

Concetta Polizzi

Pensarsi psicologo pediatrico

Modelli, percorsi e strategie
di una formazione

con il contributo di
G. Perricone e M.R. Morales

PSICOLOGIA

*Studi
e ricerche*

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Concetta Polizzi

Pensarsi psicologo pediatrico

Modelli, percorsi e strategie
di una formazione

con il contributo di
G. Perricone e M.R. Morales

FrancoAngeli

Studi e ricerche

Si precisa che la stesura del 1° capitolo della parte prima è stato curata interamente da Giovanna Perricone. La stesura del 2° capitolo della parte prima è stato curata, in parti uguali, da Giovanna Perricone e Concetta Polizzi. La stesura del 3° capitolo della parte seconda è stato curata, in parti uguali, da Maria Regina Morales e Concetta Polizzi. I restanti capitoli sono opera di Concetta Polizzi.

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*A mia madre,
che mi ha insegnato a “lottare”
e ad amare la vita nonostante la malattia...*

Indice

Introduzione, di *Concetta Polizzi* pag. 9

Parte prima

- 1. Pensare la psicologia pediatrica**, di *Giovanna Perricone* » 17
- 1. Una condizione di base per pensare la psicologia pediatrica: un frame “dinamicamente” orientato per la psicologia » 17
 - 2. Perché un paradigma per la psicologia pediatrica » 23
 - 3. La psicologia pediatrica: paradigma e prospettive » 29
 - 4. La pratica professionale » 36
 - 5. Un approccio evolutivo clinico per la psicologia pediatrica » 38
 - 6. Quali linee guida per lo psicologo pediatrico » 41
- 2. Un modello di formazione dello psicologo pediatrico**, di *Giovanna Perricone e Concetta Polizzi* » 43
- 1. La complessità di una formazione professionalizzante » 43
 - 2. Formare a quali competenze... » 49
 - 3. La processualità interna attivata dalla formazione » 52
 - 4. Il piano metodologico della formazione » 54
 - 4.1 Alcune considerazioni » 58

Parte seconda

1. Il percorso del Master in psicologia pediatrica, di Concetta Polizzi	»	63
1. Il Master: un'“operazione” culturale	»	63
1.1. Il profilo dello psicologo pediatrico	»	64
2. La struttura organizzativa del Master	»	66
2.1. L'accoglienza	»	66
2.2. La didattica	»	70
2.3. L'attività outdoor: il tirocinio	»	122
2. Il tempo del cambiamento: lo stage e la verifica finale, di Concetta Polizzi	»	125
1. Lo stage	»	125
1.1. Alcune riflessioni preliminari	»	127
1.2. Attività di stage per i bambini/adolescenti	»	129
2. La verifica finale	»	135
2.1. Alcuni percorsi di assessment degli psicologi pediatrici	»	139
3. Strumenti di assessment per lo psicologo pediatrico, di Maria Regina Morales e Concetta Polizzi	»	151
1. L'assessment in psicologia pediatrica	»	151
2. Strumenti di assessment dello sviluppo del bambino/adolescente nelle condizioni pediatriche	»	154
2.1. Assessment della dimensione corporea: la rappresentazione del corpo e dell'identità corporea	»	155
2.2. Assessment della dimensione emotivo-affettiva: l'autostima e l'intelligenza emotiva	»	158
2.3. Assessment della dimensione cognitiva: locus of control e strategie di coping	»	164
2.4. Assessment della dimensione sociale: adattamento sociale	»	169
Bibliografia	»	171

Introduzione

*“È ciò che pensiamo già di sapere
che ci impedisce di imparare cose nuove”
(Claude Bernard, 1865; trad. it. 1973)*

