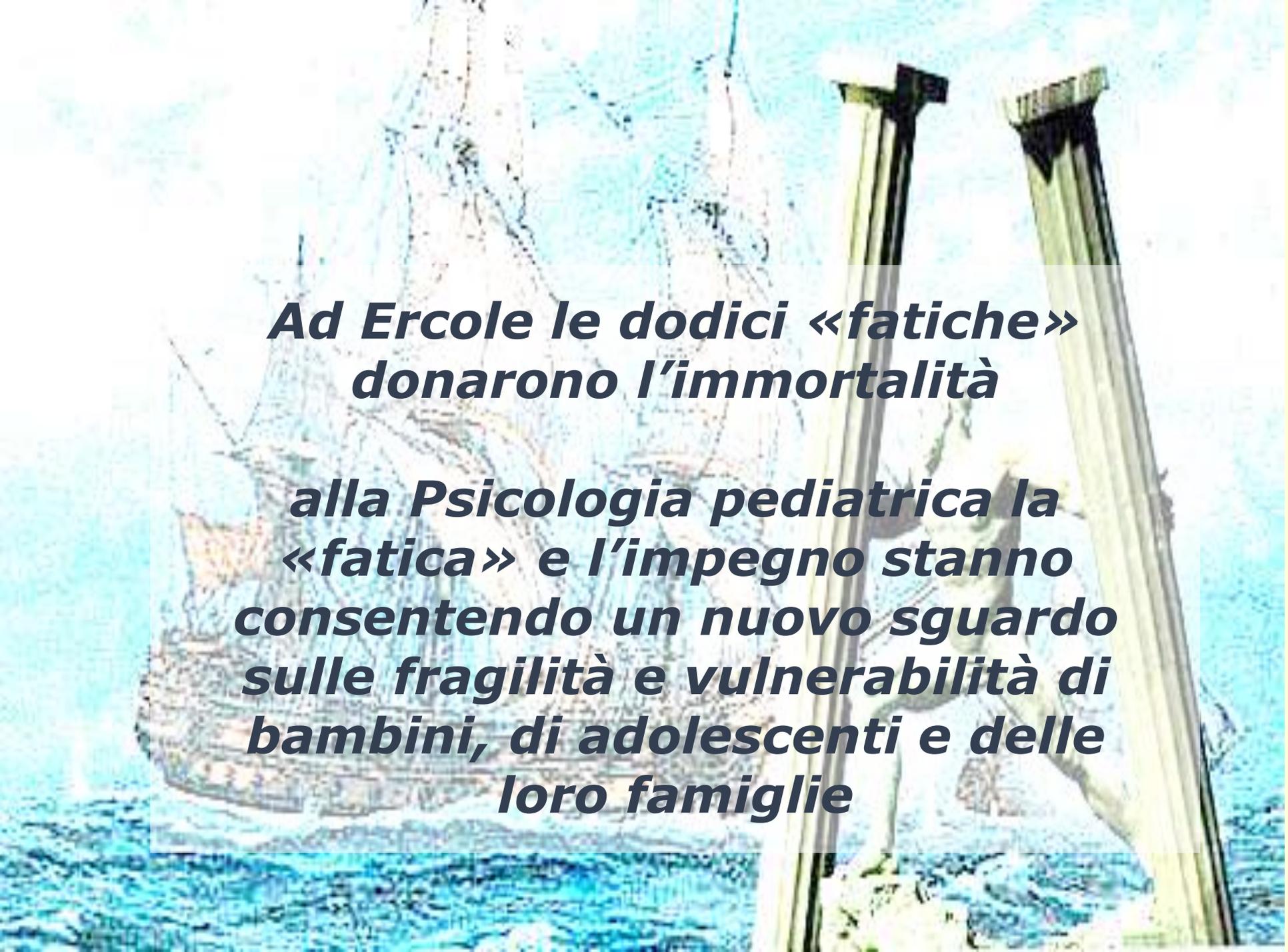


Ercole e le sue fatiche:

