



Titolo: Intervento psicologico su bambini e adolescenti con genitori ricoverati in rianimazione nell'ospedale di Alessandria.

Autore: Sterpone R.,^{1*} Valorio P.,¹ Paiuzzi E.,² Venturini E.,³ Bonato V.,³ Vivaldi N.³

Tipo: Articolo Originale

Keywords: Disturbo post traumatico, Emergenza, Urgenza.

¹ Azienda Ospedaliera di Alessandria – S.S. di Psicologia

² Studio Medico Cittadella di Alessandria

³ Azienda Ospedaliera di Alessandria – S.C. di Anestesia e Rianimazione

* Autore per la corrispondenza.

E-mail: rsterpone@ospedale.al.it



ABSTRACT

Obiettivi: Alla luce della teoretica e della clinica dei disturbi post traumatici, nell'articolo verrà proposto un intervento con i bambini e i familiari dei pazienti degenti nel reparto di Rianimazione.

Metodologia: Struttura dell'intervento: psicoeducazione sulle conseguenze ad esposizione ad evento critico; analisi del funzionamento/bisogni dell'adulto sano e il suo poter essere, nonostante la difficile situazione, base sicura; valutazione della presenza di una rete sociale di supporto; co-costruzione, insieme all'adulto, della narrativa della comunicazione al bambino/adolescente; valutazione del momento in cui è opportuno che l'adulto sano faccia la comunicazione; preparazione del minore, integrando TCC e EMDR, all'incontro con il genitore.

Risultati: L'intervento, effettuato su 15 famiglie, ha aiutato genitori e bambini ad affrontare una situazione critica.

Conclusione: In alcune occasioni le comunicazioni devono essere effettuate in emergenza/urgenza, poiché le condizioni cliniche del familiare ricoverato sono estremamente gravi e con prognosi infausta che può degenerare in tempi brevi. Questo intervento, però, può dare all'operatore la percezione di essere stato una base sicura per il bambino in questa difficile e delicata situazione della sua storia di vita.



INTRODUZIONE

Le problematiche di salute che implicano un ricovero in Rianimazione sono molteplici e possono riguardare pazienti di tutte le età. Si possono verificare ad esempio la riacutizzazione di una malattia cronica, eventi cerebrovascolari improvvisi, gravi stati infettivi fino allo shock settico o severi politraumatismi.

Questi pazienti definiti "critici" hanno bisogno di un supporto intensivo per mantenere le loro funzioni vitali come la respiratoria, la cardiovascolare, la neurologica, la nefrologica e l'omeostasi metabolica.

La maggior parte di questi pazienti sono quindi sedati, sottoposti a ventilazione meccanica, spesso tracheostomizzati con grandi difficoltà alla comunicazione anche se sono svegli, sono monitorizzati in modo continuo ed osservati h 24 da personale specialistico sia medico che infermieristico in un ambiente altamente tecnologico con tanti rumori, allarmi e spie luminose.

Alla luce delle recenti teorie e delle esperienze cliniche maturate, viene proposto un intervento psicologico con i bambini e i familiari dei pazienti ricoverati in rianimazione. E' importante, infatti, che il bambino conosca la situazione del genitore per potere scegliere se andarlo a trovare ed essere preparato in merito o, in caso di prognosi infausta, se e come salutarlo, evitando, così, di perdere in seguito la capacità di fidarsi e affidarsi alla figura di riferimento rimasta.

INTERVENTO

L'intervento è strutturato in sei fasi, così come proposto.

1. PSICOEDUCAZIONE SULLE CONSEGUENZE AD ESPOSIZIONE AD EVENTO CRITICO

Il Colloquio Psicoeducativo spiega e integra il senso di quanto sta accadendo e potrà accadere.

In questa fase occorre tenere conto del contesto emotivo-situazionale in cui si trova l'interlocutore.

Quando è in stato di shock è confuso, disattento, iperattivo e con sensazioni di ottundimento.



Nello stato di shock, inoltre, la memoria episodica esplicita, che dipende dal corretto funzionamento dell'ippocampo, presenta un funzionamento deficitario. Rimane, invece, sostanzialmente intatto quello della memoria procedurale o implicita.

Se, invece, si trova nella fase dell'impatto dell'evento, che colpisce generalmente entro un paio di giorni, ma che può verificarsi anche più tardi e perdurare per parecchie settimane, possono essere presenti rabbia, paura, isolamento ed evitamento, pensieri di colpa, disturbi del comportamento e del sonno, depressione. La persistenza e l'entità di questi sintomi variano a seconda delle risorse del soggetto colpito e dalla presenza del sostegno circostante.

Tenendo conto dei cambiamenti nello stato neuropsicologico del paziente, occorre utilizzare strategie mirate a favorire la ricezione del messaggio, parcellizzando la quantità di informazioni e scegliendo quelle prioritarie e più funzionali ad una stabilizzazione emotiva.

Inoltre, uno spazio che garantisca la privacy e il tempo messo a disposizione, tempo che deve essere adattato alle caratteristiche specifiche della situazione e della persona, e ai possibili e repentini cambiamenti che possono insorgere nel corso della comunicazione stessa, sottolineano l'importanza che hanno per l'operatore di cura quel momento e quel paziente.