L'idea di presentare alla comunità scientifica degli psicologi, ma anche di tutte le figure di area medica che intervengono nei contesti di cura pediatrica, un contributo teorico e procedurale relativo ad una possibile formazione per lo “psicologo pediatrico”, muove dalla consapevolezza di quanto “pensare” e “pensarsi” psicologo pediatrico rappresenti una questione problematica, una vera e propria sfida. Nonostante, infatti, già dagli anni settanta si sia costituita all'interno dell'American Psychological Association (APA) una specifica divisione di psicologia pediatrica¹, che continua a lavorare per lo sviluppo e la promozione della disciplina, soprattutto attraverso il ricco e variegato lavoro di ricerca (Kazak, 2000; Routh, 2000; Walker, 2000; Drotar, 2001), purtroppo, ancora oggi, nel nostro territorio nazionale, parlare di psicologo pediatrico vuol dire fare riferimento ad una figura innovativa e spesso, il pensarla attiva mille perplessità, oltre che numerose resistenze e difese. Dubbi e resistenze che fanno riferimento alla stessa domanda: psicologo pediatrico o psicologo nei contesti pediatrici (es. psicologo in ospedale), si chiederanno in molti, non sono forse la stessa cosa? In realtà, l'aggettivazione piuttosto che la contestualizzazione non è una questione di sfumature di significato, ma implica una sostanziale differenziazione di due modi diversi di essere psicologo che si occupa di bambini e adolescenti affetti da patologie croniche e/o acute.

Si tratta di pensare ad una specifica figura professionale con un suo paradigma epistemologico-procedurale di riferimento, con uno specifico profilo di competenze, di funzioni e compiti, insomma con una *mission* e una

¹ La Società di Psicologia Pediatrica (SPP) dal 1969 al 1980 era affiliata alla Sezione 1 (Psicologia Clinica dello Sviluppo) della 12ª Divisione (Psicologia Clinica) dell'APA; dal 1980 al 2000 la SPP diventa una sezione autonoma (5ª) all'interno della 12ª Divisione. Nel 2000, la SPP diventa la 54ª Divisione (Psicologia Pediatrica) dell'APA.

vision che ne orientano l'identità. Parlare di psicologo pediatrico vuol dire, dunque, porsi domande e questioni identitarie, per comprendere cosa rende unica questa figura professionale. Ecco con il presente testo abbiamo voluto "cavalcare" la sfida, consapevoli che questa chiami in causa complessità e criticità che attengono a due piani: quello professionale del singolo psicologo e quello sociale, culturale e perché no, anche politico, che riguarda la comunità scientifica e i contesti di cura pediatrica. In tal senso, rispetto al piano professionale, la sfida per lo psicologo già abilitato alla professione e che magari ha già fatto percorsi formativi specialistici (scuole di specializzazione, master su specifici aspetti dell'intervento psicologico), diventa la ridefinizione della propria identità professionale per potersi pensare psicologo pediatrico e per diventarlo. "*Ripensarsi per poter essere altro, partendo da ciò che si è già*", il che implica l'abbandono della falsa credenza che per intervenire nei contesti pediatrici ospedalieri e non, deputati alla cura, basti "adattare" le proprie competenze, il proprio bagaglio formativo, il personale modello teorico-operativo alla specificità di tali contesti. Non si tratta di un "trasferimento" tout court di modelli, tecniche e procedure già consolidati in una specifica realtà; proprio queste certezze possono diventare il principale ostacolo al potersi pensare "psicologo pediatrico" e di conseguenza, al poter sentire il bisogno di una formazione specifica. Se, poi, focalizziamo il giovane in formazione e quindi, il dottore in psicologia che sta seguendo il percorso della laurea magistrale, la sfida va identificata nel sentire il desiderio di assumere questa specifica identità professionale, di potersi pensare, tra tutti i possibili profili dello psicologo, con quello dello psicologo pediatrico, perché se ne riconosce la valenza specifica, la "spendibilità", ecc.

