

Prendersi cura della Salute nel Materno-Infantile: quesiti, questioni

MASTER DI 2° LIVELLO
"PSICOLOGO PEDIATRICO:
UNO PSICOLOGO DI BASE NEL MATERNO-INFANTILE"
Dipartimento di Scienze Psicologiche,
Pedagogiche e della Formazione

UNIPA2017 
PALERMO CITTÀ UNIVERSITARIA

1° CONGRESSO
INTERNAZIONALE
DELLA **S.I.P.Ped.**
Società Italiana
di Psicologia Pediatrica

“Le richieste di integrazione in Pediatria”

Prof. G. Corsello

Dr. N. Cassata



Perché e come la Psicologia Pediatrica nella quotidianità della Pediatría

**E' avvertita la necessità di inserimento nei
nostri reparti di professionisti di un
area psico-socio-pedagogica**

Per facilitare e dare **concretezza** nella pratica quotidiana ai concetti di

❖ “Care”

❖ **“Umanizzazione”**

❖ *Approccio bio-psico-sociale*

❖ *Unicità clinico-emotivo-affettivo-relazionale-sociale*

❖ *“Traiettorie evolutive”*

“Umanizzazione”

“Non mi importa della malattia di quell'uomo, mi importa di quell'uomo con la malattia”

Ippocrate

*Accrescere la sensibilità e l'attenzione
dei sanitari agli aspetti*

✓ *Emotivi*

✓ *Affettivi*

✓ *Relazionali*

✓ *Sociali*

*indotti dalla patologia e dalla
ospedalizzazione sia nel bambino che
nei genitori*

Priorità del Pediatra Ospedaliero

- dare una risposta alla richiesta di diagnosi – terapia – guarigione – benessere
- con rapporto di tipo contrattuale ➡ esito positivo
- nel rispetto di tutte le dimensioni della qualità:

- ✓ efficacia
- ✓ sicurezza
- ✓ appropriatezza clinica

Ripercussioni contrattuali

- responsabilità professionale
- responsabilità medico-legale

Tale priorità distoglie e distrae dagli **aspetti psico-emotivo-relazionali e sociali** o quanto meno **li pone in secondo piano**,

talvolta nella consapevolezza di non possedere adeguati strumenti di valutazione e di intervento, ma soltanto una **empatia**, non sempre sufficiente, o uno sterile atteggiamento consolatorio

Interdisciplinarietà Pediatra – Psicologo Pediatrico

per colmare

*“spazi disattesi” dal pediatra,
che spesso non ha sufficienti conoscenze e
strumenti per essere “sensore” di criticità
ed esigenze del bambino e della sua
famiglia*

Lo **psicologo-pediatrico** aiuterà il clinico ad interpretare ed a mettere insieme, talvolta a valorizzare, tutte le variabili che modificheranno il vissuto di malattia ed una possibile **distorsione del percorso evolutivo**.

Ogni malattia determina un impatto psichico filtrato da una infinità di variabili:

- ✓ età
- ✓ sesso
- ✓ temperamento
- ✓ genitori
- ✓ contesto sociale
- ✓ vissuti precedenti
- ✓ capacità di presa in carico ed accoglienza

Lo **psicologo pediatrico** fornirà la lente correttiva per un approccio alternativo ed olistico.

Tale approccio , elemento centrale di una **“buona pratica”**, non costituisce un elemento secondario al perseguimento del

buon esito delle cure

consolidamento del rapporto fiduciario

trasformazione del trauma potenziale in una tappa del percorso evolutivo

Questa “buona pratica” si iscrive nel concetto di una “buona accoglienza”

Accoglienza come dimensione della qualità assistenziale

Sentirsi “accolti bene ed accompagnati” costituisce la premessa per potersi sentire “ben curati”

Lo **psicologo pediatrico** , componente del team, è un **alleato nel realizzare una buona accoglienza ed attuare concretamente i punti della Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale**

Carta dei diritti del bambino in ospedale (10 punti)

- Vi è reale necessità di ricovero ospedaliero ?
- Il reparto è aperto a genitori e persone amiche ?
- I genitori ricevono informazioni riguardo ai tempi ed ai ritmi della vita di reparto ?
- Esistono spazi per il gioco ed un supporto educativo ?
- Garantiamo un trattamento gentile e il rispetto della privacy ?

- E' garantito un sufficiente comfort (pasti , riposo, igiene) ?
- Vi è sufficiente attenzione alla sofferenza del bambino ?
- Controlliamo adeguatamente il dolore ?
- I genitori ricevono informazioni adeguate sullo stato di salute e sulle cure ?
- I genitori **ed il bambino** partecipano alle decisioni sanitarie ?

