



LA PSICOLOGIA PEDIATRICA

prof.ssa Giovanna Perricone

Prospettiva della Psicologia pediatrica “ i fondamentali”



Tra i “fondamentali”, l'attenzione ai fattori costituiti dalla dinamica dello sviluppo così come dai fattori relativi alle risorse, alla resilienza di ciascuna traiettoria evolutiva, al campo di riferimento della specifica condizione pediatrica; questi fattori così come la loro centralità inducono a sottolineare la prospettiva dello

Strengthening

(Perricone Briulotta, 2011)

un "rafforzamento", una sorta di esito evolutivo di stabilità e di potenziamento (Rutter, 2002) del funzionamento, in termini di capacità, processi, che diventano risorse



LA PSICOLOGIA
PEDIATRICA

COSTRUTTI
CONSIDERAZIONI
e dintorni

Lo strenghtening

- Riduzione delle compromissioni evolutive
- Costruzione di resilienza
- Ricerca e potenziamento/trasformazione di risorse



Strengthening, possibilità di attraversamento del rischio:

Adattamento Creativo

(Goodmann, 1995; Stern, 2000)

- Contatto
- Problem solving

Coping

(Lazarus, Folkman, 1984)

- Diagnosticare
- Affrontare
- Relazionarsi

Fattori di protezione

(Rutter, 1987; Werner, 2000)

- Riduzione dell'esposizione al rischio psicosociale
 - Riduzione delle reazioni negative a catena
 - Sviluppo del senso di autoefficacia
 - Apertura a nuove opportunità



La considerazione della malattia sul piano clinico/medico (Kazak, et al., 2010);

- La considerazione delle implicazioni non solo psicoevolutive dei trattamenti: farmacologici e neurologici (Brown et al., 2010);

La storia :
Il riferimento internazionale:
la 54^a Divisione dell'American Psychological Association

*- Un approccio costruttivista alla condizione pediatrica (Wilson, Lawman, 2010) in termini di:
Rappresentazione
Routine
Modelli
Funzioni e operazioni mentali*



La storia :

Il riferimento
internazionale:
la 54^a Divisione
dell'American
Psychological
Association

La «condizione pediatrica» non come caso, ma come campo in cui la malattia è fattore del vertice bambino (Aylward et al., 2010);

Lavoro sulle possibilità di vita del bambino, del suo sviluppo, del pensare al futuro/progettare il futuro e cominciare dal pensabile (Tynan et al., 2010);

Il lavoro sul trauma, come sfondo: dal lavoro sul trauma alla presa in carico della dinamica dello sviluppo (Wilson, Keane, 2004) e la ricaduta sul trauma



LA STORIA :

la prospettiva
italiana

*Assumere una prospettiva dello
SVILUPPO,
PER LA SCUOLA PALERMITANA:*

- lo sviluppo come traiettoria evolutiva.*
- la crescita come integrazione di sviluppo e maturazione*
- lo sviluppo come dinamica dai processi antinomici ai processi delle diverse dimensioni ai comportamenti adattivi e/o disadattivi*
- lo sviluppo come processo epigenetico*
- lo sviluppo con i suoi bisogni evolutivi speciali e i conseguenti B.E.S.*
- Lo sviluppo nella sua prospettiva ecologica*



LA STORIA

La Prospettiva
italiana

- Lavoro sulle possibilità di vita del bambino, del suo sviluppo (pensare al futuro, progettare il futuro a cominciare dal prenatale) (Ionio, Di Blasio, 2014);
- Il lavoro sul trauma (De Clercq, Lebigot, 2001; Caretti, Capraro, 2008) come sfondo: dal lavoro sul trauma alla presa in carico della dinamica dello sviluppo (Perricone Briulotta, 2012);
- Il lavoro con la famiglia (Biondi, 1991; Di Vita, 2013; Monti et al., 2012; Di Blasio et al., 2005), considerando che l'obiettivo fondamentale è sempre il supporto allo sviluppo del feto/neonato/bambino/Adolescente (Kazak, Rourke, Navsaria, 2010);
- Il neglect (Briere, 2002)
- Metodo evolutivo-clinico (Perricone Briulotta, 2012).