Sul piano, invece, socio-culturale-politico, non si può, intanto, non sottolineare la valenza di sfida che la psicologia pediatrica assume per la stessa comunità scientifica degli psicologi, con il suo ordine professionale e le sue scuole di specializzazione. Si tratta, in questo caso, di una criticità legata alla possibilità di riconoscere allo psicologo pediatrico una specifica, differenziata identità. E allora, la sfida diventa consentire alla psicologia pediatrica la conquista di una propria autonomia e quindi, di una specifica identità disciplinare, pur nel riconoscimento dello stare a confine e a confronto con altri linguaggi disciplinari, primi tra tutti la pediatria e la neuropsichiatria infantile. Di conseguenza, per queste ultime si pone la necessità di riconoscere alla psicologia pediatrica specifici spazi di intervento, distinti dai propri ma in relazione, al fine di stabilire non un rapporto di conflitto e contrapposizione, o addirittura, di negazione reciproca, ma piuttosto un sodalizio, un rapporto di collaborazione e di riconoscimento reciproco.

In ultimo, il piano della comunità costituita dai contesti medici, ospeda-

lieri e territoriali, deputati alla cura dei bambini e degli adolescenti, per i quali la sfida riguarda la possibilità di rendere più esplicito, laddove latente, o di sentire, laddove assente, il bisogno di essere affiancati da psicologi formati in modo specifico per la garanzia e la promozione del percorso di sviluppo dei bambini/adolescenti con patologia e del benessere delle famiglie e degli stessi operatori sanitari.

Alla luce di tali considerazioni, il testo prende in carico proprio la necessità di pensare ad una specifica formazione dello psicologo pediatrico (Roberts *et al.*, 1998; Mackner *et al.*, 2003; Spirito *et al.*, 2003); una formazione capace di costruire un'identità dello psicologo pediatrico, il quale, lungi dall'occuparsi tout court del trauma, si occupa dell'andamento del percorso di sviluppo del bambino/adolescente in presenza di una patologia, individuando le caratteristiche assunte dai diversi processi di sviluppo (cognitivi, affettivi, emozionali, motori, relazionali, ecc.), promuovendo, in tal senso lo “*strengthening*” del bambino; proprio tale “rafforzamento” impedisce il black-out evolutivo del bambino/adolescente favorendone il benessere. Uno psicologo che, pur partendo dalla considerazione della “atipicità” del percorso di sviluppo del bambino/adolescente con patologia, riconosca la tendenza di questo bambino verso situazioni/condizioni di “tipicità” (correre... giocare con i pari... essere accudito dai genitori...) per potersi, in tal modo, riconoscere non solo come bambino malato.

Una formazione che focalizza quei “vuoti”, e quindi, quegli spazi spesso disattesi nell'attenzione al bambino/adolescente ammalato da parte delle altre figure di riferimento, di cui invece, lo psicologo pediatrico deve occuparsi e che attengono allo spazio dell'anamnesi, a quello delle metodiche diagnostiche, allo spazio della comunicazione della diagnosi, oltre che a quello della mediazione tra operatori sanitari e bambino/adolescenti e famiglia. Si tratta di una presa in carico di spazi “bersaglio”, al cui interno la preoccupazione del sanitario è solo quella di portare a compimento, secondo le più raffinate tecniche e strategie, alcune specifiche funzioni: esplorare, diagnosticare, curare, lasciando vuoti gli spazi e i tempi che andrebbero dedicati alla presa in carico della complessità del bambino/adolescente e della sua “condizione pediatrica”.

Nello specifico, dunque, il testo propone uno specifico percorso formativo in psicologia pediatrica sperimentato, per la prima volta nel territorio nazionale, attraverso un Master universitario di II livello realizzato, nell'a.a. 2010/2011, all'interno della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Palermo, su proposta dell'unità di ricerca in “psicologia pediatrica”, istituita presso il Dipartimento di Psicologia. Una formazione quella del Master che ha voluto scrivere e/o riscrivere la storia formativa degli psicologi che ne hanno preso parte, integrando sé, ruolo e

attività professionale. Va, inoltre, sottolineato come questa esperienza formativa abbia rappresentato un presupposto importante per l'organizzazione di un evento culturale fondamentale per lo sviluppo della disciplina in Italia, ma anche in altre realtà europee, costituito dall'International Conference *The Planet of "Pediatric Psychology; beyond Psychology at Pediatrics"* (Palermo, 25-27 novembre 2011).

