

La psicotraumatologia in Psicologia pediatrica: duplicità o integrazione del trauma nelle emergenze pediatriche?

Un inquadramento teorico operativo

Giovanna Perricone

Autorità Garante dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Comune di Palermo, Past President Società Italiana di Psicologia Pediatrica, professore Università degli Studi di Palermo

Antonio Carollo

Psicologo, psicoterapeuta, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

Concetta Polizzi

Professore, Università degli Studi di Palermo, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

Il contributo vuole essere espressione del lavoro portato avanti dalla Società Italiana di Psicologia Pediatrica (SIPPed) e presenta l'inquadramento teorico operativo del trauma del bambino e dell'adolescente in emergenza pediatrica, attraverso uno specifico approccio della psicotraumatologia. I fondamentali di tale approccio sono:

- la tipologia di trauma, che si sviluppa mentre l'evento che lo ha determinato si compie e non dopo che si è concluso, tempo quest'ultimo che può perdurare inducendo atipicità dello sviluppo;
- la natura del trauma, come "aggregato" tra trauma organico e trauma psichico. In tal senso, il contributo sottolinea come tale aggregato dia vita a uno "sradicamento psiconeurobiologico";
- disturbo traumatico dello sviluppo, danno spesso irreversibile, che diventa focus prevalente rispetto al disturbo post-traumatico da stress, con cui semmai è in rapporto di comorbilità.

Il contributo presenta quindi il modello procedurale di azioni per la presa in carico integrata tra medico e psicologo pediatrico, anche attraverso la presentazione di condizioni pediatriche, e prevede una sequenza temporale dal qui e ora in cui si è determinato l'aggregato al tempo della degenza e/o delle cure.

The study is the expression of the work carried out by the Italian Society of Pediatric Psychology (S.I.P.Ped.) and presents the theoretical and operational framework of the child and adolescent trauma in Pediatric emergency, which is defined in Pediatric Psychology through the approach of the Psychotraumatology. In this sense, the fundamentals of this approach are:

- *the type of trauma that develops while the event that caused it takes place and not after it has ended. This time can persist and could cause an atypical development.*
- *the nature of the trauma is explained as an "aggregate" between organic trauma and psychic trauma. In this*

sense, the study underlines how this aggregate gives life to a "psychoneurobiological displacement".

- *the Traumatic Developmental Disorder as an often irreversible damage, which becomes the primary focus compared to the Post Traumatic Stress Disorder, with which it is in a comorbidity relationship.*

The paper then presents the procedural model of actions for the integrated care between physician and pediatric psychologist, including through the presentation of pediatric conditions, and provides a time sequence from the here and now in which the Aggregate was determined to the time of hospitalization and/or care.

Il trauma nelle emergenze pediatriche non è una forma di supporto "nella scena", ma, un supporto "alla scena", mentre si compie la scena (Giannantonio M., 2009)

Premessa

La generalizzazione della rappresentazione del trauma nelle emergenze pediatriche ha spesso condotto i professionisti di riferimento, inclusi gli psicologi, a riferirsi alla Psicologia dell'emergenza tout court, sovrapponendo tali condizioni a quelle create da eventi catastrofici naturali, conclusi, caratterizzate da uno stato di stress traumatico. In questi casi l'intervento viene orientato sul rapporto che il soggetto ha con il suo stato di derealizzazione, e quindi con la sua esperienza distorta, di estraneità e distacco dal mondo esterno [1]. Tale riferimento per altro ha indirizzato l'attenzione dell'intervento psicologico verso la focalizzazione esclusiva del disturbo post-traumatico da stress (PTSD); un'attenzione che, in Psicologia pediatrica, viene sostituita dalla focalizzazione del Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS); tale disturbo può costituire il risultato di un trauma cumulativo, e quindi del sovrapporsi di micro e macro-traumi indotti dall'emergenza. Si tratta di un disturbo che, nel determinare compromissioni della complessità dei processi evolutivi (cognitivi, affettivi, relazionali), si manifesta nella sua pericolosità psicologica, e non solo, attraverso dei sintomi in età adulta e/o in tarda adolescenza. L'attenzione al Disturbo Traumatico dello Sviluppo è determinata dallo stesso know how della Psicologia pediatrica che, come Psicologia dello Sviluppo a vertice evolutivo clinico [2-6], ha sempre come oggetto di studio e d'intervento il processo di sviluppo del bambino. A partire da tale focus, la Psicologia pediatrica assume una particolare forma di psicotraumatologia [7-10] che definisce la "presa in carico" del trauma del bambino/adolescente, come "presa in carico del singolo campo di relazioni" con cui il know how della Psicologia pediatrica identifica ogni condizione pediatrica [Figura 1], comprese quelle che riguardano uno stato di emergenza. In tal senso, l'inquadramento circoscrive alcune di queste relazioni e, nello specifico, quelle che si sviluppano tra l'ontogenesi di questo "campo" rappresentato dal bambino con le sue risorse, le sue compromissioni, il suo stato di emergenza organica, e i caregiver, e ancora le relazioni tra il bambino e il sistema di cura dedicato a questa emergenza.