LA DIMENSIONE PROGETTUALE

IL PROGETTO DI VITA:

Dal riconoscimento dell'obiettivo
del fare (agire per)

All'individuazione dell'obiettivo
dell'essere (trasformare il proprio
sé)

LA STORIA

La Prospettiva
italiana



LA DIMENSIONE TEMPORALE

- dal recupero del presente al futuro e non dal passato al presente per il futuro;
- trovare una possibilità di significato diverso del proprio sé per il futuro nella condizione presente

LA STORIA

La Prospettiva
italiana

Riconoscere la funzionalità
della presa in carico della
Condizione pediatrica
(superare l' autoreferenzialità)

DARE SPAZIO

FARE POSTO

Rendere protagonista da subito
la condizione pediatrica
(prendere in carico il rapporto tra bambino e
vertice singolo)

**FARE POSTO
ALLA CONDIZIONE
PEDIATRICA
COME CAMPO
NEL QUI ED ORA
DELLA PRESA IN CARICO**

IL TEMPO: DAL QUI ED ORA AL FUTURO

LOCALIZZAZIONE



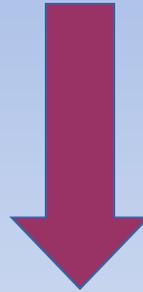
Definire e riconoscere il presente
del qui ed ora