Troppo spesso la relazione e la comunicazione tra pediatra e genitori lascia fuori il **bambino** rendendolo l'elemento **“invisibile”** della triade

La relazione e la comunicazione deve **cominciare con il bambino** in modo gioviale, rassicurante con sorrisi e confidenzialità, ponendogli domande sul suo mondo e rendendolo protagonista.

Ascoltare il bambino lo rende visibile

Lo Psicologo pediatrico
“amplifica” la voce del bambino

L'ascolto del “paziente bambino” e l'interpretazione delle sue emozioni e reazioni, può essere falsato da un **bias transizionale**, di cui essere consapevoli .

La mamma può attribuire al bambino i propri stati d'animo , le proprie ansie e paure.

Un bambino è lo specchio degli stati emotivi della madre.

L' autenticità delle sue emozioni e del suo modo di relazionarsi possono essere celate da modi di essere del genitore

Lo psicologo pediatrico riconosce ed interpreta tali distorsioni

Il **bambino** non deve essere considerato aprioristicamente un soggetto **“incompetente”**, ma capace di comprensione e di scelte, in grado di esprimere se stesso, i propri pensieri ed emozioni con tempi e modalità peculiari alla sua età, ed è **titolare del diritto di essere preso in considerazione.**

Il bambino, nel sentirsi ascoltato, trova nello **psicologo pediatrico** un alleato affidabile, non essendo questi il diretto titolare delle cure

E' necessario ascoltare il bambino, entrare in relazione con lui, cercando di ritagliargli una **“fetta” di autonomia decisionale.**

E' necessario **porgli delle domande** per cogliere quale sia la sua percezione di ciò che accade attorno a lui.

Ascolto e sincerità limitano il sentimento di solitudine e di diversità, ridimensionano paure e fantasie.

Il silenzio aumenta le paure.

Il colloquio con lo **psicologo pediatrico le attenua**

L'informazione e la **comunicazione sincera** sulle condizioni di salute e sulle procedure a cui dovrà essere sottoposto dovrà avvenire utilizzando un linguaggio comprensibile, adeguato al suo sviluppo e alla sua maturazione.

Ciò comporta l'utilizzo di **spazi, tempi, modalità e strumenti comunicativi** idonei ai singoli casi, ricorrendo anche alle immagini, ai disegni, alla narrazione ed al gioco (approccio diretto o facilitato dai genitori).

Lo **psicologo pediatrico** ha un ruolo centrale in tali **strategie di comunicazione**

Il **dialogo e la reciprocità con lo psicologo pediatrico** potenzierà ed affinerà gli strumenti di sensibilità e conoscenza per rendere l'**ascolto** del bambino e dei genitori **l'elemento fondante di una relazione positiva** basata sulla fiducia e l'alleanza nell'esclusivo interesse del bambino.

L'art. 12 della Convenzione sui Diritti del Bambino (NY 20 Nov. 1989 , recepita in Italia nel Maggio del 1991)

“il minore ha diritto ad esprimere la propria opinione su ogni questione che lo interessa, e deve essere presa in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità”

Lo **psicologo pediatrico** contribuisce a salvaguardare questo diritto

Consapevolezza e presa in carico del conflitto tra

Bisogni dello sviluppo :

- Autonomia
- Senso di competenza
- Bisogno di conoscere
- Socializzazione
- Percezione fisicità

**C
R
O
N
I
C
I
T
A'**

Bisogni della malattia :

- Dipendenza
- Protezione esterna
- Desiderio di negare
- Isolamento
- Compromissione fisicità

❖ **Riconoscimento delle ricadute psico-evolutive**

❖ **Individuazione di risorse interne ed esterne**

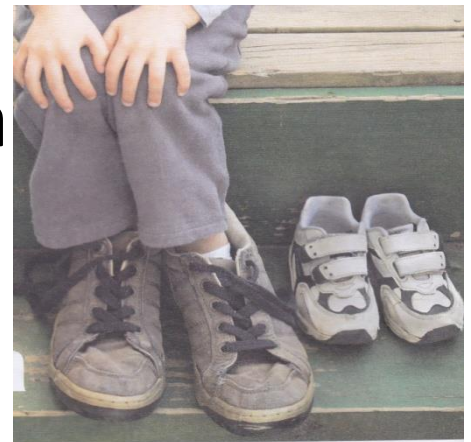
Età pediatrica 0 – 14 → 0 – 18

Genera problematiche cliniche ,
psicologiche e socio-assistenziali nella cui
gestione la pediatria potrebbe essere
impreparata ed in cui il **lavoro integrato
con la psicologia pediatrica** è la risorsa e la
strategia da valorizzare e massimizzare.