Il trauma nelle emergenze pediatriche non può allora essere considerato solo come esito di un rapporto diretto con un evento che risulta catastrofico [11], nel senso del danno che provoca come destrutturazione dell'equilibrio emotivo, cognitivo e relazionale, e che induce nel bambino un senso di "sradicamento" dal legame con la realtà, con le sue certezze e, ancora, che non gli consente di pensare l'evento, pena la frantumazione dello "spazio interno" [12]. Si tratta di uno "spazio" fatto di rappresentazioni, emozioni interiorizzate dal bambino, che gli impedirà di dare un significato adeguato, congruente e coerente all'accaduto (il danno organico).

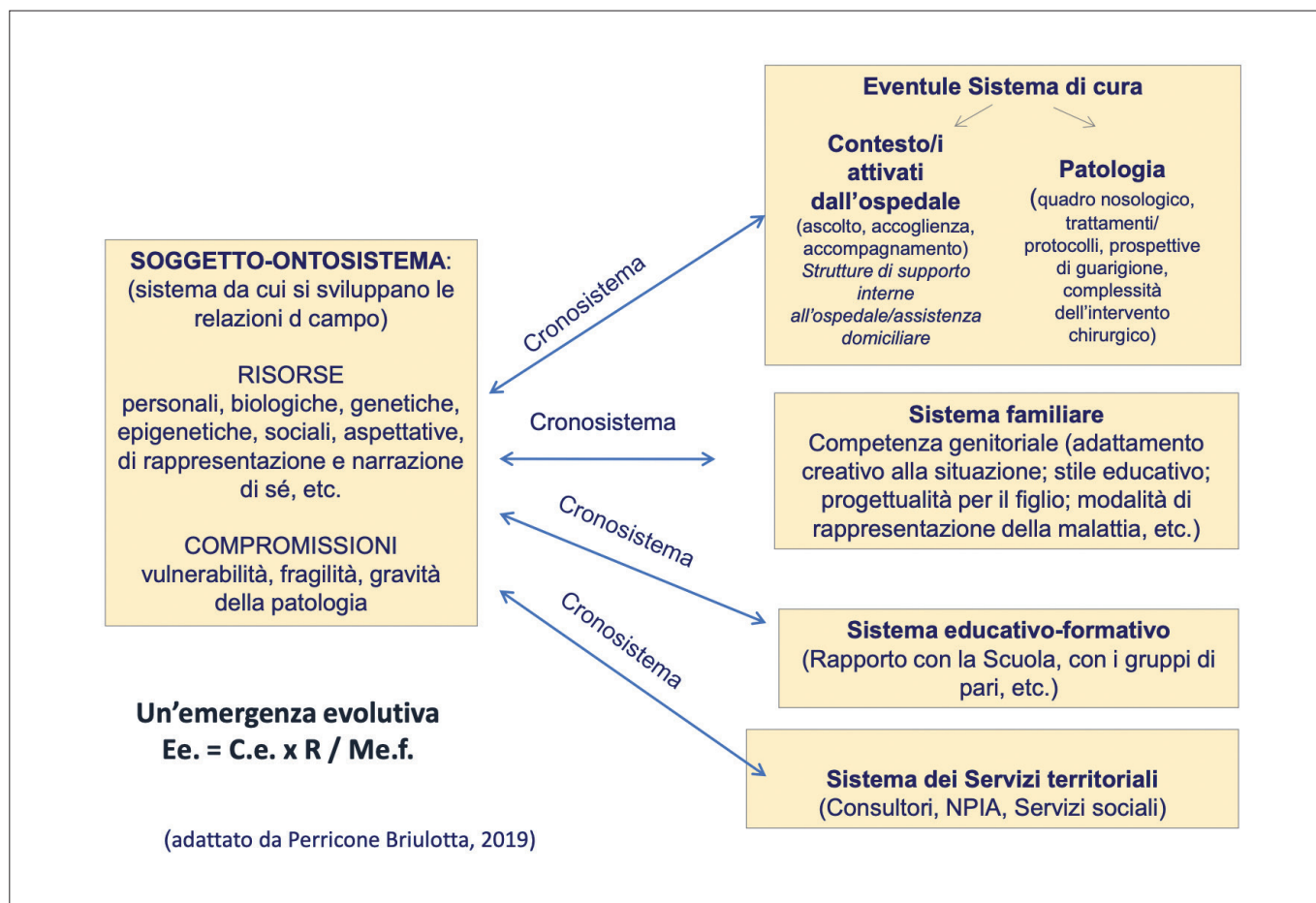


Fig. 1. La condizione pediatrica.

Il know how della Psicologia pediatrica [2-3] non focalizza questo rapporto diretto, ma, invece, circoscrive il trauma nelle emergenze pediatriche come espressione di un intreccio tra questi fattori attivati direttamente nel bambino dall'evento catastrofico di natura organica e le relazioni che egli ha con i vertici della condizione pediatrica, primo tra tutti il sistema famiglia; *come in una bolla sospesa nel vuoto il bambino vive una dimensione alienata dai contesti relazionali.*

Parlare di trauma del bambino all'interno di una condizione pediatrica di emergenza vuol dire allora pensare a uno "sradicamento psiconeurobiologico" [13-15]), in cui il bambino è solo con se stesso, in una forma di ripiegamento sulla propria emozionalità negativa, sulle compromissioni di ordine cognitivo, ma nello stesso tempo è egli stesso fonte, con il suo danno organico, del blackout e/o della disfunzionalità del funzionamento mentale e comunque evolutivo. Si tratta quindi di un vero e proprio stato di blocco di tutta la complessità della traiettoria evolutiva, che dà vita a una vera e propria forma di atipicità dello sviluppo [16-18] proiettata oltre il qui e ora dell'emergenza pediatrica.