In tal senso, allora, l'articolazione del testo prevede, intanto, una "parte prima", che affronta sul piano teorico le questioni legate ad un modello di formazione del e per lo psicologo pediatrico, che chiami in causa la specifica identità di questo professionista. Pertanto, questa prima parte si apre con un 1° capitolo che affronta il senso e significato della psicologia pediatrica, intesa come specifico campo disciplinare che con il suo paradigma epistemologico procedurale, come accennato, si pone a confine con diverse discipline; intanto con la *pediatria*, come clinica medica del bambino e dell'adolescente che studia le problematiche della crescita, non per organo o per apparato, ma, invece, nella sua complessità biologica, fisiologica e funzionale; ancora, con la *neuropsichiatria infantile*, come disciplina che focalizza le condizioni evolutive in riferimento a specificità individuali, a standard di tipicità, connettendoli in alcuni casi a nuclei psicopatologici, a condizioni di trauma, ecc.; così come, si pone a confine con la *psicologia della salute*, che prende in carico il soggetto ammalato come soggetto in salute, e con la *psicologia dello sviluppo*, come disciplina che si occupa dei processi e dei meccanismi di sviluppo. In tal senso, la psicologia pediatrica circoscrive uno spazio che studia e interviene sui processi di sviluppo e sui relativi disordini, secondo un approccio evolutivo-clinico, muovendosi attraverso percorsi di assessment, come individuazione di punti forti e di criticità evolutive, funzionale alla progettazione dell'intervento di supporto, di accompagnamento, ecc. Ancora, viene sottolineata la linea di confine con la prospettiva della *psicologia della salute*, che orienta a quel lavoro sulla promozione e attivazione dei processi di sviluppo funzionale a rendere "forte" il bambino/adolescente e quindi, ad "attrezzarlo" di risorse per attraversare la propria condizione di rischio. Infine, rispetto all'approccio della psicologia pediatrica, viene sottolineata la prospettiva *clinica* nel senso dell'uso del metodo clinico.

A questo punto, alla luce della definizione più circoscritta della psicologia pediatrica, il 2° capitolo presenta uno specifico modello di formazione dello psicologo pediatrico, che è quello sperimentato attraverso il percorso del Master in psicologia pediatrica; nello specifico, si fa riferimento ad una formazione intesa come promozione di un cambiamento del sé dello psicologo (Fabbri, Rossi, 2001; Lafortune, 2005; Savoie-Zajc, 2007; Perricone, Polizzi, 2011a), come *self-development* (Pendler, Boydell, 1981; Gabassi,

2007), come “riscrittura” della sua storia professionale (Alessandrini, 2005; Montalbetti, 2005), che in quanto tale integra *ruolo* e quindi, l’insieme dei modelli, delle prospettive, degli approcci, degli atteggiamenti, che gli psicologi in formazione portano con sé (Strollo, 2008; Tomassini, 2008), *attività professionale*, intesa come tutte quelle procedure, quei contenuti, quegli strumenti, ecc. di cui gli psicologi consistono si servono e/o si sono serviti nella quotidianità del loro lavoro o del loro volontariato (Quaglino, 2002); e infine, un’integrazione del sé dello psicologo, che attiene agli esiti delle esperienze professionali vissute, in tempi più o meno lunghi. Viene anche sottolineato quanto l’integrazione di queste tre piani non contempra un susseguirsi di tempi separati (il tempo del sé, il tempo del ruolo e il tempo dell’attività lavorativa), ma orienti invece una contemporaneità per cui, per esempio, se si attiva un segmento di lavoro sul ruolo, all’interno di questo segmento si lavorerà anche sul sé e sull’attività lavorativa.

