



## *Transition times.*

*Supporting the child and adolescent's transitions in Pediatric condition*

2<sup>nd</sup> S.I.P.Ped. International Conference

November 7 - 9, 2019

Palermo, Sicily, Villa Magnisi, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri



# PREADOLESCENZA: una fase di crescita tra criticità e prevenzione

I tagli e l'autolesionismo:  
un modello di intervento integrato pediatra-psicologo

# Preadolescenza: transizione, passaggio

## Infanzia

Periodo più *produttivo* della vita dell'uomo. Nei suoi tre stadi si sviluppano le capacità affettive e cognitive, si apprendono norme e modelli comportamentali utili all'inserimento nella società.



Adolescenza

Terza  
Infanzia

Preadolescenza

## Adolescenza

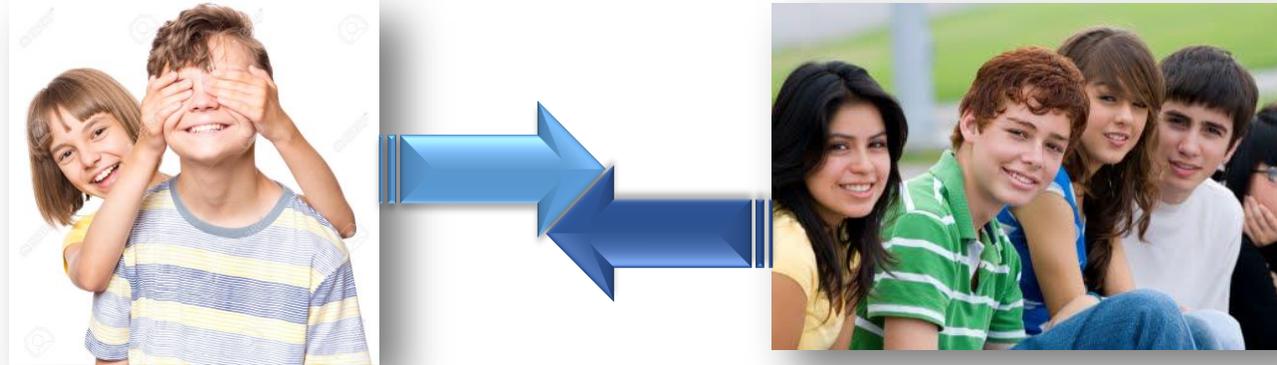
Fase dello sviluppo definito dal passaggio dall'*infanzia* all'età *adulta*. L'adolescenza include in sé tipicità biologiche, psicologiche e sociali che procedono in modo discontinuo.

L'abituale **negazione** della fase preadolescenziale!?

# La preadolescenza

- Si affrontano **problemi nuovi**: crescita fisica, identità corporea, definizione sessuale
- Pur se **sognati**, vengono imposti e anticipati, spesso in modo improvviso (*effetto genitori, insegnanti, media*)
- Non è facile per loro possedere gli **strumenti psicologici necessari** per affrontarli efficacemente e elaborarli
- Il superamento delle diverse fasi dello sviluppo, pur **necessario**, spesso può essere diversamente **sofferto, accettato, rifiutato** (*comportamenti regressivi*)

# Il passaggio

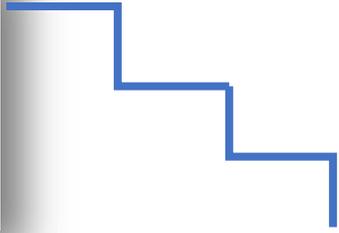


- I **mutamenti** nei rapporti sociali, i turbamenti emotivi
- Rischio di essere un periodo **oltremodo anticipato**, privandolo dell'elaborazione delle specificità, dei suoi **tempi**.
- Essa, più che un'età **di transizione**, rappresenta un'età **in transizione**, con i suoi peculiari processi

(Palmonari, Psicologia dell'adolescenza, Bologna, il Mulino, 1993)

Ne siamo **consapevoli???**

# Dalla transizione ... al salto



!?!?