*il cammino della Psicologia Pediatrica
nella gestione della vulnerabilità e delle risorse
delle traiettorie evolutive in condizione pediatrica*

Giovanna Perricone
Società Italiana di Psicologia Pediatrica
Università degli Studi di Palermo



***Ad Ercole le dodici «fatiche»
donarono l'immortalità***

***alla Psicologia pediatrica la
«fatica» e l'impegno stanno
consentendo un nuovo sguardo
sulle fragilità e vulnerabilità di
bambini, di adolescenti e delle
loro famiglie***



Come per
Ercole

Il Tradimento come trasgressione

- Passaggio dalla Psicologia *in* Pediatria alla Psicologia pediatrica
- Porsi la domanda «quale epistemologia?»
- La ricerca di una Teoria dello Sviluppo non clinico-evolutiva ma evolutivo-clinica (*Polizzi, 2011, Perricone Briulotta, 2012*)
- Il superamento del percorso «dal trauma allo Sviluppo» verso la «presa in carico dello Sviluppo per la gestione del «trauma» (*Davis et al., 2000; Kazak, Schneider, Kassam-Adams, 2009*)

Perché questo
tradimento?

Avere constatato l'insufficienza di una mera applicazione della Psicologia, poichè:

- Nella Psicologia *in* Pediatria, la Pediatria è il luogo, lo spazio di un'applicazione della Psicologia; nella Psicologia Pediatrica è, invece, una condizione di emergenza evolutiva con le sue implicazioni cliniche e sociali.
- Nella Psicologia *in* Pediatria il focus è la persona malata, in un tempo/spazio, nella Psicologia pediatrica l'attenzione si sposta sulla «condizione pediatrica» (*Perricone, Polizzi, 2008*), che trova il focus clinico nella conflittualità tra i bisogni evolutivi della tipicità (*Magnusson, Stattin, 1998; Melogno, 2004; Barone, 2009*) e quelli indotti dall'atipicità (*Hoverton, 2004; Likeliter, 2006; Barone, 2009; Knauer, Palacio, Espasa, 2012*)



Il prezzo del Tradimento/Trasgressione



Affrontare specifici compiti di trasformazione
epistemologica e metodologica che la
Psicologia Pediatrica pone

Le fatiche di Ercole

Le fatiche



1. (L'uccisione del Leone di Nemea)

Porsi la domanda «Quale Epistemologia?»

I Costrutti, recuperando però la relazione di aiuto come oggetto , le competenze trasversali dello psicologo, certe tecniche e strategie per l'intervento psicologico, alcuni modelli di riferimento dell'azione



2. (L'uccisione dell'immortale Idra di Lerna)

Le resistenze

↓
Pediatria

↓
Psicologia



4. (La cattura del cinghiale di Erimanto)
Avere definito i costrutti



3. (La cattura della cerva di Cerinea)

**La creazione di
condizioni scientifiche
istituzionali, le riviste, i
libri, l'Unità di ricerca...**



5. (Ripulire le stalle di Augia)
**L'inserimento nei piani
formativi, Master, stage,
tirocini...**

Le fatiche



6. (La dispersione degli uccelli del lago Stinfalo)

**Costituire «attrazione»
attraverso il
Ce.S.I.P.P.U.O.!**



9. (La presa della cintura di Ippolita Regina delle Amazzoni)

**«Prendere» dai
territori di confine**



7. (La cattura del toro di Creta)

**Catturare con le evidenze
scientifiche le idee, la
pratica quotidiana**



10. (La presa della cintura di Ippolita Regina delle Amazzoni)

**Definire in territori comuni nuovi
confini, attraverso l'integrazione**



8. (Il rapimento delle cavalle di Diomede)

**Lavorare sul pregiudizio e i
frintendimenti**



11. (La presa delle mele d'oro)
**Il rapporto tra teoria
dello Sviluppo e teoria
della Personalità**



12. (Portare vivo Cerbero a Micene)