Segue una parte seconda del testo che va, invece, a focalizzare la specifica esperienza di formazione promossa dal percorso del Master; in tal senso, il 1° capitolo di questa parte presenta in modo dettagliato il percorso formativo attivato, facendo riferimento a tutte le aree formative che lo hanno caratterizzato, e collegando queste alle competenze promosse; inoltre, per ciascuna area formativa, viene individuato quale specifico contributo offre all’intervento dello psicologo pediatrico, nei termini di proposta di prospettive, modelli, procedure, tecniche, ecc. Si sottolinea come nel presentare tale percorso di formazione venga affrontato un aspetto fondamentale, che è quello relativo al costante collegamento tra la lettura delle condizioni pediatriche costituite dai bambini affetti da una specifica patologia (sintomatologia della patologia, implicazioni sullo sviluppo del soggetto, trattamenti e loro implicazioni) dal punto di vista del medico e la lettura che delle stesse deve fare lo psicologo pediatrico.

Nel 2° capitolo della seconda parte, il percorso formativo del Master viene dettagliatamente presentato nei suoi aspetti di operatività; in tal senso, viene riportata l’esperienza degli stage realizzati dagli psicologi consistono all’interno di diversi contesti pediatrici, ospedalieri e non, che ha previsto la progettazione e l’attuazione di specifiche procedure di assessment, di metodiche, tecniche, strumenti. Vengono, quindi, presentati percorsi di intervento dello psicologo pediatrico che fanno riferimento all’applicazione sia di specifiche metodiche esperienziali (La.E. e labor), che di metodiche di gruppo (groupe parole, focus group, work discussion, forum), e che prevedono, anche, l’utilizzo di strumenti psicodiagnostici diversificati. Proprio in riferimento ai percorsi psicodiagnostici condotti secondo la prospettiva della psicologia pediatrica, nel 3° capitolo vengono affrontati alcuni aspetti caratterizzanti di tali percorsi valutativi che, per un verso riconducono alla lo-

ro identificazione con percorsi di assessment (Andrews, Saklofke, Janzen, 2001; Kazak *et al.*, 2007) e quindi, propedeutici all'intervento e per altro, al riconoscimento che si tratta di percorsi che vanno gestiti secondo un approccio evolutivo-clinico e nell'ottica di un "lavoro di campo". È proprio in considerazioni di queste prospettive ed approcci, e focalizzando le diverse aree dello sviluppo del bambino/adolescente che vengono proposti specifici strumenti psicodiagnostici, per ciascuno dei quali viene sottolineata la specificità dell'uso che ne fa lo psicologo pediatrico.

Concetta Polizzi

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare a Giovanna Perricone, "maestra" e "guida" indispensabile per la realizzazione di questo lavoro; un grazie, anche, per la passione con cui si occupa della psicologia pediatrica, che mi ha "contagiata". Voglio, poi, ringraziare Maria Regina Morales, cara amica e compagna attenta e sempre presente nel viaggio che ha condotto a questo testo, così come, per la collaborazione, ringrazio Anna Faucetta, Alessandra Bono e Cinzia Lo Bue.

Un grazie, infine, a Roberto e Viviana che, silenziosamente, sullo sfondo, mi hanno sostenuto rendendo possibile le "fatiche" per questo lavoro.

Parte prima

1. Pensare la psicologia pediatrica

di Giovanna Perricone

*Per aspera sic itur ad astra
(Seneca)*

1. Una condizione di base per pensare la psicologia pediatrica: un frame “dinamicamente” orientato per la psicologia

La riflessione sul frame che ha orientato il percorso di formazione con cui si è identificato il master in psicologia pediatrica, è stata ritenuta, dall'autrice del volume, un necessario contributo per presentare, intanto, una linea di confine tra una psicologia in pediatria e il modello teorico operativo che ha definito la specificità di un pensiero e di un modo di essere competenti in psicologia pediatrica.