**Nega** i tempi per le trasformazioni fisiche, biologiche

**Non risponde** alle confusioni emotive

**Rischio**  
**Adultizzazione**  
Confusione in una relazione incoerente

**Non sentirsi accolto**  
Insistere per saltare il tempo della separazione dalla infanzia

**Perché abbandono e non naturale separazione??**

# Il passaggio: le paure degli adulti



- ❖ Gli adulti coprono le paure con i **non detti**, con i **silenzi**
- ❖ Si preferisce parlare piuttosto che **ascoltare**
- ❖ Ascoltare esige **silenzi condivisi**

- ❖ Quando **allentare** la corda e quanto tirarla a sé?
- ❖ Il **conflitto** tra la necessità della sua crescita e l'essere protettivi (o iperprotettivi?)



**Come equilibrare le proprie paure??**

# Preadolescenza: alcuni possibili segni di una sofferenza psicologica

- Dall'iperprotettività al «**fuori**»
- La costruzione della propria **identità** e affermazione di sé:
- L'insicurezza ↔ La chiusura in sé
- Non trovare un proprio **spazio** esistenziale
- La ricerca di **modelli** provocatori ↔ aggressivi
- I social come **illusione** di socializzazione
- Le emozioni, i pensieri troppo forti/deboli tra illusioni, **sogni, fantasie**
- **L'AGGRESSIVITÀ vs SE STESSI**

# Autolesionismo: alcuni aspetti

- **Pensieri ricorrenti** di danneggiare il proprio corpo;
- Incapacità di **resistere agli impulsi** di danneggiarlo, da cui deriva la distruzione o l'alterazione del tessuto corporeo;
- Crescente **stato di tensione** prima di mettere in atto condotte autolesive;
- Sensazione di **gratificazione** e di **benessere** successiva all'atto autolesivo.

Lockwood J, Daley D, Townsend E and Saval K. (2017): Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent Psychiatry*. 26 (4): 387-402

# Il cutting

Si pensa che **2 adolescenti su 10** scarichino il proprio dolore e la propria sofferenza sul corpo.

Quasi il **14%** lo fa in maniera ripetitiva e sistematica (*dato aumentato del 2,5% in un solo anno*)

Inizialmente non c'è **un intento suicidario**, i tagli sono fatti in modo da evitare di morire dissanguati, *salvo la presenza di dipendenze pregresse*



**L'età media** in cui iniziano a farsi del male è di **12,8 aa.**  
(*Dati Osservatorio Naz. Adolescenza*)

Hasking P, Boyes M. (2018): Cutting Words: A Commentary on Language and stigma in the Context of Nonsuicidal Self-injury. *J Nerv Ment Dis.*; Nov;206(11):829-833

Omar, Hatim A.; Youth suicide prevention: Everybody's business; Novinka/Nova Science Publishers; 2015, pp. 141-147

# Cutting: l'esperienza



Dai colloqui sembra essere un tentativo di rispondere ad una sofferenza interiore che non si riesce a gestire attraverso modalità più adattive.

Vi è un conflitto profondo, che produce un impulso difficile da controllare, vi è la sensazione che non sia possibile affrontare e elaborare il proprio dolore psicologico e sociale.

Turner BJ, Jin HM, Anestis MD, Dixon-Gordon KL, Gratz KL (2018): Personality pathology and intentional self-harm: cross-cutting insights from categorical and dimensional models. *Current Opinion in Psychology*. Jun.; 21: 55-59

# Possibili motivazioni psicologiche:

- ❖ Ansia, rabbia, frustrazione possono causare uno stato dissociativo psico-sociale insopportabile che il **taglio** può calmare
- ❖ Il **dolore psichico intenso e insopportabile** viene spostato sul corpo divenendo un dolore fisico più gestibile e controllabile.
- ❖ **Vittime e carnefici** di se stessi, evitano in questo modo una catastrofe interiore ben peggiore di un dolore fisico e di una lesione cutanea.
- ❖ (Da "Autolesionismo: Quando la pelle è colpevole" di Di Agostino, Fabi e Sneider; 2016)

# Altre motivazioni

- Alcuni sopprimono la rabbia, scivolando in una sorta **d'insensibilità psichica**. Si feriscono per sentirsi ancora vivi.
- Il **beneficio** nasce dall'aver attuato un comportamento che riduce tutti i vuoti affettivi e relazionali di cui soffre l'individuo
- Il sangue che sgorga è sinonimo di vita e il dolore della pelle incisa dice al ragazzo «**sei ancora vivo**».
- "Autolesionismo: Quando la pelle è colpevole" di Di Agostino, Fabi e Sneider;2016