**Se e come la
Psicoterapia**



La Psicologia Pediatrica oltre la Psicologia in Pediatria

(Roberts, La Greca, Harper, 1988; Roberts, Steele, 2017; Perricone, Polizzi, Morales, 2012)

Costrutti prioritari dell'Epistemologia della Psicologia pediatrica

- Traiettorie evolutive
- Dinamica dello Sviluppo
(Perricone, 2012; Perricone et al., 2016)

Fragilità e Vulnerabilità ricondata alla specificità del trend dello Sviluppo

(Kanuer, Palacio, Espasa, 2012;
Karminoff-Smith, 2009)

Sé esperenziale relazionale

"Sé senza Sé"

(Simoncini, 2013)

Il rapporto Sviluppo Trauma (Perricone, 2016)

Malattia come
condizione di crisi
evolutiva (Marcoli, 2010;

Bianchi, 2010) verso
compiti evolutivi di
trasformazione

(Baldini, 2009; Steele,
Aylward, 2009)

Dalle risorse alle
compromissioni

Salute come modello
integrato

Focus sulle risorse

Conflittualità tra
bisogni della tipicità
e bisogni indotti
dall'atipicità

Rischio di Disturbo Traumatico dello Sviluppo

(Van de Kolk, 2009)

Rischio di Disturbo dell'adattamento

(DSM-5; Carati, Dell'Erba)



IL TREND evolutivo, secondo una prospettiva neuro costruttivista

(Knauer, Palacio, Spasa 2012; Karminoff-Smith 2009)



Andamento: l'interiorizzazione e la mentalizzazione delle esperienze di appartenenza, degli stili genitoriali, delle fragilità psicosociali, della vulnerabilità sociale, delle aspettative di traguardi, delle crisi evolutive normative e non.

Direzioni: le dimensioni dello sviluppo con il loro stato evolutivo (*sviluppo cognitivo, corporeo, del linguaggio, emotivo, sociale, ecc.., e caratteristiche di questo sviluppo*); crisi evolutive normative e non



La Traiettoria dà vita e attraversa la **DINAMICA DELLO SVILUPPO**

(Miller, 1987; Plomin, 1994; Rutter, 2002; Perricone, 2011)



Continuità/discontinuità
Qualità/quantità
Automatismo/intenzionalità



DALLA TEORIA DELLO SVILUPPO ALLA TEORIA DELLA PERSONALITA'

LA PERSONALITA' SI DEFINISCE

nell'affrontare, in costanza dell'evento critico patologia cronica e/o acuta, le crisi evolutive (*Marcoli 2010; Bianchi 2010; Perricone et al. 2018*) e le relative condizioni di rischio che la condizione pediatrica rappresenta, rispondendo a "compiti di cambiamento e trasformazione" (*Baldini, 2009; Steele, Aylward, 2009*) e ricercando risorse.

***La non risposta ai compiti determina:
IL TRAUMA***

←
Fragilità evolutive «riparate»
con l'intervento clinico dello
psicologo pediatrico sulla
dinamica dello sviluppo (*Polizzi,
2011; Perricone Briulotta, 2012;
Perricone, 2016*)

→
Eventuale configurazione di
personalità disadattiva
(*Liotti 1999; Lingiardi 2010*)



**POSSIAMO QUINDI PARLARE DI UNA PERSONALITÀ
ADATTIVA ORGANIZZATA O DISADATTIVA DISORGANIZZATA**

IL SOGGETTO DELLA PSICOTERAPIA



Possibile DTS (Disturbo Traumatico Dello Sviluppo)

(Van de Kolk et al 2009)

**rilevato attraverso un'«oggettivazione del disagio psichico» che si serve
di attribuzione di significati, modelli spiegazionali, ecc., secondo criteri
della specifica Consensus (Fornaro, 2016)**

O Classificazione?