L'inquadramento del trauma in Psicologia pediatrica

L'“aggregato” che sostanzia il trauma [8] all'interno di questa condizione, si concretizza nel bambino come impensabilità dell'evento, dissociazione [19-21], iperattivazione dei sistemi di difesa, iper/ipoarousal come tipologia di attivazione dei meccanismi di allerta, disperazione/annichilimento, disfunzionale sovrapposizione di pensieri e emozioni; ancora, questo “aggregato” è caratterizzato da un corpo che subisce il dolore e con cui il bambino perde il contatto [22]. Tutti correlati neuropsicologici questi, che alterano la produzione dei neuropeptidi che, come fattori recettori alla base della biochimica delle emozioni, attraversano il corpo del bambino, creando l'intreccio mente-corpo [23]. Parte del corpo recepisce

l'aggregato traumatico e tale percezione, attraverso l'amigdala, sentinella delle emozioni, avvia il senso indistinto di minaccia rispetto alla propria identità e ai rapporti con i vertici del “campo”, che dà vita alla condizione pediatrica di emergenza, andando a modificare così la memoria cellulare [24] e questa nel bambino ridefinirà la percezione della propria identità e gli stessi rapporti con i vertici del “campo” (es. chi sono diventati questi medici che non gli fanno scomparire il dolore). Ancora come fattori dell'aggregato che costituisce il trauma in emergenza pediatrica: la mentalizzazione del fatto in termini di risposte di fuga o inevitabilità del soccombere, annichilimento di pensiero e di emozioni davanti alla fisicità della “ferita organica” [25]; l'assenza di “gancio sociale” (es. non c'è nessuno che mi sa fermare questo dolore...); il senso di “prosciugamento” delle risorse, o quantomeno della percezione e dell'attivazione delle proprie risorse organiche.

In Psicologia pediatrica l'inquadramento di questa condizione traumatica, che integra la duplicità trauma organico e trauma psichico, focalizza quindi l'emergenza disfunzionale che sovverte il funzionamento dei “domini” [6,26] di riferimento delle funzioni esecutive, identità, emozioni, relazioni, dando vita a una sicura condizione di fragilità [6], persistente nel ciclo di vita; in tal senso, alcuni importanti studi sottolineano come emergenze organiche, quali i tumori infantili, possano orientare la disfunzionalità dell'immagine di sé in età adulta [27]. A tali compromissioni vanno aggiunte quelle che attengono allo stesso trend dello Sviluppo, rappresentato dalla “traiettoria evolutiva”. In modo particolare vanno indicate le compromissioni relative alla mentalizzazione dell'esperienza della stessa condizione traumatica, che il bambino ha elaborato e che orienterà l'andamento dello Sviluppo [3], tanto da potere parlare nel tempo di un trauma cumulativo che può indurre il disturbo traumatico dello sviluppo [22,28-29] [Figura 2]. Questo è da ritenere, come indicato, molto più rilevante del

I "criteri di consenso" proposti per la rilevazione del DTS [22,28-29] vanno sinteticamente rintracciati in:

- A. Esposizione.** Il bambino/adolescente 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.
- B. Disregolazione psicologica ed emotiva.** Il bambino/adolescente presenta compromissioni in rapporto alla regolazione dell'arousal, come per esempio, incapacità di modulare, tollerare o superare stati emotivi negativi e disturbi della regolazione delle funzioni corporee.
- C. Disregolazione comportamentale ed emotiva.** Il bambino/adolescente presenta compromissioni in relazione all'attenzione sostenuta, all'apprendimento, o alla gestione dello stress.
- D. Disturbi nella percezione del Sé o nelle relazioni interpersonali.** Il bambino/adolescente presenta una compromissione in rapporto al senso dell'identità personale e al coinvolgimento relazionale, in almeno tre delle aree seguenti: disturbi nella relazione di attaccamento, senso di sfiducia nei propri confronti o nei confronti degli altri, comportamenti aggressivi (verbali e fisici) verso i pari, gli adulti e i caregiver.
- E. Sintomatologia dello spettro post-traumatico.** Il bambino/adolescente manifesta almeno un sintomo in riferimento al PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) e per almeno sei mesi.

Volendo, poi, fare riferimento alla possibilità di ricondurre la "maladattività" che si può sviluppare da un cumulo di traumi a cominciare dall'aggregato trauma organico, trauma psicologico indotto dall'emergenza pediatrica, a quadri diagnostico nosografici si può fare riferimento al **disturbo dell'adattamento** che, secondo il DSM 5, prevede i seguenti criteri diagnostici, che qui contestualizziamo rispetto alla condizione di emergenza pediatrica:

- A.** Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o più eventi stressanti identificabili, che si manifesta entro tre 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 risulti sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno; 2. compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale e scolastico.
- 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" tipico (es. si evidenzia un senso di catastoficità continuo verso il futuro).
- E.** Una volta che l'evento stressante (es. un'aritmia acuta transitoria) o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri sei mesi, o con ansia e umore depresso, con alterazioni della condotta.