# La socializzazione: l'impegno per una appartenenza



**Appartenerre:** percezione di un **valore personale** nel desiderio di un **processo d'integrazione**

- Apprendimento nel **condividere o dissentire**
- Risponde alla propria condizione emotiva e sociale: dall'**io** in famiglia **v/s un noi** che dà forza al mio **io in evoluzione**
- La difficoltà ad **inserirsi** nel gruppo
- Aumenta il senso di **solitudine – Insicurezza**

# Il cutting: Web condivisione



Web: **nascondersi** agli adulti e comunicare con il proprio gruppo. Per rappresentare e **condividere** la propria sofferenza con altri, capaci di capirla e praticarla

Dall'iniziale imitazione si origina la scoperta ad una risposta al proprio dolore psicologico e sociale.

I loro hashtag più frequenti sono: **#depressione, #suicidio, #help, #solitudine ....**

*(Manca M. (2017): L'autolesionismo nell'era digitale. Alpes: Roma; )*

# E gli adulti?

- Da un'indagine epidemiologica (2014) in Italia i giovani interessati sono 200.000, di cui il 90% tra i 13 e i 16 anni e solo il 15% **chiede aiuto**.
- Premesso che chi si taglia preferisce la sensazione alla relazione, **raramente** parlano con i genitori
- Il 58% dei cutters si è confidato con **un'amica/o**; il 10% lo aveva detto o scritto a un **insegnante**; solo l'11% è riuscito a parlarne in **famiglia**, dopo essere *stato scoperto* dai genitori che si sono rivolti a uno specialista (psicologo o medico).

Dati 2016 - 'Istituto di Ortofonia (IdO), Sportelli di ascolto psicologico in oltre 70 scuole di Roma e Provincia

# Il ruolo dei pediatri

- L'esperienza ha evidenziato che i pediatri più di altri professionisti possono avere **l'occasione** e **l'opportunità** di individuare i segni precoci di Cutting.
- Alcuni pediatri riferiscono di sentirsi **carenti** nell'affrontare queste specifiche condizioni, spesso **imprevedibili**, e di non sentirsi preparati sufficientemente per **accogliere** in modo equilibrato i giovani (*rischio di una loro chiusura*) e di relazionarsi con i loro **genitori** (*rischio di reazioni ansiogene*).

# L'intervento dei pediatri

- L'American Academy of Pediatrics (AAP) ha pubblicato le **linee guida** per i pediatri per **l'identificazione** e la **presa in carico** del disagio psicologico adolescenziale in genere \* e del cutting in particolare
- Molti pediatri hanno applicato le linee guida nel diagnosticare e trattare i casi di disagio psicologico giovanile, ma un gran numero risulta di non essere stato **diagnosticato** e/o **trattato\*\***

\*Njoroge WFM, Williamson AA, Mautone JA, Robins PM, Benton TD. (2017): **Competencies and Training Guidelines for Behavioral Health Providers in Pediatric Primary Care.** *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* Oct; 26(4):717-31.

\*\*Willen E. (2007): **Consultation and collaboration in the care of children and families: the role of the pediatric psychologist.** *J Spec Pediatr Nurs.* Oct;12(4):290-3. **Review.**

# L'alleanza con i preadolescenti

- AAP e l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), confermano che il pediatra ha più occasioni e possibilità di avere una **relazione positiva**, di **fiducia** con i giovani. (Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2017 Oct; 26(4))
- Condizione: la presenza di un rapporto di **continuità** sin dalla prima infanzia.
- La sfida non è più sul **se** ma su **come** i pediatri possano occuparsene in una maniera efficace e sostenibile.