STORICIZZAZIONE



Portare nel presente della
presa in carico il passato

**IL RUOLO DELLA PRESA IN CARICO
DELLA MATURAZIONE**

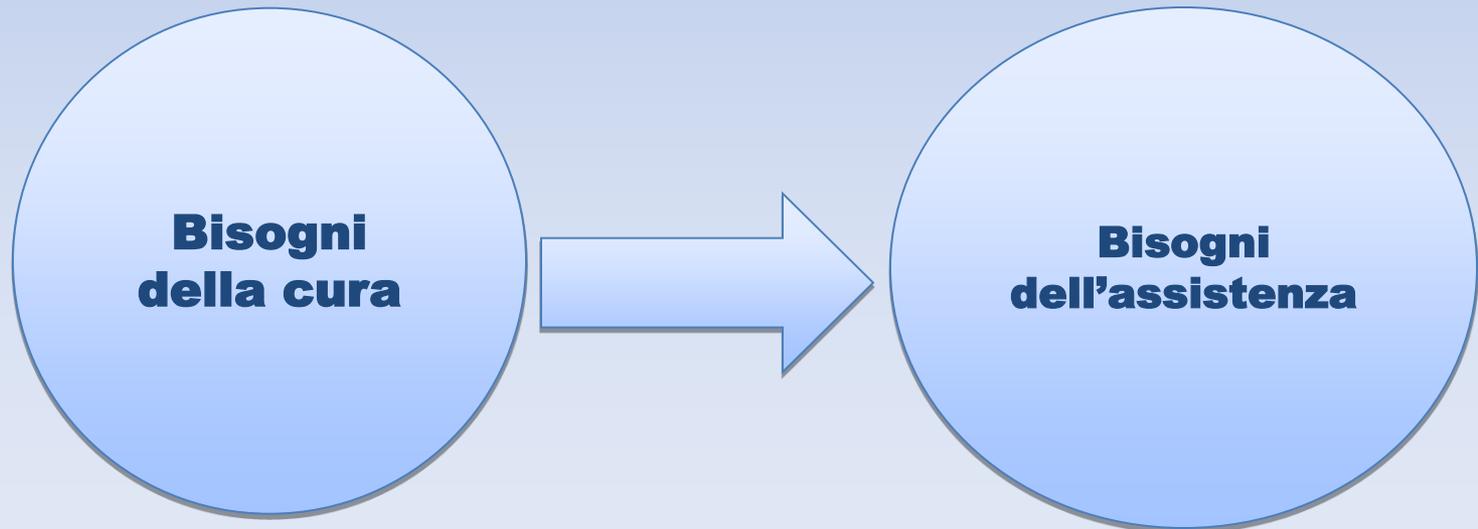


**UN ORIENTATORE PER LA LETTURA
DEL RAPPORTO BAMBINO/ SINGOLO VERTICE**



IL RAPPORTO TO CURE/ TO CARE

rapporto tra *cure-care/*
supporto-riabilitazione
come integrazione





Il rapporto *cure-care/* *supporto-riabilitazione* *Funzionale a*

Il rapporto cure-care/supporto-riabilitazione per potersi realizzare ha bisogno di essere guidato dal sogno alla concretezza di un rapporto interdisciplinare tra

Psicologia pediatrica e Pediatria

Per ritornare al sogno diventata vision di una mission orientata alla complessità della persona



UNA CONDIZIONE DI ATIPICITA' DELLO SVILUPPO

Considerazione delle compromissioni e delle risorse evolutive nella logica della personale traiettoria evolutiva
La malattia come condizione di crisi evolutiva, di rischio, con relativi compiti di sviluppo per l'attraversamento del rischio
La mobilitazione dei fattori di protezione
L'atipicità dello Sviluppo in condizione di malattia e i suoi bisogni speciali
Le traiettorie evolutive
L'assessment
La funzione di promozione evolutiva dei contesti



Le traiettorie evolutive

La traiettoria evolutiva si definisce come trend dello sviluppo individuale orientato da:

fattori genetici

fattori culturali

fattori naturalizzati



come interiorizzazione e radicalizzazione di processi orientati dalla cultura



Il trend dello sviluppo

Andamento

I
fattori

Direzioni

ANDAMENTO: esperienze di appartenenza, degli stili genitoriali e loro mentalizzazione, fragilità psicosociali e vulnerabilità sociale, aspettative di traguardi, crisi evolutive normative e non ed esperienza di queste

DIREZIONI: dimensioni dello sviluppo con il loro stato evolutivo (sviluppo cognitivo, corporeo, del linguaggio, emotivo, sociale, etc, e caratteristiche di questo sviluppo); crisi evolutive normative e non



Il trend dello sviluppo

NELL'ANDAMENTO:

La mentalizzazione dell'esperienze di appartenenza, degli stili genitoriali, della proprie fragilità psicosociali e/o vulnerabilità sociale, dei traguardi di sviluppo, etc, etc, come:

elaborazione delle risonanze emotive, degli schemi, dei modelli operativi interni, attribuzione di significato, tra questi quelli che attengono alla malattia



Le Tipologie di Rischio di black out della dinamica dello sviluppo che la Psicologia Pediatrica prende in carico

CONDIZIONI EVOLUTIVE DI:

**Alterazione
Cortocircuito
Polarizzazione
Negazione
Sbilanciamento**

**Continuità/
Discontinuità**

Lo sviluppo si sclerotizza rigidamente su modalità comportamentali, pensieri, emozioni, routine...disfunzionali indotti dalla malattia e/o dai trattamenti
E quindi: difficoltà/impossibilità di attivare nuove risposte più adeguate al fronteggiamento della specifica condizione

Lo sviluppo si "polarizza" sull'instabilità, sul disequilibrio, sui cambiamenti repentini e continui che hanno caratterizzato l'impatto con l'evento critico "malattia"
E quindi: assenza di quella stabilità, di quei momenti di equilibrio funzionali a potere prevedere nuovi cambiamenti



**Quantità/
Qualità**

Alterazione dei tempi e dei ritmi dello sviluppo:

**Aumento o riduzione di processi che caratterizzano la "tipicità" dello sviluppo
Es: iper o ipo-attivazione dei processi di controllo (il trattamento induce un controllo eccessivo su tempi, spazi, procedure...) e/o dei processi di anticipazione degli eventi(es. evitamento di situazioni per paura delle conseguenze)**

**Alterazione delle modalità e delle processualità dello sviluppo:
I processi dello sviluppo assumono configurazioni , sul piano qualitativo, disfunzionali .**

Es. alterazioni dell'attenzione, della memoria, comparsa di percezioni e rappresentazioni disfunzionali di sé e del mondo



**Ambiente/
Dato biologico**

• Negazione dei bisogni speciali (es. autonomia, progettazione del futuro) del B/A , indotta dalla rappresentazione che l'ambiente ha del minore stesso.