Quando la "maladattività" legata all'esperienza traumatica si presenta anche nei bambini più piccoli, con alterazione mista dell'emotività e della condotta, il disturbo dell'adattamento viene diagnosticato secondo quanto indicato dalla classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'Infanzia, DC: 0-5 (op. cit.): questa descrive tale disturbo come "una condizione in cui il bambino sviluppa dei sintomi in risposta a uno o più fattori di stress (esordio, diagnosi, avvio dei trattamenti, ndr), che possono essere acuti, cronici, o causati da circostanze durature e il quadro sintomatico deve essere presente per meno di tre mesi".

Fig. 2. Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS).

Disturbo Post-traumatico da Stress, con cui sembra esserci comunque un rapporto di comorbidità [30] per il rischio che comportano entrambi di un vero e proprio black out dello sviluppo nel ciclo di vita.

Il frame teorico che caratterizza l'approccio della Psicologia pediatrica al trauma in emergenza pediatrica, si identifica quindi con quello della psicotraumatologia, nella logica di promuovere nel bambino l'attraversamento del trauma, come possibilità di consentire alla parte adattativa del funzionamento mentale del bambino, e quindi dei processi che orientano i comportamenti adattivi, di prendere il sopravvento sugli evitamenti. Il trauma quindi viene considerato come un "evento catastrofico" in una condizione di caos, un "salto" cognitivo/emotivo che mina in modo violento l'equilibrio dinamico dei "domini" che presiedono al funzionamento mentale, rendendo lo stesso evento impensabile, indefinibile, un pensiero da cui fuggire o a cui soccombere [31].

Secondo tale inquadramento, il trauma come "aggregato" sviluppa un rapporto dinamico tra psichico e organico, che dà vita a un nucleo olistico disfunzionale, che però è orientabile in senso riparativo "dissipativo" [32], consentendo che la frammentazione delle risorse evolutive che caratterizza questo "aggregato" possa essere orientato verso una riconfigurazione più complessa e positiva. In tal senso la psicotraumatologia in Psicologia pediatrica individua un modello procedurale di azioni per la presa in carico integrata tra medico e psicologo pediatrico che prevede una sequenza temporale, dal qui e ora in cui si è determinato l'"aggregato" fino al tempo della degenza e/o delle cure ecc.

Questo modello, a cui si perviene evidentemente con il contributo che le neuroscienze apportano alla Psicologia pediatrica, si traduce operativamente attraverso: la *stabilizzazione psico-*

logica, come possibilità di riconnettere al pensiero del bambino il processo di interiorizzazione delle esperienze; *l'immaginazione guidata* [33], aiutandolo quindi a pensare e ipotizzare possibilità alternative alla situazione che sta vivendo; *l'orientamento di queste esperienze in senso "dissipativo"* [32] promuovendo la possibilità che dall'esperienza traumatica si possano trarre aspetti positivi; *l'anticipazione degli eventi* percorrendo con il bambino tutti gli step delle cure che si stanno attivando e si attiveranno; *l'incentivazione delle relazioni*; *la promozione della "guarigione sociale"*, come promozione nel bambino di possibilità che gli consentano di riappropriarsi di ruoli e compiti (*sono un bambino che sa come bisogna curarsi*). Le direzioni di queste azioni sono allora la promozione del radicamento nella realtà (es. *orientare la presa della lettiga e fare esperire a lungo il contatto*), l'orientamento a ricontattare il corpo con il suo dolore fisico (es. *ti fa molto male nella gamba? Vedi è successo che... Dove ti fa più male?*), il controllo dell'esposizione all'anticipazione percettiva di ulteriori eventi traumatici (microtraumi/terapie invasive), l'orientamento a recuperare le mentalizzazioni dell'esperienza che il bambino sta vivendo, in modo che egli possa dare senso e significato all'evento (cos'è, perché accade). Ancora tra le direzioni: l'incentivazione delle relazioni con se stesso per integrare il dolore con gli altri "donando" il dolore [34] e consegnandolo (es. *come potremmo raccontare alla mamma di questo dolore forte nel torace, quando il dottore ha inserito l'ago*). Tra le direzioni dell'intervento di psicotraumatologia, vanno ancora indicati l'evitare che il trauma diventi un "nemico" che va a distruggere tutto il potenziale di conoscenze, rappresentazioni, emozioni di quel mondo che è lo spazio interno [12], così come la creazione di momenti in cui il bambino cominci a esperire la ricerca delle possibilità di essere al sicuro rispetto al dolore e

alla paura di stare con..., di essere sostenuto da..., di potersi riconoscere, di essere visibile anche per chi è rimasto fuori dalla sala dove egli si sta sottoponendo alla risonanza.

Tutte direzioni queste che lo psicologo pediatrico mette in campo per aiutare il bambino a vedere oltre, a recuperare una dimensione intima di condivisione della complessità di dolore e sofferenza, e a potere produrre un cambiamento (piccolo o grande che sia).