# Quesiti

- Il trattamento del disagio psicologico giovanile è competenza del **solo pediatra** o di un lavoro di **collaborazione** tra pediatra e psicologo pediatrico?
- In Svezia, Australia e si pensa di proporlo anche in Uk\_NHS, il pediatra è il **case manager territoriale** che deve coordinare altri consulenti al fine di preservare il benessere olistico del proprio paziente

# Le possibili attivita' dello psicologo in studio pediatrico secondo APA

- Stancin T, Perrin E. (2014): **Paediatrics and Psychologists Opportunities for Collaboration in Primary Care;** American Psychological Association 2014

**Table 1**  
*Pediatric Primary Care Psychology Priorities, Activities, and Resources*

Priorities	Description of activities	Selected resources
Prevention, screening, and early intervention	Systematic developmental screening of young children Global behavioral screening Targeting screening of adolescents for substance abuse, depression/anxiety Identification and provision of support for suspected child abuse and neglect Parent education and family involvement to promote optimal child development	Briggs et al., 2012 Drotar, Stancin, Dworkin, Sices, & Wood, 2008 Kuhlthau et al., 2011 Perrin & Sheldrick, 2012 Seid, Opiari-Arrigan, & Sobo, 2009
Interventions with child behavioral problems and disorders	Individual or group parent-focused interventions for subclinical or mild behavior problems: • e.g., sleep, tantrums, fears, defiant behavior, elimination and toileting problems, problematic feeding/eating behaviors Brief, symptom-focused interventions for mild to moderate psychiatric disorders: • e.g., attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), disruptive behavior disorders, depression, anxiety disorders	Berkovits, O'Brien, Carter, & Eyberg, 2010 Koko, Campo, Kilbourne, & Kelleher, 2012 Lavigne et al., 2008 McMenamy, Sheldrick, & Perrin, 2011 Meltzer, 2013 Perrin, Sheldrick, McMenamy, Hanson, & Carter, 2014 Sanders, 1999 Sobel, Roberts, Rayfield, Barnard, & Rapoff, 2001
Chronic health conditions	Health promotion interventions with chronic health conditions (e.g., obesity, diabetes, asthma, sickle cell disease, seizures, headaches)	Barlow & the Expert Committee, 2007 Berkowitz et al., 2013 McMenamy & Perrin, 2004 McQuaid & Abramson, 2009 Steele & Cushing, 2013 Wysocki, Buckloh, & Greco, 2009
Developmental disorders	Assessment, interventions, and care coordination to address behavioral and developmental concerns in children with developmental disorders (e.g., ADHD, autism, intellectual disability, learning disorders, language disorders, sensory impairments, traumatic brain injuries) Advocate for educational and community services	Clay & Stern, 2005 Ozonoff, Goodlin-Jones, & Solomon, 2005 Pelham, Fabiano, & Massetti, 2005 DuPaul, Power, & Shapiro, 2009
Identification of family resources	Identification of resilience, stress, coping, parental mental health issues (e.g., depression, substance abuse)	Foy & American Academy of Pediatrics, 2010

# La collaborazione pediatra psicologo

- “I pediatri hanno modo di occuparsi della *salute mentale dei minori* è la **collaborazione** degli psicologi sul territorio allo scopo di offrire un approccio integrato.
- **Problematiche nella collaborazione**: differenze nel training, culture professionali, aspettative di collaborazione.
- Una **comunicazione efficace** è la componente chiave di una collaborazione interdisciplinare

Pidano AE, Arora P, Gipson PY, Hudson BO, Schellinger KB. (2018): **Psychologists and Pediatricians in the Primary Care Sandbox: Communication is Key to Cooperative Play**. J Clin Psychol Med Settings. Mar;25(1):32-42.

# Sintesi

- I preadolescenti entrano in un mondo che non dà loro il tempo di **maturare**
- I più fragili, soffrono questa condizione e trovano sollievo solo nel gruppo dei coetanei con cui **condividono** la stessa sofferenza psicologica
- La sofferenza può essere così profonda da portare verso **l'autolesionismo**
- Gli adulti non sono **preparati**
- Necessario un intervento istituzionale **integrato**
- Importante avviare una qualificata **collaborazione** pediatra-psicologo

# Un contributo

«Quando stai male, le cose si allontanano da te, sei solo ed è come se non avessi consistenza, sei aria difficile da toccare....»

«...diventi sempre più piccolo, il dolore sempre più grande...»

«... ti guardi e non ti riconosci, hai voglia solo di non pensare, di dormire senza sogni, senza incubi, un sonno che t'allontana dalla sofferenza».

Da tre diversi colloqui