• Lo sviluppo si sbilancia sulla rilevanza delle alterazioni biologiche indotte dalla malattia



- Lo sviluppo del singolo B/A tenta di muoversi in funzione di una tipicità pregressa che non tiene conto del dato di realtà posto dalla malattia.

**Natura/
Cultura**

- lo sviluppo del singolo B/A si uniforma a quel format di funzionamento con cui i sistemi culturali identificano la condizione di un minore ammalato .



La crisi evolutiva

(Perricone Briulotta, 2011)

Una condizione attivata nel
bambino/adolescente dal life event malattia

**Compromissioni
organiche**

**Compromissioni
evolutive**

**Fattori interni al
soggetto**

I contesti

La crisi evolutiva pone alcuni compiti evolutivi...



Un compito evolutivo come trasformazione dello Sviluppo

(Perricone, Polizzi, Morales, 2014)

Tra i più frequenti:

- Ridefinire la comprensione di sé, il concetto di sé e l'immagine di sé
- Mentalizzare l'esperienza della malattia come parte di sé
 - Costruire mapping integrati per rappresentarsi
 - Costruire legami altri e ridefinire i precedenti
 - Progettarsi



Per i compiti evolutivi

Sostegno alla ricerca di risposte a questi compiti
Attraverso risorse



Nel soggetto



Fuori dal soggetto



ADATTAMENTO-
COPING cognitivo e
emotivo

FATTORI DI PROTEZIONE

Processi che diventano gli esiti adattivi di un intervento che mira alla prevenzione del danno evolutivo a carico della dinamica dello Sviluppo indotto dalle compromissioni organico-funzionali



CONDIZIONE DI PATOLOGIA E RISCHIO EVOLUTIVO: UN RAPPORTO CIRCOLARE

**PATOLOGIA
E
TRATTAMENTO**

**Compromissioni e
quindi:
RISCHIO EVOLUTIVO**

La Malattia e i trattamenti inducono una condizione di rischio evolutivo, ma quest'ultimo, a sua volta, finisce con l'assumere la valenza di un vero e proprio "Amplificatore" degli esiti di compromissione connessi alla stessa condizione di patologia



Rischio Condizione di stress

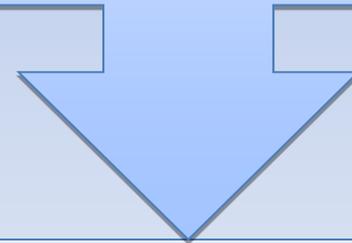
Dispersione dell'identità

Barriera protettiva
labile

Richiesta di
competenze
variegate ed elevate

Interazione plurisistemica e plurifattoriale

- Condotte disadattive
- Precarietà di relazioni sociali
- Assenza di spazi funzionali
- Assenza condizioni di ascolto



Impossibilità di previsione e
carenza del controllo personale

Necessità di ridefinire il
significato



Il rischio in Psicologia pediatrica

Lettura del rischio condotta secondo la prospettiva per meccanismi e processi (Rutter, 1987; 1990; 2000) che introduce la rilevanza dei meccanismi di protezione interna, riduzione dell'esposizione al rischio, interruzione dei meccanismi a catena, autoefficacia percepita, apertura a nuove opportunità, e che richiama il costrutto della resilienza, della pluralità di fattori di protezione esterna, e quindi di meccanismi di supporto sociale dello sviluppo e di accompagnamento alla ricerca di "risposte" ai compiti evolutivi indotti dalla crisi evolutiva con cui si identifica lo stato di malattia



Le condizioni di rischio psicosociale per la Psicologia pediatrica

Rischio psicosociale

(Stewart, 2003;
Perricone Briulotta, 2005)