Adolescenti tra 15 e 17 anni in Italia

1.700.000

15% hanno una malattia cronica



Esempi di **problemi clinici e sociali** che si **accentuano o si manifestano nell'adolescente**

- disturbi psichiatrici
- depressione
- turbe della personalità
- disturbi dell'alimentazione
(anoressia – bulimia)
- tossicodipendenza
- web-dipendenza
- alcolismo
- comportamenti autolesivi
- sessualità etc.

Aree critiche

- disabilità intellettiva
- disabilità psichica
- disabilità complesse

- malattie croniche (circa il 15% degli adolescenti)
 - abbandono delle terapie
 - transizione alla medicina dell'adulto difficile

Lo **psicologo pediatrico** ha sensibilità , conoscenza e strumenti **per calibrarsi alla personalità ed i bisogni di autonomia di un adolescente**, all'interno di un contesto assistenziale , certamente protettivo, ma che può essere vissuto come **un arretramento , una interruzione nel personale percorso di crescita e di autodeterminazione.**

Lo psicologo pediatrico svolgerà un ruolo cruciale nel creare le condizioni di **accettazione consapevole della necessità di accostamento della età adolescenziale a quella del bambino e non dell'adulto**

Pediatria - Psicologia pediatrica

❖ *Dialogo*

❖ *Interdisciplinarietà*

❖ *Reciprocità*

❖ *Legittimazione*

❖ *Condizionamento positivo*



Modello di **rapporto interdisciplinare**

Pediatra –Psicologo pediatra

in antitesi

al **modello della delega:**

Intervento psicologico a chiamata per la gestione dello sconvolgimento emotivo, dell'ansia e del panico (TRAUMA) che la malattia può determinare

La **separazione tra i due campi disciplinari**,
ciò che è medico-sanitario e ciò che è
psicologico

➤ peggiora le relazioni

➤ trascura il rischio psico-evolutivo
(disorientamento, insicurezza, sensi di
colpa...)

➤ trascura la valorizzazione delle risorse
psicologiche del bambino (resilienza).

Interdisciplinarietà

Pediatra – Psicologo Pediatra

finalizzata a

migliorare il controllo e la gestione dei processi di comunicazione verbale e non verbale alla base dell'alleanza medico-famiglia e della prevenzione delle incomprensioni e dei conflitti

Tensione – Incomprensione - Sfiducia



Terzietà

- ✓ Ammortizzazione tensioni
- ✓ Facilitazione comprensione dei bisogni
- ✓ Facilitazione comunicazione

L'ospedale è un luogo di osservazione privilegiato di fenomeni sociali che incidono profondamente sullo stato emotivo-affettivo del bambino e della famiglia e sul vissuto/accettazione della condizione patologica.

Ampio spazio per la **integrazione con la psicologia pediatrica ed il servizio sociale**

- famiglie disgregate
 - conflitti genitoriali
 - famiglie monoparentali
 - famiglie disfunzionali alla crescita dei loro figli, reversibilmente o irreversibilmente
 - disturbi della personalità dei genitori
 - perdita del lavoro
 - perdita dello stato sociale
 - povertà estrema → opportunità limitate
 - povertà educativa → svantaggio
- Adverse Childhood experience (**A.C.E.**)

Anche la percezione consapevole o inconsapevole del **disagio generato da queste condizioni** può essere espressa dal bambino o dai genitori ed ascoltata con spirito di comprensione e vicinanza ed ove necessario organizzando un **supporto psico-sociale multidisciplinare**.

Lo psicologo pediatrico affianca e supporta l'assistente sociale

Tale modalità operativa, se riesce a garantire una continuità territoriale , per le condizioni più complesse e problematiche, diventa un **modello socio-assistenziale integrato** che

- migliora la percezione di adeguatezza dell'Ospedale, dei Servizi territoriali e del SSR
 - razionalizza la domanda di assistenza e la ricerca spasmodica di soluzioni assistenziali alternative
 - attenua l'approccio difensivistico della medicina
- con ricadute di ordine sociale ed economico**

Il percorso della Psicologia all'interno del **“territorio pediatrico”**, esprime una volontà di esplorazione e di trasformazione culturale della Pediatria

Trasformazione della pediatria dal **modello bio-medico a quello bio-psico-sociale**, presupposto per un reale processo di **integrazione assistenziale socio-sanitaria**.