Le tecniche per la traduzione esecutiva dell'intervento dello psicologo pediatrico vanno identificate in: *grounding*, facendo esperire il contatto con la realtà fisica immediata; *tecniche di stimolazione vagale*; *tecniche cognitivo-comportamentali*; *tecniche psicoeducative* di esplorazione del corpo con gioco a bascule tra immagini corporee, pensieri, emozioni relative al qui e ora e al dopo evento catastrofico; *tecniche esperienziali*; *tecniche di contatto*. Questo modello d'intervento viene evidentemente ricondotto al criterio di minimizzazione degli aspetti traumatici, e quindi di riduzione della paura e delle preoccupazioni, attraverso la valutazione e il trattamento del dolore, la promozione del controllo e delle scelte, così come delle informazioni a misura di bambino, la rassicurazione e la speranza realistica (Protocollo D-E-F Distress-Supporto emotivo-Famiglia – Center for Pediatric Traumatic Stress presso il Children's Hospital of Philadelphia).

L'intervento nelle emergenze pediatriche: alcune condizioni

Quanto sopra esposto, in riferimento al trauma come intreccio tra fattori a cascata attivati direttamente nel bambino dall'evento catastrofico di natura organica, e le relazioni che egli tesse con i vertici della condizione pediatrica, rimanda a una prospettiva di lavoro integrato inclusivo che si espliciti in una pratica di interventi congiunti tra più operatori (strategicamente condivisi sul piano concettuale metodologico e tatticamente articolati nella concretezza dell'agire) focalizzati nella presa in carico (tra cure e care) della traiettoria del bambino/ preadolescente e della famiglia, nella dinamica (sovente conflittuale) insita tra bisogni indotti dalla patologia organica, in condizioni di emergenza/urgenza, e bisogni tipici dello Sviluppo, nella consapevolezza del pathos vissuto e nella sfida di declinare in modo funzionale le procedure sviluppate in riferimento all'originalità e irripetibilità di ogni condizione pediatrica.

Si propongono tre condizioni pediatriche, che, nella loro diversa natura e nella loro diversa operatività, evidenziano proprio l'unitarietà metodologica presentata.

La condizione pediatrica di Marta

La prima condizione ci riporta a Marta, 13 anni, che giunge in pronto soccorso pediatrico per episodio lipotimico avvenuto a scuola, nel corso della prima ora di lezione. Il primo intervento è la visita congiunta pediatra-psicologo, che permette di non stare esclusivamente sul piano clinico organico, ma accoglie la narrazione complessa della ragazza e della famiglia da cui si evidenzia che pochi mesi addietro la ragazza era stata vittima, insieme ad altre due amiche, di ripetuti tentativi di aggressione a sfondo sessuale da parte di un gruppo di compagni di classe; lei era stata l'unica a sporgere denuncia e i compagni erano stati sospesi dalla scuola. Era vivida nelle parole sue e dei genitori l'immagine dell'aggressione fisica vissuta, il senso di impotenza, la percezione di diversità rispetto alle coetanee e il sotterraneo senso di colpa che non di rado si genera in chi è vittima di abuso, come se in qualche modo il proprio comportamento avesse incentivato i tentativi di violenza. Nel giorno dell'accesso al pronto soccorso pediatrico lei aveva avuto l'episodio di mancamento proprio perché era tornata a rivederli nella stessa aula. La reazione vissuta è proprio ciò che prima si è descritto come "sradicamento psiconeurobiologi-

co", con la iperattivazione dei sistemi di difesa e la risposta in termini di fuga o inevitabilità del soccombere. La prima visita integrata in questi casi permette un assessment complesso, aperto al pensiero narrativo della famiglia e in cui si mettono in gioco sin dall'inizio tutte le relazioni con i vertici del campo, dando parola non solo al dolore dell'urgenza, ma al dolore stratificatosi nel tempo. In tale senso aprendosi all'ottica, non meramente sommativa, ma cumulativa complessa insita nel disturbo traumatico dello sviluppo. Proprio l'esperienza dolorosa di questa ragazza e la sintomatologia descritta, riportano chiaramente al processo di esposizione al rischio di disregolazione emotiva-alterazione della percezione di sé e delle relazioni con altri. Il percorso di supporto si è declinato tra una prima fase di intervento durante l'emergenza in accesso, focalizzata sulla promozione di una capacità di autoregolazione emotiva, attraverso la costruzione di un contatto sia sulla dimensione verbale, sia non verbale, trasmettendo un senso di vicinanza, rispetto a quello di solitudine profonda percepito dalla ragazza e dalla famiglia. Va sottolineato che l'intervento ha assunto una prospettiva dissipativa nella misura in cui un lavoro sulla frammentazione delle risorse ha accompagnato la ragazza verso lo sviluppo di una maggiore complessità di queste risorse. Ugualmente è stato fondamentale un lavoro di facilitazione della comunicazione tra la famiglia e l'équipe sanitaria, nella duplice dimensione di supporto al ragionamento evolutivo-clinico, in ottica di assessment complesso e di implicito contenimento emotivo, incrementando la percezione di un supporto sociale attivato. Il lavoro è poi proseguito attraverso incontri di follow up, nei quali più approfonditamente Marta ha potuto guardare alle sue risorse e, attraverso la presa di contatto con queste, sentire la forza di guardare al trauma vissuto con più energia, con meno vergogna, esprimendo le emozioni a lungo trattenute attraverso la "tecnica della sedia vuota" e l'immaginazione guidata rispetto al fronteggiamento degli eventi. I colloqui si sono sempre più focalizzati da un piano di espressione e ristrutturazione emotiva, costruzione di un'attitudine positiva agli eventi, a uno più centrato sul ritorno alle amicizie, agli impegni, alla pianificazione e risoluzione dei problemi. Proprio in riferimento all'aspetto relazionale, l'intervento si focalizza sul "gancio sociale".