Ho ritenuto che all'esigenza avvertita da Concetta Polizzi si potesse rispondere assumendo una specifica direzione che consentisse di riflettere sul paradigma con cui si è cercato di definire l'identità della psicologia pediatrica, tenendo presente lo sviluppo di altre esperienze internazionali e nazionali¹; così come il lavoro di ricerca e di intervento svolto da noi in area pediatrica².

Il richiamo a queste esperienze ha consentito la rilevazione di alcune “evidenze empiriche”; si è trattato, infatti, della possibilità di rintracciare attraverso processi di assessment, così come di monitoraggio dei trend evolutivi, le eventuali compromissioni e risorse evolutive, così come l'individuazione delle disfunzionalità e delle diversità relative alle traiettorie

¹ Si vuole fare qui riferimento al percorso condotto dal 1969 al 2000 all'interno dell'American Psychology Association, che ha consentito la creazione di una specifica divisione (54^a); così come, si vuole fare riferimento all'istituzione del servizio di psicologia pediatrica diretto da Gianni Biondi presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma, e ancora, lo studio di Luciano Baldini (2009).

² Si fa riferimento al lavoro di ricerca e di intervento condotto in questi anni dall'Unità di ricerca in psicologia pediatrica del Dipartimento di Psicologia – Università degli Studi di Palermo.

evolutive individuali, nell'infanzia e nell'adolescenza, in “costanza/presenza di patologia”³.

Tale richiamo ha consentito di orientarci secondo le linee guida di una psicologia scientifica che pone e impone che le nuove strutture epistemologiche debbano essere collegate alle “evidenze empiriche” pregresse, in quanto queste rappresentano una base di partenza su cui discutere e argomentare per sviluppare e definire nuove e diverse categorie interpretative e nuovi criteri di spiegazione dei fenomeni (Antonietti, Cantoia, Crisafulli, 1999; Antonietti, 2004).

Nel nostro caso, quindi, le esperienze pregresse ci hanno consentito una riflessione di natura epistemologica “condotta dall'interno” della nostra pratica professionale di psicologi; in modo tale che l'impegno verso la definizione di un nuovo e diverso paradigma non divenisse un'occasione solo speculativa, ma, diventasse, invece, una riflessione concreta, in quanto collegata all'ambito applicativo e alla ricerca, e funzionale ad una ricaduta su tali ambiti (Inghilleri, 2004). Questa ricaduta è stata pensata secondo una “valenza prescrittiva” (Antonietti, Cantoia, Crisafulli, *op. cit.*), che desse rigore e orientamento stabile a una pratica professionale, nel lavoro con il bambino/adolescente affetto da patologia, all'interno del rapporto “*cure-care*”, e quindi, tra esigenze e forme della cura e esperienze a sostegno del percorso evolutivo. Questo rapporto, come fenomeno di riferimento della pratica professionale in area psicologica, è stato preso in carico, intanto, nell'immediatezza del “qui ed ora” (le compromissioni, le risorse dello sviluppo, le tipologie di trattamento e le risposte comportamentali, cognitive ecc.. al trattamento stesso); la presa in carico di questa immediatezza, sul piano fenomenologico, ci sembra conduca alla possibilità di “assaporare” (Inghilleri, *op. cit.*) il singolo caso di rapporto “*cure-care*” nella sua completezza di “campo” (Quadrio, Aristarchi, Puggelli, 2004) e, quindi, come interazione di elementi. Nello stesso tempo, però, il paradigma può definirsi attraverso l'individuazione di una funzione trasformativa verso il fenomeno preso in carico e di un tentativo di comprensione dello stesso fenomeno (Runggaldier, 1996) (rapporto *cure-care*), secondo una forma di “inferenza pratico prescrittiva” (Castiglione, 2001), orientata a sua volta da una concezione “contrattualistica” (*ibidem*) e, quindi, calibrata sull'irrinunciabilità dei diritti, dei bisogni, dei contesti, dei soggetti/istituzioni coinvolti (il