Vulnerabilità
interna al
bambino

Rischiosità della
situazione

Disfunzionalità
della condizione/
"campo"



Tipologie di prevenzione

Olistico-sistemico

Orientata sui contesti che diventano destinatari

Ha una ricaduta indiretta sul soggetto a rischio

Contesto

Clinico-funzionalista

Direttamente orientata sul soggetto destinatario

Ecologica

Orientata su tutte le cerchie ecologiche di riferimento e sul rapporto tra queste

Di campo

Orientata a prendere in carico i diversi vertici in relazione alla rappresentazione, agli approcci, che i singoli vertici hanno con il soggetto a rischio, creando il tal senso specifiche aree di intervento:



La Resilienza



Resilienza significa non abbattersi nelle difficoltà, lottare, fare delle avversità superate in passato, una forza e uno stimolo. È qualcosa che può essere sviluppato, insegnato, imparato. (Putton, Fortugno, 2006)

RESILIENZA E' RESISTERE

Alcune riflessioni:

- Si sviluppa da una base biologica verso la possibilità di costruzione;
- Viene chiamata in causa in una condizione di trauma/disagio;
- Consente la ricerca di nuove risorse, attraverso un investimento di "tensioni", creando condizioni di sfida evolutiva.



I livelli di costruzione della resilienza

- 1-La resilienza caotica: la persona vive senza regole, è focalizzata sulla sopravvivenza e sulla sicurezza personale, vive nel caos, non è in grado di utilizzare le risorse proprie e dell'ambiente, ha un comportamento distruttivo
- 2-La resilienza rigeneratrice: la persona comincia a sviluppare competenze ed inizia ad avere comportamenti costruttivi anche se ha frequenti crisi. Si impegna a seguire le regole, instaura una buona relazione con un adulto accettante, intravede le proprie risorse
- 3-La resilienza adattiva: la persona comincia a saper individuare e utilizzare le risorse personali e del contesto, avviando un processo di adattamento alla convivenza sociale
- 4-La resilienza "florissante", fiorente: la persona acquista fiducia nelle proprie potenzialità, nelle relazioni con l'ambiente, coglie il significato della propria vita ed è consapevole che può dirigerla e migliorarla. Progetta il proprio futuro.



Le caratteristiche degli individui resilienti

Autonomia: autostima, autoefficacia, locus of control interno, indipendenza, motivazione, speranza.

Problem solving: pensiero critico, progettualità, capacità di produrre cambiamenti.

Abilità sociali: responsabilità, flessibilità, empatia, abilità comunicative, senso dell'umorismo.

Propositi e futuro: chiarezza di obiettivi, successo, motivazione, aspirazioni formative, forti aspettative, tenacia, speranza, coerenza.



La Salute

- Un modello integrato (oltre il modello biopsicosociale) che considera anche variabili cognitive, affettivo-relazionali, sociali
- La gestione della conflittualità tra bisogni evolutivi e bisogni indotti dalla patologia
- Un traghetamento/passaggio dinamico con i suoi turning point
 - Il processo di trasformazione
 - L'Agency
 - La mentalizzazione dell'esperienza di salute
 - I contesti



La Psicologia pediatrica COSTRUTTI

**La condizione pediatrica
non come "caso"
ma come *CAMPO***



La condizione pediatrica

(Perricone Briulotta, 2011)





Il campo

relazioni tra singolo vertice e soggetto

Soggetto:

**Adolescente/bambino/
neonato/feto**

**Con le sue compromissioni
organiche e la gravità di
queste**

Il profilo della crisi evolutiva

**Le risorse organiche e
psicologiche**

Famiglia

Livelli di coesione della
coppia, fratelli risorse/ o
no

Contesti della cura: operatori
sanitari, team: organizzazione
ospedaliera, etc

Centri territoriali

Vanno anche considerate le relazioni tra i vertici



La Compossibilità tra gli operatori

“Richiamo” costante dell’altro, anche quando non è presente

Pianificazione congiunta della presa in carico delle condizioni pediatriche

Condivisione di scelte per una ridefinizione del funzionamento del reparto

PER

Parlare **lo stesso linguaggio**: quello dello sviluppo del neonato, bambino...