La condizione pediatrica di Alberto

La seconda condizione ci riporta ad Alberto, 11 anni, che giunge in Pronto Soccorso pediatrico per caduta accidentale al proprio domicilio e stato ansioso particolarmente accentuato, ricondotto tanto dal bambino, quanto dai genitori, alla necessità di una terapia invasiva da effettuarsi a casa per contrastare gli effetti di una patologia d'organo, che causava forte ritardo nella crescita, e alla mancata accettazione tanto del vissuto relativo alla condizione fisica (soprattutto per la percezione di diversità rispetto agli altri coetanei), quanto della terapia prescritta vissuta con paura di acuto dolore. Si evidenzia in tal senso proprio la dinamica insita tra bisogni in opposizione, quali la necessità di una terapia invasiva e il bisogno di avere una vita come i coetanei. L'intervento è stato orientato nel portare il bambino ad attraversare la conflittualità tra i bisogni, per esempio facendogli constatare la natura diversa delle due tipologie di questi, come anche attivando in lui un problem solving condiviso.

In questo caso, i colloqui con il bambino, volutamente di stampo motivazionale, sono stati integrati sin dall'inizio con colloqui con i genitori, soprattutto in ottica psicoeducativa, sempre avendo come fine ultimo la promozione dello Sviluppo del bambino, supportando i genitori stessi a superare la paura della somministrazione della terapia e dunque come sostegno alla competenza genitoriale. In questo caso, il supporto si è sviluppato attraverso due dimensioni complementari: gli incontri di follow up psicologico post dimissioni in ospedale e

le visite domiciliari. I primi si sono sviluppati attraverso l'uso del disegno e la narrativa metaforica sul tema della paura di crescere attraverso un percorso doloroso, mentre le visite domiciliari sono state condotte in ottica più formativa rivolta ai genitori, volutamente con un approccio da training, osservando le dinamiche familiari e favorendo correttivi funzionali nel qui e ora del contesto naturale.

La condizione pediatrica di Lucia

La terza condizione ci riporta a Lucia, 13 anni, che giunge in Pronto Soccorso pediatrico per trauma accidentale agli arti inferiori, con compromissione dei legamenti, durante allenamento sportivo. Anche in questo caso ci troviamo dinanzi a un evento traumatico che richiama le aspettative della giovane ragazza che mirava alla finale di campionato attesa per mesi e che attiva in modo emotivamente forte tutti i vertici del campo di relazioni della ragazza, considerato il fatto che l'allenatrice era la madre stessa, con inevitabile tendenza a reciproche recriminazioni.

Se ci ricollegiamo ai tre domini di riferimento delle funzioni esecutive (identità, relazioni, emozione), l'intervento è stato orientato a promuovere la riattivazione di processi relativi alla costruzione di un'identità di ragazza che può per esempio scegliere l'attività agonistica, come anche sceglierne un'altra. La presa in carico integrata in emergenza in questo caso ha mirato all'iniziale ascolto della sofferenza, poi alla promozione di una comunicazione più efficace tra i componenti della famiglia, con minori recriminazioni. In ottica funzionale, lo psicologo non si è limitato a facilitare la relazione comunicativa tra famiglia ed équipe socio-sanitaria dell'area di emergenza, ma ha promosso anche nessi e collegamenti positivi tra quest'area e l'area ortopedica, trasmettendo alla famiglia un continuativo senso di accompagnamento, che ha avuto effetti positivi in ottica di contenimento emotivo continuativo.

Nella voluta differenza delle condizioni pediatriche esposte, a titolo esemplificativo, si nota il processo di stabilizzazione emotiva, indispensabile nella prima fase, attraverso la trasmissione di un contatto empatico, ma ugualmente autorevole, che contempla sia il senso di ascolto, sia la trasmissione di regole che rappresentino una implicita e necessaria bussola nel caos emotivo dell'emergenza. Promozione di un senso di autoregolazione, quindi, che implica la necessità di un lavoro paziente di facilitazione della comunicazione, già in area triage, dove psicologo pediatrico e infermiere preposto, ancor prima della visita del pediatra, trasferiscono il segno e il senso di una presa in carico condivisa, obiettivo centrale del lavoro integrato inclusivo. Una prospettiva di lavoro di questa tipologia ha chiari criteri fondativi nei concetti di "visione comune" [35], di "reciprocità", di "messa in comune" [36], pur nella centralità della "stabilità della propria identità professionale", e si sviluppa attraverso un agire condiviso ben rintracciabile nel costante richiamo che ogni professionista compie rispetto al collega di altra professione (psicologo pediatrico rispetto a lavoro del pediatra e viceversa), trasmettendo alla famiglia il valore della presa in carico condivisa. Ed ancora, il riconoscimento reciproco, tra professionisti, come anche il vicendevole restituirsi, tra operatori, elementi del percorso di gestione del piccolo paziente e della famiglia, al fine di non tenerli slegati, ma anzi di rafforzare il senso di un processo unico di presa in carico, che ha come ricaduta la tutela, la "messa in sicurezza" non esclusivamente della famiglia, ma della stessa organizzazione.