NEVROSI/PSICOSI/BORDERLINE

**Rilevata attraverso un' «oggettivazione del disagio psichico» che si serve
di una classificazione diagnostico-nosografica**

Es. fissazione delle routine, disturbo d'ansia, iperattivazione della formazione reattiva... (nevrosi); dispersione e disintegrazione del senso di unitarietà...disforia evolutiva, assenza di difese mature (psicosi); cortocircuito dell'energia evolutiva, iperattivazione dell'arousal (borderline)

Disturbo dell'Adattamento



Contestualizzazione dei Criteri di consenso proposti per il DTS (Fornaro 2016)

A. Esposizione. Il B/A con patologia ha vissuto o ha assistito a eventi avversi molteplici e cronici, per un periodo di almeno un anno, con inizio nell'infanzia o nella prima adolescenza:

A.1 Esperienza diretta o testimonianza di ripetuti e gravi episodi di «violenza interpersonale», come: la diagnosi, il trattamento, le indagini diagnostiche, l'assenza di cure, l'aggressività e/o l'indifferenza del personale, il neglect dei servizi.

A.2 Rotture significative dell'accudimento protettivo, come ansia, depressione, paura del caregiver primario che accompagna il percorso di malattia, molteplici separazioni dal caregiver primario.

B. Disregolazione psicologica ed emotiva. Il bambino presenta una compromissione delle competenze dello sviluppo relative all'età, in rapporto alla regolazione dell'arousal, in almeno due delle seguenti aree:

B.1 Incapacità di modulare, tollerare o superare stati emotivi negativi (per esempio, paura, rabbia, vergogna), che comprende capricci prolungati e intensi o immobilizzazione.

B.2 Disturbi della regolazione delle funzioni corporee (per esempio, persistenti disturbi del sonno, dell'alimentazione e dell'evacuazione, iper-attività o bassa reattività al contatto e ai suoni, disorganizzazione nei cambiamenti della routine quotidiana).

B.3 Diminuita consapevolezza/dissociazione delle sensazioni, delle emozioni e degli stati fisici, come risposte alle diverse stimolazioni, all'allontanamento da casa, alla ripetitività dei trattamenti.

B.4 Compromissione della capacità di descrivere emozioni o stati fisici, con riduzione dell'attenzione e come un lasciarsi andare alle emozioni.





Contestualizzazione dei Criteri di consenso proposti per il DTS *(Fornaro 2016)*

C. Disregolazione comportamentale ed emotiva: il bambino presenta una compromissione delle competenze e dello sviluppo relative all'età, in relazione all'attenzione sostenuta, all'apprendimento, o alla gestione dello stress, in almeno tre delle aree seguenti: C.1 Incapacità nel percepire ed evitare o difendersi da episodi minacciosi, come volere sentire, fare domande sulla malattia continuamente, o allarme eccessivo per stimoli minacciosi, sia ambientali sia relazionali. C.2 Alterazione nella capacità di proteggersi ed esposizione a situazioni rischiose. C.3 Disturbi comportamentali derivanti da manovre di autoconforto (per esempio, dondolio e altre stereotipie motorie, masturbazione compulsiva). C.4 Disturbi comportamentali automutilanti reattivi o abituali (strapparsi la flebo, tirarsi i capelli, ecc.). C.5 Difficoltà a pianificare, iniziare o completare un compito, concentrarsi su un compito, organizzarsi per ottenere benefici.





Contestualizzazione dei Criteri di consenso proposti per il DTS (Fornaro 2016)