Prendere in carico il **CAMPO** di ogni condizione pediatrica o materna

Occuparsi dell’unità biopsicosociale di ogni neonato, bambino, donna in gravidanza, ecc., per rispondere ai loro bisogni sociosanitari

Potenziare la *compliance* e *l’adherence* della famiglia

Depotenziare il rischio di solitudine di ogni operatore coinvolto

Condivisione di spazi e tempi

(dell’accoglienza, della comunicazione di diagnosi, del giro visita, della lettura del campo, della dimissione, della cartella clinica, ecc.)



La Psicologia pediatrica

COSTRUTTI

La prevenzione del Disturbo Traumatico dello Sviluppo:

promuovere le relazioni significative e i legami di attaccamento durante l'evoluzione delle compromissioni e dei trattamenti, evitando che si accumulino ripetuti eventi traumatici che nel tempo possono dare vita ad una condizione di disagio espressa anche attraverso somatizzazioni



La Psicologia pediatrica

COSTRUTTI

Il metodo evolutivo-clinico:

presa in carico nel bambino/adolescente della conflittualità tra i bisogni posti e orientati dallo sviluppo e quelli indotti dalla prematurità, tra i bisogni di genitorialità dei genitori, posti dallo sviluppo e quelli indotti dalla prematurità del figlio

promozione dei confini in modo che il genitore non si senta minacciato dal lavoro sulla conflittualità tra bisogni

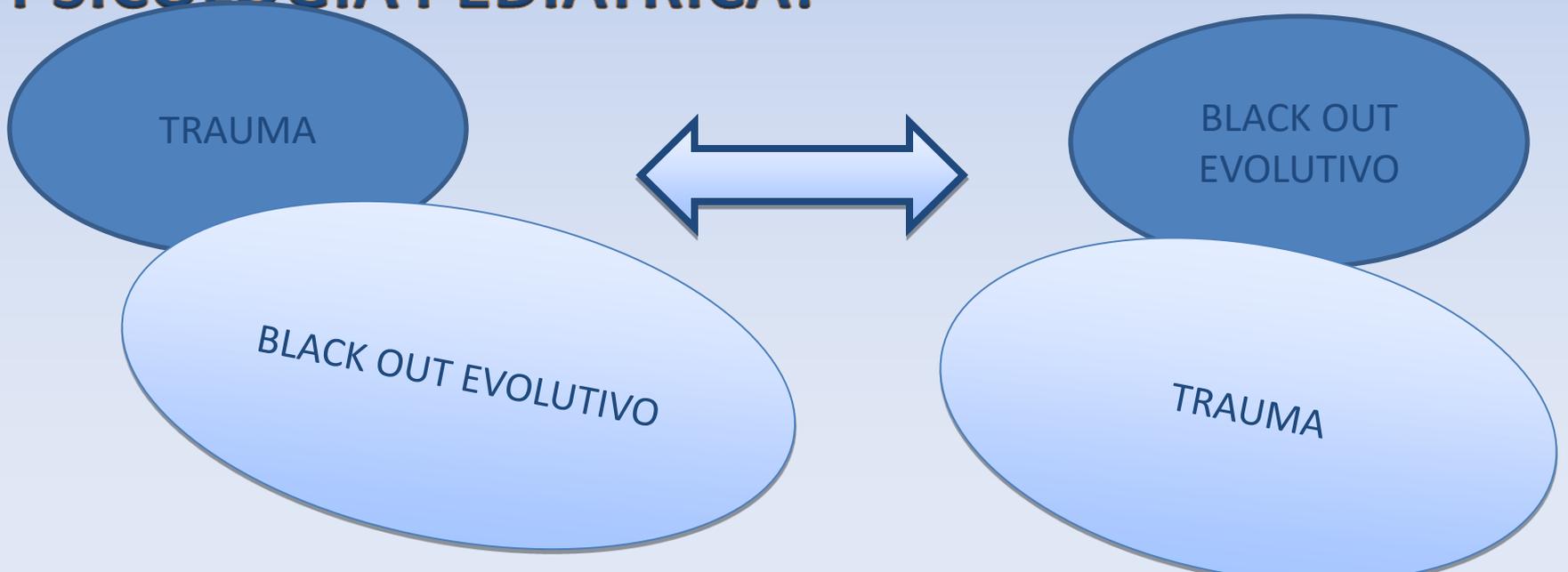
approccio della trasformazione, come possibilità di orientare il genitore verso un cambiamento che salvi la continuità e integri la discontinuità posta dalla prematurità della nascita