³ Alcune di queste “evidenze empiriche” hanno costituito contenuto di alcuni contributi presentati alla comunità scientifica: Polizzi, Perricone, 2005; Perricone, Pipitone, Polizzi, Morales, Nuccio, Stellino, 2009; De Luca, Perricone, Nuccio, Polizzi, Rubino, 2009a; De Luca, Perricone, Morales, Rubino, 2009b; Perricone, Morales, Polizzi, Fontana, 2010; Perricone, Fuso, Lomonico Morales, Polizzi, 2010; Perricone, Polizzi, Morales, De Luca, Lo Pinto, Pitrolo, Giudice, 2011; Perricone, Polizzi, Morales, 2011; Perricone, Morales, 2011.

bambino/adolescente, l'ospedale, i contesti di cura e le relative procedure trattamentali e non, le famiglie, ecc.).

In tal senso, la direzione euristica ci è sembrato non potesse prescindere da una riflessione più generale sulla "natura" "dinamicamente" orientata della psicologia, proprio perché si tratta di una scienza "epistemologicamente divisa e contraddittoria" (Marhaba, 1976, p. 6); divisioni e contraddizioni riconducibili non solo a appartenenze e prospettive diverse e contrarie, ma proprio a "lacerazioni" (ibidem, p. 29) che, sotto forma di antinomie e, quindi, di tendenze bipolari contrapposte, alternative, possono coesistere nella presa in carico di un fenomeno. Non ultima, a sostegno di una psicologia "dinamicamente orientata" e, quindi, orientata verso nuovi e/o trasformati paradigmi, va considerata la duplicità dello statuto, tra scienza umana, nel suo versante descrittivo esplicativo (livello nomotetico e livello ideografico), e scienza pratica nel suo versante trasformativo (tra obbligo e esercizio dell'obbligo) (Castiglione, *op. cit.*). L'essere, metaforicamente parlando, "terra di mezzo per eccellenza" e le antinomie che la caratterizzano scaturiscono proprio dal trovarsi esattamente a metà tra le scienze che richiedono una separazione tra oggettivo e soggettivo e le scienze che, invece, rivendicano un'attenzione particolare alla soggettività e al vissuto, occupandosi della relazione tra soggettività e oggettività (Armezzani, 2002). Questa "ambiguità" della psicologia anziché costituire un tallone d'Achille, l'espressione di una sua fragilità epistemologica, o la dichiarazione di una non avvenuta maturazione scientifica, è in realtà da considerare una risorsa strategica da tradurre in prassi operativa. A tutti gli effetti questa condizione della psicologia apre non ad un accesso alla natura effettiva delle cose, ma alla consapevolezza che l'accesso al mondo da parte, sia del senso comune (linguaggio ordinario) che della scienza, non sia mai diretto, bensì mediato da assunti paradigmatici, da teorie e metodi, strumenti e quindi schemi cognitivi espliciti adottati dall'osservatore (Inghilleri, *op. cit.*).

In tal senso, il tentativo di definire un nuovo paradigma della psicologia pediatrica è stato orientato alla ricerca di modelli, e, quindi, rappresentazioni, attribuzione di significati, che si definissero come esiti dell'integrazione di alcuni nuclei di tali teorie e dei contributi ideativo-esperienziali (Perricone Briulotta, 2003); contributi questi, che vanno intesi come quelle idee, considerazioni, scelte che l'operatore ha mentalizzato grazie alle "evidenze empiriche" fornite dall'esperienza, che, nel caso della psicologia pediatrica, deriva dalla pratica professionale di ricerca e di intervento in pediatria. In tal senso, la psicologia in pediatria ha consentito di pervenire a quei contributi ideativo-esperienziali che si sono integrati con i nuclei fondanti di un sapere psicologico progressivo, di cui ogni psicologo è in possesso e con il vertice di let-