D. Disturbi nella percezione del Sé o nelle relazioni interpersonali. Il bambino, l'adolescente presenta una compromissione delle competenze dello sviluppo relative all'età, in rapporto al senso dell'identità personale e al coinvolgimento relazionale, in almeno tre delle aree seguenti: D.1 Disturbi nella relazione di attaccamento (difficoltà di separazione, timore nel ricongiungimento). D.2 Sentimenti di avversione per se stessi, senso di inaiutabilità, convinzione di mancanza di valore, di essere sbagliati o difettosi. D.3 Senso di sfiducia nei propri confronti o nei confronti degli altri, con atteggiamenti ipercritici o di rifiuto nei confronti delle persone più vicine, adulti, familiari o operatori sanitari, e pari. D.4 Comportamenti aggressivi (verbali e fisici) verso i pari, gli adulti e i caregivers. D.5 Comportamenti inappropriati (eccessivi o promiscui) di vicinanza e fiducia verso estranei, anche con comportamenti sessuali inappropriati. D.6 Difficoltà o incapacità a regolare il contatto empatico (eccessivo coinvolgimento o distacco in specifiche situazioni quali l'accoglienza in ospedale, l'esordio, la diagnosi o l'accompagnamento domiciliare).

E. Sintomatologia dello spettro post-traumatico. Il bambino manifesta almeno un sintomo in almeno due dei cluster sintomatici del PTSD B, C e D. F. durata del disturbo (sintomi del DTS - disturbo traumatico dello sviluppo - secondo i criteri B, C, D ed E) per almeno sei mesi. Difficoltà nel funzionamento globale. Il disturbo causa stress o compromissione clinicamente significativi





Disturbo dell'Adattamento

(DSM-5; Carati, Dell'Erba, 2014)

Criteri diagnostici

- A. Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o più eventi stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dell'insorgenza dell'evento/i stressante/i.
- B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno o da entrambi i seguenti criteri:
 - 1. Marcata sofferenza che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi.
 - 2. Compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree.
- C. Il disturbo correlato con lo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale preesistente.
- D. I sintomi non corrispondono a un lutto normale
- E. Una volta che l'evento stressante o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri 6 mesi

Specificare quale:

Con umore depresso: umore basso, facilità al pianto o disperazione sono predominanti

Con ansia: nervosismo, inquietudine, agitazione o ansie di separazione sono predominanti

Con ansia e umore depresso

Con alterazioni della condotta

Con alterazione mista dell'emotività e della condotta





Disturbo dell'Adattamento bambini 0-5 anni

(DC: 0-5 Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi di Sviluppo nell'Infanzia)

Il Disturbo dell'Adattamento descrive la condizione in cui il bambino sviluppa dei sintomi in risposta a uno o più fattori di stress. I fattori di stress possono essere acuti, cronici, o causati da circostanze durature e il quadro sintomatico deve essere presente per meno di 3 mesi.

Criteri diagnostici:

- A. Devono essersi verificati o uno o più eventi ambientali stressanti
- B. Entro 2 settimane dall'esposizione all'evento stressante, il bambino manifesta un disturbo dell'affettività (ad esempio, irritabilità, tristezza, sobrietà o ansia), o sintomi comportamentali (ad esempio, è oppositivo, resistente ad andare a dormire, ha frequenti accessi di collera o regressivo rispetto al livello di sviluppo).
- C. Il disturbo dell'affettività o i sintomi comportamentali descritti nel criterio B rappresentano un chiaro cambiamento nelle emozioni o nel comportamento e sembrano plausibilmente collegati all'evento stressante.
- D. La risposta sintomatica all'evento stressante non è:
 1. meglio spiegata da un altro disturbo
 2. una mera esacerbazione di un disturbo preesistente
 3. una reazione di sviluppo appropriata a cambiamenti ambientali.
- E. I sintomi del disturbo, o l'adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi:
 1. causano disagio al bambino
 2. interferiscono nelle relazioni del bambino
 3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine quotidiane
 4. limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane
 5. limitano le capacità del bambino di imparare e sviluppare nuove abilità o interferiscono con i progressi dello sviluppo

Durata: i sintomi devono essere presenti per almeno 2 settimane e per meno di 3 mesi se l'evento stressante non è più presente



*Ogni cammino ci porta oltre...
e così ogni cammino ci fa crescere
e fa crescere i nostri compagni di viaggio*

*Questo l'assioma da cui parte il nostro
lavoro di psicologi pediatrici
all'interno di un percorso in cui
abbiamo faticato,
ma siamo felici di averlo intrapreso*