2. ANALISI DEL FUNZIONAMENTO/BISOGNI

In questa fase si effettua un colloquio mirato a valutare, insieme all'interlocutore, quanto quest'ultimo, nonostante la criticità della situazione attuale, possa prendersi cura del figlio. In particolare è importante che il bambino sia pensato e sia adeguato l'esame di realtà sulle sue necessità e che personalmente, o delegando, nella pratica sia mantenuta la cura nelle sue attività quotidiane.

Si suggeriscono, poi, colloqui psicologici di decompressione.

3. VALUTAZIONE DELLA PRESENZA DI UNA RETE SOCIALE

Nella situazione in cui le risorse della persona non risultino adeguate, è importante cercare un'altra figura che possa diventare riferimento in quel momento per il bambino.

La presenza di una rete sociale, in ogni caso, aumenta la resilienza ed è fattore protettivo per l'instaurarsi di un Disturbo Post Traumatico, così come ci indica l'attuale teoretica della fenomenologia e dell'eziologia traumatica (Giannantonio, 2009)

$$R = M \times S$$

R = sviluppo di un disturbo o risposta traumatica

M = grandezza di un trauma (per quanto possibile definirla)



S = variabili soggettive, interpersonali e sociali

4. CO-COSTRUZIONE INSIEME ALL'ADULTO, DELLA NARRATIVA DELLA COMUNICAZIONE CON IL MINORE

Fondamentali sono l'empatia e la "compassione", l'identificare le emozioni che la persona sta esprimendo e condividerle, per quanto possibile, sospendendo il giudizio.

L'immagine del corpo dell'operatore di cura che si protende progressivamente verso il volto del paziente è segnale di quanto la narrativa dell'evento traumatico venga sentita, condivisa e poi reinterpretata insieme, fino alla co-costruzione della comunicazione da fare al bambino.

5. VALUTAZIONE DEL MOMENTO MIGLIORE IN CUI EFFETTUARE LA COMUNICAZIONE

Non c'è un momento giusto a priori per comunicare al bambino le condizioni del genitore ricoverato. Occorre tuttavia rispettare alcune condizioni:

- la comunicazione deve essere fatta dal genitore (in casi estremi dalla figura alternativa), affinché il bambino mantenga la capacità di fidarsi, affidarsi al genitore stesso
- la comunicazione deve essere fatta quando l'adulto, nonostante la tristezza e la disperazione, pensa e sente di potersi prendere cura del proprio bambino
- utilizzare un linguaggio adeguato all'età e allo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino
- parlargli mantenendo un contatto fisico, prendendolo per mano, abbracciandolo o facendo tutto ciò che sembra opportuno per trasmettere affetto o sicurezza
- si può anticipargli che gli si sta dicendo qualcosa che potrà renderlo molto triste o che lo spaventerà
- nel caso di prognosi infausta o di condizioni post ricovero tali per cui la persona non sarà quella di prima, è importante evitare di creare illusioni nel bambino.

6. PREPARAZIONE DEL MINORE INTEGRANDO TCC E EMDR

La preparazione del minore all'incontro con il genitore ricoverato avviene integrando tecniche cognitivo-comportamentali e EMDR (Spierings, 2006).

Le tecniche cognitivo-comportamentali comprendono la psicoeducazione, la ristrutturazione di pensieri relativi alla colpa, al non controllo al non essere più al sicuro, e alle



doverizzazioni. Vengono anche utilizzate tecniche di respirazione e la tecnica del posto sicuro finalizzate a ridurre l'eccessiva attivazione che interferisce con la ristrutturazione cognitiva stessa (Galeazzi, 2004).

L'EMDR favorisce nel minore, attraverso la stimolazione alternata bilaterale degli emisferi cerebrali e l'esposizione in immaginazione al genitore ricoverato, l'adattamento alle sue nuove condizioni cliniche attraverso l'attribuzione di significati più utili e adattivi.

Nel caso in cui il genitore ricoverato stia morendo, è importante che il bambino ne venga informato (dal genitore sano o figura alternativa) e possa scegliere come salutarlo.

Gli viene spiegato che può andare di persona dal genitore (posto sicuro e preparazione all'incontro), oppure mandargli un disegno, uno scritto o un oggetto, o infine pensarlo rimanendo a casa o nel luogo che preferisce.

È importante ricordare al genitore che i bambini devono addolorarsi per la morte della persona cara prima di formare nuovi attaccamenti.

CONCLUSIONI

Questo intervento comporta, sovente, energie non diluite nel tempo, anche a causa della necessità di continui adattamenti ai cambiamenti nelle condizioni cliniche del paziente, ma anche la percezione di averlo aiutato a modificare la sua prospettiva sull'evento traumatico (Sterpone, 2007).



BIBLIOGRAFIA

1. Galeazzi A., Meazzini P. (2004). *Mente e Comportamento*. Milano, Giunti Editore.
2. Giannantonio M. (2009). *Psicotraumatologia Fondamenti e strumenti operativi*. Torino, Centro Scientifico Editore.
3. Spierings J. (2006). Corso di Formazione per Supervisor EMDR.
4. Sterpone R., Paiuzzi E. (2007). *Bambini e adolescenti esposti ad evento critico: intervento psicologico in emergenza-urgenza in un ospedale infantile*. In abstract XIV Congresso Nazionale AIAMC.