approccio della *by relation* (Perricone, 2011a) che fa pensare ad uno psicologo che "agisce" il suo essere empatico, il suo sintonizzarsi con l'altro, il suo promuovere cambiamento, attraverso la creazione di uno spazio di contatto



**LA PSICOLOGIA PEDIATRICA
PRENDE IN CARICO IL BLACK
OUT EVOLUTIVO CON UNA
RICADUTA SULTRAUMA
INDOTTO DALLA MALATTIA
INDIVIDUANDO IL RAPPORTO
TRA I DUE ASPETTI IN UNA
LOGICA DI FIGURA/SFONDO**

E IL TRAUMA PER LA PSICOLOGIA PEDIATRICA?



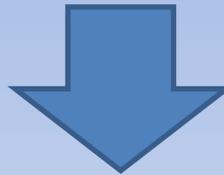


II TRAUMA
E
LA PSICOLOGIA
PEDIATRICA

Il lavoro sul trauma come sfondo delle risonanze emotive indotte dalla compromissione, dall'alterazione delle dinamiche dello sviluppo verso la costruzione di un nuovo mondo di risonanze emotive attive VS. un nuovo spazio interno che ridefinisce la condizione traumatica



Le direzioni all'interno del materno-infantile



COUNSELING

RICERCA

**ASSESSMEN
T**

COLLOQUI

**GRUPPI DI
DISCUSSIONE**

ACCOGLIENZA

LABORATORI

TERAPIA

**FORMAZIONE
OPERATORI**



I METODI DI CUI SI SERVE LA PSICOLOGIA PEDIATRICA

METODO CLINICO

METODO PSICODIAGNOSTICO

METODO ESPERIENZIALE

METODO DELL'OSSERVAZIONE



CONDIZIONI DI
GARANZIA

PER LA
PSICOLOGIA
PEDIATRICA

- **Contestualizzazione nel materno infantile**
- **Sodalizio con la Pediatria e con la Neuropsichiatria Infantile**
- **Integrazione nella quotidianità dell'ospedalizzazione e/o del domiciliare**
- **Lavoro di staff con le altre figure professionali di area medica e di area psicosociale**
- **Collaborazione con istituzioni e servizi territoriali di riferimento del bambino/adolescente con patologia**

METAFORE

La
Psicologia Pediatrica
come



<http://www.misterkappa.it>











IL LAVORO CON LA FAMIGLIA

Il lavoro con la famiglia come sfondo

Il bambino e il suo sviluppo come "figura".



Sviluppo della resilienza
Prospettiva dello strengthening

Metodo evolutivo-clinico

Supporto alla competenza genitoriale

Per la ridefinizione di una rappresentazione di sé come genitore funzionale al rapporto con il bambino.

Ridefinire le rappresentazioni dei genitori sul percorso di sviluppo del proprio bambino malato, prematuro...

E nelle condizioni di nascita pretermine...

- Accompagnamento e protezione nei territori della nascita a rischio
- Sostegno della costruzione dell'**estetica materna** (Bollas, 1987)
- Promozione dell'incontro, **l'esperienza estetica tra madre e bambino**. superando, in tal senso, il conflitto estetico (Negri 2012) che definisce l'incontro tra la madre e il bambino nato pretermine e costruendo la **danza della reciprocità e del riconoscimento**