Una presa in carico condivisa, dunque, che con naturale continuità prosegue dal ragionamento clinico che avvia l'assessment complesso al follow up post dimissioni, attraverso colloqui o metodiche che favoriscano la presa di contatto con le risorse al fine di rafforzare il bambino, l'adolescente, la fami-

glia, nella possibilità di guardare al trauma, con un senso di maggiore competenza, resilienza e agentività, e quindi promuovendo in lui la capacità di scegliere intenzionalmente modi e comportamenti per gestire la sofferenza, il dolore... [37], dall'espressione del dolore tramite gesti e parole, al pianificare realistico, al mettere in campo condotte funzionali alla qualità del proprio "stare" nella condizione di emergenza.

Considerazioni conclusive

La psicologia pediatrica, in tale logica, sembra tracciare dei confini specifici tra cui fare scorrere l'intervento nelle condizioni pediatriche di emergenza; confini che definiscono il percorso da una condizione di languishing a quella di flourishing. Con il languishing si fa riferimento a uno stato di disordine che, pur non essendo una vera e propria forma di psicopatologia, è una condizione di disorientamento, di senso di vuoto e di stagnazione, che blocca il poter fronteggiare e che è caratterizzato da indifferenza, rassegnazione, assenza di benessere; con il flourishing, invece, si fa riferimento a una condizione che indica un funzionamento compiuto e che orienta nel bambino soddisfazione, affettività positiva, visione ottimistica, consapevolezza di risorse, ecc. [38-39] In tal senso, l'intervento di presa in carico del trauma diventa un passaggio doloroso da uno stato di disordine, di fatigue, come prosciugamento dell'energia [40] spesso con implicazioni psicopatologiche, di disorientamento, di senso di vuoto, verso una condizione di funzionamento di "senso compiuto" (flourishing) che si definisce attraverso il senso di soddisfazione, di affettività positiva, di visione ottimistica, di consapevolezza delle proprie risorse, e di investimento su queste, e ancora di attivazione di resilienza; in una processualità che va dalla iniziale condizione caotica, con tentativi episodici e non organizzati, alla condizione florissante, che, invece, si definisce per ordine, creatività, intenzionalità, ecc. della resistenza [41]: una visione chiaramente sistemica e indirizzata. In tal senso, una pratica di psicologia pediatrica di questo tipo assume una funzione riabilitativa.

La difficoltà di un'applicazione del modello di psicotraumatologia qui descritto, nei contesti ospedalieri e ambulatoriali, va certamente ricondotta alla scarsa presenza degli psicologi in tali contesti. La riflessione sul modello presentato, sebbene faccia riferimento, come si evince dalla casistica rappresentata, a contesti in cui lo psicologo pediatrico era presente attraverso fondi relativi a progetti del piano sanitario nazionale, vuole essere in realtà proprio un elemento di motivazione affinché i pediatri, ospedalieri e non, promuovano l'inserimento della figura dello psicologo, non come possibile variabile, ma come elemento strutturale della stessa organizzazione di quel contesto di emergenza, considerata, per altro, l'importante ricaduta in termini di contrazione della spesa sanitaria, oltretutto, ancor prima, di qualità della presa in carico, e non ultimo della prevenzione di un trauma cumulativo che va a inficiare lo stato di salute dello Sviluppo del bambino e dell'adolescente/adulto che questi diventerà. ■

Bibliografia

- Colombini C, Panunzi S, Carratelli TJ. La dissociazione in età evolutiva: rassegna bibliografica [Dissociation in evolutionary age: bibliographical review]. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 2010;30:46-51.
- Roberts MC, Steele RG. *Handbook of Pediatric Psychology*. The Guilford Press, 2017.
- Perricone Briulotta G. Il vento della psicologia pediatrica: l'esperienza di un know how oltre la psicologia applicata in pediatria. McGraw Hill, 2019.
- Bonichini S, Tremolada M (a cura di). *Psicologia pediatrica*. Carocci, 2019.
- Perricone G. *Pediatric Psychology*. *Pediatric Reports*. 2021;13:135-141.
- Perricone G. *Pediatric psychology in managing fragility of the child and adolescent in pediatric condition*. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 2022;11:e110221.

7. Alisic E, Jongmans MJ, Van Wesel F, et al. Building child trauma theory from longitudinal studies: a meta-analysis. *Clinical Psychol Rev.* 2011;31:736-747.
8. Kassam Adams N, Marsac ML, Hildembrand A, et al. Post traumatic stress following pediatric injury; update on diagnosis, risk factors, and intervention. *JAMA Pediatrics.* 2013;167:1158-1165.
9. Price J, Kassam Adams N, Alderfer MA, et al. Systematic review: A re-evaluation and update of the integrative (trajectory). Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology.* 2016;41:86-97.
10. Giannantonio M. *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operative.* Centro Scientifico Editore, 2009.
11. Rosso C. Crisi della soggettivazione e "passaggi catastrofici" in adolescenza. Franco Angeli, 2013.
12. McCracken LM, Carson JW, Eccleston C, et al. Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain.* 2004;109:4-7.
13. Kazak AE, Schneider S, Kassam-Adams N. Pediatric medical traumatic stress. In Roberts MC, Steele RG. *Handbook of Pediatric psychology.* The Guilford Press, 2009:205-215.
14. Tonella G. Paradigms for Bioenergetic Analysis at the Dawn of the 21st Century. *Bioenergetic Analysis. Clin J of IIBA.* 2008;VI8:27-59.
15. Geloso MC, Corvino V, Michetti F. Trimethyltin-induced hippocampal degeneration as a tool to investigate neurodegenerative processes. *Neurochemistry international.* 2011;5:729-738.
16. Karmiloff-Smith A. Nativism versus neuroconstructivism: rethinking the study of developmental disorders. *Developmental psychology.* 2009;45:56-63.
17. Overton WF. A relational and embodied perspective on resolving psychology's antinomies. In Carpendale JJM, Muller U. *Handbook of child psychology, 1, Theoretical models of human re-evaluation and update of the integrative.* Wiley, 2004:18-80.
18. Knauer D, Palacio Espasa F. *Difficoltà evolutive e crescita psicologica. Studi clinici longitudinali dalla prima infanzia all'età adulta.* Raffaello Cortina, 2012.
19. Boon S, Steele K, van der Hart O. *Traumabedingte Dissoziation bewältigen: Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Vorspohl.* Junfermann Verlag GmbH, 2013.
20. Van der Hart O, Ellert RS Nijenhuis, Steele K. *Fantasma nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale.* Raffaello Cortina, 2011.
21. Speranza AM. Disorganizzazione dell'attaccamento e processi dissociativi: il contributo di Liotti allo studio delle traiettorie di sviluppo. *Cognitivism clinico.* 2018;15:217-220.
22. Van der Kolk BA. Il corpo accusa il colpo. *Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche.* Raffaello Cortina, 2014.
23. Frattini I. La regolazione affettiva tra funzionamento somatopsichico e psicosomatico: una prospettiva psicodinamica del rapporto corpo-mente. Franco Angeli, 2022.
24. Lucangeli D. *A mente accesa.* Mondadori, 2020.
25. Hopper JW, Frewen PA, van der Kolk BA, et al. Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *Journal of traumatic stress.* 2007;20:713-725.
26. Fodor JA. *The modularity of mind.* MA MIT Press, 1983.
27. Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, et al. *Psycho-Oncology. Journal of the Psychological Social and Behavior Dimensions of Cancer.* 2000;15:306-320.
28. Van der Kolk BA, D'Andrea W. Verso una diagnosi di disturbo traumatico dello Sviluppo per il trauma interpersonale infantile. In Lanius RA, Vermetten E, Pain C. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia mancata.* Fioriti Editore, 2012.
29. Van der Kolk BA. Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric annals.* 2017;35:401-408.
30. Van Der Kolk B, Ford JD, Spinazzola J. Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2019 Jan 29;10(1):1562841.
31. Panksepp J, Wright JS, Döbrösy MD, et al. Affective neuroscience strategies for understanding and treating depression: From preclinical models to three novel therapeutics. *Clinical Psychological Science.* 2014;2:472-494.
32. Tronchin L. *Psicosomatica e Pensiero Complesso.* Google books, 2009.
33. Beck BD, Messel C, Meyer SL, et al. Feasibility of trauma-focused Guided Imagery and Music with adult refugees diagnosed with PTSD: A pilot study. *Nordic Journal of Music Therapy.* 2018;27:67-86.
34. Jankovic M, Vitellino S. Ne vale sempre la pena. Il Dottor sorriso, i suoi pazienti e il vero valore della vita. Baldini & Castoldi, 2018.
35. Walter J, Kellerman F, Lechner C. Decision making within and between organizations-rationality, politics, and alliance performance. *Journal of Management.* 2010;38:1582-610.
36. Ashforth B, Harrison S, Kevin G. Corley. Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions. *Journal of Management.* 2008;34.
37. Crivelli D, Balconi M. Agentività e competenze sociali: riflessioni teoriche e implicazioni per il management. *Ricerche di Psicologia.* 2017;40:349-363.
38. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002 Jun;43(2):207-222.
39. Westerhof GJ, Keyes CL. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev.* 2010 Jun;17(2):110-119.
40. Bogdanov S, Brookes N, Epps A, et al. Fatigue in Children with moderate or severe traumatic brain injury compared with children with orthopedic injury: characteristics and associated factors. *J Head Trauma Rehabil.* 2021 Mar-Apr;36(2):E108-E117.
41. Luthar SS. Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation.* Wiley, 2006:739-795.