessari.