

SETTORE PER LA PASTORALE GIOVANILE SALESIANA

RICONOSCERE PER ACCOMPAGNARE LA SALUTE MENTALE DEI GIOVANI

GUIDA PER EDUCATORI



**RICONOSCERE PER ACCOMPAGNARE
LA SALUTE MENTALE DEI GIOVANI**

GUIDA PER EDUCATORI

Illustrazione di copertina

Un adolescente o un giovane, un po' indefinito nell'età e nel sesso, in modo da abbracciare ogni fase della vita e ogni persona.

Da un lato, le macchie, i graffi, le candele, i colori sbiaditi, che riflettono i diversi e molteplici disturbi e malattie che si possono sperimentare nella vita. Dall'altro, un uccello fantastico che rappresenta il compagno, una figura ben riconosciuta in molte culture, che può essere visto anche come lo Spirito Santo, o meglio il Padre che, attraverso lo Spirito, ci porta a coloro che hanno bisogno di noi.

Da qui si propagano note musicali, come un canto, come le "paroline sussurate all'orecchio" di don Bosco, che cercano di aiutare e permeare il guscio delle difficoltà fino a raggiungere la parte più preziosa in ogni giovane. Le ali dell'uccello si aprono e vanno verso il sangue per quella connessione con Dio (l'infinito del Creatore).

Il diamante nel cuore di ogni giovane parla di come, nonostante tutta la distruzione, lo sconvolgimento, la depressione, ecc., c'è un cuore che brilla, la pietra preziosa che tutti noi portiamo dentro, il nostro diamante interiore.

Proprietà riservata al Settore per la Pastorale Giovanile, SDB
Salesiani di Don Bosco – Sede Centrale
Via Marsala, 42 - 00185 Roma

© Salesiani di Don Bosco
© 2025

Progettazione grafica, impaginazione, stampa: Graphic Art 6 srl - Roma
Illustrazione di copertina: Javier Carabaño

SETTORE PER LA PASTORALE GIOVANILE SALESIANA

**RICONOSCERE PER ACCOMPAGNARE
LA SALUTE MENTALE DEI GIOVANI
GUIDA PER EDUCATORI**



Ideazione e stesura del progetto:

Antonella Sinagoga

Miguel Ángel García Morcuende, SDB

*Un ringraziamento particolare agli esperti che hanno collaborato
(in ordine alfabetico):*

Claudia Chiavarino (IUSTO)

Anna Rita Colasanti (UPS – Roma)

Alessandro Iannini (UPS – Roma)

Stefano Tognacci, sdb (UPS – Roma)





Sommario

Presentazione	13
---------------------	----

CAPITOLO 1

STIGMA NELLA SALUTE MENTALE

1.1 Come riconoscere lo stigma della salute mentale	17
• Lo stigma sociale ancora pervade molte culture	17
• Discriminazione, la conseguenza dello stigma	18
1.2 Principali miti e false credenze sulla salute mentale	20
1.3 Come accompagnare lo stigma in ambito educativo	22

CAPITOLO 2

DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

2.1 Come riconoscere il disturbo d'ansia sociale	25
• sento addosso gli occhi di tutti, mi sento come un pesce fuor d'acqua ..	25
• I sintomi dell'ansia sociale	26
• Prevalenza	27
2.2 Tipologia dei disturbi d'ansia sociale	28
• I diversi volti dell'ansia sociale	28
• Cause che concorrono all'ansia sociale	29
2.3 Segnali di allarme dell'ansia sociale	30
2.4 Principali miti e false credenze sull'ansia sociale	32
2.5 Come accompagnare l'ansia in ambito educativo	32
• Un approccio sistematico, empatico e personalizzato	32
• Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano l'ansia sociale	33

CAPITOLO 3
DEPRESSIONE GIOVANILE

3.1 Come riconoscere la depressione	37
• Schiacciati da un profondo sentimento di vuoto	37
• I sintomi della depressione	38
• Prevalenza	39
3.2 Tipologia dei disturbi depressivi	39
• I diversi volti della depressione	39
• Cause che concorrono alla depressione	41
3.3 Segnali di allarme della depressione	42
3.4 Principali miti e false credenze sulla depressione	45
3.5 Come accompagnare la depressione in ambito educativo	46
• Particolare attenzione alla prevenzione primaria	46
• Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano la depressione	48

CAPITOLO 4
DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI

4.1 Come riconoscere i disturbi somatici	51
• Quando il corpo parla	51
• I sintomi dei disturbi psicosomatici	52
• Prevalenza	53
4.2 Cause che concorrono ai disturbi somatici	54
4.3 Segnali di allarme dei sintomi somatici	56
4.4 Principali miti e false credenze sui disturbi somatici	57
4.5 Come accompagnare i sintomi somatici in ambito educativo	58
• Un approccio molto attento, sensibile e multidisciplinare	58
• Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano i disturbi somatici e il dimorfismo corporeo	59

CAPITOLO 5
DISTURBI ALIMENTARI

5.1 Come riconoscere i disturbi alimentari	65
• Sono malato ma è difficile ammetterlo	65
• I sintomi dei disturbi alimentari	66
• Prevalenza	67
5.2 Tipologia di disturbi alimentari	67
• I diversi volti dei disturbi alimentari	67
• Cause che concorrono ai disturbi alimentari	70
5.3 Segnali di allarme dei disturbi alimentari	71
5.4 Principali miti e false credenze sui disturbi alimentari	72
5.5 Come accompagnare i disturbi alimentari in ambito educativo	74
• Le principali aree e i fattori su cui lavorare	74
• Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano i disturbi alimentari	79

CAPITOLO 6
DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

6.1 Come riconoscere le dipendenze comportamentali	85
• Ogni dipendenza nasconde una grande insoddisfazione	85
• Prevalenza	87
6.2 Tipologia delle dipendenze comportamentali	87
• I diversi volti delle dipendenze comportamentali	87
• Cause che concorrono alle dipendenze comportamentali	90
6.3 Segnali di allarme delle dipendenze comportamentali	91
6.4 Principali miti e false credenze sulle dipendenze comportamentali	93
6.5 Come accompagnare i disturbi comportamentali in ambito educativo	94
• Interventi educativi e di supporto per sviluppare competenze sociali e comportamentali	94
• Strategie per lavorare preventivamente su vari aspetti che riguardano le dipendenze	96

CAPITOLO 7

PSICOSI

7.1 Come riconoscere la psicosi	101
• Una sensazione strana, come qualcosa che arriva da dentro	101
• I sintomi della psicosi	102
• Prevalenza	103
7.2 Tipologia della psicosi	103
• I diversi volti della psicosi	103
• Cause che concorrono alla psicosi	105
7.3 Segnali di allarme della psicosi	106
7.4 Principali miti e false credenze sulle psicosi	107
7.5 Come accompagnare la psicosi in ambito educativo	109
• Un intervento educativo efficace: empatia, ascolto attivo e supporto emotivo	109
• Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano le psicosi	110

CAPITOLO 8

AUTOLESIONISMO

8.1 Come riconoscere l'autolesionismo	115
• Tagli come grido d'aiuto per comunicare i dolori dell'anima	115
• I sintomi del comportamento autolesionistico	116
• Prevalenza	118
8.2 Tipologia di comportamenti autolesionistici	118
• I diversi volti dei comportamenti autolesionistici	118
• Cause che concorrono all'autolesionismo	119
8.3 Segnali di allarme del comportamento autolesivo	121
8.4 Principali miti e false credenze sul comportamento autolesionistico ...	122
8.5 Come accompagnare il comportamento autolesionistico in ambito educativo	123
• L'importanza di promuovere la resilienza nei ragazzi adolescenti	123

CAPITOLO 9

SUICIDIO

9.1 Suicidio. Riconoscerlo come grave problema	127
• Il suicidio è una scelta privata e un problema di tutti	127
• I sintomi del suicidio	128
• Prevalenza	128
9.2 Cause che concorrono al suicidio	129
9.3 Segnali di allarme del suicidio	130
9.4 Principali miti e false credenze sul suicidio	131
9.5 Come accompagnare l'ideazione suicidaria in ambito educativo	132
• Promuovere le competenze e gli spazi sicuri per l'apprendimento socio-emotivo	132
• Tecniche pratiche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano il suicidio	133

CAPITOLO 10

BULLISMO

10.1 Come riconoscere il bullismo	137
• Il bullismo è una manifestazione di violenza	137
• Gli attori coinvolti in situazioni di bullismo	138
• I sintomi del bullismo	140
• Prevalenza	141
10.2 Cause che concorrono al bullismo	142
10.3 Segnali di allarme di bullismo	143
10.4 Principali miti e false credenze sul bullismo	145
10.5 Come accompagnare il bullismo in ambito educativo	146
• Fattori protettivi che possono prevenire l'insorgenza del bullismo	146
• Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano il bullismo	149
Conclusioni	159
Bibliografia	161





Presentazione

[1] Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta rappresenta un momento cruciale di cambiamento biopsicosociale. È un momento in cui i fattori ambientali, tra cui le dinamiche familiari, le amicizie e le interazioni sociali, l'abbandono o il maltrattamento, l'istruzione e l'occupazione, possono avere effetti potenti e duraturi sul benessere e sullo sviluppo di un giovane. Mentre negli ultimi decenni si sono registrati importanti benefici per la salute fisica dei giovani a livello globale, grazie soprattutto ai miglioramenti nel controllo delle malattie infettive, l'opposto è vero per la salute mentale.

Sappiamo che in tutto il mondo si stima che il 10-20% degli adolescenti soffra di problemi di salute mentale, che però **non vengono adeguatamente diagnosticati e trattati**. I segnali di disturbi mentali possono essere trascurati per una serie di motivi, come la mancanza di conoscenze o di consapevolezza generale sulla salute mentale, anche da parte degli educatori o operatori nel sociale, oppure lo stigma che impedisce di cercare aiuto.

Alcuni dati statistici:

- Si stima che nel 2016 siano morti 62.000 adolescenti a causa di autolesionismo.
- Il suicidio è la terza causa di morte tra gli adolescenti più grandi (15-19 anni).
- Quasi il 90% di tutti gli adolescenti del mondo vive in Paesi a basso o medio reddito; oltre il 90% dei suicidi avviene tra gli adolescenti di questi Paesi.
- Ogni anno muoiono circa 800.000 persone per suicidio, la seconda causa di morte tra le persone di età compresa tra i 15 e i 29 anni. (OPAS/OMS¹, 2024)

Ma i giovani hanno abbastanza spazi sicuri e strumenti per poter parlare di questi temi a scuola, nei centri giovanili, nelle associazioni, nelle opere sociali, nelle università, dove si svolge la maggior parte delle loro esperienze?

[2] I ragazzi e i giovani con problemi di salute mentale sono **particolarmente vulnerabili all'esclusione sociale**, il che significa discriminazione, difficoltà di apprendimento, comportamenti a rischio, problemi di salute fisica e violazioni dei diritti umani.

¹ Che cos'è l'OMS e di cosa si occupa? L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) è l'autorità incaricata di gestire e coordinare il settore della salute all'interno del sistema delle Nazioni Unite. Il suo obiettivo è far sì che tutti gli esseri umani possano godere del miglior livello di salute possibile.

Tutt'oggi è forte lo stigma che circonda questo tema. Lo stigma della salute mentale continua ad essere una questione in sospeso nella società e anche in contesti educativi, dove è necessario promuovere una visione priva di stigma e integrare il benessere emotivo in modo trasversale. Gli adolescenti e i giovani devono avere uno spazio sicuro dove poter parlare di salute mentale e chiedere aiuto quando ne hanno bisogno. Infatti, con questa guida vogliamo **rompere il silenzio che circonda la salute mentale, sfidando il pregiudizio e promuovendo la consapevolezza e l'accompagnamento educativo.**

È estremamente urgente **l'identificazione precoce e l'accompagnamento/ trattamento tempestivo.** Potremmo letteralmente cambiare il corso dell'intera vita di una persona. Uno sviluppo sano della prima infanzia influenza fortemente il benessere psico-fisico dell'individuo, permette di sviluppare e implementare competenze sia cognitive che sociali nel corso della vita.²

[3] Le scuole, le associazioni e i gruppi sono molto più che semplici luoghi di apprendimento. Sono ambienti di crescita, di relazione e, spesso, il primo spazio in cui si manifestano i segni del disagio psicologico nei giovani. Per la pedagogia salesiana, la crescita integrale dei giovani, compresa la loro salute mentale, è essenziale per il loro benessere quanto la loro salute fisica. **Una buona educazione fornisce basi solide anche per quelli che sono i principali fattori di protezione del loro benessere:** abitudini salutari, connessioni sociali supportanti, la capacità di gestire le sfide che la vita presenta, ecc.

Il presente contributo vuole essere una GUIDA PER EDUCATORI sull'importanza della promozione del **benessere nei contesti educativi.** Il punto focale è il contesto inteso come ambiente abitato non solo da bambini, ragazzi, giovani, ma anche da consacrati, educatori, operatori, genitori, nonni, figure significative che portano con sé insegnamenti, sapere, valori, e soprattutto emozioni. Promuovere una prospettiva globale favorendo un'alleanza tra le diverse figure significative che accompagnano i ragazzi nel loro sviluppo, permette di co-costruire non solo nuovo sapere, ma anche nuovi contesti educativi.

La promozione della salute è da considerarsi un aspetto prioritario e imprescindibile in tutte le realtà e in tutti contesti. Ma cosa si intende per salute? Il concetto di salute

² “L'adolescenza (dai 10 ai 19 anni) è un periodo unico che forma le persone per l'età adulta. Sebbene la maggior parte degli adolescenti goda di una buona salute mentale, molteplici cambiamenti fisici, emotivi e sociali, tra cui l'esposizione alla povertà, agli abusi o alla violenza, possono rendere gli adolescenti vulnerabili a condizioni di salute mentale. Promuovere il benessere psicologico e proteggerli da esperienze avverse e fattori di rischio che possono compromettere il loro potenziale di crescita non solo è fondamentale per il loro benessere, ma anche per la loro salute fisica e mentale in età adulta”. (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2024)

non prevede soltanto la mera assenza di malattia, ma «uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale» (World Health Organization, 1948).³

La promozione della salute, sia nella **dimensione personale, fisica, spirituale e mentale** – non riguarda infatti solo il settore sanitario, ma tutti gli interventi, le strutture, le azioni e i servizi volti ad aiutare i giovani a prendere consapevolezza del proprio stato di salute. Questo esercizio è estremamente fondamentale per coltivare con successo il proprio progetto di vita e la gioia di vivere.

Progettare interventi educativi, attuarli mettendo in atto strategie, verificare il lavoro svolto e ri-progettare, ponendosi nuovi obiettivi e “aggiustando il tiro”: queste sono le azioni dell’educatore, rese complesse (ma perché no, anche interessanti) dal fatto che il materiale di lavoro non è inerte ma ha una propria vita, un proprio pensiero ed una capacità decisionale. In breve, **educare il mondo dei giovani per una salute consapevole**. Ecco perché, la prima parte di ogni disturbo o fenomeno sarà concentrata sul RICONOSCERE e la seconda sul COME ACCOMPAGNARE in ambito educativo.

Mettiamo quindi a disposizione questo materiale che potrà aiutare a leggere le situazioni, a individuare segnali di allarme, per poi progettare azioni e interventi.

Don Miguel Ángel García Morcuende

Consigliere per la Pastorale Giovanile

Salesiani di Don Bosco

³ Nonostante questa definizione abbia avuto un importante ruolo nel formulare una visione della salute e, in alcuni casi, anche delle politiche sanitarie che tenessero conto di fattori sociali, relazionali e psicologici, oggi è oggetto di crescente criticismo. Nel 2011 ad esempio è stata proposta da Huber e colleghi una nuova definizione: “Salute è la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”. Sono diversi gli autori che ritengono utile superare l’idea di uno “stato ideale” di salute (per molti irraggiungibile) ponendo l’accento sul processo di adattamento positivo al contesto e di autoregolazione. L’idea innovativa è quella di definire la salute in termini dinamici, come «l’abilità di adattarsi e di autogestire la propria salute». Questa definizione si basa sulle capacità di far fronte alle avversità, di mantenere e ripristinare un proprio equilibrio e senso di benessere. Se una persona è in grado di sviluppare strategie di fronteggiamento efficaci, la qualità di vita percepita non viene peggiorata nemmeno da compromissioni del funzionamento fisico e mentale.





CAPITOLO

1

Stigma nella salute mentale

1.1

COME RICONOSCERE LO STIGMA DELLA SALUTE MENTALE

Lo stigma sociale ancora pervade molte culture

Dal punto di vista educativo, dobbiamo evidenziare i processi educativi come la migliore strategia per prevenire il benessere mentale. Purtroppo, quando una persona ha difficoltà in questo ambito personale, si crea uno stigma che va di pari passo con la discriminazione.

Il termine “stigma” deriva dal greco e significa marchio, macchia. Se trasferiamo questa definizione a livello sociologico, il processo di stigmatizzazione è l'**insieme di falsi atteggiamenti e credenze** (stereotipi e pregiudizi) che **screditano o rifiutano** (discriminazione) una persona o un gruppo sociale perché considerati diversi, svalutandoli e con conseguenze importanti sul modo in cui si percepiscono (auto-stigma).

Nella sfera sanitaria e sociale, il processo di stigmatizzazione è stato utilizzato per segnalare negativamente una condizione socioculturale, funzionale, fisica o mentale, un tratto o un comportamento, così come la razza, l'etnia, l'età, il sesso, l'identità sessuale, la nazionalità, il credo o la religione.

Quando parliamo di stigma nella salute mentale, ci riferiamo all'**attribuzione di qualità negative e sprezzanti nei confronti del gruppo di persone** che hanno un problema. Con questa identificazione negativa, queste persone sono percepite socialmente con una serie di credenze, miti e pregiudizi basati sulla mancanza di informazioni e sull'ignoranza⁴. Queste convinzioni sono state costruite nel corso degli anni e spesso non vengono messe in discussione perché fanno parte dell'immaginario collettivo.

Ma è importante capire che tutti noi sperimenteremo a un certo punto della nostra vita una situazione di disagio emotivo che può portare a un disturbo della salute mentale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, **una persona su quattro nel mondo** avrà un problema di salute mentale nel corso della sua vita, e la metà di loro non cercherà aiuto professionale proprio a causa dello stigma.

Discriminazione, la conseguenza dello stigma

[1] L'attribuzione di caratteristiche e tratti negativi alle persone con problemi di salute mentale predispone l'atteggiamento che abbiamo nei loro confronti, il modo in cui ci comportiamo e ci relazioniamo con loro. Infatti, la relazione tra le concezioni sulle persone con problemi di salute mentale (stereotipi), l'atteggiamento che abbiamo nei loro confronti (pregiudizio) e la traduzione di queste idee in azioni e comportamenti negativi (discriminazione) segue un modello di feedback circolare. Così, i comportamenti discriminatori nei confronti delle persone con disturbi di salute mentale alimentano e rafforzano gli stereotipi che abbiamo su di loro.

Questa discriminazione sistematica costituisce una delle principali barriere al recupero, al benessere e, in ultima analisi, al raggiungimento di una vita piena e normalizzata per le persone con problemi di salute mentale.

Lo stigma nella salute mentale causa una moltitudine di situazioni discriminatorie che ostacolano lo sviluppo familiare, sociale, lavorativo o educativo di milioni di persone con disturbi mentali. Riteniamo di poter affermare che le due risposte che adottiamo nei confronti delle persone con problemi di salute mentale sono:

⁴ Lo stigma è un fenomeno sociale che ha tre dimensioni: stereotipi (credenze condivise dalla società, ipotesi collettive su un gruppo che vengono utilizzate per categorizzarlo, tra i più diffusi, quelli associati alle persone con problemi di salute mentale sono caratteristiche come l'incompetenza, la colpevolezza, la pericolosità e l'imprevedibilità); pregiudizi (quando una persona è d'accordo con gli stereotipi appresi, quindi sono risposte cognitive e affettive agli stereotipi e portano alla discriminazione e al comportamento ostile); discriminazione (comportamenti negativi diretti verso il gruppo sociale stigmatizzato, cioè, quando c'è una distanza sociale tra un "loro" e un "noi", non vengono utilizzati gli stessi criteri di valutazione tra le persone, generando così situazioni ingiuste e discriminatorie).

- **Paura:** questa è probabilmente la conseguenza più immediata degli stereotipi attribuiti alle persone con un disturbo di salute mentale. Questo atteggiamento di paura predispone il modo in cui ci relazioniamo con loro. Una paura motivata dall'ignoranza, ma anche dalla paura delle persone di avere un disturbo di salute mentale, di vedere l'altra persona come l'altra faccia dello specchio, il proprio sé potenziale.
- **Maltrattamento:** una delle forme più comuni di discriminazione è il maltrattamento o il trattamento negativo delle persone con un disturbo della salute mentale. Questo maltrattamento può essere fisico, ma si verifica anche attraverso l'uso di un linguaggio discriminatorio e di atteggiamenti di evitamento, rifiuto, condiscendenza, iperprotezione e controllo (controllo e soprattutto iperprotezione forse vanno più distinti, perché possiedono una differente accezione, in sé anche positiva, ma inadeguata comunque, mentre gli altri si presentano come comportamenti negativi).

[2] Lo stigma nella salute mentale, quindi, è un **problema globale in tutto il mondo**, che causa una moltitudine di situazioni discriminatorie che ostacolano lo sviluppo familiare, sociale, lavorativo o educativo di milioni di persone con disturbi mentali.

La paura di essere etichettati come affetti da un problema di salute mentale riduce anche la probabilità che le persone cerchino un trattamento. Lo stigma associato alla salute mentale svaluta socialmente la persona e il contributo che offre come membro della società a cui appartiene. Infatti, quasi tutte le persone con un problema di salute mentale affermano che lo stigma e la discriminazione li influenzano negativamente.

Per essere precisi, le persone che subiscono stigma e discriminazione hanno maggiori probabilità di sperimentare:

- Riluttanza a cercare un trattamento.
- Ritardo nel trattamento.
- Rifiuto, alienazione e isolamento sociale.
- Benessere mentale inferiore.
- Mancanza di comprensione da parte di amici, familiari e educatori.
- Molestie, violenza o bullismo.
- Scarsa qualità di vita e aumento dell'onere socio-economico.
- Aumento dei sentimenti di vergogna e di dubbio su se stessi.

Inoltre, lo stigma della salute mentale è spesso combinato con **altri stereotipi sociali** legati ad aspetti come l'età, il genere, l'etnia o altre situazioni economiche e sociali sfavorevoli, che fanno sì che queste persone subiscano un doppio stigma, rendendo il loro sviluppo sociale e personale ancora più difficile.

La cultura popolare, l'industria audiovisiva e i media hanno favorito, nel corso dei decenni, la stigmatizzazione e la perpetuazione di stereotipi negativi associati alle persone con disturbi mentali. Vale a dire che **esistono diversi miti che accompagnano la salute mentale e che vengono perpetrati in diversi contesti educativi, sociali e culturali.**

La maggior parte di questi miti sono lontani dalla realtà e non hanno alcuna base scientifica, ma gli stereotipi – ereditati generazione dopo generazione – persistono nella nostra società. Alcune di queste false credenze che contribuiscono alla stigmatizzazione e alla discriminazione sono:

Le persone con un disturbo mentale sono violente e aggressive. FALSO

Le persone con un problema di salute mentale hanno la stessa probabilità di avere episodi di violenza di chiunque altro senza problemi di salute mentale. Al contrario, sono spesso vittime di violenza e altri crimini a causa della loro vulnerabilità.

Le persone con un disturbo mentale sono disadattati sociali. FALSO

Le persone con un disturbo della salute mentale non sono persone solitarie, chiuse nel loro mondo, che non mostrano interesse per l'ambiente sociale e che mantengono un atteggiamento di ritiro e isolamento sociale. Al contrario, avere una buona rete sociale (professionale, familiare, di amici, di partner, ...) predice una migliore evoluzione ed è un fattore protettivo contro le ricadute. Le persone con un disturbo della salute mentale possono vivere perfettamente nella società se hanno il supporto e le risorse necessarie per condurre una vita indipendente e autonoma.

I disturbi della salute mentale sono irreversibili. FALSO

Gli studi dimostrano che le persone con problemi di salute mentale migliorano e in molti casi guariscono completamente. Il recupero è il processo attraverso il quale le persone diventano in grado di vivere, lavorare, imparare e partecipare pienamente alla vita delle comunità.

Le persone con un problema di salute mentale non possono lavorare. FALSO

Le persone con un disturbo di salute mentale possono lavorare, proprio come chiunque altro, se vengono offerte loro le condizioni e i supporti necessari. L'ostacolo all'occupazione non è dovuto tanto al disturbo in sé, quanto alla mancanza di capacità di adattabilità delle organizzazioni, della società e delle amministrazioni ad adeguare i luoghi di lavoro e fornire le risorse necessarie.

I disturbi della salute mentale colpiscono alcune persone, non accadrà a me.

FALSO

I disturbi della salute mentale possono colpire chiunque, indipendentemente dall'età, dal sesso, dalla cultura o dallo status economico. Una persona su quattro avrà un disturbo della salute mentale nel corso della sua vita.

Le persone con disturbi mentali stanno meglio nelle cliniche psichiatriche. FALSO

Più dell'80% delle persone con problemi di salute mentale vive nel proprio ambiente familiare. Un disturbo di salute mentale non deve impedire una vita normale e dovrebbe essere curato nell'ambiente abituale della persona. Il trattamento basato sulla comunità ha dimostrato di essere un trattamento efficace. Attualmente, con alcune eccezioni, gli ospedali per la salute mentale sono intesi come spazi di contenimento temporaneo per episodi acuti (i più o meno noti sono i trattamenti sanitari obbligatori). Le persone trattate in comunità hanno un'evoluzione migliore e più sostenuta nel tempo.

I bambini e gli adolescenti non hanno disturbi della salute mentale. FALSO

I bambini piccoli possono mostrare segni precoci di problemi di salute mentale. Questi problemi possono essere identificati clinicamente e possono essere il prodotto dell'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali (anche familiari a volte...).

I disturbi mentali causano la disabilità intellettiva. FALSO

Un disturbo mentale non causa e non è una disabilità intellettuale. Sono due cose diverse. Una persona con un disturbo mentale non deve sempre avere capacità o abilità cognitive compromesse.

Le persone che hanno un problema di salute mentale sono pigre. FALSO

Lo sviluppo di un problema di salute mentale non ha nulla a che vedere con la pigrizia o la mancanza di forza. L'insorgenza di un disturbo mentale è *multifattoriale*: fattori biologici, esperienze di vita traumatiche, ambiente socio-economico sfavorevole, ecc.

Non possiamo aiutare le persone che hanno un disturbo della salute mentale.

FALSO

L'intera società ha la responsabilità di prevenire i problemi di salute mentale, di promuovere la salute e di fornire il supporto e le risorse necessarie affinché le persone con un disturbo di salute mentale possano vivere appieno la loro vita. Inoltre, quando una persona ha un problema di salute mentale, l'ambiente circostante è fondamentale per individuare i segnali di allarme e accompagnarla nelle diverse fasi del disturbo.

Il disturbo definisce qualsiasi comportamento della persona. **FALSO**

Tutti gli atteggiamenti e i comportamenti di una persona non sono sintomi del suo disturbo e il disturbo non è la spiegazione assoluta di tutto. In altre parole, *la persona con un disturbo di salute mentale esiste a prescindere dal suo disturbo*. Se analizziamo il suo comportamento come un sintomo del disturbo, la persona tende a perdere legittimità quando si tratta di esprimere le proprie emozioni o le proprie opinioni, che saranno patologizzate e disprezzate. Un'altra credenza diffusa è che ci si debba comportare in modi specifici e particolari con le persone che hanno un disturbo mentale e, dunque, non sapendo in genere come fare, le persone tendono ad evitare l'interazione.

1.3

COME ACCOMPAGNARE LO STIGMA IN AMBITO EDUCATIVO

[1] L'educazione è una delle sfere più importanti nella costruzione di qualsiasi società, ma la salute mentale continua ad essere una questione in sospeso nei centri educativi, gruppi o associazioni, dove **è necessario promuovere una visione della salute mentale libera dallo stigma**, incoraggiando bambini, adolescenti e giovani a parlare e a chiedere aiuto quando ne hanno bisogno.

Il 75% dei disturbi mentali inizia nell'adolescenza, prima dei 18 anni, ma, nonostante ciò, alcune persone con problemi di salute mentale continuano a ricevere un trattamento **discriminatorio nei centri educativi da parte di educatori e coetanei**: l'evitamento o il rifiuto, l'iperprotezione o il controllo, la presa in giro, lo sminuire o ridicolizzare un comportamento diverso sono alcune espressioni comuni.

[2] **I programmi per combattere lo stigma nelle scuole, nei centri educativi, associazioni e gruppi dovrebbero seguire una strategia che si concentri su:**

- Prevenire, identificare e affrontare lo stigma e la discriminazione della salute mentale fin dalla prima età possibile.
- Incoraggiare i giovani a cercare aiuto come strumento per prevenire lo sviluppo o la cronicizzazione dei problemi di salute mentale, intervenendo precocemente per evitare l'insorgenza di difficoltà più gravi.
- Migliorare gli atteggiamenti e i comportamenti dei giovani e degli educatori riguardo ai problemi di salute mentale.
- Richiamare l'attenzione e l'interesse la comunità educativa (giovani, educatori, genitori) nella lotta contro lo stigma e la discriminazione delle persone con problemi di salute mentale.
- Migliorare la resilienza dei giovani.

[3] Per eliminare i tabù e i pregiudizi che esistono sulla salute mentale, **la prima cosa da fare è parlare di salute mentale in modo normalizzato e quotidiano.** Come?

- Ricordando che i problemi di salute mentale non sono qualcosa di strano e isolato, ma che sono più comuni di quanto sembri.
- Generando empatia verso le persone che hanno un problema di salute mentale.
- Aiutando i giovani a conoscere in prima persona l'esperienza delle persone con una diagnosi e a collaborare con le organizzazioni di salute mentale a loro vicine.
- Rispettando e incoraggiando i giovani che vogliono parlare pubblicamente della loro salute mentale riconoscendo e valorizzando il loro coraggio di fronte al gruppo.
- Dando spazio alle emozioni che possono emergere in classe da parte dei ragazzi, o nei vari gruppi e associazioni.





CAPITOLO

2

Disturbo d'ansia sociale

2.1

COME RICONOSCERE IL DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

Sento addosso gli occhi di tutti, mi sento come un pesce fuor d'acqua

Cosa si intende per disturbo d'ansia e quali tipologie sono maggiormente rilevanti tra i giovani? Quali sono i segnali di allarme, i fattori di rischio e i fattori protettivi? In che modo l'ansia può essere gestita e quale accompagnamento è opportuno?

Il disturbo d'ansia è un disagio invalidante caratterizzato da **una risposta di paura, di preoccupazione sproporzionata o cronica** rispetto agli eventi quotidiani, che compromette il funzionamento normale della persona. L'ansia è una risposta naturale e utile in alcune situazioni di pericolo o stress, ma nel disturbo d'ansia diventa **persistente, eccessiva e ingiustificabile rispetto alla situazione reale**.

Esistono vari tipi di disturbi d'ansia, tra cui il **disturbo d'ansia generalizzato (GAD)**, **il disturbo di panico, le fobie specifiche**, e in particolare, **il disturbo d'ansia sociale** (o fobia sociale). Quest'ultimo è un tipo specifico di disturbo caratterizzato da una paura

intensa e persistente di situazioni sociali o di prestazione in cui la persona teme di essere osservata, giudicata o criticata dagli altri. Questa reazione non riguarda semplicemente l'essere timidi o introversi; è un disturbo che può interferire in modo significativo con la vita quotidiana, portando la persona a evitare situazioni sociali anche comuni.

I sintomi dell'ansia sociale

[1] I sintomi dell'ansia sociale, o disturbo d'ansia sociale, sono delineati in modo specifico nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁵, ovvero, si tratta di una "marcata, o intensa, paura o ansia relative a situazioni sociali in cui l'individuo può essere esaminato dagli altri (DSM 5TR, APA, 2023)". I criteri diagnostici principali includono:

- Paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali la persona è esposta al possibile giudizio degli altri.
- La persona teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente.
- Le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente paura o ansia.
- Le situazioni sociali temute sono evitate oppure sopportate con paura o ansia intense.
- La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale o dal contesto socioculturale.
- La paura, l'ansia e l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente 6 mesi o più.
- Creano disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento in vari ambiti.

[2] I sintomi dell'ansia sociale possono essere suddivisi in diverse categorie, che includono sintomi cognitivi, comportamentali e fisici.

Le persone con disturbo d'ansia sociale spesso sperimentano **i sintomi cognitivi**, ovvero, pensieri negativi e distorsioni cognitive riguardo a se stesse e alle situazioni sociali. Questi pensieri possono includere:

- **Paura del giudizio.** Una preoccupazione costante di essere valutati negativamente dagli altri, portando a pensare che ogni interazione possa finire in imbarazzo o rifiuto.
- **Catastrofizzazione.** L'idea che una piccola critica possa trasformarsi in un evento catastrofico, portando a conseguenze devastanti nella vita sociale o professionale.

⁵ American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing. Questo manuale, nella sua quinta edizione, fornisce criteri diagnostici chiari per identificare il disturbo, aiutando professionisti della salute mentale a valutare e diagnosticare accuratamente le persone che presentano tali sintomi.

- **Percezione distorta delle situazioni sociali.** Un'eccessiva attenzione ai dettagli, come il comportamento o l'espressione degli altri, che alimenta l'ansia.

Per quanto riguarda i **sintomi comportamentali**, il comportamento degli individui con ansia sociale può essere influenzato dalla loro paura. Alcuni comportamenti comuni includono:

- **Evitamento.** L'individuo può evitare eventi sociali, situazioni di gruppo o qualsiasi contesto in cui potrebbe essere esposto al giudizio altrui. Questo può manifestarsi come l'assenza a feste, ritiri sociali o anche negli ambienti lavorativi.
- **Comportamenti di sicurezza.** Anche quando le situazioni sociali non possono essere evitate, l'individuo può adottare comportamenti di sicurezza, come parlare in modo monosillabico, evitare il contatto visivo o rimanere in silenzio per ridurre il rischio di imbarazzo.

Per ultimo, i **sintomi fisici** dell'ansia sociale sono spesso molto intensi e possono manifestarsi in vari modi. Questi sintomi possono includere:

- **Sintomi autonomici.** Tachicardia, sudorazione eccessiva, tremori, nausea, secchezza della bocca, difficoltà respiratorie e sensazione di svenimento o vertigini. Questi sintomi fisici possono amplificare la paura e l'ansia, creando un circolo vizioso.
- **Reazioni fisiologiche.** L'individuo può notare una risposta fisica intensa ogni volta che si trova in una situazione sociale, contribuendo alla convinzione che l'ansia sia insopportabile.

Prevalenza

[1] Negli ultimi dieci anni, il disturbo d'ansia sociale ha ricevuto crescente attenzione nella ricerca, specialmente per quanto riguarda la sua **prevalenza tra i giovani**. In particolare l'incidenza nelle fasce d'età dell'adolescenza e della giovane età adulta, è stata documentata in numerosi studi. Le stime variano, ma generalmente si osserva che il disturbo colpisce circa il 7-13% dei giovani, con tendenze in aumento negli ultimi anni. Questo aumento potrebbe essere attribuito a una maggiore consapevolezza e a una riduzione dello stigma associato ai disturbi mentali, che ha portato più persone a cercare aiuto e a ricevere una diagnosi.

Uno degli aspetti più interessanti riguardo al disturbo d'ansia sociale è la sua **distribuzione tra maschi e femmine**. La ricerca indica che le femmine tendono a riportare tassi più elevati di ansia sociale rispetto ai maschi.

In molti studi, il rapporto di prevalenza varia da 2:1 a 3:1, a favore delle donne. Questo potrebbe essere dovuto a diversi fattori, inclusi quelli biologici, psicologici e socioculturali. Le femmine possono essere più inclini a esprimere e riconoscere i propri sentimenti di ansia, mentre i maschi potrebbero manifestare la loro ansia in modi diversi, come l'aggressività o l'evitamento.

2.2

TIPOLOGIA DEI DISTURBI D'ANSIA SOCIALE

I diversi volti dell'ansia sociale

[1] I disturbi d'ansia sociale possono manifestarsi in diverse forme d'ansia sociale, e le più comuni sono:

- **Disturbo d'Ansia Sociale (Fobia Sociale)**, caratterizzato da una paura significativa di essere giudicati o umiliati in situazioni sociali. Le persone possono evitare eventi come feste, incontri di lavoro o anche semplici interazioni quotidiane. Inoltre, può manifestarsi in situazioni di prestazione, come parlare in pubblico, o in contesti più informali, come mangiare in compagnia.
- **Ansia Sociale Generalizzata**, che è la forma più diffusa di ansia sociale, dove la persona sperimenta l'ansia in quasi tutte le situazioni sociali, non limitandosi a specifici eventi.
- **Disturbo di Panico in Situazioni Sociali**, in cui alcuni individui possono sperimentare attacchi di panico durante situazioni sociali, rendendo la paura del giudizio ancora più intensa. La paura di avere un attacco di panico stesso può portare a evitare situazioni sociali.
- Anche se non sono considerate direttamente disturbi d'ansia sociale, **le Fobie Specifiche**, come la paura di parlare in pubblico (glossofobia), possono sovrapporsi al disturbo d'ansia sociale.

[2] Infine, diciamo un'ultima parola sul **ritiro sociale, il fenomeno Hikikomori**.

Il termine "Hikikomori" si riferisce a un fenomeno sociale che ha origine in Giappone, dove individui, spesso adolescenti e giovani adulti, **si isolano completamente dalla società per periodi prolungati**, a volte mesi o anni.

Questo comportamento di ritiro sociale è spesso associato a:

- **Ansia Sociale.** Molti hikikomori mostrano segni di ansia sociale, trovando estremamente difficile affrontare situazioni sociali o il mondo esterno.
- **Pressioni Scolastiche e Lavorative.** In culture ad alta pressione di aspettative sociali come quella giapponese, gli individui possono ritirarsi a causa del timore di fallire o di non soddisfare le aspettative.
- **Fattori Familiari.** Le dinamiche familiari, come un ambiente troppo protettivo o critico, possono contribuire all'isolamento. Alcuni hikikomori possono anche manifestare conflitti familiari.

L'isolamento estremo porta a una serie di conseguenze negative, tra cui:

- **Problemi di Salute Mentale.** L'isolamento può intensificare l'ansia e la depressione, creando un circolo vizioso difficile da interrompere.
- **Compromissione del Funzionamento Sociale e Professionale.** I giovani hikikomori possono perdere opportunità educative e lavorative, aumentando la difficoltà di reintegrarsi nella società.
- **Difficoltà Relazionali.** Il ritiro può portare a un impoverimento delle abilità sociali, rendendo ulteriormente difficile la socializzazione futura.

Cause che concorrono all'ansia sociale

Le cause dell'ansia sociale sono complesse e multifattoriali, influenzate da una combinazione di fattori genetici, psicologici, ambientali e sociali. Comprendere queste cause è fondamentale per sviluppare strategie di intervento e supporto efficaci.

[1] In primo luogo, i **fattori genetici** giocano un ruolo significativo nel predisporre un individuo a sviluppare ansia sociale. Studi di gemelli e ricerche familiari hanno dimostrato che esiste una componente ereditaria associata ai disturbi d'ansia. Se un familiare stretto, come un genitore o un fratello, soffre di ansia sociale, è più probabile che un individuo sviluppi simili problematiche. Tuttavia, la genetica da sola non determina il disturbo; essa interagisce con altri fattori.

[2] Dal punto di vista **psicologico**, le esperienze personali e il modo in cui un individuo interpreta e reagisce alle situazioni sociali sono cruciali. Le persone con ansia sociale tendono a sviluppare pensieri negativi automatici riguardo a come vengono percepite dagli altri. Questi pensieri possono includere la convinzione di essere giudicati negativamente, di essere ridicolizzati o di non essere all'altezza delle aspettative sociali. Tali convinzioni distorte possono essere radicate in esperienze di vita, come episodi

di umiliazione o rifiuto, che portano a una maggiore vulnerabilità all'ansia sociale. La percezione di eventi sociali percepiti come minacciosi o pericolosi alimenta il ciclo dell'ansia, rendendo le interazioni sociali sempre più difficili da affrontare.

[3] Un altro fattore chiave è rappresentato dalle **dinamiche familiari** e dall'ambiente di crescita. Le famiglie in cui vi è un elevato grado di controllo, critica o aspettative irrealistiche possono contribuire allo sviluppo dell'ansia sociale. Un ambiente familiare in cui il perfezionismo è premiato o dove le emozioni vengono minimizzate può portare un giovane a interiorizzare la paura del giudizio e dell'insuccesso. Inoltre, esperienze di bullismo o di esclusione sociale durante l'infanzia e l'adolescenza possono avere un impatto duraturo, creando una base per l'ansia sociale. Gli individui che hanno vissuto il bullismo possono sviluppare una sensibilità acuta al rifiuto e una tendenza ad evitare situazioni sociali per proteggersi da potenziali ulteriori esperienze dolorose.

[4] L'**influenza dei coetanei** è un altro elemento importante. Durante l'adolescenza, il gruppo dei pari diventa fondamentale per la formazione dell'identità e dell'autostima. La pressione sociale può intensificare l'ansia sociale, soprattutto in contesti dove si confrontano abilità sociali, prestazioni scolastiche o apparente popolarità. Le aspettative e le norme sociali che emergono in questi contesti possono contribuire a un aumento della paura di essere giudicati o esclusi, aggravando i sintomi di ansia.

[5] Le **variabili culturali e sociali** giocano anch'esse un ruolo significativo. In alcune culture, dove l'importanza dell'approvazione sociale è accentuata e il fallimento è stigmatizzato, gli individui possono sviluppare una maggiore vulnerabilità all'ansia sociale. La globalizzazione e l'uso dei social media hanno aggiunto ulteriori complessità a questo fenomeno, poiché la continua esposizione a modelli di comportamento idealizzati tende a far aumentare la pressione sui giovani, portando a una paura di non soddisfare tali standard.

[6] Infine, i **fattori biologici** possono influenzare la predisposizione all'ansia sociale. I neurotrasmettitori, come la serotonina e la dopamina, sono stati associati alla regolazione dell'umore e dell'ansia. Uno squilibrio in questi sistemi chimici può contribuire allo sviluppo di sintomi d'ansia. Inoltre, il sistema nervoso autonomo gioca un ruolo cruciale nella risposta allo stress e nelle reazioni di attacco o fuga, il che può portare a una risposta eccessiva in situazioni sociali.

2.3

SEGNALI DI ALLARME DELL'ANSIA SOCIALE

I segnali di allarme associati all'ansia sociale possono manifestarsi in diversi modi e in varie fasi della vita di un individuo. Riconoscere questi segnali è cruciale per identificare precocemente il disturbo e intervenire in modo efficace.

[1] Uno dei principali segnali di allarme è l'**intensificazione della paura in situazioni sociali**. Gli individui possono iniziare a sentirsi eccessivamente ansiosi o nervosi quando si trovano in contesti sociali, anche in quelli che in precedenza non avrebbero causato alcun disagio. Questa intensificazione può tradursi in una preoccupazione costante riguardo al giudizio degli altri, portando a pensieri catastrofici su cosa potrebbe accadere durante interazioni sociali.

[2] Un altro segnale significativo è il **comportamento di evitamento**. Le persone che iniziano a evitare eventi sociali, come feste, riunioni o semplici incontri con amici e familiari, possono essere a rischio di sviluppare ansia sociale. Questo comportamento di evitamento può manifestarsi in modi molto evidenti, come rifiutare inviti o trovare scuse per non partecipare a situazioni che un tempo erano piacevoli. Con il passare del tempo, questo isolamento sociale può intensificarsi, creando un circolo vizioso in cui la paura di affrontare situazioni sociali aumenta proprio a causa dell'evitamento.

[3] Inoltre, è importante considerare il cambiamento nelle interazioni sociali quotidiane. Segnali di allarme possono includere un **aumento della timidezza o dell'insicurezza** in situazioni che richiedono interazioni, come parlare con colleghi o partecipare a discussioni di gruppo. Gli individui possono iniziare a sentirsi sopraffatti da situazioni che prima gestivano senza difficoltà. Questa sensazione di vulnerabilità può essere accompagnata da sintomi fisici, come palpitazioni, sudorazione o nausea, che si manifestano in risposta all'ansia anticipatoria.

[4] Un aspetto da non sottovalutare è la storia personale. Le esperienze passate di **umiliazione o rifiuto sociale** possono essere segnali di rischio significativi. Se un individuo ha subito episodi di bullismo o ha vissuto situazioni in cui è stato criticato duramente, può sviluppare una maggiore sensibilità al giudizio e alla valutazione altrui. Questa storia di esperienze negative può influenzare profondamente la sua autopercezione e il modo in cui affronta situazioni sociali future.

[5] Infine, la presenza di fattori di **stress ambientali** può aumentare il rischio di sviluppare ansia sociale. Pressioni scolastiche, dinamiche familiari complesse o situazioni di vita stressanti possono agire come fattori scatenanti. Gli individui che si trovano ad affrontare alti livelli di stress possono essere più inclini a sviluppare ansia, specialmente in contesti in cui si sentono esposti al giudizio degli altri.

L'ansia sociale è solo timidezza. FALSO

L'ansia sociale è un disturbo mentale riconosciuto che va oltre la timidezza. Mentre una persona timida può sentirsi a disagio in alcune situazioni, chi soffre di ansia sociale prova paura intensa, evitamento e disagio significativi che interferiscono con la vita quotidiana.

Chi ha ansia sociale non vuole interagire con gli altri. FALSO

Le persone con ansia sociale desiderano spesso relazioni e connessioni, ma la paura del giudizio e il timore di fare errori o sembrare inadeguati possono bloccarle.

Basta uscire dalla propria zona di comfort per superare l'ansia sociale. FALSO

Anche se affrontare gradualmente le proprie paure può aiutare (terapia espositiva), l'ansia sociale non si supera semplicemente «forzandosi». Serve un approccio strutturato, spesso con l'aiuto di un professionista, per gestire i sintomi e lavorare sulle cause sottostanti.

Chi soffre di ansia sociale è solo troppo sensibile. FALSO

L'ansia sociale non è un segno di debolezza o ipersensibilità, ma una condizione complessa che coinvolge fattori genetici, biologici e ambientali.

Se non sembra nervoso, non ha ansia sociale. FALSO

Non tutte le persone con ansia sociale mostrano segni evidenti di disagio. Molti riescono a mascherare i sintomi, ma ciò non significa che non stiano lottando internamente.

È solo una fase, passerà con il tempo. FALSO

L'ansia sociale tende a persistere se non viene affrontata. Intervenire precocemente con terapie adeguate aumenta le possibilità di superarla.

Un approccio sistematico, empatico e personalizzato

Per sostenere i giovani che vivono con disturbi d'ansia sociale, gli educatori devono sviluppare un approccio sistematico, empatico e personalizzato, che si basi su interventi mirati a ridurre l'ansia, promuovere l'autoefficacia sociale e migliorare le competenze relazionali.

Ogni intervento educativo deve considerare sia il livello individuale sia quello di gruppo, al fine di creare un ambiente supportivo che faciliti l'espressione delle emozioni e l'interazione sociale.



Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano l'ansia sociale

Ecco alcuni esempi pratici di azioni educative specifiche per aiutare i giovani con disturbi di ansia sociale. Questi includono esercizi pratici, domande da usare in un focus group e attività di gruppo mirate a sviluppare competenze sociali e migliorare la gestione dell'ansia.

[1] Esercizi di Autoconsapevolezza e Riflessione

Diario delle emozioni. Chiedere ai giovani di tenere un diario giornaliero delle emozioni, annotando momenti della giornata in cui si sono sentiti a disagio socialmente. Devono identificare la situazione, il livello di ansia provato e i pensieri associati. Questo aiuta a prendere consapevolezza delle situazioni che scatenano ansia e dei pensieri che la accompagnano.

Autovalutazione delle abilità sociali. Utilizzare una lista di domande autovalutative per riflettere su come vedono le loro abilità sociali. Alcuni esempi di domande sono:

- «In che situazioni mi sento più a disagio?».
- «Quali pensieri mi vengono in mente prima di un'interazione sociale?».
- «Quali competenze sociali vorrei migliorare?».

Questo esercizio aiuta a identificare specifiche aree di lavoro.

Esercizio dei pensieri alternativi. Dopo aver identificato un pensiero negativo («Tutti pensano che dirò qualcosa di sbagliato»), chiedere ai giovani di scrivere pensieri alternativi più positivi o neutri («Non posso sapere cosa pensano gli altri», «Posso sbagliare, ma capita a tutti»). Questo esercizio promuove una visione più realistica e flessibile delle interazioni sociali.

[2] Domande per un Focus Group

Esplorazione delle difficoltà sociali. «Quali situazioni sociali ti fanno sentire più ansioso? Come ti senti quando sei in quelle situazioni?» e «Quali strategie hai usato per affrontare queste situazioni? Sono state efficaci?»

Pensieri e emozioni nelle interazioni. «Quando sei in un gruppo di persone, cosa pensi di te stesso? E cosa immagini che pensino gli altri?» Questa domanda incoraggia la condivisione di pensieri negativi o paure comuni, rendendo più semplice per i ragazzi capire che non sono soli nei loro timori.

Condivisione di successi. «Ci sono stati momenti in cui sei riuscito a gestire bene la tua ansia sociale? Come hai fatto? Cosa ti ha aiutato?» Condividere successi personali può essere molto motivante e offrire spunti di strategie utili.

Obiettivi di miglioramento. «Quali competenze vorresti migliorare nelle tue interazioni sociali? Cosa pensi possa aiutarti a sentirti più sicuro?» Questa domanda aiuta i giovani a identificare i loro obiettivi e a vedere il percorso di miglioramento come raggiungibile.

[3] Attività di Role-Playing e Simulazione

Role-playing in situazioni quotidiane. Proporre ai giovani situazioni specifiche (chiedere informazioni a un insegnante, parlare con un nuovo compagno di classe, presentare un progetto) e farli recitare in coppia o in piccoli gruppi. Dopo l'attività, discutere come si sono sentiti e cosa è stato più difficile, offrendo un feedback positivo su ogni interazione.

Giochi di improvvisazione. Attività come improvvisare una conversazione su un argomento a caso possono ridurre l'ansia sociale aiutando i ragazzi a sperimentare situazioni impreviste in un ambiente controllato. Dopo ogni turno, discutere l'esperienza e rafforzare le loro capacità di adattamento.

Simulazione di situazioni ansiogene. Preparare una situazione che genera ansia, come parlare in pubblico, in modo progressivo. Ad esempio, i ragazzi potrebbero iniziare parlando davanti a una persona e aumentare gradualmente il numero delle persone fino a parlare davanti a tutto il gruppo. Ogni volta che completano con successo una tappa, ricevere un feedback positivo e discutere i progressi fatti.

[4] Esercizi di Mindfulness e Rilassamento

Respiro diaframmatico. Prima di ogni incontro di gruppo, dedicare cinque minuti alla respirazione diaframmatica. Insegnare ai ragazzi a inspirare lentamente contando fino a quattro, trattenere il respiro per due secondi e poi espirare lentamente contando fino a quattro. Questo esercizio aiuta a rilassarsi e ridurre i livelli di ansia.

Tecnica del «body scan». Guidare i ragazzi in un esercizio di scansione corporea, chiedendo loro di concentrarsi su ciascuna parte del corpo e rilassarsi progressivamente. Questo esercizio può essere utilizzato prima di una situazione ansiogena o durante momenti di tensione.

Visualizzazione positiva. Proporre una visualizzazione di una situazione sociale ideale e serena, guidando i ragazzi a immaginare una scena in cui si sentono sicuri e accolti. Incoraggiare i ragazzi a richiamare questa immagine mentale nei momenti di ansia.

[5] Attività di Gruppo per Rafforzare le Competenze Sociali

Collaborare su un progetto creativo. Dividere il gruppo in piccole squadre e proporre un progetto comune, come creare un murale o un collage su un tema scelto insieme. Collaborare su un progetto aiuta a sviluppare fiducia e comunicazione, permettendo ai ragazzi di lavorare su competenze sociali in un contesto informale.

Giochi di fiducia. Attività come “il cerchio di fiducia” o il gioco «Caccia al tesoro» in cui devono collaborare per raggiungere un obiettivo aiutano i ragazzi a superare la paura del giudizio e a sviluppare un senso di appartenenza al gruppo.

Discussioni strutturate su temi di interesse. Organizzare discussioni di gruppo su argomenti rilevanti (musica, social media, sport). Ognuno ha un tempo stabilito per parlare senza essere interrotto, in modo da favorire la partecipazione senza sentirsi pressati. Dopo ogni intervento, gli altri possono fare domande o esprimere opinioni, rendendo la discussione un’occasione di confronto costruttivo.

[6] Al fine di mantenere l'efficacia degli interventi e personalizzare le azioni educative, è importante fare riferimento a **strumenti specifici e materiali educativi**, come:

Libri e risorse di auto-aiuto. Testi come *Mind Over Mood* di Greenberger e Padesky o *Come vincere l'ansia sociale* di Dayhoff Signe possono essere usati come riferimento sia dagli educatori sia dai giovani, fornendo tecniche di gestione dell'ansia da praticare in autonomia.

App di meditazione e mindfulness. Applicazioni come *Headspace* o *Insight Timer* contengono programmi di meditazione specifici per i giovani con ansia sociale e sono facilmente integrabili nella routine quotidiana.

Materiali visivi e poster. Creare o scaricare poster e infografiche che illustrano tecniche di respirazione o suggerimenti per calmare l'ansia. Questi possono essere posizionati in aula o nelle aree comuni come promemoria visivo per i giovani. Tra i film da proporre troviamo:

- **«Inside Out 2»** (2024) un film d'animazione che esplora in modo accessibile la gestione delle emozioni e delle difficoltà sociali, utile per stimolare conversazioni tra i giovani sull'ansia e sull'emotività.
- **«Wonder»** (2017) questa storia di un giovane con una condizione medica rara che cerca di inserirsi in un contesto scolastico tradizionale affronta in modo delicato temi di ansia, accettazione e bullismo.
- **«Un giorno questo dolore ti sarà utile»** (2011) un film che segue un adolescente con difficoltà relazionali, mostrando il percorso per superare l'ansia e l'alienazione sociale.

Video educativi e testimonianze. Video che raccontano esperienze di giovani che hanno affrontato con successo la propria ansia sociale possono essere utilizzati per creare discussioni e momenti di riflessione.

Testimonianze di gruppo. Promuovere incontri con psicologi o terapeuti esperti, o con persone che abbiano superato l'ansia sociale, per offrire ai giovani esempi positivi e concreti.

[5] Teatroterapia

La teatroterapia è una forma di arteterapia che utilizza il teatro come strumento di esplorazione personale, relazionale ed emotiva. Nel caso dell'ansia sociale, può essere particolarmente utile poiché fornisce un ambiente protetto e strutturato in cui sperimentare modalità di relazione, gestione delle emozioni e superamento di paure legate al giudizio altrui. Ecco alcuni benefici specifici:

- **Espressione creativa.** La recitazione aiuta a esplorare aspetti del sé che possono essere repressi, migliorando l'immagine di sé e favorendo un senso di autoefficacia.
- **Superamento della paura del giudizio.** Lavorare in gruppo, ricevendo feedback positivo e costruttivo, aiuta a ridurre la paura di essere valutati negativamente.
- **Miglioramento del linguaggio verbale e non verbale.** Gli esercizi teatrali si concentrano sull'uso della voce, del corpo e delle espressioni, che sono cruciali per comunicare con gli altri in modo efficace.
- **Collaborazione di gruppo.** Le attività teatrali sono spesso collettive, incoraggiando il lavoro di squadra e la costruzione di relazioni positive.
- **Sperimentazione di ruoli diversi.** Interpretare personaggi con caratteristiche diverse permette di uscire dai propri schemi abituali e di esplorare nuove modalità relazionali.
- **Regolazione emotiva.** L'atto di interpretare un ruolo consente di prendere le distanze dalle proprie emozioni, facilitando una maggiore consapevolezza e controllo.
- **Affrontare l'esposizione.** Gradualmente, i partecipanti possono acquisire la forza necessaria per esporsi anche fuori dal setting teatrale.



CAPITOLO

3

Depressione giovanile

3.1

COME RICONOSCERE LA DEPRESSIONE

Schiacciati da un profondo sentimento di vuoto

Cosa significa essere depressi; quali sono i segnali di allarme che possono farci sospettare una depressione; come si può curare; quali sono i fattori di rischio e di protezione; quali azioni educative si possono attuare?

[1] La depressione è un disturbo mentale molto comune, che colpisce più di 300 milioni di persone in tutto il mondo. Può manifestarsi a qualsiasi età, compresi i bambini e gli anziani, è più comune nelle donne che negli uomini, si manifesta in modo diverso nei vari individui e può avere diversi livelli di gravità.

I sintomi principali sono il **basso umore persistente** e la **perdita di piacere nella maggior parte delle attività**.

I fattori biologici che possono predisporre alla sua insorgenza includono cambiamenti ormonali, alterazioni dei neurotrasmettitori cerebrali e anche componenti genetiche. I problemi di salute fisica possono aggravare la depressione, oppure la depressione può portare a problemi di salute fisica.

[2] La depressione non deve essere confusa con i comuni sbalzi d'umore e le brevi risposte emotive ai problemi quotidiani. La tristezza o le preoccupazioni per situazioni avverse o difficili fanno parte della normalità e la loro presenza, di per sé, non costituisce un disturbo depressivo. D'altra parte, è importante notare che la depressione è una malattia e *non deve essere interpretata come un segno di debolezza*.

Effettivamente, la depressione **può diventare un problema di salute importante** quando è di lunga durata e intensità e impedisce alla persona di svolgere le sue attività abituali in tutti i settori. Può diventare cronica, quando non migliora nel tempo, o ricorrente, quando gli episodi si ripetono, e può rendere difficile il funzionamento a casa, al lavoro o a scuola e la vita quotidiana. Nella sua forma più grave, può portare al suicidio.

I sintomi della depressione

[1] Non tutte le persone con disturbi depressivi manifestano gli stessi sintomi. **La gravità, la frequenza e la durata dei sintomi possono variare da persona a persona** e da disturbo a disturbo, e i sintomi possono manifestarsi in modo diverso a seconda del contesto culturale.

Esistono diversi **segnali che possono indicare la presenza di depressione** e possono aiutare a differenziarla da altri stati d'animo comuni, in modo da poter decidere di chiedere aiuto al centro sanitario di riferimento. Oltre ai sintomi menzionati di seguito, la sensazione di tristezza è spesso diversa da quella provata in altri momenti e non è una situazione passeggera, poiché non migliora nel tempo.

In genere, il sintomo iniziale della depressione consiste in un episodio depressivo, cioè una manifestazione limitata nel tempo dei sintomi della depressione. Questo, poi, può ripetersi nuovamente: in base a quanto questi episodi saranno intensi e ripetuti si parlerà di **disturbi depressivi lievi, moderati o gravi**.

[2] Pur esistendo diverse tipologie di depressione, che si distinguono per la durata e la presunta origine, la caratteristica comune è la presenza di alcuni sintomi che influenzano in modo significativo la vita personale, relazionale e sociale della persona:

- Tristezza insolita e persistente e tendenza a piangere in situazioni che normalmente non provocherebbero questa risposta.
- Perdita di interesse o di piacere nelle attività che di solito si svolgono con piacere.
- Sentimenti di inutilità, disprezzo di sé e senso di colpa.
- Difficoltà a pensare e a concentrarsi, problemi di memoria e di attenzione.
- Irritabilità, ansia.
- Malessere generale, sensazione di stanchezza e mancanza di energia.
- Dolori, mal di testa o problemi digestivi.

- Difficoltà ad addormentarsi o dormire troppo.
- Cambiamenti nell'appetito (mangiare più o meno del solito).

Alcuni sintomi possono essere considerati segnali di allarme di una depressione più grave. Quando compaiono, **è necessario consultare un professionista della salute** il prima possibile per valutare le alternative di trattamento.

Prevalenza

La depressione è oggi uno dei principali problemi di salute nel mondo, a causa della sua frequenza e delle conseguenze che comporta. La sua prevalenza è molto alta, con una stima dell'**8-16% di persone che soffrono di depressione nel corso della loro vita**. Attualmente è la seconda causa di disabilità nel mondo (rappresenta il 4,3% dell'onere globale delle malattie), ma entro il 2030, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), diventerà la causa principale.

Secondo i dati dell'OMS di questi ultimi anni, più di **322 milioni di persone in tutto il mondo soffrono di depressione**, di cui meno del 25% ha accesso a un trattamento efficace. Avverte inoltre che una persona su cinque svilupperà la depressione nel corso della propria vita e che questo numero aumenterà in presenza di altri fattori, come co-morbilità o situazioni di stress.

Il numero totale stimato di persone affette da depressione è aumentato negli ultimi anni a causa di diversi fattori: *l'invecchiamento della popolazione, il livello di stress che subiamo quotidianamente, i problemi sociali ed economici e l'aumento del consumo di sostanze tossiche e farmaci.*

3.2

TIPOLOGIA DEI DISTURBI DEPRESSIVI

I diversi volti della depressione

[1] La depressione può essere **lieve, moderata o grave** in base alla sua gravità ed è considerata cronica quando la persona vi convive per oltre 2 anni (generalmente scompare dopo 5 mesi)⁶. Nelle diverse classificazioni troviamo diversi tipi di disturbi depressivi, tra cui i più frequenti sono:

⁶ Esistono diversi tipi di classificazioni per i disturbi depressivi che vengono utilizzati sia a livello clinico che di ricerca, come la *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati* (ICD) e la classificazione dell'American Psychiatric Association nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM).

- **Depressione maggiore.** I sintomi depressivi durano almeno due settimane e sono abbastanza gravi da interferire con la vita quotidiana. Questo tipo di depressione in alcuni casi può essere ricorrente, quando gli episodi si ripetono in diverse occasioni nel corso della vita. Può essere di gravità lieve, moderata o grave.
- **Depressione cronica o distimia.** I sintomi possono essere meno gravi, ma persistono nel tempo per almeno due anni.
- **Depressione post-partum.** Si verifica quando l'episodio compare in una donna che ha appena avuto un figlio; può essere un episodio grave influenzato da fattori ormonali.
- **Disturbo adattivo con sintomi depressivi.** Compare come conseguenza di un problema difficile nella vita della persona, come un problema di lavoro, una separazione dal partner, un problema familiare, ecc.
- **Depressione bipolare.** Compare nel contesto di un disturbo bipolare. In questo caso, gli episodi di depressione si alternano a episodi di euforia, ossia uno stato d'animo elevato, eccessivamente felice, allegro o alterato, che non corrisponde a quanto sta accadendo nella vita della persona. Questi episodi durano diversi giorni e sono separati da intervalli di tempo in cui la persona è di umore normale.

[2] Depressione e tristezza possono essere confuse, ma non sono la stessa cosa.

Non è sempre facile riuscire a riconoscere come ci sentiamo. A volte ci capita di usare l'espressione "sono depresso!" ma probabilmente lo facciamo in maniera impropria. Vivere un momento di tristezza è normale, ma bisogna distinguere la depressione, che è un vero e proprio disturbo invalidante che va affrontato con il supporto di un professionista.

Spesso accade di attraversare periodi di vita particolarmente difficili e di conseguenza di *sentirsi tristi, rassegnati, sconfortati, senza energie*. A volte è conseguenza di un lutto, inteso non solo come la scomparsa di una persona cara, ma come un'esperienza di perdita: sentiamo di aver perso qualcosa in modo definitivo. Una perdita può essere sia materiale che simbolica: la perdita del lavoro; la fine di una storia d'amore; la rottura di un'amicizia; l'allontanamento dalla propria terra di origine, ecc.

Vivere questi sentimenti in queste situazioni è naturale; tuttavia, se si presentano dei sintomi particolarmente intensi, che compromettono la vita quotidiana, si potrebbe trattare di depressione maggiore. Anche se la condizione di tristezza, di mancanza di entusiasmo ed energia può essere la conseguenza temporanea di un lutto e quindi espressione della propria perdita, non vuol dire che non ci si possa rivolgere ad un professionista che aiuti ad accettare, attraversare ed elaborare il dolore.

In sintesi, la **tristezza** è un'emozione e in quanto tale è più transitoria e limitata nel tempo, più strettamente legata al dolore, l'elaborazione della perdita di qualcosa di caro. La **depressione** è una condizione emotivamente prolungata che colpisce vari aspetti della personalità; certamente non è una questione transitoria che va a influenzare solo una giornata della settimana.

Cause che concorrono alla depressione

La depressione è il risultato di interazioni complesse tra **fattori biologici** (biochimici, genetici, ormonali, di salute), **psicologici** (eventi traumatici nell'infanzia o nell'età adulta, situazioni avverse e stressanti) e **sociali** (come l'isolamento sociale o la mancanza di risorse).

[1] In primo luogo, i fattori **biologici** giocano un ruolo cruciale. La genetica è uno degli elementi chiave: la presenza di familiari con una storia di depressione aumenta la probabilità di sviluppare il disturbo. Gli studi hanno dimostrato che i neurotrasmettitori, come la serotonina, la dopamina e la noradrenalina, sono coinvolti nella regolazione dell'umore e che uno squilibrio di questi può contribuire alla comparsa della depressione. Alterazioni strutturali e funzionali nel cervello, come la riduzione di alcune aree cerebrali associate all'umore e alla regolazione delle emozioni, sono state osservate negli individui depressi.

In aggiunta ai fattori genetici e neurochimici, anche l'**aspetto ormonale** può influenzare il rischio di depressione. Cambiamenti ormonali, come quelli che si verificano durante la gravidanza, il ciclo mestruale o la menopausa, possono scatenare episodi depressivi in alcune donne. La predisposizione biologica non è, tuttavia, sufficiente a spiegare da sola il disturbo; spesso interagisce con fattori ambientali e psicologici.

[2] A livello **psicologico**, la depressione è frequentemente associata a schemi di pensiero negativi e a una visione pessimistica di sé e del mondo. Le persone predisposte a interpretare gli eventi in modo negativo o a ruminare su esperienze passate dolorose possono trovarsi intrappolate in un circolo vizioso di pensieri e emozioni negative. La bassa autostima è un altro elemento psicologico comune tra le persone che soffrono di depressione. Sentirsi inadeguati o incapaci di affrontare le sfide quotidiane può alimentare il senso di impotenza e disperazione.

Anche i traumi o esperienze negative vissute durante l'infanzia, come l'abuso fisico, emotivo o sessuale, possono avere effetti duraturi sulla salute mentale. Questi eventi possono compromettere lo sviluppo dell'autoefficacia e delle abilità di coping, cioè, il modo in cui un individuo affronta e gestisce il forte disagio. Di questo modo rende l'individuo più vulnerabile alla depressione in età adulta. Inoltre, lo stress cronico, derivante da situazioni come il lavoro, le relazioni difficili o la pressione finanziaria, possono contribuire allo sviluppo del disturbo.

[3] A livello **sociale**, l'isolamento e la mancanza di supporto sociale rappresentano fattori di rischio significativi. Le persone che non hanno una rete di sostegno o che si sentono sole possono essere più suscettibili alla depressione. Le difficoltà relazionali, come conflitti familiari o amicizie compromesse, possono intensificare il senso di solitudine e di tristezza. In un contesto culturale che stigmatizza la malattia mentale, chi soffre di depressione può sentirsi ulteriormente isolato e riluttante a cercare aiuto, aggravando la propria situazione.

Infine, **eventi di vita significativi**, come la perdita di una persona cara, una separazione o un cambiamento drastico nelle circostanze di vita, possono fungere da fattori scatenanti. Questi eventi possono innescare una risposta emotiva profonda, che, unita a vulnerabilità preesistenti, può portare all'insorgenza della depressione.

3.3

SEGNALI D'ALLARME DELLA DEPRESSIONE

[1] È importante che chi soffre di depressione sia in grado di riconoscere le prime avvisaglie del disturbo per riuscire a mettere in atto le strategie adeguate e chiedere aiuto al fine di prevenire il possibile episodio depressivo. In generale, **i primi campanelli di allarme** a cui prestare particolare attenzione sono:

- Non voler uscire di casa o addirittura non riuscire ad alzarsi dal letto.
- Non riuscire a svolgere le attività quotidiane (igiene, alimentazione, obblighi familiari, ecc.).
- Essere senza speranza, credendo che la situazione che si sta vivendo non abbia soluzione, che non si possa fare nulla per migliorarla.
- Inibizione psicomotoria: difficoltà di movimento e di parola, sensazione di rallentamento del pensiero e che la voce suoni monotona, lenta e ovattata.
- Pensieri di morte o tentativi di suicidio.

[2] Ci sono diversi segni e sintomi di depressione e possono variare a seconda dell'età.

Difatti, **la depressione nei bambini (età prescolare, fino a 6/7 anni)** esiste e spesso viene trascurata o sottovalutata, ma è importante affrontarla con sensibilità.

Si può presentare sotto queste forme:

- Sintomi fisici: dolore (mal di testa e dolore addominale), affaticamento, vertigini.
- Ansia (soprattutto ansia da separazione).
- Fobie.

- Agitazione o iperattività psicomotoria.
- Irritabilità.
- Diminuzione dell'appetito (peso ridotto).
- Cambiamenti nel sonno.
- Diminuzione del piacere di andare a scuola o di giocare.
- Compromissione delle abilità sociali.

E inoltre...

- Disturbi dell'evacuazione.
- Un volto triste (costante tristezza).
- Scarsa comunicazione.
- Pianto frequente.
- Movimenti ripetitivi.
- Auto ed etero-aggressione.

Riconosciamo alcune segnali anche **all'età scolare (6/7 – 12 anni)**:

- Stato d'animo depresso verbalizzato: tristezza, irritabilità, noia.
- Aspetto triste, facilità a piangere, apatia, stanchezza, isolamento.
- Scarso rendimento scolastico.
- Bassa concentrazione.
- Disturbi somatici.
- Perdita di peso.
- Insonnia.
- Sintomi psicotici congruenti con l'umore.
- Scarse relazioni con i coetanei.
- Desiderio di morte.
- Attaccamento esclusivo ed eccessivo agli animali.
- Difficoltà a divertirsi (anedonia).
- Bassa autostima.

La depressione in **adolescenza (>12)** non consiste solamente in umore depresso, malinconia occasionale, ma è un disturbo che può manifestarsi con sintomi diversi rispetto a quanto si osserva negli adulti. La lista che segue elenca i sintomi più frequenti, nel leggerla si deve tenere conto che non sempre tutti sono presenti:

- Irritabilità e instabilità.
- Stato d'animo depresso e irritabile.
- Perdita di energia.
- Demotivazione e mancanza di interesse.
- Rallentamento psicomotorio.
- Sentimenti di disperazione e di colpa.
- Disturbi del sonno (ipersonnia).
- Cambiamenti nell'appetito e nel peso.
- Isolamento.
- Difficoltà di concentrazione.
- Diminuzione del rendimento scolastico.
- Bassa autostima.
- Ideazione e tentativi di suicidio.
- Gravi problemi comportamentali (uso di alcol e droghe).

Per sintetizzare, i sintomi soggettivi più numerosi nelle **ragazze** sono: tristezza, vuoto, noia, rabbia, ansia, maggiore preoccupazione per la popolarità, minore soddisfazione per il proprio aspetto, minore autostima.

Invece i **ragazzi** esprimono sentimenti di disprezzo e sfida, così come problemi comportamentali (assenteismo scolastico, fuga da casa, violenza fisica, furto, abuso di sostanze).

Mentre i sintomi della depressione sembrano simili negli adolescenti e negli adulti, ci sono in realtà alcune differenze:

- Gli adolescenti non indossano mai una «maschera di depressione»: il loro aspetto, la loro espressione facciale non è depressiva.
- Gli adolescenti non dicono verbalmente di essere tristi, né tanto meno depressi; possono dire di essere annoiati, svuotati, stufi.
- Gli adolescenti non cercano comprensione empatica e conforto da parte dell'adulto; tendono a rifiutare l'aiuto, ad essere ostili o indifferenti.

Essere depresso è come osservare la vita che ti passa davanti con gli occhiali da sole, il che non ti permette di vedere la realtà così com'è, ma filtra appunto da queste lenti, dove tutto sembra così difficile o impossibile da realizzare.

Molte persone affette da depressione sono **vittime dell'incomprensione della popolazione generale**, che non riesce a cogliere la dimensione di questa malattia o l'impatto reale che ha sulla vita quotidiana di chi ne soffre. Comprendere la realtà della depressione è di grande aiuto per normalizzare questo problema di salute mentale. In questo senso, è molto interessante ascoltare e smascherare quelli che sono falsi miti.

La depressione e la tristezza sono la stessa cosa. FALSO

La tristezza è un'emozione passeggera, temporale, che si manifesta in determinati momenti della vita. La depressione, invece, è un disturbo mentale che interferisce in modo significativo nella vita quotidiana di chi la prova. È importante saper distinguere i sintomi che indicano la presenza di un quadro depressivo.

La depressione è per tutta la vita. FALSO

Con una buona diagnosi e un trattamento adeguato, una persona può avere una vita normale. I professionisti indicano a ogni persona il tipo di trattamento da somministrare sulla base delle migliori evidenze scientifiche possibili. Il coinvolgimento attivo della persona che soffre di depressione e della sua famiglia è fondamentale durante il processo di trattamento.

La depressione può essere simulata. FALSO

È molto difficile simulare la depressione. È importante ricordare che la depressione provoca grande dolore alla persona.

La depressione in età avanzata è diversa e più difficile da trattare rispetto a quella giovanile. FALSO

Il quadro della depressione negli anziani è identico a quello dei giovani. La risposta alla depressione è altrettanto buona negli anziani che nei giovani.

La depressione non colpisce i bambini. FALSO

La depressione colpisce l'infanzia, ma presenta sintomi diversi da quelli della persona adulta e, in particolare, passa inosservata perché non ci si pensa o si confonde con altri problemi che possono essere la conseguenza dello stato di salute. In altri bambini, la depressione può diventare altamente invalidante e trascendere in un livello di malessere più elevato.

La depressione può essere curata da soli. FALSO

I sintomi della depressione, come la stanchezza corporea, l'insonnia, i dolori muscolari, le difficoltà di stomaco o l'alterazione degli stati d'animo, impediscono alla

persona affetta da depressione di recuperare. È fondamentale essere consapevoli che si tratta di una depressione e chiedere l'aiuto di professionisti per ottenere l'aiuto necessario.

Le persone con depressione sono sempre tristi. FALSO

È possibile che alcune persone depresse siano sempre tristi, ma ogni persona può avere sintomi diversi. È molto frequente che si produca l'anedonia, cioè l'incapacità di sperimentare la sensazione di piacere, senso che può provocare in uno stato di tristezza profonda.

La depressione è la conseguenza di un trauma. FALSO

È certo che la depressione può nascere da una situazione negativa, come può essere la scomparsa di una persona cara, un insuccesso, la perdita di un posto di lavoro o la fine di una relazione sentimentale. Quindi, le persone depresse non sono in grado di riconoscere un fattore esterno che abbia dato origine alla manifestazione di questo disagio.

La medicina è sufficiente per curare la depressione. FALSO

La medicina interviene regolando la base biochimica della depressione. Nella maggior parte dei casi, però, i farmaci possono risultare insufficienti e occorrono altri interventi come quello psicoterapeutico, educativo e sull'ambiente di vita per completare il trattamento e ottimizzare il recupero.

3.5

COME ACCOMPAGNARE LA DEPRESSIONE IN AMBITO EDUCATIVO

Particolare attenzione alla prevenzione primaria

[1] Com'è noto, la *prevenzione primaria* consiste nel ridurre l'incidenza di un disturbo, mirando ai fattori di rischio che precedono la malattia. La *prevenzione secondaria* mira a ridurre la prevalenza e si concentra sul trattamento del disturbo. La *prevenzione terziaria* mira alla riabilitazione e alla prevenzione delle ricadute.

A partire da questa differenziazione vorremmo evidenziare gli aspetti della **prevenzione primaria della depressione**, che si concentra sull'intervento prima dell'insorgenza dei sintomi, nell'ambiente in cui una persona vive per favorire una maggiore resilienza e un miglior benessere emotivo.

A questo proposito vanno sottolineati alcuni *fattori protettivi personali* che possono ridurre il rischio di sviluppare la depressione e che in ambito educativo sono da incoraggiare:

- Esprimere i sentimenti con le persone vicine; una rete di supporto sociale stabile con cui condividere il proprio stato d'animo.
- Appoggiarsi alla famiglia e agli amici, mantenendo relazioni strette e coese.
- Coltivare credenze spirituali o religiose.
- Esercizio fisico regolare.
- Stabilire una routine quotidiana e fissare obiettivi realistici.
- Riflettere ogni giorno sulle cose positive che le sono accadute ed essere grato e apprezzare gli aspetti positivi della vita.
- Fare dei piani.
- Mantenere una dieta sana.
- Mantenere una buona routine di sonno e riposo.
- Evitare l'alcol e le droghe.
- Impegnarsi in attività che facciano sentire meglio, ad esempio, partecipare ad attività di volontariato o di utilità per la comunità.
- Positivizzare i pensieri e sviluppare l'autostima.
- Aiutare a tollerare l'incertezza e l'ambiguità. Questi sono tempi incerti.
- Imparare a rilassarsi.
- Mantenere un senso di prospettiva. Certe situazioni non dureranno per sempre e occorre stabilire nuovi obiettivi realistici in linea con le circostanze attuali.
- Se si hanno pensieri suicidari, chiedere immediatamente aiuto.
- Se necessario, cercare l'aiuto di professionisti della salute.

[2] D'altra parte, per affrontare in modo efficace e completo la depressione giovanile, gli educatori devono creare un ambiente accogliente e privo di giudizio, dove i giovani possano sentirsi sicuri nell'aprire un dialogo su emozioni e difficoltà. Un criterio educativo essenziale è la **promozione dell'empatia e dell'ascolto attivo**, per permettere agli educatori di instaurare una relazione di fiducia con i ragazzi. A tal fine, è utile organizzare incontri individuali e di gruppo, nei quali i giovani possono raccontare liberamente le proprie esperienze.

In un contesto comunitario, si possono creare spazi protetti come cerchi di condivisione, in cui ciascun partecipante ha l'opportunità di parlare senza interruzioni. Un educatore può guidare queste sessioni introducendo un tema di riflessione come: "Quali sono le cose che ti preoccupano di più al momento?"; "Quali sono le situazioni in cui ti senti più felice?".

L'utilizzo di domande aperte è cruciale per incoraggiare una condivisione sincera.

[3] Ci sono delle **azioni educative che promuovono la salute mentale** negli adolescenti, vale a dire interventi incentrati sulla famiglia – come la formazione sulle competenze – e nelle scuole e nei contesti educativi, quali:

- i cambiamenti organizzativi per un ambiente psicologico sicuro e positivo;
- l'insegnamento del valore della salute mentale e le abilità di vita;
- la formazione del personale per l'individuazione e la gestione di base del rischio di suicidio;
- interventi basati sulla leadership tra pari o i programmi di mentoring;
- programmi di prevenzione rivolti agli adolescenti in situazioni vulnerabili, come quelli che provengono da contesti fragili e gruppi minoritari o discriminati;
- interventi a più livelli per prevenire l'abuso di alcol e sostanze;
- programmi per aiutare a prevenire comportamenti sessuali a rischio.



Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano la depressione

Ecco riportate alcune attività pratiche con le tecniche specifiche che gli educatori possono applicare per aiutare i giovani a gestire la depressione e sviluppare competenze emotive. Queste tecniche promuovono la consapevolezza di sé, migliorano le capacità relazionali e forniscono strumenti concreti per affrontare le difficoltà emotive.

[1] Diario della Gratitudine e del Benessere. Un esercizio di scrittura che aiuta i giovani a concentrarsi sugli aspetti positivi della loro vita, riducendo l'effetto dei pensieri negativi.

Attività. Chiedere ai giovani di scrivere, ogni sera, tre cose per cui si sentono grati o felici, anche piccole come una conversazione piacevole o un bel paesaggio visto durante la giornata. L'educatore può poi guidare una discussione settimanale sul loro "momento di gratitudine" preferito.

Materiali. Quaderno per ciascun partecipante e penne.

Durata. 10-15 minuti ogni giorno.

[2] Focus Group sulle Emozioni. Momenti di condivisione in cui i giovani possono confrontarsi su temi specifici e sviluppare una comprensione comune.

Attività. L'educatore introduce un tema specifico, come "Come gestisci i momenti di tristezza?" o "Quali sono le tue preoccupazioni principali?". I partecipanti rispondono e si confrontano in un cerchio, ascoltando e rispettando le esperienze degli altri. Ogni focus group può terminare con una breve riflessione guidata, in cui ciascuno esprime cosa ha appreso dall'incontro.

Materiali. Spazio tranquillo per il cerchio, foglietti per prendere appunti personali.

Durata. 45-60 minuti

[3] Il Collage del Futuro. Aiutare i giovani a visualizzare e organizzare i loro sogni e obiettivi, offrendo uno strumento di introspezione che rafforza la speranza nel futuro.

Attività. L'educatore fornisce riviste, fogli, forbici e colla e invita i ragazzi a ritagliare immagini o parole che rappresentano come vedono il loro futuro o ciò che desiderano. Al termine dell'attività, ciascuno presenta il proprio collage e spiega cosa rappresenta per lui. Si può concludere chiedendo di scegliere una parola chiave per rappresentare il loro progetto futuro.

Materiali. Riviste, fogli, forbici, colla.

Durata. 60-90 minuti.

[4] Attività di Scrittura Espressiva: “La Lettera a Sé Stessi”. La scrittura espressiva aiuta i giovani a esternare le proprie emozioni e pensieri, favorendo una riflessione personale profonda.

Attività. L'educatore chiede ai ragazzi di scrivere una lettera indirizzata a loro stessi in un momento difficile o a loro stessi in futuro, dando consigli e incoraggiamenti. Si può proporre un tema, come “Cosa vorresti dire a te stesso/a quando ti senti triste?” o “Quali consigli ti daresti per superare le difficoltà?”. Al termine, chi lo desidera può leggere la propria lettera al gruppo. Questo esercizio può aiutare a creare un senso di autoconsapevolezza e comprensione reciproca.

Materiali. Carta, penne.

Durata. 30 minuti per la scrittura, 30 minuti per la condivisione.

[5] Workshop di Arteterapia. Attraverso l'arteterapia, i giovani possono esprimere visivamente emozioni difficili da verbalizzare.

Attività. L'educatore invita i ragazzi a disegnare o dipingere qualcosa che rappresenti il loro stato emotivo attuale o una sfida che stanno affrontando. Si lascia ampio spazio alla libertà creativa, senza giudizio sulle capacità artistiche. Una volta completati i disegni, ciascuno può, se lo desidera, condividere il significato del proprio lavoro con il gruppo.

Materiali. Fogli da disegno, pennarelli, colori, pastelli.

Durata. 45-60 minuti.

[6] Le attività di “Problem Solving” per affrontare le sfide quotidiane. Aiutano i giovani a sviluppare un approccio pratico e positivo alle difficoltà.

Attività. L'educatore introduce una situazione problematica, come: “Hai una verifica difficile e ti senti sopraffatto” o “Hai avuto una lite con un amico e non sai come affrontarla”. Ogni partecipante deve pensare a una strategia per affrontare il problema, cercando di risolverlo con i mezzi a propria dispo-

sizione. Alla fine, si condivide e discute quale soluzione sia stata più efficace e perché.

Materiali. Schede con situazioni problematiche.

Durata. 30 minuti.

[7] Gli esercizi di Comunicazione Empatica. Aiutano a sviluppare l'empatia e la comprensione reciproca, competenze fondamentali per il benessere relazionale.

Attività. In coppie, i partecipanti si scambiano racconti su una situazione difficile. Ogni membro deve poi riassumere ciò che ha ascoltato, cercando di capire il punto di vista dell'altro. Successivamente, il gruppo riflette su quanto sia importante "sentirsi ascoltati" e come migliorare la comunicazione.

Materiali. Nessuno specifico.

Durata. 15-20 minuti per le coppie, 20 minuti per la riflessione di gruppo.



CAPITOLO

4

Disturbi da sintomi somatici

4.1

COME RICONOSCERE I DISTURBI SOMATICI

Quando il corpo parla

Da sempre si è data molta più importanza al corpo. Esso può essere un valido strumento di comunicazione di uno stato di disagio o di sofferenza psichica. Pertanto, le sofferenze trovano uno spazio di espressione e tentano di dare un segnale alla persona, mostrandosi attraverso un dolore fisico che coinvolge la persona a 360 gradi con la mente e con il corpo. Senza dubbio, esiste un'intima connessione malessere\benessere fisico – mentale.

I disturbi somatoformi, oggi classificati nel DSM-5 come «**Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati**», sono un gruppo di condizioni caratterizzate da sintomi fisici che non possono essere spiegati da una condizione medica generale o da un altro disturbo mentale.

Questi sintomi fisici, tuttavia, causano un notevole disagio o compromettono il funzionamento sociale, lavorativo o altre aree importanti della vita della persona.

I sintomi dei disturbi psicosomatici

Nel DSM-5, i disturbi somatici e correlati si dividono principalmente in due categorie: i disturbi da sintomi somatici e i disturbi correlati, ognuno con caratteristiche distintive.

[1] I disturbi da sintomi somatici sono caratterizzati dalla presenza di uno o più sintomi somatici che causano disagio significativo e sono associati a preoccupazioni eccessive riguardo alla gravità dei sintomi stessi. Questi sintomi possono variare ampiamente e includere dolore, disturbi gastrointestinali, affaticamento, e altre manifestazioni fisiche. Ciò che distingue questi disturbi è il fatto che il focus della persona non è tanto sulla malattia in sé, quanto sulla loro interpretazione e sull'ansia che provano al riguardo. Spesso, la persona cerca ripetutamente assistenza medica, nonostante gli accertamenti medici non rivelino una causa fisica evidente per i sintomi.

[2] Un altro gruppo è costituito dai **disturbi correlati**, che comprendono il disturbo da conversione, il disturbo da malattia ipocondriaca e il disturbo da somatizzazione. Il *disturbo da conversione* si manifesta con sintomi neurologici (come paralisi o problemi di coordinazione) che non sono spiegabili da una condizione medica, spesso in risposta a stress emotivo o traumi. Il *disturbo da malattia ipocondriaca* implica una preoccupazione persistente per avere una malattia grave, basata su un'interpretazione errata di sintomi corporei normali.

Infine, il *disturbo da somatizzazione* si riferisce a una storia di sintomi somatici ricorrenti e variabili che non possono essere spiegati da una condizione medica o da un altro disturbo mentale. Il DSM-5 sottolinea che, sebbene i sintomi somatici siano reali e possano causare un significativo disagio, il meccanismo sottostante non è necessariamente legato a una malattia fisica.

[3] Il disturbo da dismorfismo corporeo (o *Body Dysmorphic Disorder*) rientra tra i disturbi correlati ai disturbi da sintomi somatici. Questo disturbo è caratterizzato da una preoccupazione eccessiva per un difetto percepito nell'aspetto fisico, che può essere leggero o addirittura inesistente agli occhi degli altri.

Si può dire che è una condizione psicologica caratterizzata da un'ossessione riguardante difetti percepiti nell'aspetto fisico, che possono essere lievi o inesistenti.

Anche se questi difetti appaiono irrilevanti o invisibili agli altri, **per la persona che soffre sono fonte di grande ansia e disagio, tanto da interferire con la vita quotidiana.**

Caratteristiche principali del disturbo da dimorfismo corporeo:

- **Preoccupazione ossessiva per l'aspetto fisico.** Gli individui trascorrono molto tempo focalizzandosi su specifiche parti del corpo, come la pelle, i capelli, il naso, gli occhi, la forma del viso, i denti, o altre caratteristiche. Anche se le imperfezioni sono lievi o immaginarie, la persona le vede come gravi difetti estetici.
- **Comportamenti ripetitivi legati all'aspetto.** Questi includono il controllarsi ripetutamente allo specchio, confrontarsi con altri, camuffare il presunto difetto (ad esempio, con trucco o vestiti), e ricorrere a interventi estetici per correggerlo. La persona potrebbe cercare costantemente rassicurazioni da altri o, al contrario, evitare del tutto lo specchio e i contatti sociali per la vergogna.
- **Impatto sulla vita quotidiana.** Il disturbo può causare grave angoscia emotiva e interferire con il funzionamento quotidiano. Le persone con *Body Dysmorphic Disorder* spesso evitano situazioni sociali per paura di essere giudicate per il loro aspetto e possono isolarsi. Il disagio può portare anche a depressione, ansia sociale e pensieri suicidari.
- **Ricerca ossessiva di interventi cosmetici.** Nonostante gli interventi chirurgici o estetici, che le persone cercano spesso per correggere i loro presunti difetti, il sollievo è solo temporaneo. In molti casi, l'insoddisfazione persiste o si sposta verso altre aree del corpo, rendendo vano l'intervento.
- **Aspetti psicologici e psichiatrici.** Il disturbo è associato a bassi livelli di autostima, perfezionismo e disturbi d'ansia. In molti casi, gli individui sviluppano anche disturbi depressivi, ansia generalizzata o disturbi alimentari. Il disturbo da dimorfismo corporeo può coesistere con l'ansia sociale, poiché le persone temono il giudizio degli altri.

Prevalenza

[1] I dati sui disturbi somatici sono difficili da determinare in modo preciso a causa della variabilità nella definizione e nella diagnosi di queste condizioni. Tuttavia, si stima che tra il 5% e il 7% della popolazione in generale possa essere affetto da disturbi somatici. Questi disturbi sono **più comuni tra le donne rispetto agli uomini**, con un rapporto che può variare, ma generalmente si osserva che le donne sono circa due volte più inclini a sviluppare disturbi somatici.

[2] La fascia di età maggiormente colpita da questi disturbi tende a essere quella degli adulti giovani e di mezza età, con **un picco di incidenza tra i 20 e i 40 anni**. Tuttavia, è importante notare che i sintomi possono presentarsi anche in età adolescenziale e, in alcuni casi, anche in età avanzata, dove possono essere complicati da altri fattori come la presenza di malattie fisiche croniche o il declino delle capacità cognitive.

[3] Le caratteristiche rilevanti includono una comorbidità significativa con altri disturbi psicologici, come ansia e depressione, che possono complicare ulteriormente la diagnosi e il trattamento. Inoltre, le persone con disturbi somatici **spesso hanno storie di esperienze traumatiche o stressanti**, che possono influenzare la loro salute mentale e fisica.

[4] Geograficamente, la prevalenza dei disturbi somatici può variare. Negli Stati Uniti e in Europa, i tassi di diagnosi possono essere più elevati, in parte a causa di una maggiore consapevolezza e di accesso ai servizi di salute mentale. Tuttavia, in molte regioni dell'Asia e dell'Africa, i disturbi somatici potrebbero essere sotto diagnosticati a causa di stigma, mancanza di formazione professionale e differenze culturali nella percezione della salute mentale.

4.2

CAUSE CHE CONCORRONO AI DISTURBI SOMATICI

Le cause dei disturbi da sintomi somatici sono complesse e multifattoriali, derivando da una combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali. **Sebbene non vi sia una causa unica che possa spiegare la loro origine**, è ampiamente riconosciuto che un'interazione dinamica tra la mente e il corpo gioca un ruolo fondamentale.

[1] Un importante fattore è rappresentato dalla **predisposizione genetica**. Studi hanno dimostrato che esiste una componente ereditaria che rende alcune persone più vulnerabili a sviluppare disturbi psichiatrici legati all'ansia, come quelli somatici. Le persone con una storia familiare di disturbi d'ansia, disturbi depressivi o altri disturbi mentali hanno un rischio più elevato di sviluppare sintomi somatici. Questa predisposizione genetica influenza la sensibilità del sistema nervoso centrale, che può reagire in modo più intenso a stimoli fisici ed emotivi, esacerbando la percezione del dolore o dei sintomi corporei.

Dal punto di vista neurobiologico, è emerso che le persone con disturbi da sintomi somatici possono avere alterazioni nei circuiti cerebrali coinvolti nella percezione del dolore e nell'elaborazione degli stimoli corporei. Il sistema nervoso centrale potrebbe essere più attivato o ipersensibile a segnali corporei normali, portando a una maggiore percezione e amplificazione dei sintomi fisici. È stato suggerito anche il coinvolgimento di neurotrasmettitori come la serotonina e la dopamina, che regolano sia l'umore che la sensibilità al dolore.

[2] I fattori psicologici svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi da sintomi somatici. Le persone con una tendenza a interpretare in modo catastrofico i segnali fisici o con una marcata iperattenzione al corpo sono più inclini a sviluppare questo tipo di disturbo. La convinzione che un sintomo fisico sia il segno di una grave malattia, anche in assenza di prove mediche, è comune in questi individui. Le esperienze traumatiche o emotive, in particolare durante l'infanzia, come l'abuso fisico o sessuale, la negligenza o il trauma psicologico, possono aumentare la probabilità di sviluppare disturbi somatici.

Tali esperienze possono portare a una difficoltà nella gestione delle emozioni, inducendo la persona a esprimere il disagio psicologico attraverso sintomi corporei. In altre parole, il corpo diventa il mezzo attraverso il quale vengono manifestati i conflitti emotivi o lo stress non elaborato. Alcuni individui sviluppano inoltre una forma di «iper-vigilanza» verso i segnali del proprio corpo, monitorando costantemente il minimo cambiamento o sensazione, il che può portare a una sovrastima dell'importanza dei sintomi fisici.

[3] Anche il contesto familiare gioca un ruolo significativo. I modelli di malattia osservati nell'infanzia possono influenzare il modo in cui un individuo percepisce e risponde ai propri sintomi fisici. Se in una famiglia si è tendenzialmente iperattenti ai segnali del corpo o si tende a trattare ogni malessere fisico come qualcosa di grave, è più probabile che un bambino cresca sviluppando convinzioni simili. In alcuni casi, i sintomi fisici possono diventare un mezzo per ottenere attenzione, conforto o evitare responsabilità e pressioni. Questo meccanismo può essere inconsciamente rinforzato dall'ambiente circostante, portando la persona a mantenere o amplificare i sintomi somatici.

[4] Infine, fattori culturali e sociali contribuiscono significativamente alla manifestazione e all'interpretazione dei disturbi somatici. In alcune culture, esprimere il disagio emotivo attraverso sintomi fisici può essere più accettabile o comprensibile rispetto alla verbalizzazione delle emozioni. Le norme sociali e culturali possono influenzare la maniera in cui un individuo interpreta e affronta i sintomi corporei. In alcune società, infatti, il disturbo mentale è ancora stigmatizzato e meno accettato rispetto a una malattia fisica. Gli ideali di bellezza promossi dai media, la pressione sociale e le aspettative riguardanti l'apparenza fisica possono aggravare la condizione. Di conseguenza, le persone potrebbero essere più propense a manifestare il disagio psicologico attraverso il corpo piuttosto che riconoscerlo come un problema emotivo o mentale.

I segnali d'allarme dei disturbi da sintomi somatici possono variare da persona a persona, ma ci sono alcuni sintomi comuni che possono indicare la presenza di un disturbo. Riconoscerli è importante per poter intervenire tempestivamente e cercare un trattamento adeguato.

[1] Uno dei principali segnali è la **preoccupazione eccessiva e persistente per i sintomi fisici**, anche quando non c'è una chiara spiegazione medica. Le persone con disturbi da sintomi somatici tendono a soffermarsi in modo ossessivo sui loro sintomi, interpretandoli come segnali di gravi malattie. Questa preoccupazione può non essere alleviata nemmeno dopo numerosi esami medici negativi o rassicurazioni da parte dei professionisti della salute.

[2] Un altro segnale d'allarme importante è il **dolore o un malessere persistente e non giustificato da una causa medica chiara**. Le persone potrebbero sperimentare dolore cronico o altri sintomi fisici come affaticamento, vertigini o difficoltà respiratorie, nonostante gli esami non indicano alcun problema fisico evidente. Anche se i sintomi possono essere reali e debilitanti, il livello di angoscia vissuto dalla persona è sproporzionato rispetto alla gravità reale del sintomo.

[3] La **ricerca frequente di assistenza medica** o di diversi specialisti è un altro segnale d'allarme. Gli individui tendono a consultare numerosi medici o sottoporsi a esami ripetuti, nella speranza di trovare una risposta o una diagnosi che spieghi i loro sintomi. Spesso non sono soddisfatti dei risultati negativi e continuano a credere di avere una grave condizione fisica.

[4] Un comportamento comune è la **costante verifica dei sintomi**. Le persone affette da disturbi da sintomi somatici possono controllare ripetutamente il loro corpo alla ricerca di segnali di malattia, come misurare continuamente la temperatura, la pressione o ispezionare una parte specifica del corpo. Questo può portare a un ciclo ossessivo di monitoraggio dei sintomi che peggiorano la preoccupazione.

[5] La **rassicurazione eccessiva** da parte di familiari, amici o medici è un altro segnale. Questi individui cercano frequentemente rassicurazioni dagli altri, chiedendo se i loro sintomi sembrano preoccupanti o se devono aspettarsi una malattia. Nonostante le rassicurazioni ricevute, la loro ansia non si attenua e continua a cercare conferme.

[6] La **compromissione delle attività quotidiane** è un segnale chiave. I disturbi da sintomi somatici possono interferire significativamente con la vita quotidiana, influenzando il lavoro, le relazioni sociali e le attività personali. Le persone possono evitare determinate attività per paura di aggravare i loro sintomi o perché non si sentono fisicamente in grado di partecipare. Questo può portare a isolamento sociale, diminuzione della produttività e un deterioramento della qualità di vita.

[7] Infine, **l'emergere di sintomi psicologici concomitanti**, come ansia e depressione, è un ulteriore segnale di allarme. L'angoscia e la frustrazione derivanti dalla persistenza dei sintomi fisici, unita alla mancanza di spiegazioni mediche, può portare a un peggioramento dello stato emotivo. Le persone possono sviluppare disturbi d'ansia, attacchi di panico o depressione, aggravando ulteriormente la loro condizione complessiva.

4.4

PRINCIPALI MITI E FALSE CREDENZE SUI DISTURBI SOMATICI

I disturbi da sintomi somatici sono prodotti intenzionalmente o finti: le persone inventano i propri sintomi. FALSO

Le persone con disturbi da sintomi somatici non fingono. Provano dolore o disagio reale, anche se non sempre c'è una causa medica evidente. La sofferenza è autentica e spesso aggravata dall'ansia e da processi mentali inconsci.

Chi soffre di disturbo da dimorfismo corporeo è solo vanitoso. FALSO

Il disturbo da dimorfismo corporeo non riguarda la vanità, ma un'ossessione patologica per difetti fisici percepiti (spesso inesistenti o minimi). Queste preoccupazioni causano intensa sofferenza e compromettono la vita sociale e lavorativa.

I disturbi da sintomi somatici possono essere risolti con la forza di volontà.

FALSO

Non si tratta di «scegliere di stare bene». Questi disturbi richiedono un approccio multidisciplinare che include supporto psicologico e, in alcuni casi, trattamento medico per i sintomi fisici e psichici.

Se i medici non riscontrano alcuna patologia, significa che non c'è davvero nulla di realmente preoccupante. FALSO

La mancanza di una spiegazione medica non rende i sintomi meno reali. I disturbi da sintomi somatici hanno basi psicologiche e neurobiologiche, anche se non sempre visibili attraverso test medici.

I disturbi da sintomi somatici colpiscono solo le donne. **FALSO**

Sebbene siano più comuni nelle donne, anche gli uomini possono esserne affetti. La loro diagnosi potrebbe essere meno frequente a causa di stereotipi di genere o di una diversa manifestazione dei sintomi.

4.5

COME ACCOMPAGNARE I SINTOMI SOMATICI IN AMBITO EDUCATIVO

Un approccio molto attento, sensibile e multidisciplinare

[1] Il primo fattore da considerare è relativo all'importanza del **supporto sociale**. Avere una rete sociale solida, composta da amici, familiari o altre persone fidate, può fornire un importante meccanismo di protezione. Le relazioni interpersonali positive aiutano a gestire lo stress, a normalizzare le preoccupazioni riguardanti la salute e a ridurre l'ansia legata ai sintomi fisici.

Le persone che si sentono supportate sono **più propense a interpretare correttamente i segnali corporei e a cercare aiuto professionale quando necessario**, senza cadere in atteggiamenti iper-catastrofici.

[2] Il **buon adattamento emotivo** e la **capacità di gestire lo stress** rappresentano un altro fondamentale fattore di protezione. Le persone che sviluppano abilità di coping efficaci, come tecniche di rilassamento, mindfulness o strategie cognitive per la gestione delle emozioni negative, sono meno inclini a somatizzare il disagio psicologico. Una buona **regolazione emotiva** permette di affrontare lo stress quotidiano senza riversarlo sul corpo, evitando così l'insorgenza di sintomi fisici legati a tensione emotiva o ansia.

[3] È poi importante in ambito educativo insistere sulla **formazione e sull'educazione alla salute**. Le persone che hanno una comprensione adeguata del funzionamento del corpo e delle normali risposte fisiologiche allo stress sono meno inclini a interpretare erroneamente i sintomi fisici come segni di gravi malattie. L'educazione alla salute può aiutare a ridurre l'ansia legata alla salute, promuovendo un atteggiamento più realistico verso i sintomi corporei.

[4] In generale, l'obiettivo primario è di offrire supporto e **creare un ambiente sicuro e inclusivo** dove i giovani possano esplorare e affrontare le proprie preoccupazioni legate all'aspetto fisico e al benessere generale, senza sentirsi giudicati o stigmatizzati. Un intervento educativo dovrebbe quindi basarsi su una serie di criteri fondamentali,

che prevedono sia azioni preventive che attività strutturate, in modo da costruire un percorso completo ed efficace di sensibilizzazione e sostegno.

[5] L'approccio educativo deve includere anzitutto un'informazione accurata sui disturbi somatici, come il dismorfismo corporeo, e più in generale sugli effetti che la percezione del corpo ha sulla salute mentale e fisica. L'educatore dovrebbe fornire contenuti chiari e scientificamente corretti su cosa siano tali disturbi, evidenziando anche **l'impatto che i media e i social network** possono avere sulla percezione corporea.



Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano i disturbi somatici e il dimorfismo corporeo

Questionario sulla Percezione Corporea e il Benessere Emotivo

I questionari anonimi sono strumenti fondamentali per individuare in modo preliminare il livello di disagio o insicurezza legato alla percezione corporea. Prima di iniziare un programma educativo, è utile distribuire un questionario ai partecipanti con domande strutturate per valutare:

- La percezione di sé
- L'influenza dei social media
- Lo stato emotivo legato all'immagine corporea
- Benessere psicofisico

Autopercezione e Immagine Corporea

- Quanto ti senti soddisfatto/a del tuo aspetto fisico generale?
Molto soddisfatto/a – Abbastanza soddisfatto/a – Poco soddisfatto/a – Per nulla soddisfatto/a
- Quali sono le parti del tuo corpo di cui sei più soddisfatto/a? (Risposta aperta)
- Quali sono le parti del tuo corpo di cui sei meno soddisfatto/a? (Risposta aperta)
- In che misura pensi che il tuo aspetto fisico influenzi il tuo umore?
Molto – Abbastanza – Poco – Per nulla
- Quante volte al giorno pensi all'aspetto del tuo corpo?
Mai – 1 o 2 volte – 3 o 5 volte – Più di 5 volte
- Ti senti spesso preoccupato/a o a disagio riguardo al tuo corpo?
Sempre – Spesso – A volte – Raramente – Mai

Influenza dei Social Media

- Quanto tempo passi sui social media ogni giorno?
Meno di un'ora – 1-3 ore – 3-5 ore – Più di 5 ore
- Ti capita di confrontare il tuo aspetto con quello delle persone che vedi sui social media?
Sempre – Spesso – A volte – Raramente – Mai
- Pensi che i social media influenzino il modo in cui percepisci il tuo corpo?
Molto – Abbastanza – Poco – Per nulla
- Quando guardi le foto di persone «perfette» sui social media, come ti senti?
Motivato/a a migliorarmi – Insoddisfatto/a del mio aspetto – Indifferente – Altro (specifica):
- Ti è mai capitato di modificare o ritoccare una foto prima di pubblicarla sui social?
Sempre – Spesso – A volte – Mai

Autostima e Accettazione di Sé

- Come descriveresti la tua autostima generale?
Molto alta – Abbastanza alta – Media – Bassa – Molto bassa
- In che misura ti senti accettato/a dal tuo gruppo di amici?
Completamente – Abbastanza – Poco – Per nulla
- Sei mai stato/a vittima di commenti negativi o prese in giro riguardo al tuo aspetto?
Mai – Raramente – Spesso – Molto spesso
- Quanto ti senti sicuro/a nel mostrarti così come sei senza modifiche o trucchi?
Molto sicuro/a – Abbastanza sicuro/a – Poco sicuro/a – Per nulla sicuro/a

Benessere Psicofisico

- Quanto spesso ti senti ansioso/a o stressato/a riguardo al tuo corpo o alla tua immagine?
Sempre – Spesso – A volte – Mai
- Quando sei tra amici o in pubblico, ti capita di pensare a come appari?
Sempre – Spesso – A volte – Mai
- Quanto pensi che la tua autostima sia influenzata dal tuo aspetto fisico?
Molto – Abbastanza – Poco – Per nulla
- Quali sono le strategie o abitudini che usi per prenderti cura del tuo benessere psicofisico? (es. sport, meditazione, altre attività di cura di sé) (Risposta aperta)

Riflessioni e Suggestimenti

- Quali sono le difficoltà principali che incontri quando si tratta di accettare il tuo corpo? (Risposta aperta)
- Quali attività o strategie pensi possano aiutarti a migliorare la percezione di te stesso/a? (Risposta aperta)
- Se potessi ricevere supporto su questo argomento, quale tipo di supporto troveresti utile? (es. consulenza, gruppi di discussione, materiale informativo) (Risposta aperta)
- Ci sono altre cose che vorresti aggiungere o condividere sul tema della percezione corporea? (Risposta aperta)

Focus Group su Immagine Corporea e Stereotipi di Bellezza

Organizzare sessioni di gruppo in cui i giovani possono esprimere le proprie opinioni sui modelli di bellezza e le pressioni estetiche della società permette loro di sviluppare un pensiero critico. Durante queste sessioni, l'educatore può utilizzare domande stimolo come:

- “Quali standard di bellezza pensi siano promossi dai social media?”
- “Quanto ti senti condizionato/a dai canoni estetici pubblicizzati dai media?”
- “Pensi che l'immagine del corpo ideale sia cambiata nel tempo?”

Queste discussioni non solo aiutano i giovani a riflettere, ma creano un ambiente in cui si sentono ascoltati e possono trovare supporto reciproco. Per incoraggiare una partecipazione aperta, è consigliato utilizzare un cerchio di condivisione dove ognuno ha il diritto di esprimersi senza interruzioni.

Laboratori di Consapevolezza Corporea

La mindfulness è una tecnica efficace per aiutare i giovani a sviluppare una relazione più equilibrata con il proprio corpo, basata sulla consapevolezza e l'accettazione. Durante queste sessioni, si possono guidare i partecipanti attraverso:

[1] Esercizi di respirazione e consapevolezza. L'educatore invita i ragazzi a chiudere gli occhi, concentrarsi sulla respirazione e notare le sensazioni corporee senza giudizio. Questo aiuta a sviluppare una consapevolezza di sé priva di critiche.

[2] Visualizzazioni guidate. L'educatore guida i giovani a immaginare un momento in cui si sono sentiti sereni e in sintonia con il proprio corpo, chiedendo poi di riflettere su come mantenere quella sensazione.

[3] Diario di gratitudine corporea. Invitare i partecipanti a tenere un diario in cui, a fine giornata, annotano almeno una qualità del proprio corpo per cui sono grati. Questo esercizio rinforza l'accettazione e riduce l'autocritica.

Progetti Creativi di Esplorazione dell'Identità Corporea

Creare progetti artistici collettivi consente ai giovani di esplorare l'autenticità corporea in un contesto sicuro e libero da giudizi. Alcune idee pratiche includono:

[1] Mostra fotografica personale. Ogni partecipante scatta una fotografia che rappresenti un aspetto di sé che considera autentico o significativo. Successivamente, si espone la foto in una galleria con una breve descrizione di ciò che rappresenta.

[2] Collage sull'identità corporea. Ogni ragazzo può creare un collage di immagini e parole che rappresentano la propria identità, sia fisica che emotiva. Questo progetto incoraggia l'auto-riflessione e valorizza la diversità.

[3] Murales sull'immagine di sé. In modo collaborativo, i ragazzi possono dipingere un murales che rappresenti l'idea di bellezza e accettazione. Questo tipo di attività, oltre a rafforzare il gruppo, permette ai partecipanti di esplorare l'immagine corporea in modo costruttivo.

Incontri di Discussione con Esperti

Invitare psicologi, nutrizionisti e personal trainer specializzati nella promozione della salute e del benessere corporeo può essere un modo per fornire ai giovani informazioni professionali su come prendersi cura del proprio corpo. Durante questi incontri, gli esperti possono trattare temi come:

- La differenza tra un'alimentazione sana e le diete restrittive.
- Come stabilire obiettivi fisici realistici e basati sul benessere, piuttosto che sull'estetica.
- Tecniche per migliorare la percezione di sé senza essere ossessionati dall'aspetto fisico.

Questo tipo di incontri può anche essere accompagnato da una sessione di domande e risposte, in cui i ragazzi hanno l'opportunità di esprimere i propri dubbi e ricevere consigli pratici.

Percorsi di Educazione all'Uso Consapevole dei Social Media

L'educazione all'Alfabetizzazione Mediale aiuta i giovani a comprendere l'effetto dei social media sull'immagine corporea. Per esempio, è possibile organizzare attività come:

[1] Analisi critica di profili social. L'educatore mostra profili di influencer e pubblicità per discutere in gruppo su come vengono costruite le immagini perfette e quali strumenti vengono utilizzati (filtri, fotoritocco). L'obiettivo è di smascherare la natura artificiale di molte immagini.

[2] Creazione di contenuti realistici. I giovani possono essere invitati a creare contenuti realistici che promuovano la genuinità, documentando momenti della loro vita senza modifiche o filtri. Questo favorisce l'autenticità e aiuta a contrastare la pressione verso l'immagine perfetta.

Materiali Educativi e Brochure Informative

L'educatore può utilizzare materiali di supporto, come brochure e poster informativi da collocare nelle aree comuni, che trattano temi come:

- I rischi dell'eccessiva attenzione al corpo.
- L'importanza dell'autostima e dell'accettazione di sé.
- Strategie per migliorare la percezione del proprio corpo.

Distribuire materiali informativi nei luoghi frequentati dai ragazzi (aule, biblioteca, palestra) aiuta a normalizzare questi temi, creando un ambiente in cui i giovani si sentano meno soli nel loro percorso di accettazione corporea.





CAPITOLO

5

Disturbi alimentari

5.1

COME RICONOSCERE I DISTURBI ALIMENTARI

Sono malato ma è difficile ammetterlo

Quali sono i tipi di disturbi, qual è la causa, quali sono i segnali di allarme che possono farci sospettare, dove possiamo andare e quale trattamento dobbiamo seguire, quali sono i fattori protettivi contro questa malattia? Queste sono alcune delle domande a cui questa sezione risponde brevemente per fornire le informazioni più rilevanti su questi disturbi.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) rientrano tra le patologie di tipo psichiatrico e sono caratterizzati da comportamenti alimentari anomali che influenzano negativamente la salute fisica e psicologica della persona.

Questi disturbi sono caratterizzati **una preoccupazione eccessiva per il peso corporeo accompagnati da una restrizione estrema dell'assunzione di cibo, spesso associata a una percezione distorta del proprio corpo**, e possono portare a gravi conseguenze per la salute. I disturbi alimentari si manifestano in una varietà di forme, ognuna con specifiche caratteristiche e criteri diagnostici, ma sono tutti accomunati da un rapporto disfunzionale con il cibo e una distorsione della percezione del corpo.

Una caratteristica comune di questi disturbi è la mancanza di consapevolezza della malattia e, di conseguenza, la mancanza di motivazione a guarire. Per questo motivo, il trattamento è lungo e complesso e il ruolo della famiglia è essenziale per il recupero.

I sintomi dei disturbi alimentari

Alcuni comportamenti o segnali possono far sospettare un disturbo alimentare. Sono aspetti da osservare perché, se viene diagnosticato il prima possibile, il recupero sarà più facile e veloce.

In primo luogo, **i segni e sintomi fisici:**

- Perdita di peso in breve tempo senza conoscerne l'origine.
- Ritardo nella crescita normale per età e peso.
- Cambiamenti di peso repentini.
- Disturbi mestruali, perdita delle mestruazioni senza motivo medico.
- Decalcificazione ossea (osteoporosi).
- Guance gonfie a causa del vomito autoindotto (ipertrofia parotidea).
- Anomalie dentali (perdita dello strato di smalto, carie).
- Calli sulle nocche di alcune dita.

In secondo luogo, **i segni e sintomi psicologici:**

- Estrema preoccupazione per la linea, la dieta e il peso.
- Commenti derisori sul proprio corpo.
- Grave distorsione dell'immagine corporea.
- Perfezionismo e insoddisfazione.
- Instabilità emotiva.
- Isolamento e preoccupazione eccessiva per lo studio.
- Irritabilità.
- Bassa autostima.
- Impulsività.
- Aumento della rigidità e dell'ossessione.

Infine, **i segni e sintomi comportamentali:**

- Persistenza nella dieta, anche se la persona è molto magra.
- Cambiamento delle abitudini alimentari (diventando vegetariano o vegano).
- Aumento dell'interesse per la cucina, l'abbigliamento e la moda.
- L'allontanarsi dopo i pasti e il chiudersi in bagno.

- Tendenza a nascondere alcune parti del corpo con l'abbigliamento.
- Acquisto e consumo di prodotti dimagranti.
- Strani rituali con il cibo, come ad esempio sminuzzarlo molto.
- Esercizio fisico eccessivo.
- Ossessione di pesarsi continuamente.
- Isolamento sociale.

Prevalenza

[1] Gli studi epidemiologici sulla popolazione più a rischio, riscontrano una prevalenza di circa il 5% nelle femmine di età compresa tra 12 e 21 anni. In base alla diagnosi, i dati di prevalenza sono 0,31% per l'anoressia nervosa, 0,77% per la bulimia nervosa e 3,07% per i disturbi alimentari non specificati (Pérez-Gaspar et al., 2000). I comportamenti a rischio di questi disturbi negli adolescenti sono compresi tra l'11 e il 18%.

Si stima che solo in Italia oggi più di **tre milioni di persone** soffrono di DNA (Disturbi della Nutrizione e Alimentazione) e decine di milioni di giovani e di adulti nel mondo si ammalano ogni anno. La pandemia ha peggiorato ulteriormente la situazione, con un incremento di casi stimato di almeno il 30-35% e un **abbassamento dell'età di esordio**.

[2] Tipicamente questi disturbi hanno l'esordio in età evolutiva e colpiscono maggiormente la popolazione femminile, anche se il numero dei maschi sta aumentando soprattutto in età adolescenziale e preadolescenziale. **I DCA stanno iniziando a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile** con bambini di 8-9 anni che presentano sintomi di DCA tipico dell'età adolescenziale e adulta, soprattutto di tipo anoressico e non più disturbi alimentari propri dell'età infantile come accadeva qualche anno fa.

5.2

TIPOLOGIA DI DISTURBI ALIMENTARI

I diversi volti dei disturbi alimentari

"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale"⁷.

⁷ Definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dal *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR)* (American Psychiatric Association, 2023).

Presentiamo una breve panoramica dei disturbi alimentari primari, la cui lettura può aiutare a comprendere meglio questa realtà:

- **Anoressia nervosa.** Si manifesta come un desiderio irrefrenabile di magrezza, che può essere accompagnato da misure e procedure compensatorie: dieta rigorosa e restrittiva (o addirittura digiuno), esercizio fisico eccessivo e/o comportamenti purgativi (vomito autoindotto, abuso di lassativi e/o diuretici).

I soggetti affetti esprimono un'intensa paura dell'aumento di peso e della possibilità di diventare obesi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso. Presentano una distorsione dell'immagine corporea, con un'estrema preoccupazione per la dieta, la figura e il peso.

Poiché il loro obiettivo è la perdita di peso, i deficit nutrizionali che ne derivano possono portare a conseguenze pericolose per la vita. A livello psicologico, si riscontrano tratti di personalità caratterizzati da elevato perfezionismo, ambizione, scarsa abilità a regolare le emozioni e bassa autostima.

- **Bulimia nervosa.** È caratterizzata da episodi di abbuffate (ingestione vorace e incontrollata), in cui la persona ingerisce una grande quantità di cibo in un breve lasso di tempo, di solito di nascosto e con una sensazione di perdita di controllo. I soggetti affetti possono cercare di compensare gli effetti della sovralimentazione con il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e/o diuretici, il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo.

Come l'anoressia nervosa, le persone affette da bulimia nervosa mostrano una preoccupazione eccessiva per il peso, l'immagine e la forma del corpo. Ciò che la differenzia dall'anoressia è la mancanza di controllo sull'alimentazione. Si tratta spesso di un disturbo più difficile da individuare, in quanto passa facilmente inosservato (la persona colpita può essere normale, sottopeso o sovrappeso) e viene vissuto con sentimenti di vergogna e di colpa.

- **Disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating).** È caratterizzato dalla presenza ricorrente di un'alimentazione vorace (abbuffate), simile a quella delle persone affette da bulimia nervosa. La differenza è che la persona non si impegna in meccanismi di compensazione per le abbuffate, per cui con il tempo la persona colpita si avvia inesorabilmente verso il sovrappeso o l'obesità.

Molte persone affette da disturbo da abbuffata utilizzano il cibo come modo per affrontare le emozioni e i sentimenti negativi. Hanno difficoltà a gestire l'ansia e trovano che mangiare sia confortante e calmante. Tuttavia, finiscono per sentirsi tristi e in colpa per non essere in grado di controllare il cibo, il che aumenta lo stress, e così il ciclo continua.

- **Pica.** Un disturbo che comporta l'ingestione di sostanze non nutritive, come sabbia o gesso. L'ingestione di queste sostanze è considerata inappropriata per il livello di sviluppo dell'individuo. La sostanza tipica ingerita tende a variare con l'età; i bambini piccoli spesso mangiano vernice, gesso, spago, capelli o vestiti. Il disturbo è più comune durante l'infanzia e in alcuni casi si verifica in bambini affetti da autismo o ritardo mentale.
- **Disturbo da ruminazione.** Caratterizzato da ripetuti rigurgiti di cibo (senza nausea o malattia gastrointestinale associata, come il reflusso esofageo) dallo stomaco alla bocca, per poi essere masticato, inghiottito o sputato di nuovo. Il disturbo è più comunemente riscontrato nei bambini piccoli (tra i 3 e i 12 mesi), ma può essere riscontrato in soggetti più grandi, in particolare quelli con ritardo mentale. Non viene diagnosticato quando si verifica nel contesto dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa.
- **Disturbo da Evitamento/Restrittivo dell'Alimentazione.** Si caratterizza per la scarsità di cibo mangiato e/o il rifiuto di consumare certi alimenti. A differenza dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, questo disturbo non è motivato da preoccupazioni per l'immagine corporea, ma è caratterizzato da un persistente fallimento nel soddisfare le esigenze nutrizionali ed energetiche appropriate.

Si tratta, in genere, di ragazzi e ragazze in età prepuberale (con un maggiore coinvolgimento del sesso maschile) che hanno sempre avuto problemi con l'alimentazione (spesso associati a problemi gastrointestinali), con un repertorio alimentare molto ridotto. Questo disturbo è associato a problemi di ansia, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo dello spettro autistico.

- **Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione.** Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree, ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Nonostante ciò, questa categoria di DCA fa emergere tratti importanti e sintomi caratteristici di un problema con il cibo e con il proprio corpo. Questi sintomi, seppur non rientrino nei criteri diagnostici delle più comuni tipologie di disturbi alimentari, meritano di essere ascoltati e di ricevere tutte le attenzioni necessarie per la guarigione.

- **Sindrome da alimentazione notturna.** Conosciuta anche con la terminologia inglese come "night eating syndrome" (NES), è un disturbo del comportamento alimentare che si caratterizza per la presenza di abbuffate notturne e in-

sonnia. È una patologia che induce la persona che ne soffre a alimentarsi compulsivamente in orario serale e notturno, in quantità maggiori che nel resto della giornata. Questo innesca un circolo vizioso, con conseguenze negative sull'orologio biologico sia per quanto concerne il sonno che per quanto concerne l'alimentazione. Talvolta la patologia si presenta in concomitanza di stati depressivi, ansiosi, e riguarda frequentemente, ma non esclusivamente, i soggetti obesi.

- Un'altra categoria emergente di disturbo alimentare è l'**ortoressia nervosa**, che si manifesta come un'ossessione malsana per un'alimentazione "sana" o "pura". Anche se non ancora ufficialmente riconosciuto come un disturbo separato nei manuali diagnostici, l'ortoressia comporta un'eccessiva preoccupazione per la qualità e la purezza del cibo, con conseguenti restrizioni alimentari che possono portare a carenze nutrizionali e isolamento sociale.

Cause che concorrono ai disturbi alimentari

La causa dei disturbi alimentari è multifattoriale. Nella loro formazione sono coinvolti diversi fattori biologici e genetici, caratteristiche psicologiche, aspetti socioculturali e fattori di stress ambientale. Il peso specifico di ciascuno di essi non è ancora ben definito.

Questi disturbi iniziano solitamente nell'adolescenza, anche se si osserva una frequenza di insorgenza progressivamente maggiore nella fase prepuberale e nell'età adulta.

Colpiscono principalmente la popolazione femminile: circa 9 casi su 10 sono di sesso femminile e 1 di sesso maschile.

Tra i fattori che causano i disturbi alimentari vi sono i seguenti:

[1] Fattori biologici (vulnerabilità familiare): gli studi sulle famiglie mostrano una maggiore frequenza di disturbi alimentari tra i familiari di persone affette da disturbi alimentari rispetto a quelli che non presentano la malattia. Nel caso dell'anoressia nervosa, la genetica sembra spiegare il 60-70% del rischio di disturbo.

[2] Fattori socioculturali: diversi studi identificano la relazione tra disturbi alimentari e modelli familiari iperprotettivi, rigidi ed esigenti, conflittuali e poco coesi. D'altro canto, esistono fattori culturali legati al culto del corpo, a un ideale di bellezza eccessivamente magro, all'influenza della moda e dei media e all'impatto delle reti sociali sui giovani.

L'importanza degli aspetti socioculturali è da rilevare nei Paesi sviluppati, dove la magrezza e la bellezza stereotipata sono intese e vendute come sinonimo di successo sociale e personale. C'è un bombardamento massiccio di questo messaggio attraverso i social media, i mass media e l'ambiente. Dati significativi e preoccupanti:

- negli ultimi 5 anni, i contenuti sui social media che promuovono comportamenti alimentari patologici sono aumentati del 47%;
- l'uso di continue immagini di «ispirazione alla magrezza» e sfide virali (*iPhone-Knees*: viene posizionato lo smartphone all'altezza delle ginocchia e se rimangono entrambe coperte dal cellulare significa che sono magre al punto giusto; partecipare a challenge: contare il numero di monete che entrano nell'incavo della clavicola, oppure *Headphones around Waist*: postare foto legandosi le cuffie auricolari intorno alla vita dimostrando così di essere magri).

[3] Fattori psicologici: i tratti di personalità di eccessiva rigidità, perfezionismo, autoesigenza, ritiro sociale e una storia personale di difficoltà alimentari sono stati associati ai disturbi alimentari. In particolare, la bulimia e il disturbo da binge eating hanno un profilo di personalità più impulsivo, con difficoltà a persistere di fronte alla frustrazione, che porta a una sovralimentazione ansiosa. La bassa autostima è un fattore comune alla maggior parte dei disturbi alimentari.

[4] Eventi di vita potenzialmente stressanti: sono stati messi in relazione abusi sessuali e/o fisici nell'infanzia, critiche da parte dell'ambiente nei confronti del corpo e precedenti storie di crisi di vita.

5.3

SEGNALI DI ALLARME DEI DISTURBI ALIMENTARI

[1] I disturbi alimentari sono condizioni complesse e potenzialmente pericolose, e riconoscere **i segnali di allarme** è fondamentale per intervenire tempestivamente. Un cambiamento significativo nel comportamento alimentare è spesso il primo segnale da notare. Questo può manifestarsi attraverso l'adozione di **diete estreme, il rifiuto di cibi considerati "non salutari" o una limitazione severa delle porzioni**. Le persone affette da disturbi alimentari possono anche iniziare a saltare i pasti o a mangiare in segreto, mostrando un comportamento di evitamento e nascondendo il loro rapporto con il cibo.

[2] Inoltre, il corpo può iniziare a manifestare segnali fisici evidenti. **La perdita di peso drastica** è uno dei sintomi più noti, soprattutto nei casi di anoressia, dove la persona può apparire visibilmente sottopeso. Al contrario, nel caso della bulimia, possono esserci **fluttuazioni di peso**, con episodi di abbuffate seguiti da comportamenti compensatori come il vomito o l'uso eccessivo di lassativi. Anche altri segni fisici come

debolezza, affaticamento, pelle secca, perdita di capelli e irregolarità mestruali possono essere indicatori di un disturbo alimentare in atto.

[3] A livello emotivo e comportamentale, i segnali di allarme possono includere un'ossessione per il peso e le forme corporee, con una preoccupazione costante per l'immagine corporea. La persona può esprimere **insoddisfazione per il proprio corpo**, anche se risulta in una condizione di normopeso o sottopeso. Si possono anche notare cambiamenti nell'umore, come irritabilità, ansia o depressione, che spesso accompagnano il deterioramento della salute mentale e fisica. Infine, **l'isolamento sociale** è un altro segnale significativo, poiché la persona può iniziare a evitare situazioni sociali che coinvolgono il cibo, come cene con amici o eventi familiari.

[4] I segnali di allarme sia **nei contesti scolastici, ricreativi, associativi** sono da attenzionare rispetto ad alcuni aspetti e momenti:

- Momento della ricreazione a scuola o conviviali (in queste situazioni c'è la tendenza a buttare via il cibo o non mangiare nulla).
- Luoghi in cui si consumano i pasti insieme (tendenza ad allontanarsi o evitare questi momenti).
- Allievi perfezionisti.
- Esercizio fisico intenso.
- Mancanza di concentrazione.
- Esaurimento.
- Cambiamenti in primavera ed estate.
- Disturbi dell'umore.

5.4

PRINCIPALI MITI E FALSE CREDENZE SUI DISTURBI ALIMENTARI

Elenchiamo alcune convinzioni errate sui disturbi alimentari nella nostra società odierna. Sebbene oggi si sappia di più su questi disturbi rispetto a qualche anno fa, ci sono ancora alcune false credenze che devono essere eliminate per ottenere una buona comprensione di queste malattie complesse:

I disturbi alimentari non sono una malattia. FALSO

I disturbi della condotta alimentare non sono semplicemente delle abitudini scorrette legate all'alimentazione, sono malattie che hanno una genesi ed un'evoluzione multifattoriale, e che richiedono un trattamento specifico.

I disturbi alimentari sono una scelta. FALSO

Nessuno sceglie deliberatamente di avere un disturbo alimentare; al contrario è l'instaurarsi del disturbo che porta la persona a mettere in atto comportamenti come la restrizione dell'assunzione del cibo, o l'induzione del vomito, o episodi di abbuffate. La persona non controlla volontariamente questi fenomeni e la loro presenza richiede un intervento specializzato.

I disturbi alimentari colpiscono solo le donne. FALSO

Negli ultimi anni si è registrato un incremento considerevole dei disturbi alimentari presso la popolazione maschile. Pur essendo più frequenti nella popolazione femminile, i disturbi alimentari dunque coinvolgono anche ragazzi e uomini.

Fare la dieta è un comportamento normale per gli adolescenti. FALSO

Molti adolescenti non mettono in atto diete; altri scelgono di farlo, magari seguendo le orme di qualche amica/o. L'attenzione eccessiva per il peso e il praticare diete senza prescrizione specialistica, può essere un campanello d'allarme al quale prestare attenzione.

L'anoressia e la bulimia sono gli unici disturbi alimentari. FALSO

Oltre all'anoressia e alla bulimia, esistono altri disturbi come il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione, la Night Eating Syndrome, il Disturbo da Ruminazione.

L'anoressia è il disturbo più comune. FALSO

Vengono diagnosticati più casi di bulimia e di disturbi alimentari non altrimenti specificati che di anoressia.

Quando una persona ha un disturbo alimentare, è sempre molto magra. FALSO

In molti casi, l'aspetto fisico della persona affetta da un disturbo alimentare è normale. Cioè, non sono necessariamente magre o eccessivamente magre. L'errata convinzione che tutti i soggetti siano magri può rendere difficile l'individuazione dei disturbi alimentari.

I disturbi alimentari non vengono mai curati completamente. FALSO

Circa il 50-60% dei casi guarisce completamente, il 20-30% guarisce parzialmente e solo nel 10-20% delle persone il disturbo diventa cronico. Ciò che è essenziale per il recupero di un disturbo alimentare è un trattamento medico e psicologico specializzato.

Chi ha un disturbo alimentare ce l'ha perché "se l'è cercata". FALSO

Sono disturbi mentali che nessuno sceglie di avere. Sono disturbi che causano un'intensa sofferenza sia alla persona colpita che al suo ambiente familiare. Hanno sempre un'origine multi-causale in cui intervengono diversi fattori individuali, familiari e sociali.

L'anoressia è una dieta “finita male”. FALSO

Talvolta l'anoressia può insorgere in una persona che prima era sovrappeso, ha deciso di intraprendere una dieta e ha sviluppato una focalizzazione eccessiva sulla necessità di essere magra, restringendo ulteriormente la dieta stessa. Allo stesso tempo esistono persone con anoressia che iniziano a mettere in atto i comportamenti di restrizione del cibo, auto-induzione del vomito o esasperazione dell'esercizio fisico, senza aver effettuato diete prima dell'insorgenza del disturbo.

I disturbi alimentari riguardano solo le ragazze giovani. FALSO

Sebbene sia più comune nelle donne (9 casi su 10 sono donne), colpisce entrambi i sessi e inoltre, vengono diagnosticati in persone di tutte le età. Ciò che è comune è che l'età di insorgenza della malattia è l'adolescenza e, una volta comparsa, la malattia accompagna la persona fino a quando non viene sottoposta a trattamento.

Le abbuffate nella bulimia e nel disturbo da binge eating sono un problema di forza di volontà. FALSO

Quando parliamo di bulimia e di disturbo da abbuffate, parliamo di disturbi mentali caratterizzati dal fatto che la persona colpita non ha la capacità di controllare la propria alimentazione. Non si tratta assolutamente di una mancanza di forza di volontà.

5.5

COME ACCOMPAGNARE I DISTURBI ALIMENTARI IN AMBITO EDUCATIVO

Le principali aree e i fattori su cui lavorare

[1] Sicuramente in ambito educativo diventa importante comprendere l'importanza dell'autostima. Lavorare sul rafforzamento o sulla costruzione di una più solida **auto-stima** già in età adolescenziale può essere un valido fattore di protezione per la salute psicologica. Le persone che hanno una buona percezione di sé e che sono in grado di affrontare le sfide della vita in modo resiliente hanno più strumenti per affrontare la sfida dei disturbi alimentari. Anche il sostegno sociale, come avere amicizie positive e stimolanti, contribuisce a creare un ambiente in cui la persona si sente accettata e valorizzata al di là del proprio aspetto fisico.

Infine, l'**educazione sui temi dell'immagine corporea** è cruciale. Programmi che promuovono l'accettazione della diversità dei corpi e che incoraggiano l'educazione alimentare possono aiutare a prevenire lo sviluppo di comportamenti disfunzionali. In questo modo, le persone possono essere meglio equipaggiate per affrontare le pressioni sociali e mantenere un rapporto sano con il cibo e il proprio corpo.

[2] A questo proposito, ci sono **alcuni fattori che devono essere affrontati**. Essi possono essere raggruppati come segue:

- **Fattori individuali:**

- Buona autostima.
- Immagine corporea positiva.
- Senso critico contro gli stereotipi di bellezza diffusi dai media e le informazioni sulle diete miracolose.
- Benessere emotivo.
- Buon adattamento scolastico (rendimento e rapporto con i coetanei).
- Assertività.
- Buone abilità sociali.
- Strategie di problem solving e di coping.

- **Fattori familiari:**

- Appartenere a una famiglia che non dà eccessiva importanza al peso e all'attrattiva fisica, anzi, incoraggiare un'immagine corporea positiva, accettando le differenze tra le persone e rispettare tutti, indipendentemente dal loro aspetto fisico.
- Consumare almeno uno dei pasti principali in famiglia: Trasformare il consumo di cibo in un atto sociale e familiare.
- Rafforzare l'autostima a casa, cioè lodare i figli per come sono e rafforzare positivamente la loro personalità e le loro capacità, piuttosto che ciò che è legato all'aspetto fisico.
- Promuovere abitudini alimentari sane e uno stile di vita equilibrato. La famiglia deve essere un modello di benessere per i figli.
- Incoraggiare la comunicazione in famiglia, ascoltare le opinioni, stabilire spazi di comunicazione con gli adolescenti.
- Condividere le attività del tempo libero: fare attività sportive insieme, uscite culturali, leggere, guardare la TV, navigare in Internet, ecc.

- **Fattori socioculturali:**

- Appartenere a una cultura meno occidentalizzata che accetta una varietà di forme e dimensioni del corpo.
- Partecipare a sport o ambiti in cui non si pone l'accento sull'attrattiva fisica o sulla magrezza.
- Costruire e incoraggiare relazioni sociali di supporto, in cui il peso e l'aspetto fisico non sono una preoccupazione importante.
- Rifiutare ideali estetici irrealistici che possono mettere a rischio la salute dei ragazzi e giovani.
- Mettere in guardia dai contenuti dannosi su Internet e sui social network: siti web e social network che sostengono l'anoressia e la bulimia come stile di vita.

[3] Lavoro con le famiglie

- Fare una valutazione della composizione e del funzionamento della famiglia.
- Individuare eventuali variazioni nel corretto funzionamento (famiglie disorganizzate, regole rigide, madri molto critiche sull'aspetto fisico, conflitti familiari, ecc.).
- Stabilire fin dall'inizio un buon canale di comunicazione con la famiglia.
- Promuovere la capacità e la volontà di collaborare.
- Riflettere sul fatto che le famiglie possono favorire i fattori di mantenimento della malattia.

Come parlare con la famiglia

Si consiglia *un primo contatto* degli educatori solo con i genitori durante il quale si affrontano i seguenti temi: l'incontro con il figlio ed il sospetto disturbo alimentare. In un *secondo momento*, includere il ragazzo nell'incontro.

Confronto in merito a:

- Problemi attuali.
- Importanza della diagnosi e del trattamento precoci.
- Risorse sanitarie e sociali esistenti; supporto che può dare il contesto educativo.

Aspetti che rischiano di complicare la situazione in famiglia

- Negazione della malattia.
- Cambiamenti biopsicosociali che mantengono il problema.
- Isolamento sociale.
- Protezione eccessiva.
- Mancanza di accordo tra i genitori.
- Minimizzare il problema.

[4] L'importanza dell'ambiente educativo

Il ruolo degli educatori è cruciale in quanto hanno un contatto diretto e continuo con la popolazione a rischio/colpita. Ci sono tre compiti educativi da tenere in considerazione:

- Individuare i segnali di allarme e i possibili casi.
- Sostenere e accompagnare durante il processo.
- Collaborare con il ragazzo/a.

D'altra parte, ci sono alcune attenzioni che devono essere prese in esame:

- Cambiamenti evidenti.
- Conseguenze fisiche ed emotive.
- Il rapporto con la famiglia.
- Informare i parenti.
- Favorire la mediazione qualora il ragazzo si rifiuti di parlare con i genitori, e viceversa.

Raccomandazioni nell'accompagnamento e sostegno

- Il principale ostacolo è la difficoltà della persona a rivelare i sintomi. Pertanto, l'empatia e il sostegno percepiti saranno fondamentali per indurre il giovane a spiegare le proprie paure, preoccupazioni e comportamenti.
- Generare un clima di fiducia e sostegno.
- Evitare di dare la colpa o di puntare il dito. Evitare un tono accusatorio.
- L'educatore, pur essendo in contatto con la famiglia, cercherà di non essere identificato come un alleato della famiglia, ma come qualcuno che si preoccupa della salute e della situazione emotiva della famiglia.
- Si tenga conto della mancanza di consapevolezza della malattia, della tendenza a negare il disturbo e della scarsa motivazione al cambiamento, che è tanto più pronunciata quanto più breve è l'evoluzione.

[5] Come lavorare in gruppo

Lavorare con tutti i ragazzi sulle seguenti abilità:

- Partecipazione ai compiti.
- Separazione della giornata in parti (studio, hobby, amici, ecc.).
- Attività che favoriscono le abilità sociali e le relazioni interpersonali.
- Cercare nuovi interessi.
- Incoraggiare l'autonomia personale e il processo decisionale.
- Imparare a verbalizzare e a identificare problemi, pensieri e sentimenti.
- Stimolare la riflessione su comportamenti e atteggiamenti e sul loro impatto sugli altri.
- Incoraggiare la spontaneità e parlare delle emozioni.
- Incoraggiare regole e autostima più flessibili.
- Evitare la manipolazione e le bugie come modo di relazionarsi.
- Promuovere la valutazione positiva dei loro risultati.

[6] Programmi di prevenzione per scuole⁸

I Disturbi alimentari sono malattie ad eziologia complessa e l'espressione clinica è variabile. Nei contesti in cui sono coinvolte popolazioni a rischio, è essenziale disporre di una formazione adeguata a intervenire in modo tempestivo, agendo come agenti di prevenzione e rilevamento.

Sebbene l'approccio psicoterapeutico sia un asse centrale nel trattamento, **gli interventi nell'ambiente scolastico e sociale del bambino sono determinanti** nella prognosi della malattia. Tutti i modelli terapeutici coincidono nell'attribuire grande importanza al ruolo della famiglia nel recupero, per cui è essenziale includerla nel processo di recupero.

Si raccomanda che **i diversi professionisti coinvolti** (pediatri, educatori, consulenti, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, nutrizionisti, ecc.) lavorino in modo coordinato, con azioni concordate e integrate in un piano terapeutico comune.

Uno dei criteri educativi fondamentali è quello di promuovere **un ambiente sicuro**, non giudicante e basato sulla fiducia, dove i giovani possano sentirsi liberi di discutere delle loro difficoltà senza paura di essere stigmatizzati. Gli educatori devono quindi essere formati a riconoscere i segnali precoci di un possibile disturbo alimentare, come l'ossessione per il peso, l'evitamento di certi cibi, o comportamenti anomali come saltare pasti o mangiare in modo compulsivo.

Per rispondere ai bisogni educativi, le azioni preventive si possono articolare in **attività di sensibilizzazione e di educazione emotiva**. Gli educatori possono organizzare seminari e incontri formativi dove si discute di alimentazione sana, ma soprattutto si affrontano i temi dell'accettazione del proprio corpo, della gestione dello stress e delle emozioni, e delle pressioni sociali legate all'immagine corporea. Questi incontri devono essere strutturati con linguaggio adeguato all'età e devono incentivare l'interazione e la partecipazione attiva dei ragazzi. Infatti, si potrebbero pensare **programmi** con i seguenti contenuti e obiettivi:

- Sane abitudini – Senso critico in relazione ai valori estetici.
- Capacità di far fronte alle situazioni, resilienza – accettazione, diversità.
- Contenuti:
 - Abitudini alimentari sane: piramide dei bisogni umani di Maslow, varietà, cinque pasti al giorno, esercizio quotidiano, falsi miti, piatto del mangiar sano di Harvard, ecc.

⁸ Programmi nazionali (Spagna): ZARIMA, DITCA, AMEMC, altri. Programmi internazionali: Progetto Corpo, Corpi dei ragazzi, Peso sano.

- Impulsività: problem solving razionale, autocontrollo.
- Media: senso critico, influenza sui propri gusti e ideali, differenziazione.
- Assertività: esprimere e rispettare la propria opinione.
- Perfezionismo: rischi, conseguenze negative.
- Bellezza e immagine corporea: i cambiamenti legati alla pubertà; l'influenza della nostra immagine sulla nostra autostima; i cambiamenti dell'ideale di bellezza nel corso della storia; la diversità, ecc.
- Autostima: conseguenze dell'autostima nelle nostre azioni, come prendersene cura.

Un altro criterio educativo cruciale è la **personalizzazione degli interventi**. Ogni giovane vive l'esperienza del rapporto con il cibo e con il proprio corpo in modo diverso, per cui è essenziale modulare gli interventi sulla base delle esigenze individuali. Questo può richiedere l'uso di strumenti come questionari e interviste individuali per comprendere meglio i vissuti e le necessità di ciascun giovane. Ad esempio, un questionario sull'immagine corporea può includere domande che esplorano quanto il ragazzo si senta influenzato dai media o dalle aspettative sociali e quanto si senta a proprio agio con il proprio corpo.



Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano i disturbi alimentari

Strumenti Educativi e Materiali Utilizzabili

[1] Tra gli strumenti da utilizzare, i **questionari** possono essere impiegati per valutare l'immagine corporea, l'autostima, e le abitudini alimentari dei giovani. Esistono questionari standardizzati (*Body Image Questionnaire; Eating Attitudes Test*) che permettono di rilevare i sintomi legati ai disturbi alimentari. È possibile utilizzare anche scale di autovalutazione, come la *Body Appreciation Scale*, che misura il grado di apprezzamento del proprio corpo. Questi strumenti possono essere somministrati periodicamente da professionisti per monitorare l'evoluzione delle percezioni dei ragazzi e per individuare precocemente i segnali di rischio.

[2] Un altro strumento utile sono le **schede di auto-riflessione**, che incoraggiano i giovani a riflettere sulle loro emozioni e sulle loro relazioni con il cibo. Queste schede possono includere domande come "Come ti senti dopo aver mangiato il tuo cibo preferito?" oppure "Quali pensieri hai riguardo al tuo corpo oggi?". Questi esercizi sono essenziali per sviluppare la consapevolezza e per comprendere il legame tra emozioni e alimentazione.

[3] Le risorse audiovisive possono rappresentare un valido supporto nelle attività educative. Video informativi che trattano i temi dei disturbi alimentari, dell'autostima e dell'immagine corporea possono stimolare il dibattito e rendere più concreta la comprensione di questi fenomeni. Gli educatori possono utilizzare brevi documentari, video di testimonianze o animazioni che spiegano in modo semplice e diretto cosa sono i disturbi alimentari e come possono essere affrontati.

[4] Infine, è consigliabile creare un **progetto di sensibilizzazione** che coinvolga attivamente i giovani nella creazione di campagne di prevenzione. Questo può includere la realizzazione di poster, volantini o contenuti digitali (come post sui social) volti a promuovere messaggi di body positivity e di accettazione. I ragazzi, coinvolti in queste attività, non solo imparano a trasmettere messaggi positivi ma rafforzano anche la propria autostima e capacità di comunicazione.

Materiali Educativi e Test

Per completare le attività, gli educatori possono reperire e scaricare una serie di materiali educativi e test online. Alcuni esempi sono il *The Body Image Workbook*, che contiene esercizi di auto-riflessione e attività per migliorare l'immagine corporea, o il *Manuale di Educazione Alimentare*, che può includere informazioni pratiche su una corretta alimentazione. Inoltre, esistono diversi test psicometrici validati, come l'*Eating Disorder Inventory (EDI)* o il *Questionario dell'Autostima di Rosenberg*, disponibili online per fini educativi e di prevenzione. Questi strumenti aiutano a monitorare l'autostima e i comportamenti legati all'alimentazione.

È importante sottolineare che questi strumenti devono essere interpretati da professionisti qualificati e che la sua corretta applicazione richiede una formazione specifica, per garantire risultati accurati e significativi.

Laboratori di Immagine Corporea e Autostima

In questi laboratori si lavora sul concetto di autostima e di immagine corporea attraverso attività di riflessione e discussione. Gli obiettivi principali sono migliorare l'autopercezione e incoraggiare un dialogo aperto sulle pressioni sociali legate all'aspetto fisico.

[1] Esercizio dello specchio. I partecipanti vengono invitati a guardarsi allo specchio e a descrivere tre aspetti del loro aspetto che apprezzano. Successivamente, si discute in gruppo su come hanno scelto quegli aspetti e su quali emozioni hanno provato. Questo esercizio permette ai giovani di focalizzarsi sugli aspetti positivi del loro corpo e di sviluppare un linguaggio di apprezzamento verso di sé.

[2] Attività del collage. Ai giovani si chiede di realizzare un collage utilizzando ritagli di riviste e immagini che rappresentano per loro un'immagine sana e realistica del corpo. Successivamente, si analizzano insieme i collage, evidenziando le differenze tra il corpo ideale imposto dai media e un'immagine di corpo reale e salutare. Questo esercizio favorisce una consapevolezza critica sui messaggi mediatici.

Focus Group di Discussione e Condivisione

I focus group sono utili per incoraggiare i giovani a parlare apertamente delle proprie esperienze e dei loro sentimenti riguardo al cibo e al corpo. Gli educatori possono facilitare le conversazioni, ponendo domande che stimolino la riflessione e il confronto.

[1] Domande guida per il focus group. Alcune domande di esempio possono essere: "Quali sono i principali fattori che influenzano il tuo modo di vedere il tuo corpo?", "Quali pressioni senti rispetto al tuo aspetto fisico o al modo di mangiare?", "Come ti fanno sentire i commenti degli altri sul tuo corpo?". Questo tipo di discussione aiuta a normalizzare certe preoccupazioni e a far comprendere che molti dei partecipanti condividono le stesse difficoltà.

[2] Attività di ascolto attivo. Ogni partecipante viene invitato a condividere un'esperienza o un pensiero mentre gli altri ascoltano in silenzio, senza giudizio. Dopo ogni intervento, i partecipanti possono fare domande o condividere riflessioni in modo rispettoso. Questa tecnica favorisce un ambiente di ascolto e di supporto reciproco.

Giochi di Ruolo per la Gestione delle Emozioni

Il gioco di ruolo è un'ottima tecnica per aiutare i giovani a esplorare i propri sentimenti e a sviluppare strategie per affrontare situazioni di stress o di pressione sociale.

[1] Simulazione di una conversazione difficile. Gli educatori possono creare scenari in cui i giovani devono affrontare situazioni stressanti, come rispondere a un commento negativo sul proprio corpo o dire "no" alla pressione esterna per perdere peso. I ragazzi vengono invitati a interpretare i ruoli, alternandosi tra quello di chi esprime il commento e quello di chi risponde. Dopo ogni simulazione, si riflette insieme su come ci si è sentiti e su possibili risposte alternative. Questo tipo di attività aiuta a sviluppare abilità sociali e a costruire resilienza emotiva.

[2] Esercizi di ristrutturazione cognitiva. Si introduce il concetto di "pensieri automatici negativi" (come "Non sono abbastanza magro/a" o "Non valgo nulla") e si lavora sulla loro trasformazione. Ad esempio, si chiede ai partecipanti di scrivere un pensiero negativo e poi di sostituirlo con un pensiero alternativo più positivo e realistico ("Il mio

corpo va bene così com'è" o "Il mio valore non dipende dal mio aspetto"). Questo aiuta a ridurre l'auto-critica e a promuovere una mentalità più positiva.

Laboratori di Educazione Alimentare e Consapevolezza Nutrizionale

Un obiettivo importante è sviluppare un rapporto sano con il cibo, lontano da regole restrittive o compulsioni. Gli educatori possono introdurre il tema dell'alimentazione consapevole attraverso attività pratiche.

[1] Simulazione della spesa consapevole. Si crea un'attività in cui i giovani simulano una spesa al supermercato, dove devono selezionare una serie di alimenti equilibrati. Successivamente, si discute delle loro scelte, parlando del valore nutritivo e dell'importanza della varietà alimentare. Questo aiuta i giovani a fare scelte consapevoli e a comprendere l'importanza di una dieta equilibrata.

[2] Laboratorio di cucina. Durante il laboratorio, i partecipanti preparano insieme dei pasti semplici e nutrienti. Durante la preparazione, l'educatore parla di vari gruppi alimentari, dell'importanza delle porzioni e del piacere di mangiare insieme in modo rilassato. Questa attività rende più concreta l'idea di un'alimentazione sana e bilanciata, promuovendo il piacere del cibo senza ansie o restrizioni.

Attività di Arteterapia e Scrittura

Tecniche artistiche come il disegno, la pittura o la scrittura possono aiutare i giovani a esplorare i loro sentimenti in modo creativo e meno diretto.

[1] Disegnare il proprio "Sé ideale e Sé reale". Si chiede ai ragazzi di disegnare su due fogli distinti l'immagine di sé che vedono realmente e l'immagine di sé che desidererebbero avere. Successivamente, si analizzano le differenze tra le due immagini e si discute dei motivi per cui queste differenze esistono. Questo aiuta i partecipanti a esplorare la discrepanza tra il proprio corpo reale e l'immagine ideale, evidenziando l'influenza delle aspettative sociali.

[2] Scrittura emotiva. Gli educatori possono proporre di scrivere una lettera a sé stessi o al proprio corpo, esprimendo sentimenti di gratitudine o esplorando emozioni dolorose legate all'aspetto fisico. Ad esempio, la lettera potrebbe iniziare con "Caro corpo, voglio ringraziarti per..." oppure "Caro corpo, vorrei che tu sapessi che...". Questa attività aiuta a sviluppare un dialogo più compassionevole verso il proprio corpo.

Progetti di Sensibilizzazione

Coinvolgere i giovani in progetti di sensibilizzazione permette loro di riflettere su quanto appreso e di trasmettere messaggi positivi all'esterno.

[1] Campagna di *body positivity*. In questo senso, i giovani possono ideare poster, video o contenuti social per promuovere l'accettazione del corpo e la diversità corporea. Durante la progettazione, si lavora su messaggi di inclusione e si analizzano i modi per contrastare i messaggi tossici dei media.

[2] Giornate di informazione. Gli educatori possono organizzare giornate di sensibilizzazione sui disturbi alimentari e sulla *body positivity*, un movimento sociale incentrato sulla lotta alla derisione del corpo, promuovendo l'accettazione di tutti gli aspetti fisici a prescindere da taglia, forma, colore della pelle, genere e abilità fisica, e sulla contestazione degli standard di bellezza come un costrutto sociale da abbandonare. I ragazzi partecipano attivamente a incontri, dibattiti e presentazioni. In questo contesto, si possono anche invitare esperti come nutrizionisti o psicologi, per approfondire il tema e rispondere alle domande.





CAPITOLO

6

Dipendenze comportamentali

6.1

COME RICONOSCERE LE DIPENDENZE COMPORAMENTALI

Ogni dipendenza nasconde una grande insoddisfazione

[1] Fino a qualche decennio fa, **il concetto di dipendenza era legato solo al consumo di droghe**, ma negli ultimi anni le dipendenze che non comportano l'ingestione di sostanze psicoattive, come, ad esempio, l'uso eccessivo di videogiochi, hanno iniziato ad essere oggetto di studio e richiesta nei consulti clinici:

- Uso eccessivo di videogiochi.
- Shopping compulsivo.
- Gioco d'azzardo.
- Dipendenza dal sesso.
- ecc.

Le dipendenze comportamentali sono definite come **la perdita di controllo** su un comportamento che genera la comparsa di conseguenze negative e l'incapacità di resistere all'impulso di compiere un atto dannoso.

Inoltre, l'esecuzione di questi comportamenti genera una diminuzione dell'ansia o una sensazione di euforia, generando **un alto livello di interferenza** in tutte le sfere della vita quotidiana della persona.

Tutte queste dipendenze sono note come **dipendenze comportamentali** (in inglese, *Behavioral Addictions*, BA). In linea di massima, si tratta di attività umane piacevoli e innocue, ma a seconda del loro uso e in determinate circostanze, possono portare a:

- **Perdita di autocontrollo.** Si perde il controllo sul comportamento o sull'attività problematica, pur sapendo che ciò può avere conseguenze negative per la persona (problemi familiari, sociali, economici, accademici, lavorativi, legali...).
- **Dipendenza** dall'azione o dal comportamento. La persona ha bisogno di eseguire l'azione sempre di più per ottenere l'effetto che era stato raggiunto in origine.
- **Interferenze pericolose nella vita quotidiana**, che causano l'interruzione di attività che prima erano piacevoli (ad esempio, un bambino che è 'agganciato' a un videogioco può smettere di uscire con gli amici, di giocare a calcio, ecc.)
- **Astinenza.** La persona non è in grado di controllare il proprio disagio (nervosismo, irritabilità, ecc.) quando cerca di abbandonare l'abitudine di eseguire il comportamento problematico.

Sebbene la richiesta di trattamento sia sempre più frequente in ambito clinico, il principale manuale diagnostico per i disturbi della salute mentale riconosce solo il disturbo da gioco d'azzardo (con gioco d'azzardo) e la dipendenza da videogiochi online come tali.

Va notato che, sebbene la comunità scientifica sostenga l'esistenza delle dipendenze comportamentali, attualmente esiste un dibattito aperto su alcuni aspetti, come ad esempio il fatto che la generalizzazione dell'uso di questo concetto possa portare a un'**eccessiva patologizzazione delle attività quotidiane svolte in eccesso**. Quindi, ci sono due elementi chiave per considerare un comportamento come patologico e, quindi, come un disturbo:

- Quando questo comportamento è accompagnato da un'alterazione del funzionamento quotidiano della persona.
- Quando questo comportamento è sostenuto nel tempo.

Prevalenza

[1] Diversi rapporti hanno mostrato **un aumento delle dipendenze comportamentali durante e dopo la pandemia**. Sarebbero oltre 1,1 milioni gli under 35 anni a rischio elevato di dipendenza da social media, con i giovanissimi tra i più esposti alle insidie comportamentali della rete, che peserebbero per quasi il 40% sul totale. È quanto emerge da una ricerca di Demoskopika che, utilizzando la *Bergen Social Media Addiction Scale*, ha rilevato alcuni comportamenti preoccupanti: dalla necessità di usare i social media sempre più spesso, all'incapacità di smettere di usarli. E, ancora, dai comportamenti ansiosi o agitati per il mancato utilizzo dei social media alla riduzione delle ore dedicate allo studio e al lavoro a causa del loro uso eccessivo.

L'analisi dei ricercatori di Demoskopika farebbe emergere una relazione inversamente proporzionale tra l'età dei giovani e l'incidenza del livello di alto rischio di dipendenza da social media. In altri termini, al ridursi dell'età aumentano i possibili fattori comportamentali preoccupanti. In particolare, i giovanissimi, compresi nella fascia di età tra i 18 e i 23 anni, ricadenti nell'area "High Addiction" indicante un alto rischio di livello patologico di dipendenza sarebbero oltre 430 mila, pari al 38% del totale, seguiti dai 390 mila individui di età compresa tra 24 e 29 anni (34,5%) e, infine, dagli under 35 "più adulti" (30-35 anni) che supererebbero di poco i 308 mila soggetti maggiormente esposti.

[2] Alcune caratteristiche:

- I social media battono gli amici: l'85,7% contro il 36,6%.
- Primati: Instagram svetta su tutti.
- Social-consumi: un giovane su 10 nel tunnel della più alta probabilità di sotto-missione.
- Odio in rete: prevale la condanna (81,6%), ma i giustificazionisti si fanno sentire (40,6%)

6.2

TIPOLOGIA DELLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

I diversi volti delle dipendenze comportamentali

[1] Una prima riflessione si concentra sulle dipendenze comportamentali **in ambienti digitali**. Qual è il rapporto dei bambini e degli adolescenti con le nuove tecnologie? Qual è la differenza tra uso eccessivo, uso problematico e dipendenza? Cosa possiamo

fare per prevenirle in ambito educativo, familiare e sociale? Qual è il trattamento più appropriato in questi casi? Vogliamo risponde a queste e ad altre domande che possiamo porci quando parliamo di dipendenze comportamentali che, nel caso di bambini e adolescenti, si verificano nella maggior parte dei casi in ambienti digitali.

L'uso dei dispositivi mobili e di Internet ha molti aspetti positivi, ma un utilizzo abusivo può portare a problemi di salute, a una peggiore qualità del sonno, a difficoltà nell'interazione faccia a faccia e persino a un peggiore rendimento scolastico.

Negli ultimi decenni, la diffusione delle tecnologie digitali ha portato grandi cambiamenti nella società e la loro rapida incorporazione nella vita quotidiana ha rivoluzionato il nostro modo di comportarci. Questa connettività ha condizionato il modo in cui ci presentiamo socialmente e ci relazioniamo con gli altri, così come l'elaborazione delle informazioni, la memorizzazione, i processi di apprendimento e persino i classici meccanismi di partecipazione con il nostro ambiente. Una delle principali preoccupazioni è l'impatto che tutta questa realtà ha avuto sui bambini e sui giovani.

[2] Mentre negli anni passati l'uso di queste tecnologie era associato ai dispositivi e al possesso di profili sulle reti sociali digitali come rito di passaggio all'adolescenza – che, allo stesso tempo, coincideva con l'ingresso nella scuola secondaria –, **il loro uso è sempre più precoce** e fa parte della vita quotidiana di ragazzi e ragazze.

Questa generazione vive con i dispositivi come oggetti integrati dal minuto zero della loro vita. In questo modo, lo *smartphone* o la stessa connessione a Internet diventano un meccanismo quotidiano, che fornisce loro una logica complementare al mondo fisico, faccia a faccia. Si osservano differenze anche rispetto al genere: nel caso dei ragazzi, l'uso degli schermi è associato alle attività di svago, e nel caso delle ragazze, alla loro funzione relazionale e di conversazione.

[3] I bambini e gli adolescenti utilizzano dispositivi tecnologici molto potenti, preferibilmente portatili e sempre dotati di connettività, che, contemporaneamente, sono multifunzionali: conversazione, archiviazione di immagini, agenda e organizzazione, giochi, messaggistica, compiti a casa, ecc. E, sebbene il mercato sia molto dinamico e imponga costantemente nuove formule, esistono applicazioni 'star': Instagram, TikTok e Youtube hanno finito per affermarsi come canali abituali. D'altra parte, **sono permanentemente connessi** (24 ore al giorno, sette giorni alla settimana). Pertanto, in un'epoca di iperconnettività essenziale, una delle sfide deve essere quella di definire la disconnessione e la disponibilità.

Lo smartphone o la stessa connessione a Internet stanno diventando un meccanismo quotidiano, che fornisce una logica complementare al mondo fisico, faccia a faccia.

[4] In questo modo, si **plasmano nuove dimensioni** (nuove forme di conoscenza), si costruiscono tendenze e nuove **influenze** (di mercato, professionali, relazionali, ecc.), che diventano **nuovi 'ricettacoli'** (di disagio, di gestione del tempo, ecc.) e si creano **nuove fonti di relazione**, di intrattenimento e di gestione della vita quotidiana (con tutti i suoi derivati).

Con l'avanzare dell'età, nella loro costruzione come persone, la digitalità 'svolge' diverse funzioni: esistere (io esisto); partecipare (nei gruppi e socialmente); essere informati (imparare e scoprire); relazionarsi (interagiscono); riconoscersi (*piacendo*, tra le altre possibilità) ed essere riconosciuti (*piacendo*, convalidandoci). In questa storia, raccontano (narrano) se stessi e diventano autori e protagonisti della loro vita.

Allo stesso tempo, la possibilità di fare più cose contemporaneamente è vissuta come normale. Ad esempio, studiare mentre si controlla il cellulare. Nonostante questa presunta capacità di multitasking, l'agilità nel passare da un compito all'altro non deve essere confusa con la capacità di attenzione profonda.

[5] In conclusione, è stato osservato un aumento delle conseguenze negative e problematiche associate all'**uso eccessivo di alcune app**: disagio emotivo, isolamento a casa o presenza di altri comportamenti a rischio. Nella pratica clinica, nei servizi di salute mentale per bambini e adolescenti è stato rilevato un aumento progressivo delle richieste di trattamento per l'uso abusivo di questi ambienti (senza che sia chiaro se il problema risieda nei dispositivi, nei social network, nei videogiochi, ecc.). Le preoccupazioni dei professionisti e degli educatori più ricorrenti sono:

- **Le conseguenze dell'uso eccessivo** e della possibile dipendenza.
- **Il poco tempo** dedicato ad altre attività, comprese le interazioni faccia a faccia. Da un lato, *l'uso eccessivo corrisponde a quell'uso che supera in frequenza e intensità* ciò che è ragionevole aspettarsi per l'età e il tempo. È inquadrato in una logica molto più comportamentale ed episodica, dove aspetti come orari, limiti e regole sono i principali regolatori. Generalmente sono legati al senso di noia della persona o alla relazione *online* con amici conosciuti. D'altra parte, *l'uso problematico è legato a un problema connesso a un'azione più specifica*, non necessariamente per il numero di ore, ma per l'impatto sulla qualità delle relazioni e sulla propria identità: cyberbullismo, problemi relazionali, ecc.
- **L'impatto su aspetti fondamentali come l'esercizio fisico e il sonno.** Anche se le prove delle relazioni causali sono ancora in via di sviluppo, gli studi suggeriscono correlazioni con il peso, l'umore e l'immagine corporea.
- **Il controllo sull'accesso** e sulla visione di alcuni contenuti, con particolare rilevanza per le 'nuove' pornografie.
- Nuove rappresentazioni per il **bullismo**.

- Nuovi media per alcuni **problemi comportamentali**: gioco d'azzardo, dipendenza dal sesso, ecc...
- L'impatto con le **comorbidità psichiatriche e psicologiche**, e i rischi legati alla sovraesposizione.
- Aspetti legati alla **privacy** e alla **sicurezza**.

[6] Per concludere, parliamo del **disturbo da gioco d'azzardo**. Nonostante l'ampia accettazione delle dipendenze comportamentali da parte della comunità scientifica, solo il disturbo da gioco d'azzardo (con il gioco d'azzardo) è stato incluso nella stessa voce delle dipendenze da sostanze nell'ultima versione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5 TR*.

Tra le cosiddette “dipendenze tecnologiche”, finora solo il disturbo da gioco su Internet ha meritato di essere incluso in questo stesso manuale, in particolare nell'appendice dedicata ai “Disturbi che richiedono ulteriori ricerche”. D'altra parte, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella *Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11)* (2019), include per la prima volta il disturbo da gioco nella sezione “Disturbi mentali, comportamentali o del neurosviluppo”, subito dopo il *disturbo da gioco d'azzardo*. In effetti, in questa concettualizzazione, l'OMS ha ufficialmente incluso, il 1° gennaio 2022, il disturbo da dipendenza da videogiochi nella presentazione di questo manuale.

Cause che concorrono alle dipendenze comportamentali

[1] È stato osservato un aumento delle conseguenze negative e problematiche associate all'uso eccessivo di alcune applicazioni: disagio emotivo, isolamento a casa o presenza di altri comportamenti a rischio. L'evidenza spiega la presenza di due prospettive principali: disturbi esteriorizzati (comportamentali) o interiorizzati (affettivi e ansiosi). Dall'esperienza è chiaro che per quest'ultimi disturbi l'ambiente digitale svolge la funzione di “rifugio” o “valvola di sfogo”: ansia sociale, depressione e solitudine emotiva emergono come fattori esplicativi principali. Il ragazzo o la ragazza utilizza Internet come **meccanismo di autoefficacia per compensare le carenze o le situazioni vissute negativamente**.

[2] Pertanto, se partiamo dall'ipotesi che la dipendenza – da videogiochi, social network, eccetera – soddisfi diversi criteri che la classificano come un disturbo a sé stante, l'ambiente digitale e l'uso specifico ad esso associato diventerebbero un **elemento causale** per la comparsa di determinati problemi. Allo stesso tempo, se esiste un disturbo di fondo che porta a un uso problematico di Internet, questo diventerebbe un sintomo di un'altra psicopatologia o problema di salute mentale che lo precede (isolamento, mancanza di relazioni sociali, difficoltà di comunicazione). Non è escluso

che, col tempo, si applichi il **modello della “patologia duale”** (noto nel campo della dipendenza da sostanze): i disturbi della salute mentale e il disturbo da dipendenza da Internet si influenzano reciprocamente durante il loro sviluppo. Questo sarà particolarmente importante, perché è molto probabile che il sintomo alla fine crolli e diventi abbastanza rilevante da dover essere affrontato da solo.

[3] Il disturbo da dipendenza legato a Internet è una questione complessa. Se è vero che esistono numerosi esempi di uso problematico (soprattutto in termini di dipendenza), esistono ancora **prospettive diverse su ciò che è o non è un comportamento di dipendenza associato al suo uso**. C'è un certo consenso su concetti come l'uso eccessivo, la dipendenza o l'assuefazione, ma occorre lavorare di più per capire se questi problemi diventano una causa o un sintomo di un disturbo sottostante.

Anche se socialmente viviamo con discorsi che fanno perno tra la normalizzazione assoluta e la relazione patologica – non tutti gli eccessi finiscono nella dipendenza, né tutte le dipendenze hanno a che fare esclusivamente con l'uso eccessivo.

C'è un certo consenso su concetti come uso eccessivo, dipendenza o assuefazione, ma occorre fare di più per capire se questi problemi diventano una causa o un sintomo di un disturbo sottostante.

6.3

SEGNALI DI ALLARME DELLE DIPENDENZE COMPORAMENTALI

[1] In genere, l'insorgenza della dipendenza è un processo più o meno graduale che va dai primi contatti sporadici, in cui la persona sperimenta aspetti piacevoli che promuovono la ripetizione (rinforzo positivo) alla necessità di eseguire il comportamento più volte per alleviare il disagio (rinforzo negativo).

È anche importante prendere in considerazione la fase di sviluppo della valutazione. Infatti, in alcuni momenti del tempo, si verificano naturalmente dei cambiamenti nelle relazioni con i coetanei e con la famiglia e persino nelle routine quotidiane, come ad esempio le abitudini di sonno. In questo senso, nelle fasi iniziali di qualsiasi processo, può essere **difficile distinguere tra il normale comportamento adolescenziale e quello causato da una dipendenza** incipiente.

[2] Quindi, i segnali di allarme, in questo caso, sono **piccoli cambiamenti che l'adolescente incorpora** in modo sottile ma continuo e che, a un certo punto, passano dall'essere insoliti e giustificabili, sia per lui/lei che per il suo ambiente, a non esserlo più. Alcuni di questi indicatori, che devono essere ricorrenti e sostenuti nel tempo, sono:

- **Alterazione del ritmo del sonno**, secondaria a un cambiamento delle abitudini del sonno e a una diminuzione delle ore di sonno per portare avanti il comportamento di dipendenza. Ad esempio, rimanere connessi di notte, andare a letto tardi, difficoltà ad alzarsi al mattino.
- **Alterazione del modello di appetito**. Mangia velocemente e male per risparmiare tempo, può persino saltare i pasti.
- **Minore attenzione all'igiene**. Deve ricordare le abitudini igieniche di base che faceva prima (lavarsi i denti, fare la doccia, cambiarsi i vestiti).
- **Trascurare aspetti importanti della sua vita**, a causa dell'aumento del tempo dedicato al comportamento di dipendenza o alla sua preparazione. Perdita del senso del tempo.
- **Cambiamento di stile di svago**, cambiamento di interessi, cambiamento di ambiente.
- **Perdita di amicizie** o perdita di interesse a vederle di persona. Ha amici solo online.
- **Irritabilità** quando non riesce a mettere in atto il comportamento di dipendenza. Oppure può rimanere inattivo, disteso a letto per ore e ore.
- **Umore fluttuante** e tendenza alla tristezza. Non sono molto comunicativi, si ritirano nel loro mondo e si sentono infastiditi quando si fanno loro domande sulla loro vita quotidiana.
- **Alterazione del rendimento scolastico**, assenteismo scolastico, aumento delle notifiche di atteggiamenti non collaborativi o di rimprovero, aumento delle bocciature e delle espulsioni dalle lezioni.
- **Richiesta di prodotti o applicazioni che hanno un costo economico**. Può rubare, generalmente piccole somme di denaro, soprattutto ai familiari più stretti.
- **Alta concentrazione o eccitazione per l'attività** che genera la dipendenza, non rispondendo agli stimoli esterni. Ad esempio, non rispondono quando vengono chiamati, alzano la voce o usano un linguaggio scurrile quando interagiscono con lo schermo.
- **Inizia a rubare**, di solito piccole somme di denaro, soprattutto ai familiari più stretti.

In tale contesto, per individuare questi segnali, possiamo porci le seguenti domande:

- Cosa vediamo che ci preoccupa?
- Cosa emerge nelle loro interazioni che non è evidente a casa?
- Quali sono i cambiamenti che non seguono una logica coerente?

- Quali atteggiamenti possono far parte dell'adolescenza e quali no?
- Si tratta di un'esperienza negativa, di un disagio momentaneo o di un modello di funzionamento ormai consolidato?

6.4

PRINCIPALI MITI E FALSE CREDENZE SULLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Le dipendenze comportamentali non sono vere dipendenze perché non coinvolgono sostanze chimiche. FALSO

Le dipendenze comportamentali (come gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo o dipendenza da social media) attivano gli stessi circuiti di ricompensa nel cervello delle dipendenze da sostanze. La dopamina e altri neurotrasmettitori giocano un ruolo cruciale anche in queste forme di dipendenza.

Le persone con dipendenze comportamentali possono smettere quando vogliono, basta un po' di forza di volontà. FALSO

Come per le dipendenze da sostanze, le dipendenze comportamentali comportano una perdita di controllo e alterazioni neurologiche che rendono difficile smettere senza aiuto. La forza di volontà da sola spesso non è sufficiente.

Solo chi ha problemi economici o sociali sviluppa dipendenze comportamentali. FALSO

Le dipendenze comportamentali possono colpire chiunque, indipendentemente dalla classe sociale, dall'età o dal livello di istruzione. Sono influenzate da una combinazione di fattori genetici, ambientali e psicologici.

Le dipendenze comportamentali non hanno conseguenze gravi come quelle da sostanze. FALSO

Le dipendenze comportamentali possono avere gravi impatti sulla vita delle persone, inclusi problemi finanziari, difficoltà relazionali, perdita di lavoro e deterioramento della salute mentale.

Le dipendenze comportamentali sono solo delle mode passeggere legate alla nostra epoca. FALSO

Anche se alcune dipendenze (come quelle da tecnologia) sono più evidenti oggi, i meccanismi alla base delle dipendenze comportamentali sono radicati nella neurobiologia e nel comportamento umano, e sono sempre esistiti.

Interventi educativi e di supporto per sviluppare competenze sociali e comportamentali

Le età dell'infanzia e dell'adolescenza sono periodi fondamentali nella maturazione e nell'evoluzione degli individui. Questi cicli di vita sono particolarmente vulnerabili allo sviluppo di problemi di dipendenza, sia da sostanze che comportamentali.

Le dipendenze comportamentali implicano una dipendenza che influisce sulla vita quotidiana della persona interessata, sulla quale perde il controllo. Si parla di dipendenza quando il gioco o l'uso di Internet o dei videogiochi è prioritario rispetto a situazioni considerate di maggiore importanza per il giovane. Il loro utilizzo diventa prioritario ed è associato a gravi conseguenze per il soggetto e il suo ambiente.

Il dibattito sull'uso delle tecnologie digitali, sui **problemi che comportano e su come affrontarli**, è continuo e genera preoccupazione nella società. Utilizziamo questi dispositivi in modo corretto? Tutti i cambiamenti prodotti nel comportamento rientrano nella normalità? Cosa intendiamo per uso normale, uso improprio o uso eccessivo o problematico?

[1] In generale, alcuni fattori su cui lavorare **contro le dipendenze da sostanze o comportamentali nei giovani sono i seguenti:**

- Mantenimento di uno stile di vita sano (alimentazione, sonno, sport) e di abitudini nel tempo libero.
- Relazioni sane con degli adulti di riferimento.
- Facilitare le reti comunitarie, in modo che i giovani abbiano un sostegno adeguato alle loro esigenze.
- Uso e gestione ragionevole della tecnologia e promozione di un tempo libero responsabile.
- Formazione sulle abilità sociali e sensibilizzazione sulle conseguenze del consumo di droga.
- Stabilire confini chiari e applicare la disciplina in modo consapevole.
- Disporre di opzioni motivanti e salutari per il tempo libero.
- Promuovere valori positivi nella società.
- Parità di accesso alle risorse e ai servizi.
- Appartenenza alla comunità e forti legami sociali.

[2] Le emozioni sono reazioni soggettive all'ambiente. È importante insegnare ai bambini a esprimere, elaborare, regolare e incanalare adeguatamente le loro emozioni, un processo continuo nel corso del loro sviluppo evolutivo. **Occorre promuovere una buona educazione emotiva.** Tutta la famiglia e gli educatori devono imparare ad esprimere i propri sentimenti e ad essere congruente con il modo di sentire e di agire:

- **Empatizzare:** mettersi nei panni del bambino o dell'adolescente, cercando di accogliere il suo punto di vista, anche non condividendolo.
- **Rafforzare la loro autostima.** Creare aspettative positive e fiducia e incoraggiarli a raggiungere i loro obiettivi, dando valore allo sforzo e alla perseveranza.
- **Insegnare loro modi di espressione positivi.** Attraverso una comunicazione assertiva, rispettando i loro diritti senza violare quelli degli altri.
- **Dedicare tempo alla creazione di legami affettivi.** Esprimere i nostri sentimenti e il nostro affetto. Nessuna persona è mai abbastanza grande per dire che le vogliamo bene.

[3] La dipendenza da videogiochi o da Internet è una problematica complessa che richiede approcci diversi per essere superata. Fondamentale è la prevenzione, la quale implica la promozione di atteggiamenti e abitudini sane nelle diverse aree della vita dei nostri figli, e questo inizia con la revisione del nostro ruolo di modelli. Ecco alcune raccomandazioni di base:

- **Siamo dei modelli:** i bambini imparano principalmente per imitazione. Utilizzare le tecnologie informatiche in modo responsabile, comunicare e mostrare entusiasmo nel praticare altre attività..
- **Stabilire regole chiare per regolare l'uso degli schermi in base all'età.** Stabilire un orario, scegliere contenuti appropriati, utilizzare filtri di controllo parentale. Coinvolgere tutta la famiglia nella creazione delle regole aiuterà a migliorare l'autocontrollo e la corresponsabilità.
- **Tempo in famiglia:** promuovere il tempo libero senza schermi. Migliora la coesione familiare ed è un fattore protettivo per la salute generale (attività fisica, culturale o sociale).
- **Urgente alfabetizzazione digitale:** tenersi aggiornati sulle tecnologie informatiche permette di avvicinarsi ai propri figli, conoscerne meglio i rischi e le potenzialità e poter accompagnarli meglio nel loro utilizzo (protezione dei dati, responsabilità e rispetto nelle reti sociali).
- **Incoraggiare il dialogo e lo spirito critico,** aiuta a prendere decisioni migliori e a condividere eventuali dubbi o problemi che possono sorgere.
- **Rilevare rapidamente che "qualcosa non va"** aiuta a fermare la spirale negativa e a reindirizzare la situazione. Se si rilevano dei segnali di allarme, chiedere consiglio a scuola, al centro di assistenza primaria o a un centro specializzato.

Strategie per lavorare preventivamente su vari aspetti che riguardano le dipendenze

[1] Consigli per prevenire la dipendenza in famiglia

La prevenzione è intesa come un insieme organizzato di strategie per anticipare l'emergere di comportamenti di dipendenza. Questi interventi mirano a ridurre i fattori di rischio e ad aumentare i fattori protettivi contro questi comportamenti. Questo obiettivo viene raggiunto attraverso l'applicazione di diverse strategie, attuate in aree diverse e a tre livelli, a seconda della popolazione target a cui sono rivolte:

- **Prevenzione universale.** Rivolta a tutta la popolazione, cioè, si tratta della prevenzione più generale.
- **Prevenzione selettiva.** Rivolta alla popolazione a rischio.
- **Prevenzione indicata.** Rivolta alla popolazione che ha già il problema.

La famiglia (o gli adulti, i tutor o l'ambiente in cui vivono) è un elemento chiave nell'educazione digitale di bambini e adolescenti. Educare significa accompagnare, guidare, dirigere, proteggere... Il suo ruolo in questo nuovo contesto è fondamentale per accompagnarli nel loro viaggio digitale. Si tratta di una sfida che, tuttavia, richiede tempo e dedizione.

Partiamo dai valori della **genitorialità digitale positiva**. Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia, si tratta di "*un comportamento genitoriale basato sull'interesse superiore del bambino, che sia premuroso, accudente, non violento, e che offra riconoscimento e guida, compresa la fissazione di limiti che consentano al bambino di svilupparsi al massimo delle sue potenzialità*". I genitori hanno la responsabilità fondamentale di educare i propri figli e di facilitare il loro sviluppo e curare i loro interessi; pertanto, il benessere e lo sviluppo del bambino devono essere la priorità.

Sulla base di queste premesse, è consigliabile:

- **Dare l'esempio.** I bambini imparano per imitazione, quindi è importante essere **coerenti** tra ciò che facciamo e ciò che diciamo. Albert Einstein ha detto che "*Dare l'esempio non è il modo principale per influenzare gli altri, è l'unico modo*". La famiglia deve essere un esempio di uso responsabile delle TIC (Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione).
- **Stabilire regole e limiti**, coerenti e adeguati alla loro età. Limitare il tempo, l'uso degli schermi e il luogo in cui si svolge l'attività. Come?
 - Incoraggiando i momenti di disconnessione: non utilizzare i dispositivi elettronici durante i pasti (stabilire una comunicazione con loro in questi momenti), né prima di andare a letto, perché stimolano l'attività mentale e rendono difficile il sonno.

- Dare priorità ai luoghi comuni della casa per l'utilizzo dei dispositivi e cercare di condividerli.
- Razionalizzare il tempo di utilizzo, dando priorità alle responsabilità e agli obblighi quotidiani: accademici, domestici, ecc.
- **Promuovere una comunicazione positiva tra genitori e figli.** È fondamentale stabilire una buona comunicazione con i bambini, che possano avere fiducia nel raccontare le loro “cose”, e che sia una comunicazione bidirezionale e reciproca:
 - Ascoltare i bambini con interesse, “con i loro occhi”, con un ascolto attivo, tenendo conto e rispettando le loro opinioni.
 - Cercare spazi e opportunità per intraprendere una conversazione.
- **Incoraggiare il pensiero critico.** Insegnare loro a contrastare le informazioni e a identificarne le fonti. Non tutto ciò che viene pubblicato su Internet è vero e accurato.
- **Praticare la netiquette.** Incoraggiare aspetti come l'empatia e il rispetto. L'uso dei social network dovrebbe essere regolato dalle stesse regole di comportamento e di rispetto della comunicazione faccia a faccia.
- **Condividere le attività del tempo libero e del tempo libero in famiglia:** sportive, culturali, ecc. Stilare un elenco di attività e interessi comuni e creare luoghi di incontro per condividerli in famiglia.
- **Insegnare loro a proteggere i dati personali** e la privacy e a comprendere l'importanza della reputazione digitale. Dovrebbero anche limitare la pubblicazione di immagini dei loro figli sui social network. Molti genitori spesso praticano lo *sharenting* (sovraesposizione dei figli sui social network, ossia un uso eccessivo dei social network per documentare e riferire costantemente sui progressi dei figli).

Interventi

- Workshop per le famiglie per promuovere un uso sano della tecnologia da parte dei figli. Focus sul gruppo di famiglie con bambini da 0 a 3 anni.
- Workshop per genitori e bambini per riflettere insieme sull'uso delle tecnologie.
- Creazione di spazi su siti web accreditati con informazioni specifiche e servizio di consulenza.
- Elaborazione e diffusione di materiali informativi e preventivi.

[2] Consigli per prevenire a livello scolastico

Sebbene la famiglia sia il principale agente coinvolto nell'educazione dei propri figli e figlie, la scuola e l'istituto svolgono un ruolo fondamentale per gli spazi di apprendimento e socializzazione. Sono quindi luoghi molto appropriati per lavorare sulla pre-

venzione. Possiamo dare per scontato che più i ragazzi sono grandi, maggiore è la presenza di schermi, più account hanno sui social network, più dispositivi possiedono e maggiore è il loro accesso a Internet. Inoltre, l'ambiente scolastico ci permette di lavorare sulla prevenzione sia universale che selettiva, aggiungendo un livello più approfondito al compito preventivo.

Una delle sfide che possono presentarsi è la coesistenza che esiste in molti centri con gli schermi (computer, proiettori, tablet, televisori, reti sociali scolastiche, ecc.), mentre allo stesso tempo è vietato l'uso di altri (telefoni cellulari o console portatili).

Un'altra sfida è rappresentata dai messaggi ambivalenti che possono esistere con la famiglia, per cui la prevenzione scolastica dovrebbe includere anche il lavoro con gli adulti che sono i punti di riferimento per questi ragazzi e ragazze, al fine di realizzare una proposta di intervento completa.

Interventi:

- Laboratori per i ragazzi per promuovere il pensiero critico sugli schermi.
- Laboratori per i ragazzi per lavorare sugli aspetti emotivi dell'uso degli schermi.
- Workshop per gli adulti per promuovere il pensiero critico sugli schermi.

[3] Consigli per prevenire la dipendenza comunitariamente

L'esperienza di prevenzione ci mostra la necessità di agire da diverse sfere che compongono la comunità. E non per realizzare iniziative isolate, ma per integrarle in una proposta unitaria e ampia, attraverso la partecipazione attiva, il coinvolgimento e la corresponsabilità di diversi agenti sociali, unendo le forze, stabilendo una comunicazione orizzontale e condividendo obiettivi comuni e la definizione di strategie preventive:

- **Educatori dello sport e del tempo libero.** Questi professionisti sono un punto di riferimento per i giovani, svolgono un ruolo chiave come formatori e possono individuare situazioni di rischio e di uso problematico.
- **I media.** Le informazioni e le notizie che trasmettono e il loro trattamento hanno un impatto sui cittadini, che dovrebbero essere utilizzati per diffondere buone pratiche, raccomandazioni, risorse, ecc.
- **I professionisti dell'assistenza primaria e della salute.** In quanto promotori della salute, possono svolgere il compito di trasmettere abitudini sane e diagnosi precoce.
- Dobbiamo standardizzare e integrare la prevenzione nelle diverse aree della comunità, con una prospettiva globale e trasversale.

Interventi:

- Attività di prevenzione tra coetanei, giovani formati alla trasmissione di messaggi di salute.
- Realizzare campagne di informazione e sensibilizzazione e utilizzare i media per affrontare i problemi di salute e i TIC.
- Promuovere la formazione tecnica in materia di prevenzione e rilevamento dell'uso problematico degli schermi negli adolescenti rivolta agli agenti sociali.
- Elaborare protocolli d'azione e di riferimento per l'uso problematico degli schermi negli adolescenti e nei giovani.
- Elaborare documenti tecnici e guide metodologiche sulla prevenzione e l'intervento nell'uso e nell'abuso delle TIC.

[4] Consigli per prevenire la dipendenza a livello ambientale o strutturale

Si tratta di un tipo di prevenzione che ha dimostrato di essere molto efficace, ma allo stesso tempo le sue strategie si sono spesso rivelate impopolari e hanno incontrato una notevole resistenza tra i giovani e i diversi gruppi. Si tratta di cambiare l'ambiente culturale, sociale e fisico. Queste strategie includono:

- Regolamentare il numero di stabilimenti di gioco e scommesse.
- Regolamentare l'accesso al gioco d'azzardo.
- Cambiamenti nella forma del gioco d'azzardo e dei premi.
- Aumentare l'età di accesso alle sale da gioco.
- Aumentare il regime sanzionatorio per il mancato rispetto delle normative vigenti.
- Avvertenze sul gioco d'azzardo problematico nei locali di gioco e scommesse.





CAPITOLO

7

Psicosi

7.1

COME RICONOSCERE LA PSICOSI

Una sensazione strana, come qualcosa che arriva da dentro

Seguono ora le informazioni più rilevanti sulla psicosi: cos'è; qual è la causa del suo sviluppo; quali sono i sintomi e i segnali di allarme; come viene trattata e qual è il processo di recupero; come si possono prevenire le ricadute?

La psicosi è un disturbo della salute mentale caratterizzato da una **percezione distorta della realtà** e da **una significativa compromissione del funzionamento mentale** (pensiero, emozioni e comportamento). Un esempio: "Ho iniziato a sentire voci in televisione, nelle pubblicità, su Internet... Un monitoraggio di Internet, spie... tutto era collegato a me".

I sintomi della psicosi variano da persona a persona, ma alcuni dei più comuni sono: pensieri deliranti o false credenze, allucinazioni, cambiamenti di umore e di stato d'animo, pensieri confusi e cambiamenti di comportamento. La presenza di questi sintomi può comportare un cambiamento nel funzionamento quotidiano della persona colpita in tutti gli ambiti della sua vita (studi, lavoro, relazioni sociali...) e un im-

patto molto importante sulla famiglia. La comparsa dei sintomi è nota come episodio psicotico o pausa psicotica.

I sintomi della psicosi

[1] La psicosi è uno stato mentale caratterizzato da una scissione o perdita di contatto con la realtà (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992). Inoltre, sono presenti anche una serie di altri sintomi più specifici che interferiscono con il funzionamento quotidiano della persona, alterano il comportamento e richiedono un aiuto medico (Volkmann, 1996).

[2] I principali sintomi clinici dei disturbi psicotici, come descritto dal *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* dell'American Psychiatric Association (2013), sono:

- **Allucinazioni.** Si tratta di percezioni immaginarie che avvengono senza la presenza di stimoli esterni. Sono involontarie e vengono vissute intensamente, generando una forte ansia nell'individuo. Le persone possono sentire, percepire, odorare o vedere cose che non sono presenti. Le allucinazioni più frequenti sono quelle uditive.
- **Deliri.** Si tratta di credenze false e fisse, vissute con convinzione e che non vengono modificate dall'argomentazione logica. Il loro contenuto può essere molto vario. Le più comuni sono le manie di persecuzione e i deliri di riferimento.
- **Pensiero disorganizzato.** Si tratta della perdita delle associazioni logiche nel pensiero, della relazione tra le idee. La persona colpita può saltare da un argomento all'altro o può persino perdere il filo del discorso, rendendolo incomprensibile.
- **Comportamento motorio o movimenti altamente disorganizzati o anormali (compresa la catatonia).** Comportamenti motori diversi o movimenti insensati che ostacolano l'attività quotidiana della persona. La persona può diventare estremamente attiva o, al contrario, rimanere inattiva tutto il giorno.
- **Sintomi negativi.** Sono quelli che indicano un impoverimento della personalità, con ripercussioni sull'umore e sulle relazioni sociali. Tra i sintomi negativi predominanti ci sono la diminuzione dell'espressione emotiva, il ritiro sociale, la mancanza di energia per fare le cose (abulia), l'incapacità di provare piacere per le consuete attività piacevoli (anedonia) e l'indifferenza emotiva.

Oltre ai sintomi di cui sopra, nella psicosi possono essere presenti anche altri sintomi, come quelli **cognitivi** (difficoltà di concentrazione, lentezza nell'elaborazione, vuoti di memoria...) e affettivi, come depressione e ansia.

Tutti questi sintomi non sono sempre stabili; possono variare all'interno degli individui e tra di loro, sia per quanto riguarda l'insorgenza e il decorso del disturbo, sia per quanto riguarda la sua durata, con una grande variabilità inter- e intra-individuale (Heckers et al., 2013).

Prevalenza

I disturbi psicotici compaiono solitamente alla fine dell'adolescenza o durante la prima età adulta. L'età più comune in cui si manifesta è tra i 18 e i 24 anni, ma la maggior parte dei casi si verifica tra i 13 e i 30 anni. Circa 3 giovani adulti su 100 sperimentano un episodio psicotico nel corso della loro vita. La diagnosi precoce e il trattamento sono fondamentali per la guarigione.

7.2

TIPOLOGIA DELLA PSICOSI

I diversi volti della psicosi

[1] La presenza di sintomi specifici e la loro durata determinano i diversi volti. I principali studi di riferimento⁹ descrivono le seguenti diagnosi:

- **Disturbo psicotico breve.** La persona colpita presenta uno o più dei seguenti sintomi: deliri, allucinazioni, linguaggio disorganizzato e comportamento altamente disorganizzato o catatonico. Inoltre, almeno uno dei seguenti tre sintomi: deliri, allucinazioni o linguaggio disorganizzato. La durata dell'episodio del disturbo è di almeno un giorno, con sintomi che non durano meno di un mese, mese, con un possibile completo ritorno alle condizioni precedenti il disturbo.
- **Disturbo psicotico indotto da sostanze o farmaci.** La persona colpita presenta deliri e/o allucinazioni. L'anamnesi, l'esame fisico o gli esami di laboratorio devono dimostrare che i sintomi si sono sviluppati durante e poco dopo l'intossicazione o l'astinenza da sostanze, o dopo l'intossicazione da un farmaco, e che la sostanza o il farmaco coinvolti possono produrre i sintomi attuali. Il disturbo provoca un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altri ambiti importanti.
- **Schizofrenia.** La persona affetta presenta due o più dei seguenti sintomi: deliri, allucinazioni, linguaggio disorganizzato, comportamento altamente disorganizzato o catatonico e/o sintomi negativi. Deve avere almeno uno dei tre sintomi seguenti: deliri, allucinazioni o linguaggio disorganizzato. Il livello di funzionamento della persona è alterato o compromesso in una o più aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali o la cura personale. I sintomi del disturbo persistono per almeno 6 mesi.

⁹ Come è noto, i due manuali più utilizzati per la diagnosi dei disturbi mentali sono il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-V) dell'Associazione psichiatrica americana e la *Classificazione dei disturbi mentali e comportamentali* (ICD-10) dell'Organizzazione mondiale della sanità.

- **Disturbo schizofreniforme.** La persona colpita presenta due o più dei seguenti sintomi: deliri, allucinazioni, linguaggio disorganizzato, comportamento altamente disorganizzato o catatonico e/o sintomi negativi. Deve essere presente almeno uno dei tre sintomi seguenti: deliri, allucinazioni o linguaggio disorganizzato. L'episodio del disturbo dura almeno un mese, ma meno di sei mesi.
- **Disturbo delirante.** La persona colpita ha una o più illusioni della durata di almeno un mese. Le allucinazioni non sono presenti e, se presenti, non sono significative e sono correlate al tema delirante. Il funzionamento della persona non è molto disturbato e il comportamento non è bizzarro o strano.
- **Disturbo schizoaffettivo.** La persona affetta presenta due o più di questi sintomi: deliri, allucinazioni, linguaggio disorganizzato, comportamento altamente disorganizzato o catatonico e/o sintomi negativi. Inoltre, devono essere soddisfatti anche i criteri diagnostici per un episodio dell'umore (episodio maniacale o episodio depressivo maggiore).
- **Disturbo psicotico condiviso.** Si verifica quando due o più persone condividono lo stesso tema o sistema di idee deliranti e si sostengono a vicenda nelle loro convinzioni. Le due persone condividono un rapporto straordinariamente stretto. Esistono prove temporali e circostanziali che le delusioni sono indotte nella persona passiva (dominata) dal contatto con la persona attiva (dominante).
- **Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica.** La persona colpita presenta allucinazioni o deliri prominenti. Deve essere dimostrato dalla storia clinica, dall'esame fisico o dagli esami di laboratorio che i sintomi del disturbo sono la diretta conseguenza fisiopatologica di un'altra condizione medica. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale e provoca un disagio o una compromissione chiaramente significativi a livello sociale, lavorativo o in altri ambiti importanti del funzionamento.
- **Disturbo psicotico non altrimenti specificato.** Questa categoria si applica quando i sintomi caratteristici di un disturbo dello spettro schizofrenico e di un altro disturbo psicotico sono predominanti e causano un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, professionale o di altro tipo, ma non soddisfano tutti i criteri per nessuno dei disturbi della categoria diagnostica. Viene utilizzato nelle situazioni in cui il medico sceglie di non specificare il motivo della non conformità ai criteri delle categorie diagnostiche. Include anche situazioni in cui non ci sono informazioni sufficienti per fare una diagnosi più specifica.

È importante tenere presente che all'inizio del disturbo può essere difficile formulare una diagnosi specifica e che questa diagnosi può cambiare nel tempo con il progredire del disturbo. Inoltre, tali diagnosi non possono essere fatte se il disturbo o i sintomi possono essere attribuiti agli effetti fisiologici di una sostanza (droga o farmaco) o di un'altra condizione medica.

Cause che concorrono alla psicosi

Le psicosi sono condizioni mentali caratterizzate da **una percezione alterata della realtà**, e comprendere le cause che possono portare a queste esperienze è essenziale per la diagnosi e il trattamento.

Le cause delle psicosi possono essere classificate in diversi ambiti: biologico, psicologico e ambientale, tutti interconnessi e spesso sovrapposti.

[1] In primo luogo, i **fattori biologici** giocano un ruolo cruciale nello sviluppo delle psicosi. La genetica è uno degli aspetti più studiati, poiché le ricerche indicano che le persone con una storia familiare di disturbi psichiatrici, in particolare di schizofrenia o disturbi affini, hanno un rischio significativamente maggiore di sviluppare psicosi. Anche le anomalie neurochimiche, in particolare quelle legate ai neurotrasmettitori come la dopamina e la serotonina, sono state associate a esperienze psicotiche. Ad esempio, l'iperattività della dopamina in certe aree del cervello è stata collegata a sintomi psicotici, come deliri e allucinazioni.

[2] In aggiunta alle influenze genetiche e neurochimiche, ci sono anche **fattori strutturali** che possono contribuire all'insorgenza delle psicosi. Alcuni studi hanno evidenziato che le persone con schizofrenia possono presentare differenze strutturali nel cervello, come un ingrandimento dei ventricoli cerebrali e una riduzione del volume della materia grigia. Queste anomalie possono influenzare il modo in cui il cervello elabora le informazioni e reagisce agli stimoli esterni, contribuendo a una percezione distorta della realtà.

[3] I **fattori psicologici** rivestono un'importanza altrettanto significativa. Le esperienze traumatiche, in particolare durante l'infanzia, sono state collegate allo sviluppo di psicosi in età adulta. Traumi come l'abuso fisico, emotivo o sessuale possono compromettere la salute mentale e portare a disturbi della personalità, che aumentano il rischio di esperienze psicotiche. Inoltre, condizioni come l'ansia e la depressione possono predisporre una persona a sviluppare psicosi, soprattutto se questi disturbi non vengono trattati.

[4] Un altro aspetto psicologico da considerare è la presenza di **schemi cognitivi disfunzionali**. Persone che tendono a interpretare in modo errato le informazioni o che sviluppano pensieri paranoici possono essere più suscettibili a esperienze psicotiche. Questi schemi possono essere influenzati da fattori di stress ambientale o relazionali, che esacerbano la vulnerabilità.

[5] A livello **ambientale**, diversi elementi possono agire come fattori scatenanti per la psicosi. Situazioni di stress intenso, come la perdita di una persona cara, cambia-

menti significativi nella vita (come una separazione o un licenziamento) o difficoltà economiche possono attivare episodi psicotici, specialmente in individui già vulnerabili. L'uso di sostanze psicoattive, come alcol, droghe ricreative o farmaci, è un altro fattore ambientale che può innescare episodi psicotici. In particolare, l'uso di sostanze legate ai cannabinoidi – come il THC presente nella marijuana – è stato associato a un aumento del rischio di psicosi, soprattutto in individui con predisposizione.

Un contesto sociale di isolamento o stigmatizzazione può aggravare le condizioni di una persona predisposta a psicosi. La mancanza di supporto sociale e relazioni significative può contribuire a sentimenti di solitudine e disperazione, aumentando la probabilità di episodi psicotici. In questo senso, il supporto di amici, familiari e comunità gioca un ruolo fondamentale nella protezione della salute mentale.

[6] Infine, è importante considerare che le psicosi possono anche essere il risultato di **condizioni mediche generali**, come infezioni, malattie neurologiche o metaboliche. Disturbi come il delirio o l'encefalite possono portare a sintomi psicotici, sottolineando l'importanza di una valutazione medica completa per escludere altre cause.

7.3

SEGNALI DI ALLARME DELLA PSICOSI

La psicosi non è sempre facile da individuare. Prima della comparsa dei sintomi psicotici, possono manifestarsi altri sintomi o segnali di allarme più aspecifici, alcuni giorni o addirittura settimane prima. I segnali di allarme sono tutti quegli indicatori di una mancanza di normalità, che possono essere evidenziati in alcuni dei seguenti punti. Devono essere ricorrenti e sostenuti nel tempo:

- Sentirsi più tesi, più timorosi o più ansiosi.
- Pensieri che si susseguono veloci: avere molti pensieri contemporaneamente, non riuscire a concentrarsi su una cosa.
- Essere sempre più silenziosi e isolati.
- Sentirsi di cattivo umore, meno disposti a fare le cose o più irritabili.
- Essere più stanco.
- Provare sensazioni strane che mi fanno sentire confuso.
- Non avere molta fame, perdere peso.
- Frequenti dimenticanze.
- Improvvisamente non avere sonno.
- Trascurare il mio aspetto fisico.

L'individuazione e il trattamento nelle prime fasi del disturbo sono essenziali per il recupero delle persone colpite. Ecco perché **è molto importante consultare un professionista** nel momento in cui questi sintomi alterano l'attività quotidiana o causano disagio.

7.4

PRINCIPALI MITI E FALSE CREDENZE SULLE PSICOSI

Alcuni dei miti sulla psicosi sono:

La psicosi non ha un trattamento efficace. FALSO

Esistono diversi trattamenti per affrontare la psicosi: psicologici, sociali, di supporto... E i farmaci sono utili per trattare i sintomi, raggiungere la stabilità e aiutare la persona colpita a condurre una vita «normale».

Le persone con psicosi sono pericolose. FALSO

Le persone che hanno un disturbo psicologico hanno molte più probabilità di essere vittime di aggressioni o abusi da parte di altre persone rispetto a quelle che non li commettono. Solo in alcuni casi in cui la persona non ha ricevuto un trattamento o non lo segue adeguatamente, può avere gravi allucinazioni o pensieri deliranti che le fanno credere cose che in realtà non sono vere, e può finire per fare del male a se stessa o a qualcun altro.

Le persone affette da psicosi hanno fatto qualcosa. FALSO

Tutti possono sviluppare un disturbo psicologico, indipendentemente dal sesso, dall'età o dallo status sociale. Anche se a volte la sua origine può essere legata a un fattore di stress molto intenso o all'assunzione di tossine, la psicosi non è causata da un'unica causa, ma dalla comparsa e dall'interazione di vari fattori. Alcuni di questi fattori sono biologici, cioè, esiste una predisposizione genetica, mentre altri sono ambientali e legati allo stile di vita.

Tutti i farmaci hanno molti effetti collaterali negativi e annullano la volontà della persona. FALSO

Non tutti i trattamenti hanno lo stesso effetto, né cercano di annullare la volontà della persona, né producono gli stessi effetti indescrivibili. In effetti, esistono sempre più trattamenti farmacologici ben tollerati e con minori effetti collaterali negativi. Con un corretto controllo e monitoraggio da parte di professionisti, le possibili ripercussioni dovrebbero essere minime.

Le persone che hanno avuto crisi psicotica non possono riprendersi e devono essere confinate in un centro. FALSO

Le conoscenze sulle psicosi sono sempre più approfondite e questo ha portato a un miglioramento dei trattamenti farmacologici e psicologici per aiutare la persona colpita a guarire. Le persone affette da psicosi possono guarire completamente, possono studiare o lavorare, formare una famiglia, mantenere le loro attività sociali, ecc. In alcune occasioni, quando il recupero non è totale, l'obiettivo è raggiungere una qualità di vita simile a quella che avevano prima dell'episodio psicologico. In questi processi, l'inserimento nella comunità svolge un ruolo molto importante.

Le persone affette da psicosi sono stravaganti e si comportano in modo strano. FALSO

I media e i film di Hollywood spesso usano impropriamente le parole «psicotico» e «schizofrenico» per indicare qualcuno che commette atti depravati o bizzari o qualcuno che si comporta in modo strano e diverso dagli altri. La maggior parte delle persone affette da psicosi non è «diversa da noi» e dalle altre persone e passa inosservata per le strade delle nostre città.

La psicosi è ereditaria. FALSO

Avere genitori o fratelli affetti da psicosi non significa che si svilupperà il disturbo. Infatti, la maggior parte delle persone affette da psicosi non ha parenti con lo stesso disturbo. Sebbene sia vero che esiste una componente genetica nello sviluppo della psicosi, non esiste un singolo gene che ne spieghi l'insorgenza, poiché sono coinvolti diversi fattori biologici e ambientali.

Consumare cannabis non fa sviluppare la psicosi. FALSO

Anche se non tutte le persone che consumano cannabis sviluppano una psicosi, il principio attivo presente in questa sostanza è strettamente legato allo sviluppo di sintomi psicologici. È sempre più dimostrata la relazione tra il consumo di cannabis, soprattutto nei gruppi di soggetti più giovani, e l'aumento del rischio di sviluppare un disturbo psicologico.

La psicosi è legata al modo in cui si è stati educati dai genitori. FALSO

Contrariamente a uno dei miti più diffusi del secolo scorso, la psicosi non ha nulla a che fare con l'educazione, l'istruzione o il comportamento dei genitori. Questa convinzione ha generato un grande senso di colpa tra i genitori e ha causato ancora più disagio nelle famiglie delle persone affette da psicosi. Le cause della psicosi sono multifattoriali, genetiche e ambientali.

Un intervento educativo efficace: empatia, ascolto attivo e supporto emotivo

Per affrontare in maniera estremamente dettagliata i criteri e le azioni educative rispetto ai disturbi psicotici nei giovani, è fondamentale considerare le strategie e le attività pratiche che gli educatori possono implementare.

Un intervento educativo efficace per la psicosi giovanile deve basarsi su una combinazione di empatia, ascolto attivo, sostegno emotivo in un ambiente sicuro e accogliente, ma anche **su strumenti e metodologie professionali** che consentano ai giovani di comprendere e gestire la loro esperienza psicotica.

Di seguito viene delineata una guida completa per operare nei contesti educativi e di comunità, basata su attività specifiche, strumenti di supporto e risorse pratiche.

[1] Creazione di un ambiente di supporto e comprensione. L'educatore deve innanzitutto instaurare un rapporto di fiducia, in cui i giovani si sentano accolti e non giudicati. Ciò implica un approccio che normalizzi la conversazione intorno ai disturbi psicotici, creando un ambiente dove i giovani possano parlare liberamente delle loro esperienze senza paura di essere stigmatizzati. Un esempio concreto è organizzare momenti settimanali di «spazio aperto», in cui i giovani possano esprimere liberamente le loro emozioni e pensieri. Questo può essere fatto anche attraverso un «angolo delle emozioni» con lavagne su cui scrivere i propri stati d'animo o parole chiave che descrivono il proprio vissuto. Lo scopo è facilitare la comunicazione e la condivisione delle esperienze, portando i giovani a riconoscere e affrontare le proprie difficoltà psicologiche.

[2] Attività di gruppo basate sul dialogo e sul confronto. Il focus group rappresenta uno strumento potente per favorire la condivisione e il confronto tra pari. L'educatore può organizzare sessioni tematiche in cui si esplorano specifici aspetti dell'esperienza psicotica, come «comprendere le voci interiori» o «gestire il senso di isolamento». Questi incontri devono essere gestiti con molta sensibilità, permettendo ai partecipanti di raccontare le proprie esperienze in modo spontaneo e genuino, senza la pressione di dover ottenere risposte «corrette». Per stimolare la discussione, si può proporre una serie di domande guida, come: «Cosa significa per te sentirti capito?», «In che modo ti aiuterebbe parlare di ciò che provi?». Inoltre, utilizzare tecniche creative come il disegno o la scrittura per esprimere le emozioni può essere molto utile per coloro che trovano difficoltà nell'esprimersi verbalmente.

[3] Progetti di empowerment e resilienza. L'obiettivo di un progetto di empowerment è fornire ai giovani con disturbi psicotici le abilità e la fiducia necessarie per gestire le sfide quotidiane. Gli educatori possono creare percorsi di auto-aiuto personalizzati in cui ciascun giovane definisce degli obiettivi pratici e realistici per migliorare il proprio benessere mentale. Ad esempio, un percorso potrebbe includere la definizione di obiettivi a breve termine come “stabilire una routine di sonno” o “praticare tecniche di respirazione per gestire l'ansia”.

[4] Creazione di materiali educativi e di auto-aiuto. Prodotti educativi come brochure, guide e video informativi sono risorse preziose che i giovani possono consultare in modo indipendente. I materiali dovrebbero spiegare, in modo semplice e diretto, cosa sono i disturbi psicotici, quali sono i sintomi comuni e come possono essere affrontati. Ad esempio, una guida potrebbe includere sezioni come “Cosa sono i deliri?”, “Come affrontare le allucinazioni” e “Strategie per ridurre l'isolamento sociale”. I materiali devono essere interattivi e coinvolgenti, magari includendo esercizi di auto-riflessione, come “Scrivi una lettera alla tua ansia”, o domande aperte su cui riflettere, come “Quali sono i momenti della giornata in cui ti senti più calmo?”. È inoltre utile creare una versione digitale di questi materiali, facilmente accessibile sui dispositivi mobili.

[5] Attività pratiche per migliorare le abilità sociali e la gestione dello stress. Nei contesti di comunità è essenziale proporre attività pratiche che rafforzino le abilità sociali e riducano i livelli di stress. L'educatore può organizzare giochi di ruolo o simulazioni di situazioni sociali in cui i giovani possono imparare a gestire conversazioni e interazioni quotidiane. Ad esempio, una simulazione può riguardare una conversazione al telefono, un momento di conflitto con un coetaneo o una situazione di disagio in un contesto pubblico. In queste simulazioni, i giovani imparano a riconoscere e regolare le proprie reazioni emotive, ricevendo feedback costruttivi dall'educatore e dai pari. Altri esercizi possono includere attività di rilassamento guidato, come la tecnica del “rilassamento muscolare progressivo” la respirazione quadrata o sessioni di meditazione, aiutandoli a ridurre l'ansia e a migliorare il proprio benessere generale.



Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano le psicosi

Queste attività si concentrano su tecniche di gestione emotiva, miglioramento delle abilità sociali e sul rafforzamento del senso di consapevolezza e controllo sulla propria esperienza psicotica. Ognuna di queste attività include obiettivi chiari, la descrizione dell'attività e le modalità pratiche per l'implementazione.

[1] Progetti artistici per esprimere emozioni e pensieri. Proporre un canale di espressione non verbale per aiutare i giovani a esternare emozioni complesse e espe-

rienze psicotiche in un ambiente sicuro. In concreto, l'educatore propone attività di disegno, pittura, scrittura creativa o collage per esplorare emozioni, pensieri e immagini mentali. Queste attività permettono di affrontare e rielaborare esperienze interne che possono essere difficili da verbalizzare. Ci sono due modalità pratiche:

- **Disegno delle emozioni.** Invitare i giovani a rappresentare visivamente le emozioni principali che sentono. Possono usare colori e forme che ritengono rappresentino stati d'animo come ansia, paura o speranza. Al termine, possono scegliere se condividere o riflettere sulle loro opere.
- **Scrittura di una lettera a sé stessi.** In questo esercizio, si chiede ai partecipanti di scrivere una lettera al proprio "sé futuro" o "sé passato". Questo consente di mettere in parole i propri desideri, preoccupazioni o pensieri ricorrenti, favorendo l'auto-riflessione e una maggiore comprensione di sé.

[2] Focus Group per il confronto tra pari. Facilitare il supporto reciproco, la condivisione di esperienze e la riduzione dello stigma interno ed esterno rispetto alla propria condizione psicologica. In particolare, il focus group crea uno spazio in cui i giovani possono discutere delle loro esperienze psicotiche in un contesto sicuro. Gli incontri sono strutturati intorno a temi come "comprendere le proprie voci interiori" o "superare il senso di isolamento". Ci sono due modalità pratiche:

- **Condivisione guidata su un tema specifico.** Ogni incontro inizia con un tema su cui discutere. Ad esempio, "Quali strategie ti aiutano a calmarti quando senti ansia?" o "Cosa significa per te avere delle 'voci'?". L'educatore facilita la conversazione, stimolando l'ascolto attivo e il rispetto reciproco.
- **Attività di gruppo per esplorare lo stigma.** L'educatore può proporre attività come scrivere su un cartellone frasi negative e poi distruggerlo simbolicamente o sostituirlo con frasi di auto-accettazione, promuovendo la creazione di una narrativa positiva e di appartenenza.

[3] Progetti di autonomia e obiettivi personali. Rafforzare l'autoefficacia, aumentando la fiducia nelle proprie capacità e la motivazione attraverso il raggiungimento di piccoli traguardi. Vale a dire, gli educatori aiutano i giovani a identificare obiettivi semplici e concreti, come stabilire una routine quotidiana o migliorare le abilità di autocura. Ogni giovane può scegliere un obiettivo personalizzato, pianificare i passi necessari e monitorare i progressi. Ci sono due modalità pratiche:

- **Creazione di un diario degli obiettivi.** Ogni giovane tiene un diario in cui annota i propri obiettivi, le difficoltà incontrate e i progressi. Ad esempio, se l'obiettivo è svegliarsi ogni giorno a un'ora precisa, annotare i successi e le difficoltà permette al giovane di avere un feedback tangibile e di riflettere su piccoli miglioramenti. Ogni settimana, l'educatore può dedicare un momento alla revisione del diario insieme al ragazzo, fornendo un feedback costruttivo e un rinforzo positivo.

- **Pianificazione e revisione degli obiettivi.** All'inizio di ogni mese, l'educatore guida i giovani nella pianificazione di obiettivi specifici e realistici. Ad esempio, un giovane potrebbe stabilire l'obiettivo di "partecipare a un'attività di gruppo" oppure di "ridurre il tempo trascorso in isolamento." Periodicamente, viene effettuata una revisione per monitorare l'avanzamento e adattare il piano d'azione, se necessario. Gli educatori devono incoraggiare i giovani a celebrare ogni progresso, anche piccolo, per rafforzare la fiducia nelle proprie capacità.

[4] Attività di scrittura riflessiva. Sviluppare la capacità di analisi e consapevolezza personale, esplorando i propri pensieri e sentimenti legati all'esperienza psicotica. In pratica, la scrittura riflessiva è una tecnica potente che permette ai giovani di mettere in parole le loro esperienze, favorendo un processo di introspezione e rielaborazione emotiva. Si possono usare quaderni personali, senza obbligo di condivisione, oppure attività di gruppo in cui si discute liberamente. Ci sono due modalità pratiche:

- **Diario giornaliero o settimanale.** Invitare i giovani a tenere un diario in cui scrivere le proprie emozioni, momenti difficili e quelli positivi. Domande di riflessione come "Cosa ho imparato su me stesso oggi?", "Qual è stato il momento più significativo della mia giornata?" o "Cosa mi ha fatto sentire meglio?" possono guidare la scrittura.
- **Lettere alle proprie paure o pensieri intrusivi.** Questa attività consiste nello scrivere una lettera indirizzata a un'emozione, come la paura, o a un'esperienza come le voci. L'obiettivo è confrontarsi con i propri timori o pensieri senza sentirsi giudicati, esplorando le emozioni in maniera distaccata e razionale.

[5] Programma di psicoeducazione in collaborazione con le famiglie. Educare sia i giovani che le famiglie a comprendere meglio la psicosi, riducendo stigma e migliorando il supporto familiare. Da un punto di vista pratico, l'educatore organizza incontri educativi periodici con le famiglie, dove vengono spiegati i meccanismi della psicosi, le modalità di comunicazione e le tecniche di gestione dello stress in famiglia. Coinvolgere le famiglie è essenziale per creare un ambiente di supporto completo. Ci sono due modalità pratiche:

- **Sessioni informative sulle caratteristiche dei disturbi psicotici.** In questi incontri si spiegano sintomi, cause, e tecniche di gestione, facendo riferimento a casi concreti o esempi pratici, sempre rispettando la privacy.
- **Discussione su comunicazione empatica e supporto positivo.** Si suggeriscono modi per affrontare conversazioni difficili, spiegando l'importanza dell'ascolto attivo e delle parole di incoraggiamento. Esempi pratici come "Sono qui per ascoltarti senza giudicare" possono essere utili per fornire modelli di comunicazione positiva.

[6] Attività di costruzione della routine e gestione del tempo. Fornire strutture e modelli per aiutare i giovani a creare una routine stabile, essenziale per la gestione di ansia e sintomi psicotici. Di conseguenza, si tratta di creare una routine aiuta a migliorare la stabilità e a ridurre lo stress, incrementando la capacità di gestione del tempo. Si possono pianificare attività giornaliere o settimanali che tengano conto degli interessi e delle esigenze dei giovani. Ci sono due modalità pratiche:

- **Creazione di un calendario settimanale personalizzato.** I giovani costruiscono il proprio calendario, suddiviso tra attività di routine (es. sveglia, pasti, scuola) e attività personali o di svago. Questo calendario può essere aggiornato ogni settimana e adattato alle necessità, favorendo un senso di controllo e prevedibilità.
- **Sessioni di verifica della routine.** A fine settimana, l'educatore può proporre una riflessione sulla routine settimanale, evidenziando quali attività hanno funzionato meglio e identificando eventuali aree di miglioramento.

[7] Attività di supporto per l'auto-accettazione e riduzione dello stigma. Favorire un atteggiamento positivo verso sé stessi e la propria esperienza, riducendo l'auto-stigma e incoraggiando una visione di sé più compassionevole. Ciò significa che l'educatore guida i giovani attraverso attività di riflessione, sensibilizzazione e auto-accettazione, aiutandoli a ridurre il giudizio su sé stessi e promuovendo un'immagine di sé positiva e autentica. Ci sono due modalità pratiche:

- **Creazione di un "quaderno dei successi".** Invitare i giovani a tenere un quaderno in cui annotano i piccoli successi quotidiani, le abilità che stanno migliorando o i momenti positivi. Questo quaderno diventa un promemoria visibile dei loro progressi e del loro valore.
- **Affermazioni positive e auto-riflessione.** Durante ogni incontro, i giovani possono scegliere o creare un'affermazione positiva su di sé (es. "Sono capace di affrontare le difficoltà" o "Ogni giorno sto migliorando"). Gli educatori guidano la riflessione su queste affermazioni, aiutando a interiorizzare una narrativa più positiva.





CAPITOLO

8

Autolesionismo

8.1

COME RICONOSCERE L'AUTELESIONISMO

Tagli come grido d'aiuto per comunicare i dolori dell'anima

[1] Che cosa si intende per comportamento autolesionistico? Quante tipologie di autolesionismo conosciamo e quali sono i segnali di allarme? Oltre a rispondere a queste domande andremo qui di seguito ad analizzare anche quali sono i fattori scatenanti e quelli protettivi. Quali sono le strategie da seguire quando si verifica l'autolesionismo: quando e a chi chiedere aiuto.

L'**autolesionismo**, specificatamente quello **non suicida** è definito come **la distruzione diretta e deliberata del proprio tessuto corporeo senza l'intento di suicidarsi**. Dopo decenni di aumento dell'incidenza dell'autolesionismo non suicida tra gli adolescenti e i giovani adulti e il crescente interesse scientifico per l'argomento, il disturbo è stato incluso nella quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)* come problema che richiede attenzione clinica quando soddisfa i criteri di gravità stabiliti.

Tuttavia, questi comportamenti non sempre si verificano nel contesto di un disturbo mentale e **non sempre richiedono attenzione clinica**, in quanto sono sempre più osservati nella popolazione generale e, in molti casi, si può intervenire in un ambiente

non sanitario. In effetti, negli ultimi decenni, c'è stato un aumento dell'autolesionismo nei ragazzi e nelle ragazze senza diagnosi di salute mentale, come **modo di esprimere il proprio disagio**.

[2] Si possono distinguere due metodi di autolesionismo: il **danno diretto** (tagli, bruciature, graffi, morsi, colpi, ecc.) e il **danno indiretto** (eccesso di farmaci, abbuffate, assunzione massiccia di alcol o esposizione a situazioni rischiose come sport estremi, guida spericolata, ecc.). Sono escluse le forme di protesta contro le norme sociali o religiose stabilite. Ma il concetto attuale di **autolesionismo non suicida**, sia a livello clinico che negli studi di ricerca, si riferisce all'autolesionismo diretto e non a quello indiretto. Quindi, quando parliamo di autolesionismo, nella maggior parte dei casi, ci riferiamo a questo primo tipo¹⁰.

[3] Secondo il DSM-5, i **criteri per diagnosticare** il disturbo del comportamento autolesivo non suicida includono:

- Cinque o più giorni di comportamento autolesivo ripetuto nell'ultimo anno (in fase di revisione, perché alcuni autori propongono di alzare la soglia a dieci giorni).
- L'autolesionismo deve rispondere a qualche funzione:
 - Liberarsi da pensieri o sentimenti negativi.
 - Risolvere un conflitto interpersonale.
 - Generare uno stato positivo.
- L'autolesionismo deve essere prodotto da:
 - Pensieri o sentimenti negativi.
 - Preoccupazione ricorrente per l'autolesionismo.
 - L'impulso a praticare l'autolesionismo.
- Sono esclusi i comportamenti che non sono socialmente sanzionati, come gli atti di protesta o di marcatura dell'identità.

I sintomi del comportamento autolesionistico

Il comportamento autolesionistico è **una manifestazione complessa di disagio emotivo e psicologico**, e può assumere diverse forme e modalità.

Comprendere i sintomi associati a questo tipo di comportamento è cruciale per riconoscere la presenza e intervenire in modo adeguato.

¹⁰ Dal 2013, il DSM-5, il sistema di classificazione internazionale dei disturbi mentali, include i comportamenti autolesivi diretti e ripetuti (cinque o più volte) come una nuova categoria oggetto di studio: il disturbo da comportamento autolesivo non suicida (spesso indicato con l'acronimo di non-suicidal self-injury, NSABI).

[1] Innanzitutto, uno dei sintomi più evidenti è l'**auto-danno fisico**, che può manifestarsi in vari modi, come tagli, bruciature, lividi o colpi inflitti a parti del corpo. Questi atti possono essere compiuti in aree facilmente coperte, come braccia e cosce, per nascondere le cicatrici o i segni di lesioni. La persona potrebbe eseguire queste azioni in modo ritualizzato, utilizzando oggetti specifici o seguendo un procedimento particolare che può dare loro una sensazione di controllo o di liberazione temporanea da emozioni opprimenti.

[2] Il comportamento autolesionistico è spesso legato a **emozioni intense e difficili da gestire**, come tristezza, ansia, rabbia o senso di vuoto. Chi si impegna in tali atti può descrivere una sorta di scarico emotivo immediato dopo l'autolesionismo, come se la lesione fisica fosse un modo per esprimere o alleviare un dolore emotivo interno. Questo comportamento può offrire un senso temporaneo di sollievo o di controllo, creando un ciclo in cui la persona si sente costretta a ripetere l'atto per affrontare il disagio emotivo.

[3] Inoltre, è comune che il comportamento autolesionistico si accompagni a una **ridotta autostima** e a sentimenti di auto-disprezzo. Chi si ferisce potrebbe nutrire una visione negativa di sé, sentendosi indegno di amore o di attenzione, e l'autoferimento diventa un modo per punirsi per percepite mancanze o fallimenti. Questa auto-punizione può anche essere vista come una forma di espressione di dolore in situazioni in cui la persona si sente impotente a comunicare le proprie sofferenze agli altri.

[4] Al di là dei segni fisici, i sintomi emotivi e comportamentali giocano un ruolo cruciale nella manifestazione dell'autolesionismo. È possibile osservare un **cambiamento nei rapporti sociali**, con l'individuo che tende a isolarsi da amici e familiari, creando una barriera che impedisce agli altri di comprendere il suo stato d'animo. Questa ritrosia può derivare dalla paura di essere giudicati o fraintesi. La persona può anche mostrare segni di **ansia o depressione**, con umore altalenante, difficoltà a concentrarsi e sentimenti di disperazione.

[5] In alcuni casi, le persone che praticano comportamenti autolesionistici possono anche utilizzare il dolore fisico come una forma di **coping**, in cui il dolore esterno diventa un modo per gestire il dolore interno. Questa strategia può apparire come un tentativo di trasformare l'angoscia emotiva in un dolore tangibile, che sembra più facile da affrontare. Tuttavia, questa soluzione è temporanea e spesso porta a ulteriori complicazioni emotive e fisiche.

[6] È importante notare che, mentre il comportamento autolesionistico può sembrare un modo per affrontare il dolore, esso non affronta le cause sottostanti e può portare a complicazioni, come infezioni, cicatrici permanenti e un aumento del rischio di comportamenti suicidari. Le persone che si impegnano in questi atti spesso non intendono provocare la propria morte, ma piuttosto cercare una via di fuga dal dolore. Tuttavia, la mancanza di un adeguato supporto e la continua esperienza di disagio possono condurre a pensieri suicidari o a tentativi di suicidio.

Prevalenza

[1] L'**autolesionismo diretto** è particolarmente diffuso tra gli adolescenti e i giovani adulti. Le ricerche indicano che l'incidenza di questo comportamento in queste fasce di età oscilla tra il 18% e il 45%, con un picco di esordio tra i 12 e i 14 anni. Sebbene la prevalenza effettiva dell'**autolesionismo indiretto** sia sconosciuta e possa essere molto più alta, gli studi longitudinali mostrano un'evoluzione naturale dalle forme dirette a quelle indirette di **autolesionismo** con l'età. Tra gli adulti, infatti, la prevalenza di autolesionismo è inferiore, attestandosi intorno al 6%. Tutti possono essere comportamenti sporadici (meno di cinque episodi all'anno), senza fattori di rischio precedenti, senza sintomi clinici di un disturbo mentale e senza compromettere la capacità di funzionamento della persona.

Ma in un numero molto minore di casi, esposti a fattori di rischio specifici, i comportamenti si ripetono nel tempo e sono associati alla presenza di sintomi psichiatrici comorbili, compresi i comportamenti suicidari, durante o in una fase successiva. Gli studi sulla popolazione mostrano che il 9-11% dei giovani e fino al 3% degli adulti soddisfano i criteri diagnostici per l'autolesionismo non suicida ripetuto. E nella popolazione con problemi di salute mentale, il 60% può essere associato a qualsiasi diagnosi psichiatrica, con una maggiore prevalenza di disturbi alimentari nelle persone di età inferiore ai 18 anni e di disturbi di personalità nelle persone di età superiore ai 18 anni, in particolare il disturbo borderline di personalità.

[2] Tradizionalmente, l'autolesionismo è stato considerato un fenomeno prevalentemente femminile. Ci sono molti studi sulla prevalenza e sull'incidenza che supportano questa visione. Tuttavia, ci sono anche studi recenti che squalificano i dati degli studi più vecchi e alcune ricerche indicano differenze minori nell'incidenza in base al sesso e al genere.

Un aspetto che è stato ampiamente dimostrato è l'**uso di metodi diversi da parte di ragazzi e ragazze** nel commettere autolesionismo non suicida. Mentre le ragazze sono più inclini a tagli, graffi e azioni che causano sanguinamento, i ragazzi sono più inclini a colpire e bruciare.

8.2

TIPOLOGIA DI COMPORAMENTI AUTOLESIONISTICI

I diversi volti dei comportamenti autolesionistici

[1] I comportamenti autolesionistici possono manifestarsi in diverse forme, ciascuna con caratteristiche specifiche. Ecco una panoramica dei principali tipi di autolesionismo:

- **Tagliarsi.** Questo è uno dei comportamenti autolesionistici più comuni e consiste nel fare incisioni sulla pelle con oggetti affilati come coltelli, lamette o vetri.

- **Bruciarsi.** Alcune persone si infliggono bruciature con sigarette, accendini o altri oggetti roventi.
- **Graffiarsi o Mordersi.** Questi comportamenti includono graffiarsi profondamente la pelle o mordersi fino a provocare ferite.
- **Colpirsi.** Con pugni, sbattere la testa contro il muro o altre superfici dure sono altre forme di autolesionismo.
- **Tirarsi i capelli.** Questo comportamento, noto anche come “tricotillomania”, consiste nel tirarsi i capelli fino a strapparli.
- **Ingerire Sostanze Tossiche.** Quali farmaci in dosi non letali o oggetti non commestibili.
- **Auto-avvelenamento.** Questo include l'uso di sostanze come droghe o alcol in modo da causare danni al proprio corpo.
- **Comportamenti compulsivi.** Alcuni comportamenti autolesionistici possono essere compulsivi, come mangiarsi le unghie fino a farle sanguinare o conficcarsi aghi nella pelle.
- **Auto-danno indiretto.** Questo tipo di autolesionismo include comportamenti come la sessualità promiscua, il gioco d'azzardo o l'abuso di sostanze.

Cause che concorrono all'autolesionismo

[1] Il 27,6% degli adolescenti europei riferisce di essersi autolesionato intenzionalmente almeno una volta nella vita (Brunner et al., 2014). Ma perché, una volta che hanno iniziato a autolesionarsi, gli adolescenti tendono a continuare questo comportamento?

È importante tenere presente che, quando una persona si autolesiona, non è un tentativo di porre fine alla propria vita, ma un meccanismo per affrontare un problema o una difficoltà. Molte persone che si autolesionano spiegano che lo fanno perché **si sentono incapaci di affrontare un'emozione intensa** (come la tristezza o la rabbia) e ricorrono all'autolesionismo per cercare di ridurre, gestire o fuggire da questi sentimenti. Il dolore fisico può distrarre dal dolore emotivo offrendo un sollievo temporaneo.

Il fatto che ci sia un sollievo emotivo dopo l'autolesionismo può portare a utilizzare la stessa strategia in futuro per gestire le emozioni difficili. Tuttavia, questo effetto non dura a lungo e, a medio e lungo termine, è molto probabile che emergano sentimenti ancora peggiori, come il senso di colpa o la paura. Un'altra causa potrebbe essere quella dell'**auto-punizione**, ovvero arrivare ad auto lesionarsi per punirsi a causa di sensi di colpa o un'eccessiva autocritica.

[2] Inoltre, le persone che si autolesionano tendono a sperimentare allo stesso tempo **un maggiore disagio emotivo, difficoltà relazionali e un minore rendimento scolastico**. In qualche modo l'autolesionismo in alcuni casi può rappresentare una richiesta di attenzione e chiedere aiuto.

[3] In sintesi, i comportamenti autolesivi possono iniziare a seguito di:

- **Rinforzo negativo.** L'adolescente potrebbe aver imparato che questo comportamento è un modo efficace a breve termine per evitare le emozioni negative (ansia, tristezza, senso di colpa, rabbia, disperazione, ecc.) che causano un grande disagio psicologico, o per ottenere una regolazione emotiva apparentemente efficace nei momenti in cui queste emozioni si manifestano. In questo caso, l'obiettivo dell'autolesionismo è evitare o disconnettersi da ciò che causa un intenso dolore emotivo, focalizzando l'attenzione sul danno fisico e non sugli aspetti della persona che causano sofferenza.

Alcuni dei traumi che possono essere alla base sono di tipo emotivo (eventi traumatici come la perdita di una persona cara, abusi emotivi o esperienze di abbandono), fisico (esperienze di violenza fisica o abusi sessuali) o mediatico (l'esposizione a contenuti che normalizzano o glorificano l'autolesionismo attraverso i social, la televisione o i videogiochi).

- **Rinforzo sociale positivo.** L'adolescente potrebbe aver imparato che, quando mette in atto questo comportamento, ottiene un livello di attenzione sociale o di rinforzo sociale molto maggiore e immediato da parte del gruppo dei pari o degli adulti, rispetto a quello che ottiene con altri comportamenti adottati o quando non si autolesiona. In altre parole, sente che questo comportamento produce cambiamenti sociali percepiti come positivi da lui (ad esempio, percepisce di ricevere più affetto, sostegno e accettazione di gruppo da quando si autolesiona).
- **Evocazione di un cambiamento ambientale.** L'adolescente può aver imparato che, quando si impegna in questo comportamento, si verificano dei cambiamenti nel suo ambiente che sono favorevoli per sentirsi bene e che sono di suo gradimento. Il rinforzo ottenuto con l'autolesionismo, in questo caso, non è l'attenzione sociale da parte degli altri, ma i benefici reattivi secondari dell'ambiente (ad esempio, dopo l'autolesionismo, gli adulti decidono che l'adolescente non deve più affrontare le richieste adeguate all'età, come andare a scuola e sostenere gli esami, oppure viene esonerato dall'assunzione di responsabilità).
- **Costruzione dell'identità.** L'adolescente può trovare in questo comportamento una forma di identità e un senso di appartenenza al gruppo. In questo caso, il comportamento trasmette un'ideologia di vita o si identifica con le sottoculture urbane (ad esempio, la sottocultura emo), oppure esprime discorsi filosofici ed emotivi che trasmettono una visione tragica dell'esistenza umana. In questo ca-

so, l'autolesionismo viene solitamente messo in atto in un contesto di gruppo ed è socialmente rafforzato dal resto delle persone che partecipano a questa forma di identità.

8.3

SEGNALI DI ALLARME DEL COMPORTAMENTO AUTOLESIVO

In molti casi, il comportamento autolesivo può essere sporadico e quindi non soddisfare i criteri di gravità per stabilire una diagnosi clinica o medica. Tuttavia, l'aumento della frequenza e l'uso di metodi diversi possono essere variabili di una prognosi negativa. Pertanto, **l'individuazione e l'intervento precoce possono essere molto utili** per evitare che un comportamento autolesivo sporadico diventi un problema di salute.

In questo senso, prestare attenzione ad alcuni **segnali di allarme** che possono farci sospettare che una persona sia autolesionista è fondamentale per identificare il problema nelle sue fasi iniziali. Alcuni di questi segnali sono:

- Avere lesioni continue che non possono essere spiegate (tagli, bruciature, graffi o urti ingiustificati).
- Indossare indumenti non adatti alla stagione o alla temperatura, come i maglioni in estate.
- Rifiutare di svolgere attività che comportano un cambio d'abito (ginnastica, nuoto).
- Indossare regolarmente bende.
- Mostrare o verbalizzare idee legate all'autolesionismo (disegni, conversazioni con i coetanei, ecc.).
- Frequente bisogno di privacy.
- Portare o nascondere oggetti che tagliano (lamette, pezzi di vetro, forbici, coltelli, ecc.).
- Trascorrere molto tempo in bagno o in camera da letto.
- Trovare tracce di sangue nella spazzatura.

È importante notare che i segnali di allarme sono utili per individuare possibili situazioni di autolesionismo, ma la loro presenza non implica necessariamente che la persona sia autolesionista. Si considera un problema quando il comportamento autolesionista diventa una routine frequente.

Alcune delle false credenze che esistono sui comportamenti autolesionistici sono:

Il comportamento autolesionista è un tentativo di manipolazione. FALSO

Sebbene alcune persone abbiano imparato che l'unico modo per ottenere attenzione dagli altri è quello di impegnarsi in comportamenti come l'autolesionismo non suicida, il fatto che si autolesionino non significa che siano manipolatori. Ciò indica che hanno bisogno di un certo tipo di attenzione e non hanno ancora imparato strategie più adeguate per ottenerla.

L'autolesionismo non suicida è un comportamento patologico e irrazionale. FALSO

Sebbene l'autolesionismo possa sembrare incomprensibile per alcune persone, ha sempre uno scopo importante nel momento in cui si verifica e quindi non è un'azione irrazionale. Le persone che si autolesionano di solito lo fanno per sentirsi meglio o per ottenere un sollievo emotivo immediato, anche se può avere conseguenze negative a lungo termine.

L'autolesionismo è un segnale d'allarme che indica che una persona vuole suicidarsi. FALSO

In linea di principio, l'autolesionismo non suicida è un comportamento che viene messo in atto senza intenzione personale, cioè senza l'intenzione di provocare la morte. Si tratta di un modo malsano di affrontare il disagio, in assenza di strategie più sane e benefiche. Tuttavia, è vero che ci sono molti studi che confermano che l'autolesionismo non suicida è un fattore di rischio per il suicidio, cioè quando una persona si autolesiona frequentemente e gravemente, di solito è a rischio di sviluppare pensieri suicidi, che possono portarla a fare un tentativo di suicidio.

L'autolesionismo implica un disturbo mentale. FALSO

Questi comportamenti non si verificano sempre nel contesto di un disturbo mentale. Infatti, sono sempre più frequenti nella popolazione non clinica e, in molti casi, si può intervenire in un contesto non di salute mentale. Negli ultimi decenni, c'è stato un aumento dell'autolesionismo non suicida tra i ragazzi e le ragazze senza alcuna diagnosi di salute mentale, come modo di esprimere il disagio.

L'autolesionismo non è un problema; molte persone lo fanno. FALSO

Molte persone possono essere autolesioniste – forse tutti ne conosciamo qualcuna che lo fa – e potrebbero non avere alcun problema di salute mentale, ma l'autolesionismo

non è un modo sano di affrontare il disagio. Anche se può sembrare che funzioni a breve termine, il ricorso a questa strategia a medio e lungo termine può avere conseguenze molto problematiche e impedisce alla persona di apprendere strategie più sane.

È necessario risolvere i problemi del passato per smettere di essere autolesionisti. FALSO

Non c'è motivo di pensare che si debba aspettare di aver superato tutte le esperienze negative del passato prima di smettere di autolesionarsi. In realtà, smettere di autolesionarsi può aiutare a iniziare a sbloccare il resto dei propri problemi.

L'autolesionismo non suicida è un modo per attirare l'attenzione su di sé. FALSO.

Le persone si autolesionano per molte ragioni diverse e molte persone nascondono le loro autolesioni per non mostrarle. Anche all'interno della stessa persona, le ragioni e le forme dell'autolesionismo possono variare nel tempo.

L'autolesionismo è una cosa da adolescenti. FALSO

No, l'autolesionismo non suicida come meccanismo di coping può essere presente a qualsiasi età, ma è vero che è più comune tra gli adolescenti e i giovani adulti.

L'autolesionismo non ha conseguenze a breve termine. FALSO

Le conseguenze dell'autolesionismo possono essere sia a breve che a lungo termine, e queste ultime possono essere le più gravi. A breve termine, si tratta di un comportamento che può essere stigmatizzante, oltre a incidere sulle relazioni sociali e interpersonali, in quanto comporta isolamento, sentimenti di incomprensione, preoccupazione e disagio nell'ambiente sociale e familiare. Tra le conseguenze a lungo termine, oltre alla cronicizzazione di queste conseguenze immediate, c'è il fatto che l'autolesionismo può diventare il modo abituale di affrontare il disagio, il che impedisce l'apprendimento di strategie più adattive, con tutto ciò che ne consegue. D'altra parte, c'è il rischio che questo comportamento autolesionista possa essere associato a problemi più gravi, come lo sviluppo di pensieri di morte.

8.5

COME ACCOMPAGNARE IL COMPORTAMENTO AUTOLESIONISTA IN AMBITO EDUCATIVO

L'importanza di promuovere la resilienza nei ragazzi adolescenti

[1] I fattori protettivi per il comportamento autolesionista sono gli stessi di qualsiasi disturbo o problema emotivo e si riferiscono alle **capacità o alle abilità delle persone**

di affrontare eventi negativi o stressanti della vita senza sviluppare comportamenti disfunzionali o patologici.

In questo senso, parliamo di **resilienza** come della capacità di far fronte a eventi di vita negativi (Dray et al., 2017). È stata anche definita come la capacità di una persona di adattarsi a situazioni difficili e di persistere di fronte alle avversità, o come la capacità di recuperare dopo un evento traumatico o stressante (Norris et al., 2009). Lo sviluppo della resilienza durante l'adolescenza (tra i 12 e i 18 anni) è considerato un'alternativa di coping efficace per alcuni dei disturbi mentali presenti nella società di oggi.

Gli studi indicano che non tutti gli adolescenti che vivono situazioni avverse sviluppano problemi di salute mentale. Alcuni hanno dimostrato che la chiave sembra risiedere nella resilienza, che è **centrale per il recupero da traumi ed eventi avversi** (Rutter, 2013). La resilienza può agire come fattore protettivo contro lo sviluppo di disturbi mentali e, di conseguenza, la sua assenza potrebbe essere un fattore di rischio per una serie di patologie cliniche (Srivastava et al., 2019).

I benessere emotivo e la resilienza sono concetti strettamente legati. Più siamo resilienti, minore è la probabilità di sviluppare problemi di salute mentale e maggiore è la probabilità di avere uno stato di benessere psicologico.

La resilienza è la capacità di affrontare e adattarsi a nuove situazioni. Le persone resilienti si adattano al cambiamento. Hanno la capacità di affrontare le difficoltà, le frustrazioni e lo stress che fanno parte della nostra vita quotidiana. Ecco perché la resilienza è considerata da molti esperti come un antidoto all'epidemia di salute mentale e come il percorso verso il benessere psicologico.

[2] Su quali competenze possiamo lavorare per favorire la resilienza negli adolescenti?

Le competenze che costituiscono l'**apprendimento emotivo** saranno alcuni dei punti chiave su cui lavorare. Ci sono alcune abilità specifiche che sono state identificate negli studi come fondamentali per favorire la resilienza:

- Autoregolazione emotiva.
- La capacità di autoconsapevolezza (*intuizione*).
- La consapevolezza sociale (legata alla capacità di mettersi nei panni degli altri e di comprendere le loro emozioni e i loro pensieri).
- Abilità relazionali (stabilire e mantenere relazioni, ascolto attivo, offrire e chiedere aiuto, ecc.).
- La capacità di prendere decisioni responsabili.

Inoltre, in questa società della sovrastimolazione, li aiuterà ad acquisire la capacità di connettersi con il momento presente e di connettersi con le emozioni senza giudicarle, ossia ad **acquisire la pratica della consapevolezza**. Ciò comporterebbe l'allenamento a mantenere l'attenzione sul presente, osservando semplicemente l'esperienza, descrivendola a parole e lasciandosi trasportare da essa. Questo, a sua volta, aiuterebbe a evitare l'impulsività quando agisce o prende decisioni.

Un altro aspetto su cui lavorare è l'**autoefficacia**, ovvero la percezione che abbiamo delle nostre capacità nel realizzare ciò che desideriamo. Quando lavoriamo sull'autoefficacia, gli adolescenti iniziano a sentirsi più sicuri di poter raggiungere i loro obiettivi. Per raggiungere i loro scopi nella vita, devono agire, e per farlo è essenziale che credano di poter realizzare ciò che desiderano. Se non si sentono in grado di riuscirci, tendono a porsi dei limiti e a rinunciare prima ancora di provare. Per questo è fondamentale far sì che l'adolescente sviluppi la convinzione che: "Posso raggiungere il mio obiettivo, ci proverò, perché no?"

"Non sai mai quanto sei forte finché essere forte non è l'unica opzione", Bob Marley.

A questo punto, vediamo l'importanza del rapporto tra la resilienza e la nostra autostima. Se abbiamo una solida autostima, saremo più capaci di affrontare le difficoltà che incontriamo. Di conseguenza, la resilienza si manifesterà come una maggiore capacità di superare gli ostacoli. Allo stesso tempo, se coltiviamo atteggiamenti resilienti, la nostra autostima ne uscirà rafforzata, migliorando anche la percezione che abbiamo di noi stessi.

Quindi, come possiamo diventare resilienti? Adottando questi atteggiamenti e curandoli, possiamo avere risultati positivi. Alcune attenzioni:

- Non farsi spaventare dai cambiamenti, che riteniamo necessari.
- Comprendere che le crisi, che sicuramente avremo, non sono insormontabili.
- Essere determinati, prendere decisioni senza paura; il fallimento dovuto alle nostre azioni non deve fermarci.
- Ricordare le nostre esperienze precedenti in cui siamo riusciti a superare le difficoltà.

Noi, le nostre decisioni, il nostro ottimismo nell'affrontarle, saranno decisivi per continuare a crescere e per far sì che gli ostacoli non ci fermino.

Anche insegnare loro **strategie di coping** efficaci per affrontare le numerose situazioni che si troveranno ad affrontare sarà fondamentale per gli adolescenti, tenendo presente che devono affrontare sfide e novità costanti. Essere in grado di

sviluppare strategie di coping efficaci li aiuterà a ridurre lo stress generato da situazioni nuove o anche da situazioni che non sono nuove ma che generano stress. Queste strategie includono le capacità di comunicazione, l'assertività e il problem solving, tra le altre.

[3] Cosa possono fare i professionisti dell'educazione per promuovere la resilienza?

I **contesti educativi** possono fare molto per promuovere il benessere psicologico dei loro ragazzi. Inoltre, sono contesti privilegiati perché sono spazi che offrono l'opportunità di implementare programmi di prevenzione universali (cioè, rivolti a tutti i giovani e non solo a quelli che mostrano difficoltà) per promuovere il benessere psicologico degli adolescenti, fornendo loro competenze per favorire la propria resilienza. L'aula scolastica può diventare il luogo ideale per mettere in pratica tutte le competenze sopra citate.

Dai centri educativi, oltre all'attuazione di programmi di prevenzione universali, si potrebbero realizzare diverse **azioni che promuovono la resilienza** e, di conseguenza, il benessere psicologico. Azioni come:

- Fornire linee guida per relazioni sane.
- Modellare e rinforzare comportamenti e atteggiamenti appropriati.
- Offrire opportunità di fissare obiettivi di vita.
- Creare spazi di discussione e di riflessione su questioni adolescenziali importanti.
- Costruire relazioni positive, sia tra ragazzi che tra professionisti, adulti e adolescenti.
- Sensibilizzare sulla salute mentale e ridurre lo stigma.
- Promuovere il senso di appartenenza degli adolescenti alla comunità educativa.
- Promuovere la partecipazione attiva degli adolescenti alle attività che favoriscono una cultura scolastica resiliente.



CAPITOLO

9

Suicidio

9.1

SUICIDIO. RICONOSCERLO COME GRAVE PROBLEMA

Il suicidio è una scelta privata e un problema di tutti

Questo capitolo raccoglie le informazioni più rilevanti sul suicidio: i segnali di allarme, i fattori di rischio e i fattori protettivi negli adolescenti, negli adulti e negli anziani; i diversi interventi educativi; le principali raccomandazioni per i sopravvissuti durante il lutto; e i miti più diffusi su questo grave problema che dobbiamo affrontare insieme.

[1] Parlare di suicidio è una grande sfida per chi ne affronta il tema e per chi ne vuole comprendere il fenomeno, conoscerne le cause, contribuire a prevenirlo e porre fine al suo stigma. Il suicidio è un grave problema di salute pubblica e, in generale, la principale causa esterna di morte (ovvero una morte non naturale). Secondo i dati del 2019 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), una persona muore di suicidio ogni 40 secondi, pari a circa 700.000 morti prevenibili all'anno in tutto il mondo. La questione del suicidio è ancora associata allo stigma e si stima che le cifre siano sottostimate, poiché molti decessi non vengono registrati come suicidi. Per non parlare delle conseguenze di molti tentativi di suicidio che non si concludono con la morte, per i quali non esistono o esisteranno registrazioni.

[2] La prevenzione del suicidio è considerata una priorità di salute pubblica e una delle condizioni prioritarie del Programma d'azione per colmare le lacune della salute mentale, istituito nel 2008. Nel Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020, gli Stati membri dell'OMS si sono impegnati a lavorare per raggiungere l'obiettivo globale di ridurre i tassi di suicidio nazionali del 10%, ma le cifre sono rimaste pressoché invariate.

Il **comportamento suicida** comprende uno spettro di comportamenti che vanno dal tentativo di suicidio e da comportamenti propedeutici al suicidio completato.

I sintomi del suicidio

[1] Il comportamento suicida è composto dai seguenti comportamenti:

- **Ideazione suicidaria.** Questa idea spazia da pensieri passivi sul desiderio di morire a pensieri attivi di uccidersi, compresa la pianificazione del tentativo stesso. C'è un ampio consenso sul fatto che la pianificazione del suicidio identifica una persona come ad alto rischio di suicidio. Quando parliamo di ideazione suicida, ci riferiamo a persone con un'ideazione suicida attiva, un desiderio di morire e, quindi, un rischio elevato di commettere un suicidio. Questo "alto rischio" viene valutato da uno psichiatra o da uno psicologo, sia in ambulatorio che nei reparti di emergenza degli ospedali.
- **Minacce di suicidio.** Le intendiamo come la verbalizzazione di questi pensieri e, quindi, come indicatori di alto rischio.
- **Gesto suicida.** Tutti gli atti preparatori che precedono l'inizio del tentativo senza che questo venga avviato. Sappiamo che si tratta di un gesto suicida quando capiamo cosa sta accadendo, senza la necessità che la persona ci informi verbalmente di ciò che sta facendo.
- **Tentativo di suicidio.** Si tratta di una sequenza di azioni iniziate da una persona che prevede di porre fine alla propria vita come risultato finale di queste azioni.
- **Suicidio completato.** È il tentativo che si conclude con la morte della persona.

Prevalenza

[1] Negli ultimi dieci anni, la prevalenza del suicidio ha mostrato tendenze significative a livello globale, influenzate da vari fattori, tra cui l'età, il genere e le caratteristiche socio-economiche. I dati indicano che il suicidio rimane una delle principali cause di morte nel mondo, con una stima di oltre 700.000 suicidi all'anno, secondo le statistiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

[2] La fascia di età più colpita dal suicidio è quella degli adolescenti e dei giovani adulti, in particolare tra i 15 e i 29 anni. Questa fascia di età presenta tassi di suicidio in crescita, spesso correlati a fattori come la salute mentale, la pressione sociale e le esperienze di discriminazione. È interessante notare che i tassi di suicidio tra gli anziani, in particolare quelli sopra i 70 anni, sono anch'essi significativi, evidenziando le sfide legate all'isolamento sociale, alla perdita di cari e a condizioni di salute deteriorate.

[3] In termini di genere, si osserva una netta differenza nella prevalenza del suicidio. Gli uomini hanno tassi di suicidio significativamente più elevati rispetto alle donne, con una media globale che mostra che gli uomini muoiono per suicidio quasi tre volte più spesso rispetto alle donne. Tuttavia, le donne tendono a manifestare comportamenti suicidari in modo diverso, con tassi più elevati di tentativi di suicidio, che possono essere attribuiti a diversi fattori, tra cui l'uso di metodi meno letali.

[4] Geograficamente, il suicidio presenta un'incidenza variabile in tutto il mondo. Le regioni con i tassi più elevati di suicidio includono l'Asia orientale, con paesi come Corea del Sud e Giappone, dove fattori culturali, pressioni lavorative e aspettative sociali contribuiscono a questo fenomeno. Anche in alcune nazioni dell'Europa dell'Est, come Lettonia e Lituania, i tassi di suicidio sono preoccupantemente alti, spesso correlati a crisi economiche, disoccupazione e stili di vita problematici.

Al contrario, alcune aree dell'Africa e del Medio Oriente mostrano tassi di suicidio relativamente più bassi, ma ciò non significa che il problema non esista; piuttosto, potrebbe essere sottostimato a causa di stigmatizzazione e tabù culturali riguardo al suicidio. In molti di questi contesti, la mancanza di accesso ai servizi di salute mentale e il timore di ritorsioni sociali rendono difficile il riconoscimento e il trattamento dei problemi di salute mentale.

9.2

CAUSE CHE CONCORRONO AL SUICIDIO

Ci sono esperienze che pongono gli adolescenti e i giovani in una situazione di vulnerabilità, sia per la gravità della situazione, sia per la sua natura a lungo termine, sia perché hanno accumulato una serie di esperienze di vita stressanti o di sofferenza durante l'infanzia. Le situazioni possono essere varie e diverse allo stesso tempo:

- conflitti relazionali con i coetanei, problemi di legame e di accettazione nei gruppi di appartenenza;
- problemi familiari conflittuali o rottura della famiglia;
- problemi accademici;

- problemi finanziari;
- problemi legati a malattie organiche o mentali;
- morte di familiari o di persone significative;
- esperienze di solitudine, discriminazione, violenza o abuso.

È in questi adolescenti in una situazione di vulnerabilità che i comportamenti legati alla morte possono verificarsi più frequentemente. Quando parliamo di comportamento suicida, ci riferiamo a qualsiasi atto che abbia in qualche misura l'intenzione di morire. Questo può manifestarsi in diversi modi: avere idee legate alla morte, pianificare il modo in cui morire, fare qualche tipo di preparazione o addirittura portare a termine l'atto con l'intenzione suicida.

9.3

SEGNALI DI ALLARME DEL SUICIDIO

[1] I segnali che ci avvertono del rischio di suicidio sono diversi. Da un lato, **qualsiasi verbalizzazione di una visione negativa di se stessi**. Questo si traduce in espressioni come: “Non valgo niente”, “La mia vita non ha senso”. Dobbiamo anche prestare attenzione ai **cambiamenti comportamentali** che denotano una perdita di interesse per le cose che piaceva fare.

La morte per suicidio è **la principale causa di morte innaturale tra gli adolescenti e i giovani**, e il numero di tentativi di suicidio e di suicidi di cui siamo a conoscenza ha fatto scattare un campanello d'allarme in tutto il mondo. Il suicidio rimane una morte scomoda e taciuta, soprattutto quando colpisce adolescenti e giovani. I dati epidemiologici sulle morti per suicidio parlano chiaro: in tutto il mondo, si stima che un quarto dei suicidi sia commesso da persone di età inferiore ai 25 anni.

Nel caso degli adolescenti, segnaliamo alcuni segnali di allerta:

- Mancanza di speranza nel futuro, pensieri catastrofici come “la vita non vale la pena di essere vissuta” o “non cambierà nulla”.
- Mancanza di progetti di vita a breve/medio termine.
- Umore basso, sentimenti di tristezza, deficit e bassa autostima.
- Cambiamenti nelle abitudini, nei meccanismi del sonno e dell'alimentazione e calo del rendimento scolastico.
- Difficoltà a condividere il disagio o la sofferenza con la famiglia e gli amici.
- Isolamento a casa e scarsa comunicazione con la famiglia e gli amici.

- Interruzione di attività precedentemente intraprese o incapacità di goderne.
- Autolesionismo (tagli sugli avambracci, sulle cosce...), di solito effettuato per regolare le emozioni negative.
- Sofferenza legata al bullismo o difficoltà a stabilire relazioni sociali durature.
- Aver scoperto o espresso esperienze traumatiche (abusi sessuali, maltrattamenti...) che generano grande sofferenza.
- Eccesso emotivo sproporzionato in situazioni conflittuali o mancanza di risorse per affrontarle.

9.4

PRINCIPALI MITI E FALSE CREDENZE SUL SUICIDIO

Nell'inconscio collettivo si annida tutta una serie di miti, false credenze e pregiudizi associati al tabù e allo stigma legati al suicidio, che dobbiamo combattere. Non aiutano né proteggono, e sono solo tentativi poco utili di spiegare perché è così terribile.

La persona che si suicida vuole morire. FALSO

Le persone che tentano e compiono un atto suicida sono spesso ambivalenti riguardo alla vita o alla morte. Alcune persone muoiono durante il tentativo di suicidio, ma avrebbero preferito continuare a vivere. Vogliono liberarsi definitivamente del disagio emotivo che provano.

Tutti coloro che hanno tentato il suicidio non smetteranno mai di provarci. FALSO

È vero che alcune persone tentano il suicidio più volte in un breve periodo di tempo, ma i pensieri suicidi non sono permanenti. In alcuni casi non tornano più.

Le persone che dicono di volersi uccidere non lo faranno. FALSO

Circa il 75% delle persone che si suicidano hanno dato qualche avvertimento prima dell'azione. Queste persone non vogliono attirare l'attenzione su di sé. Questi messaggi non dovrebbero mai essere ignorati. Parlarne può essere un modo per chiedere aiuto.

Parlare di suicidio può incoraggiare qualcuno a suicidarsi. FALSO

C'è molto stigma intorno al suicidio. La maggior parte delle persone che contemplan il suicidio non sanno con chi condividerlo. Parlarne può essere un'opportunità per prevenirlo, per offrire una visione nuova e alternativa della situazione.

Il suicidio non può essere prevenuto perché è un atto impulsivo. FALSO

La percentuale di casi in cui non sono stati osservati sintomi, fattori di rischio o indicatori precedenti è molto bassa. Questi casi sono certamente molto difficili da prevenire, ma nella maggior parte dei casi ci sono numerosi indicatori di comportamento suicida. Pertanto, la prevenzione è il contributo più grande che possiamo dare per aiutare queste persone.

9.5

COME ACCOMPAGNARE L'IDEAZIONE SUICIDA IN AMBI- TO EDUCATIVO

Promuovere le competenze e gli spazi sicuri per l'apprendi- mento socio-emotivo

[1] Una delle azioni educative più importanti è la creazione di **uno spazio sicuro e accogliente**, dove i giovani possano parlare liberamente delle proprie emozioni e difficoltà senza paura di giudizio. L'educatore, in questo contesto, agisce come figura che ascolta attivamente, con empatia, fiducia e comprensione senza giudicare. Per raggiungere questo obiettivo, può organizzare sessioni di dialogo individuali o di gruppo, strutturate in modo informale, magari in un ambiente accogliente e non giudicante.

Per esempio, l'educatore può stabilire una «Settimana dell'Ascolto», durante la quale i giovani possono prenotare colloqui individuali in un ambiente confortevole, come una biblioteca o una sala comune, per parlare delle loro esperienze e sfide emotive. In queste sessioni, l'educatore potrebbe porre domande aperte come "C'è qualcosa di cui vorresti parlare oggi?" oppure "Come ti sei sentito questa settimana?" per favorire la comunicazione e incoraggiare una riflessione autentica.

[2] È importante valorizzare **i fattori che possono proteggere dall'ideazione suicida**, come ad esempio:

Ridurre il dolore o aumentare le capacità di coping:

- Aumentare le capacità di risoluzione dei conflitti.
- Capire se può essere il caso di cercare un supporto professionale, soprattutto per l'abuso di alcol e droghe.

Forma di spiritualità attiva o fede religiosa:

- Di fronte a tanta sofferenza, la speranza che proviene dalla fede aiuta a cogliere la bellezza della propria vita e la bellezza di viverla insieme agli altri.
- Praticare la religiosità individuale e di gruppo.
- Fiducia nella guarigione dai disturbi.

Migliorare il legame con i membri dei gruppi di cui si fa parte o nei progetti che si intraprende singolarmente:

- Potenziamento delle abilità sociali.
- Buona comunicazione, collaborazione e partecipazione alle attività familiari.
- Fiducia in se stessi.
- Sostegno familiare e sociale, ossia, la sensazione di essere utile e apprezzato dalle persone importanti, sia dalla famiglia che dai gruppi di pari.
- Sensazione di avere progetti/compiti ancora da completare.



Tecniche pratiche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano il suicidio

Le attività mirano a fornire strumenti concreti per gestire le emozioni difficili e costruire relazioni di fiducia. Di seguito sono descritte alcune azioni pratiche e tecniche specifiche che possono essere utilizzate in contesti scolastici o di comunità.

Gruppi di Supporto tra Pari. Creare uno spazio di confronto e supporto dove i giovani possano parlare liberamente delle loro esperienze, sentendosi compresi e meno soli. In concreto, ciò significa che gli educatori organizzano incontri di gruppo, guidati da un facilitatore, in cui i giovani sono invitati a condividere pensieri ed esperienze in modo rispettoso e anonimo se lo desiderano. Viene data particolare importanza all'ascolto e al supporto reciproco, senza giudizio.

Materiali. Sedie disposte in cerchio per favorire l'interazione; l'educatore può fornire carte con domande o stimoli, come "Parla di un momento in cui ti sei sentito sotto pressione" oppure "Qual è una cosa che ti rende orgoglioso di te stesso?".

Frequenza. Incontri settimanali o bisettimanali, con una durata di circa un'ora.

Role-Playing (Gioco di Ruolo) per l'Affrontare i Conflitti. Sviluppare capacità di gestione dei conflitti e delle difficoltà quotidiane, attraverso la simulazione di situazioni problematiche. In questo modo, i partecipanti vengono divisi in coppie o piccoli gruppi e ricevono scenari che riproducono situazioni comuni di conflitto (ad esempio, un disaccordo con un amico o una critica ricevuta). Durante l'attività, interpretano i diversi ruoli e cercano soluzioni, successivamente l'educatore guida una discussione per analizzare le strategie utilizzate.

Materiali. Schede con scenari di conflitto, eventuali accessori per arricchire l'ambientazione.

Frequenza. Incontri mensili o ogni due settimane, per un'ora.

Esercizio dell'Albero della Vita. Rafforzare l'autostima e promuovere l'autoconsapevolezza, aiutando i giovani a visualizzare le proprie risorse e obiettivi. Metodologicamente, i giovani disegnano un albero che rappresenta loro stessi: le radici rappresentano le proprie risorse personali (es. famiglia, amici, qualità personali), il tronco rappresenta i loro valori e punti di forza, i rami indicano obiettivi futuri e i frutti simbolizzano le esperienze positive o i successi raggiunti.

Materiali. Carta e colori, eventuali schemi per aiutare nella costruzione dell'albero.

Frequenza. Attività unica o periodica da ripetere ogni 3-6 mesi per monitorare i cambiamenti.

Proiezioni e Discussioni di Film a Tema Emotivo. Favorire il dialogo e la riflessione su temi emotivi e relazionali attraverso l'analisi di film che trattano argomenti legati alle emozioni, alle difficoltà adolescenziali e al superamento di momenti difficili, invitando i ragazzi a suggerire film o serie che trattano questo tema. Questo significa che gli educatori organizzano la visione di film che trattano tematiche emotive (ad esempio, l'amicizia, il coraggio, il dolore) seguita da una discussione guidata. Durante la discussione, si pongono domande come "Quale personaggio ti ha colpito di più e perché?" oppure "Come si è evoluta la storia rispetto al problema iniziale?".

Materiali. Proiettore o televisore, lista di film adatti e riflessivi, domande di riflessione da proporre ai partecipanti.

Frequenza. 1 volta al mese, durata complessiva di 2 ore (film + discussione).

Proposte di film

«**Scialla! (Stai sereno)**» (2011) di Francesco Bruni. Questo film tratta delle difficoltà della relazione padre-figlio, delle sfide dell'adolescenza e delle scelte di vita. Può aprire il dialogo su temi di crescita personale e su come affrontare conflitti familiari e sociali.

«**Quasi amici – Intouchables**» (2011). Il film affronta temi di disabilità e amicizia, mostrando come le differenze possano arricchire e portare a scoperte personali.

«**Bianca come il latte, rossa come il sangue**» (2013) di Giacomo Campiotti. Narra la storia di un adolescente che si innamora di una ragazza malata. Il film esplora la scoperta dell'amore, del dolore e del superamento delle difficoltà, temi importanti per i giovani in fase di crescita.

«**The Perks of Being a Wallflower**» (2012) di Stephen Chbosky. Tratta di amicizia, traumi e salute mentale, seguendo la vita di un adolescente che lotta contro i propri demoni interiori. È ideale per parlare di autostima, resilienza e del potere delle connessioni personali.

«*Good Will Hunting*» (1997) di Gus Van Sant. La storia di un giovane genio tormentato da traumi e insicurezze. Attraverso l'incontro con un terapeuta, affronta le sue paure e scopre il proprio valore. È utile per parlare di autostima e crescita personale.

«*It's Kind of a Funny Story*» (2010) di Anna Boden e Ryan Fleck. Ambientato in un ospedale psichiatrico, il film racconta la storia di un adolescente in cerca di aiuto per i suoi pensieri suicidi. È un'opera interessante per esplorare il tema della depressione e dell'importanza del supporto.

Questionario sull'Autovalutazione del Benessere Emotivo. Valutare periodicamente il benessere emotivo e individuare eventuali segni di disagio nei giovani, permettendo di monitorare il loro stato d'animo e di intervenire in caso di necessità. Quindi gli educatori distribuiscono un questionario anonimo con domande che aiutano i giovani a riflettere sul proprio benessere emotivo. Le domande possono includere "Quante volte ti senti triste o frustrato?" oppure "Quando ti senti a disagio, cosa fai per sentirti meglio?".

Materiali. Questionari cartacei o in formato digitale, risposte anonime per rispettare la privacy.

Frequenza. Somministrato ogni tre mesi o secondo necessità.

Sessioni di Storytelling Personale. Favorire l'apertura e la condivisione di esperienze personali in un ambiente sicuro e rispettoso, dove i giovani possono ascoltare e condividere storie di crescita personale e di superamento delle difficoltà. In concreto: in piccoli gruppi, i giovani sono invitati a raccontare una storia personale significativa, come un momento difficile superato o una situazione in cui si sono sentiti valorizzati. Dopo ogni condivisione, il gruppo esprime commenti positivi e domande di supporto, sempre rispettando il limite di condivisione che ogni partecipante vuole mantenere.

Materiali. Ambiente accogliente, registratore vocale (se i partecipanti acconsentono, per riascoltare e discutere in seguito).

Frequenza. Incontri mensili o secondo richiesta del gruppo.

Attività di Visualizzazione del Futuro (Vision Board). Aiutare i giovani a creare una visione positiva e motivante del loro futuro, migliorando la speranza e la motivazione per raggiungere i propri obiettivi. Questo significa che i partecipanti creano una "Vision Board" con immagini, parole o simboli che rappresentano i loro sogni e obiettivi futuri. Possono ritagliare immagini da riviste o disegnare simboli che rappresentano ciò che desiderano raggiungere.

Materiali. Riviste, forbici, colla, cartoncino, pennarelli e materiale da disegno.

Frequenza. Attività annuale o semestrale, utile per rivalutare e aggiornare le proprie aspirazioni.





CAPITOLO

10

Bullismo

10.1

COME RICONOSCERE IL BULLISMO

Il bullismo è una manifestazione di violenza

La Dichiarazione Universale dei Diritti del Fanciullo afferma nei suoi articoli il diritto all'istruzione e ad essere protetti da pratiche che possano incoraggiare la discriminazione razziale, religiosa o di qualsiasi altro tipo... ad essere educati in uno spirito di comprensione, tolleranza, amicizia tra i popoli, pace e fratellanza universale, ecc. La sana convivenza scolastica è un diritto e un dovere di tutti i membri della comunità educativa, la cui base principale è la dignità dell'individuo.

Il comportamento di bullismo può essere definito come **un comportamento negativo (spiacevole, offensivo) ripetuto e intenzionale, da parte di una o più persone, diretto contro una persona che ha difficoltà a difendersi.**

Secondo questa definizione il fenomeno del bullismo può essere descritto come:

- Comportamento aggressivo o teso a fare intenzionalmente male.
- Messo in atto ripetutamente e per diverso tempo.

- In una relazione interpersonale caratterizzata da effettivo o percepito disequilibrio di potere o forza.

Il bullismo sembra verificarsi senza apparente provocazione da parte della persona che ne è il bersaglio (*target*). Questa definizione chiarisce che il bullismo può essere inteso come una forma di abuso tra pari. Ciò che lo differenzia da altre forme di abuso è il contesto in cui si verifica e le caratteristiche della relazione tra le parti che interagiscono.

Il bullismo è qualsiasi intimidazione o aggressione fisica, psicologica o sessuale nei confronti di una persona in età scolare, in modo ripetuto e tale da causare danni, paura e/o angoscia alla vittima o a un gruppo di vittime (W.H.O. e ONG internazionale Bullying Without Borders).

Gli attori coinvolti in situazioni di bullismo

Oltre al bullo e alla vittima, ci sono altre persone che partecipano anche se indirettamente. Descriviamo quindi brevemente gli attori coinvolti:

[1] Il tipo di *vittima* più frequente è la vittima passiva o sottomessa, che di solito presenta alcune delle seguenti caratteristiche:

- Cauta, sensibile, tranquilla, chiusa in sé stessa e timida.
- Ansiosa, insicura, infelice e con bassa autostima.
- Depressa e più propensa a pensare al suicidio rispetto ai loro coetanei.
- Spesso senza amici e più facilmente relazionabili con gli adulti che con i loro coetanei.
- Se maschi, di solito fisicamente più debole dei pari.

Esiste anche un altro gruppo di vittime, meno numeroso: le vittime provocatorie o vittime di bullismo, che sono caratterizzate da una combinazione di modelli di risposta sia ansiosi che aggressivi. Questi ragazzi hanno spesso problemi di concentrazione e possono avere difficoltà di apprendimento. Possono comportarsi in modo da creare irritazione e tensione intorno a loro. Alcuni sono caratterizzati come iperattivi: non è raro che il loro comportamento sia provocatorio per molti studenti soprattutto nel contesto della classe.

[2] D'altro canto, diciamo *una parola sui bulli*, che spesso presentano alcune delle seguenti caratteristiche:

- Forte necessità di dominare e sottomettere altri studenti e di imporre la propria volontà.
- Impulsivi e si arrabbiano facilmente.

- Poca empatia nei confronti dei compagni che sono vittimizzati.
- Spesso ribelli e aggressivi nei confronti degli adulti, compresi educatori e genitori.
- Frequentemente coinvolti in altre attività antisociali o trasgressive, come il vandalismo, la delinquenza e l'uso di droga.
- Se sono maschi, spesso fisicamente più forti delle loro vittime.

È possibile identificare alcune delle caratteristiche psicologiche alla base del bullismo. In primo luogo, i bulli hanno un forte bisogno di potere e di dominio; sembrano amare avere il controllo e sottomettere gli altri. In secondo luogo, considerando le condizioni familiari in cui molti di loro sono cresciuti (Olweus, 1993), è naturale supporre che abbiano sviluppato un certo grado di ostilità verso l'ambiente esterno; questi sentimenti e impulsi possono portarli a trarre soddisfazione dal causare danni e sofferenza ad altri individui. In terzo luogo, c'è una "componente strumentale o benefica" nel loro comportamento: i bulli spesso costringono le loro vittime a procurargli denaro, sigarette, birre e altri oggetti di valore.

[3] *I Testimoni:*

- Sono spettatori che possono schierarsi con l'aggressore o difendere la vittima.
- Potrebbero rafforzare le molestie.
- Difendere i bulli.
- Ignorare la situazione.

[4] *La scuola può essere:*

- L'organizzazione interna.
- Lo scenario.
- L'agente attivo di abuso.
- Coi che prende una posizione.
- Coi che attua politiche di prevenzione e gestione dei casi.
- Coi che è capace di risoluzione dei conflitti.

[5] *La società ha responsabilità in quanto:*

- Essere socialmente vulnerabili rende più probabile la vulnerabilità a scuola, che diventa un riflesso della società.
- Nega il problema.

I sintomi del bullismo

La vittima di bullismo manifesta **una varietà di sintomi e segnali** che possono manifestarsi in diverse forme: molestie fisiche, psicologiche, emotive, verbali, sessuali o cyberbullismo. Intendiamo presentare tre principali categorie: fisica, comportamentale ed emozionali.

«Non possiamo raggiungere un'istruzione inclusiva ed equa per tutti se i bambini non possono imparare in scuole sicure e libere dalla violenza, compresa quella perpetrata da alunni, educatori e altro personale scolastico, nonché dalle punizioni corporali». UNESCO 2020

[1] Le persone vittime di bullismo possono sperimentare effetti fisici (**sintomi fisici**), spesso collegati allo stress cronico e all'ansia che il bullismo genera. Tra i sintomi fisici più comuni troviamo mal di testa frequenti, dolori di stomaco e altri disturbi gastrointestinali senza una causa apparente. Inoltre, il costante stato di tensione può manifestarsi attraverso disturbi del sonno, come l'insonnia, incubi o difficoltà ad addormentarsi. Anche la stanchezza cronica, legata alla mancanza di sonno o all'ansia, è un sintomo comune. In alcuni casi più estremi, si possono notare lividi o ferite fisiche che il ragazzo/a potrebbe cercare di nascondere per paura o vergogna.

[2] Il bullismo porta spesso a **sintomi comportamentali**, cioè, cambiamenti significativi nel comportamento della vittima. Si può notare un improvviso calo nel rendimento scolastico, poiché la persona può diventare disinteressata o avere difficoltà a concentrarsi. L'ansia e lo stress associati possono anche portare a un aumento dell'assenteismo, in cui la vittima cerca di evitare la scuola o altri ambienti in cui avvengono episodi di bullismo. Un'altra manifestazione comportamentale è l'isolamento sociale: la vittima può iniziare a evitare attività sociali, preferendo stare sola o evitando amici e familiari. Alcuni sviluppano una fobia per determinati luoghi o situazioni associate al bullismo, come l'andare a scuola o prendere l'autobus.

In aggiunta, vi è la possibilità di osservare comportamenti autodistruttivi, come il tentativo di danneggiarsi fisicamente o il ricorso a sostanze come alcool e droghe per alleviare la sofferenza emotiva. Cambiamenti nelle abitudini alimentari, come perdita di appetito o abbuffate compulsive, possono essere un altro indicatore del disagio psicologico e comportamentale.

[3] Le vittime di bullismo spesso sviluppano segni di depressione e ansia, che possono variare in gravità. Sono **sintomi emozionali**. Possono apparire tristi o malinconici per la maggior parte del tempo, manifestando un forte senso di impotenza e scarsa autostima. Spesso, si sentono inadeguati o colpevoli, arrivando a credere che il bullismo sia in qualche modo causato da loro stessi. In situazioni prolungate, possono emergere

pensieri suicidari, che rappresentano un grave segnale di allarme. La persona può inoltre essere facilmente irritabile, avere scatti di rabbia o esplosioni emotive che non sembrano proporzionate alla situazione.

Le vittime possono anche avere difficoltà a esprimere chiaramente i loro sentimenti, cercando di mascherare il proprio dolore. Questo può condurre a un apparente disinteresse o apatia verso molte attività che in precedenza erano fonte di piacere, una condizione nota come anedonia.

Prevalenza

Il bullismo è diventato un problema di salute pubblica che colpisce bambini e adolescenti, indipendentemente dal loro status sociale, età, razza, sesso o religione. L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura (Unesco) ha rivelato che circa 246 milioni di bambini e giovani nel mondo subiscono una qualche forma di violenza scolastica, la più comune delle quali è il bullismo.

Secondo lo studio ufficiale dell'ONG internazionale *Bullying Without Borders* per le Americhe, l'Europa, l'Asia, l'Oceania e l'Africa, (gennaio 2022 – aprile 2023):

- 6 bambini su 10 subiscono ogni giorno una qualche forma di bullismo e cyberbullismo.
- Il bullismo e il cyberbullismo sono in aumento in Messico, Stati Uniti d'America e Spagna.

Studio dell'UNESCO in 144 Paesi (2020):

- Uno studente su cinque nel mondo soffre di bullismo.
- Una delle principali conseguenze per le vittime si riscontra nei risultati scolastici: la probabilità di perdere le lezioni è doppia.
- Le molestie influiscono anche sulla salute.
- L'UNESCO mette in guardia anche dai potenziali effetti negativi sul benessere e sulla salute.

200.000 bambini e adolescenti perdono la vita ogni anno a causa del bullismo e del cyberbullismo in tutto il mondo.

«I giovani che ne soffrono hanno il doppio delle probabilità di sentirsi soli, di non riuscire a dormire la notte e persino di avere pensieri suicidi», avverte l'agenzia.

Oltre a questi dati sappiamo che:

- L'85% dei casi si verifica a scuola.
- L'82% dei bambini con disabilità è vittima di bullismo a scuola.
- Il 74% dei bambini tra gli 8 e i 14 anni ha subito almeno una volta atti di bullismo.
- Oltre il 90% degli atti di bullismo non viene segnalato agli educatori.
- Il 60% o più dei bulli avrà almeno un episodio criminale in età adulta.
- 3 milioni di bambini si assentano da scuola ogni mese a causa del bullismo.
- 9 ragazzi omosessuali su 10 subiscono molestie a causa del loro orientamento sessuale.

Per quanto riguarda il cyberbullismo:

- Secondo i dati di 7 Paesi europei, tra il 2010 e il 2014 la percentuale di ragazzi tra gli 11 e i 16 anni vittime di cyberbullismo è aumentata dal 7% al 12%.
- Anche se avviene nell'universo «virtuale», il cyberbullismo ha conseguenze molto reali sulla salute dei bambini....
- Il bullismo e il cyberbullismo sono direttamente responsabili di oltre 200.000 decessi.
- Reti come Facebook, Twitter, Instagram e WhatsApp stanno creando un ambiente malato e pericoloso tra bambini, adolescenti e giovani,
- Le molestie sui social media sono difficili da controllare e non esiste una legislazione nazionale o internazionale che protegga le vittime.

10.2

CAUSE CHE CONCORRONO AL BULLISMO

I **fattori scatenanti e motivazioni** che spingono un individuo a compiere atti di bullismo sono molteplici e possono variare da caso a caso. Alcuni dei motivi principali includono:

[1] Bisogno di potere e controllo. Molti bulli cercano di esercitare potere sugli altri per sentirsi forti e dominanti. Questo può essere il risultato di insicurezze personali o di un ambiente in cui il potere è visto come un segno di successo e superiorità. In questi casi, il bullismo diventa un mezzo per affermare la propria posizione sociale e controllare gli altri.

[2] Conformismo al gruppo e pressione sociale. Il bullismo spesso si manifesta all'interno di gruppi, dove i membri partecipano per sentirsi accettati e rispettati dai pari. In questi contesti, il bullo agisce per conformarsi alle aspettative del gruppo, soprattutto nei periodi dell'adolescenza, quando l'approvazione sociale è particolarmente significativa. Anche chi inizialmente non prende parte al comportamento prepotente può essere spinto a farlo per evitare di essere emarginato.

[3] Invidia e gelosia. Alcuni episodi di bullismo nascono da sentimenti di invidia o gelosia. Se un individuo percepisce che un compagno ha più successo in ambito scolastico, sociale o persino familiare, può utilizzare questa forma di prevaricazione come un modo per abbassare l'altro e sentirsi meno inadeguato.

[4] Esperienze personali di violenza o emarginazione. Molti bulli hanno vissuto a loro volta esperienze traumatiche o di emarginazione. In questi casi, il bullismo può rappresentare un tentativo di riprendere il controllo o di sfogare la propria frustrazione e rabbia su qualcuno percepito come più debole. In alcuni casi, chi è stato vittima di bullismo in passato può diventare un bullo per evitare di rivivere quelle esperienze o per rivendicarsi.

[5] Mancanza di empatia e problemi emotivi. Alcuni individui bullizzano perché non riescono a percepire il dolore e la sofferenza che stanno infliggendo agli altri. La mancanza di empatia, combinata con una scarsa gestione delle proprie emozioni, può portare a comportamenti aggressivi. In particolare, i giovani che hanno difficoltà a gestire la rabbia o la frustrazione possono agire in modo impulsivo e aggressivo.

[6] Divertimento e desiderio di intrattenimento. In alcuni casi, il bullismo può essere motivato dal semplice desiderio di divertimento. Alcuni bulli, soprattutto i più giovani, possono vedere il dolore e l'umiliazione altrui come fonte di intrattenimento. Questa motivazione è spesso associata a un mancato riconoscimento delle conseguenze delle proprie azioni e alla mancanza di responsabilizzazione.

[7] Senso di impunità. Infine, il bullismo può essere motivato dalla percezione di poter agire senza conseguenze. In contesti dove non ci sono sanzioni chiare o dove gli adulti non intervengono prontamente, i bulli possono sentire che le loro azioni non saranno punite, incentivando ulteriori comportamenti aggressivi.

10.3

SEGNALI DI ALLARME DI BULLISMO

I segni che abbiamo visto prima possono essere osservati nel modo in cui la persona si comporta, nelle sue relazioni sociali, nelle abitudini tecnologiche e nel suo stato di salute generale.

[1] L'uso della tecnologia gioca un ruolo cruciale nel bullismo moderno, soprattutto con la diffusione del cyberbullismo. È possibile quindi parlare di **indicatori tecnologici**. Le vittime possono manifestare diversi segnali legati al loro utilizzo dei dispositivi elettronici. Ad esempio, si può notare un aumento o una diminuzione drastica dell'uso del telefono, tablet o computer. In alcuni casi, la vittima può diventare ossessionata dal controllo costante delle notifiche, temendo ulteriori attacchi o messaggi offensivi. All'opposto, altre persone potrebbero evitare del tutto la tecnologia, temendo ulteriori abusi attraverso social media o piattaforme di messaggistica.

Un altro indicatore significativo è il cambiamento delle abitudini online. La vittima può smettere improvvisamente di partecipare ai social network o eliminare del tutto i propri profili. È comune anche vedere che la persona cambia frequentemente il proprio numero di telefono o le password dei propri account, nel tentativo di sfuggire agli aggressori. Inoltre, un improvviso e inspiegabile aumento del tempo passato online può suggerire che la vittima stia cercando rassicurazione o supporto, oppure che stia affrontando nuovi episodi di bullismo digitale.

[2] Il bullismo spesso influisce pesantemente sulle relazioni sociali della vittima. Quindi, i **cambiamenti nelle relazioni sociali** sono un altro segno di avvertimento. Molti individui che ne sono colpiti iniziano a evitare amicizie che in precedenza erano importanti, sviluppando una forte diffidenza verso i coetanei o le persone in generale. Questo comportamento può essere il risultato del fatto che la vittima non si sente più sicura di chi fidarsi, soprattutto se è stata tradita o derisa da amici in passato.

A livello familiare, la vittima potrebbe apparire distante e non comunicativa, rifiutando di parlare di ciò che sta succedendo o minimizzando il problema quando gli viene chiesto. In altri casi, la vittima potrebbe cercare supporto costante dai genitori o dai familiari, temendo di affrontare da sola il contesto scolastico o sociale.

L'impatto sulle compagnie può essere evidente anche nella tendenza della vittima a gravitare attorno a persone più giovani o meno popolari, nel tentativo di evitare l'attenzione indesiderata. In alcuni casi, la vittima può scegliere di frequentare ambienti online per cercare comprensione e sostegno da gruppi o comunità virtuali, pur rischiando così ulteriori episodi di bullismo.

I comportamenti dei compagni, inoltre, possono essere i seguenti:

- Battute sgradevoli, insulti, ecc.
- Biglietti o e-mail ingiuriosi o minacciosi.
- Utilizzo di soprannomi e nomignoli.
- Esclusione da feste o attività al di fuori della scuola.
- Isolamento.
- Derisione per abbigliamento, aspetto, gestualità, ...

Il 75% dei bambini e degli adolescenti che hanno subito o continuano a subire atti di bullismo e cyberbullismo presenta situazioni legate a malattie mentali come depressione, ansia, bulimia o anoressia.

10.4

PRINCIPALI MITI E FALSE CREDENZE SUL BULLISMO

Qualunque conflitto tra alunni deve considerarsi un atto di bullismo. FALSO

Per considerarlo tale, gli eventi devono mantenersi nel tempo (ripetersi), deve esistere un disequilibrio di potere tra la persona offesa e quella che agisce, deve avere l'intenzione di ferirli da parte di quest'ultima, e la persona che agisce deve trovarsi in una situazione di difesa.

Le vittime sono le persone giovani. FALSO

Il bullismo è una situazione che può coinvolgere qualsiasi persona indipendente dall'età, livello culturale, sociale o economico.

Non è comune tra le donne. FALSO

I casi di bullismo non differiscono tra i sessi. Si tratta di una differenza nel modo di agire. L'uomo aggressivo utilizza maggiormente l'aggressività fisica, mentre donna aggressiva utilizza maggiormente l'aggressività verbale o sociale. C'è una differenza netta nel comportamento delle donne, che sono le più vulnerabili.

I bulli sono sempre "cattivi ragazzi". FALSO

I bulli possono essere bambini o adolescenti con difficoltà relazionali, che cercano di gestire insicurezze o problemi personali attraverso il controllo sugli altri. Non sono "cattivi", ma hanno bisogno di aiuto per comprendere e modificare i loro comportamenti.

Il cyberbullismo non è grave come il bullismo fisico. FALSO

Il cyberbullismo può essere altrettanto, se non più, devastante. I contenuti online si diffondono rapidamente e rimangono visibili a lungo, amplificando l'umiliazione e l'isolamento delle vittime.

Fattori protettivi che possono prevenire l'insorgenza del bullismo

[1] Per accompagnare è necessario partire da alcuni fattori che possono *proteggere le vittime potenziali* da questo fenomeno:

- Uno dei fattori protettivi più importanti è una **forte autostima**. I bambini o adolescenti con una buona percezione di sé stessi e fiducia nelle proprie capacità tendono ad affrontare meglio le situazioni di conflitto e sono meno vulnerabili agli attacchi dei bulli.
- Un altro fattore chiave è il **supporto familiare**. Le vittime che hanno genitori attenti e presenti, che ascoltano i loro problemi e li supportano, hanno maggiori probabilità di chiedere aiuto e superare le difficoltà legate al bullismo.
- Anche le **relazioni positive con i coetanei** rappresentano un'importante risorsa. Avere un gruppo di amici fidati o anche solo una persona di riferimento nella rete sociale può fornire un senso di sicurezza e protezione, oltre a ridurre il rischio di isolamento, che spesso rende più facile diventare bersaglio dei bulli.
- **Il rispetto reciproco e l'empatia** incoraggiano la comprensione e l'accettazione delle differenze. In questo senso si assume la responsabilità individuale e collettiva, incoraggiando ogni giovane a prendersi cura degli altri e intervenire in caso di comportamenti aggressivi o discriminatori.
- Infine, un **ambiente scolastico sicuro e inclusivo** può fungere da potente fattore protettivo. Quando la scuola ha politiche chiare contro il bullismo, un personale attento e un clima di rispetto e inclusione, i ragazzi si sentono più protetti e sicuri.
- **Gestire le emozioni** fornisce strumenti per esprimere le proprie emozioni in modo sano e positivo, evitando comportamenti violenti.
- La consapevolezza e la sensibilizzazione hanno un ruolo importante, perché è fondamentale che tutti i ragazzi comprendano **cos'è il bullismo** e riconoscano le sue diverse forme.

[2] **Fattori protettivi per i bulli**. Per prevenire che i ragazzi diventino bulli, è essenziale intervenire precocemente su diversi aspetti.

Uno dei fattori più efficaci è la **presenza di modelli positivi**, come genitori, educatori o allenatori che insegnano il rispetto, l'empatia e il dialogo come strumenti di risoluzione dei conflitti. Quando i giovani vedono comportamenti costruttivi negli adulti di riferimento, sono più propensi a replicarli nei rapporti con i loro coetanei.

Un altro fattore protettivo è la **capacità di gestione delle emozioni**. Programmi educativi che aiutano i bambini e gli adolescenti a sviluppare competenze sociali ed emotive, come la regolazione della rabbia e l'empatia, possono ridurre la probabilità che un giovane adotti comportamenti aggressivi. La **supervisione attenta degli adulti**, sia a casa che a scuola, è cruciale per prevenire atti di bullismo. In contesti dove gli adulti monitorano attentamente i comportamenti e intervengono prontamente, i bulli hanno meno opportunità di agire senza conseguenze.

[3] Inoltre, prevenire il bullismo nei contesti educativi **richiede un approccio integrato che coinvolge non solo ragazzi, ma anche educatori, genitori e l'intera comunità educativa**. Gli interventi educativi devono mirare a creare un ambiente di rispetto e inclusione, sviluppando competenze sociali ed emotive nei ragazzi. Vediamo alcuni interventi efficaci e le relative applicazioni pratiche:

- **Educazione socio-emotiva.** Un intervento fondamentale è l'integrazione dell'educazione socio-emotiva nel curriculum scolastico. Questo tipo di educazione aiuta i ragazzi a riconoscere e gestire le proprie emozioni, a sviluppare empatia verso gli altri e a costruire relazioni positive. Ad esempio, le scuole possono implementare programmi che includono attività di role-playing, dove i ragazzi assumono i ruoli di bullo, vittima e osservatore, per discutere le emozioni e le conseguenze dei comportamenti aggressivi. In questo modo, i ragazzi imparano a mettersi nei panni degli altri, acquisendo una comprensione più profonda del dolore causato dal bullismo.
- **Formazione del personale educativo.** Un altro passo cruciale è la formazione del personale educativo. Gli educatori devono essere dotati di strategie per identificare e affrontare i comportamenti di bullismo. Sessioni di formazione possono includere simulazioni di situazioni di bullismo, discussioni su come intervenire in modo efficace e come supportare le vittime. Per esempio, un insegnante potrebbe imparare a riconoscere segnali di disagio nei propri alunni e a intervenire tempestivamente, parlando in privato con la vittima e, se necessario, coinvolgendo i genitori.
- **Creazione di politiche anti-bullismo.** Le scuole dovrebbero sviluppare e implementare politiche anti-bullismo chiare e condivise. Queste politiche devono definire cosa costituisce il bullismo, le conseguenze per i bulli e il supporto per le vittime. Ad esempio, una scuola potrebbe creare un codice di comportamento che tutti i ragazzi devono firmare all'inizio dell'anno scolastico, riconoscendo l'importanza di un ambiente sicuro e rispettoso. Le politiche dovrebbero essere visibili e accessibili, ad esempio attraverso manifesti affissi in classe e nei corridoi.
- **Iniziative di coinvolgimento dei giovani.** Incoraggiare i ragazzi a diventare attivi promotori del cambiamento è un altro intervento efficace. Le scuole possono creare gruppi di lavoro o comitati anti-bullismo, composti da ragazzi che hanno

dimostrato interesse e impegno. Questi gruppi possono organizzare eventi, come giornate di sensibilizzazione, in cui si affrontano temi legati al bullismo e si promuovono valori di rispetto e inclusione. Un esempio pratico potrebbe essere una «Settimana della Gentilezza», durante la quale i ragazzi vengono incoraggiati a praticare atti di gentilezza e a condividere le proprie esperienze positive.

- **Attività di team building.** Le attività di team building possono contribuire a rafforzare i legami tra i ragazzi, riducendo il rischio di bullismo. Le scuole possono organizzare gite, sport di squadra o progetti collaborativi in cui i giovani lavorano insieme per raggiungere un obiettivo comune. Per esempio, un progetto di giardinaggio comunitario può incoraggiare i ragazzi a collaborare e a sviluppare un senso di responsabilità e appartenenza. Queste esperienze condivise possono migliorare la coesione del gruppo e creare un ambiente in cui il bullismo è meno probabile.
- **Creazione di spazi sicuri.** Le scuole dovrebbero anche creare spazi sicuri in cui i ragazzi possano esprimere liberamente le proprie preoccupazioni. Questo può includere l'istituzione di «ore di ascolto» in cui i ragazzi possono incontrare uno psicologo o un insegnante di fiducia per discutere problemi legati al bullismo. In aggiunta, l'implementazione di un sistema di segnalazione anonima per denunciare episodi di bullismo può aiutare i giovani a sentirsi più sicuri nel segnalare comportamenti problematici senza paura di ritorsioni.
- **Collaborazione con le famiglie.** Coinvolgere le famiglie è essenziale per una strategia di prevenzione efficace. Le scuole possono organizzare incontri o workshop per educare i genitori sui segnali di bullismo e su come possono sostenere i propri figli. Un esempio potrebbe essere un incontro dedicato ai genitori per discutere l'importanza di promuovere l'empatia e il rispetto in famiglia, oltre a fornire informazioni su come affrontare eventuali segnalazioni di bullismo ricevute dai propri figli. Creare una linea di comunicazione aperta tra scuola e famiglia favorisce una rete di supporto più ampia.
- **Monitoraggio e valutazione.** Infine, è cruciale monitorare e valutare l'efficacia degli interventi implementati. Le scuole possono condurre sondaggi tra i ragazzi per raccogliere feedback sull'atmosfera scolastica e sull'atteggiamento verso il bullismo. Queste informazioni possono guidare eventuali modifiche ai programmi e alle politiche esistenti. Ad esempio, se un sondaggio rivela che i ragazzi non si sentono al sicuro nel segnalare episodi di bullismo, la scuola può rivedere il proprio approccio alla segnalazione e migliorare i sistemi di supporto.

Cerchiamo, in modo rapido e conciso, di riassumere in un decalogo ciò che dovremmo fare e pensare di fronte al bullismo:

1. Le molestie non sono uno «scherzo».
2. Chiunque può mettere in atto o subire comportamenti di bullismo e cyberbullismo.
3. Nelle situazioni di bullismo tutti hanno un ruolo.
4. Ragazzi e ragazze sono diversi quando si tratta di aggressività.
5. Il bullismo tra i giovani è un problema di salute che riguarda tutti.
6. Il ragazzo o la ragazza vittimizzati hanno bisogno di aiuto.
7. Anche il ragazzo o la ragazza che aggrediscono hanno bisogno di aiuto.
8. Per fermare la situazione è necessario un atteggiamento deciso.
9. Si tratta di diritti fondamentali.
10. La collaborazione della famiglia è essenziale.



Tecniche per lavorare in profondità su vari aspetti che riguardano il bullismo

Le azioni educative che gli educatori possono adottare includono varie attività di gruppo e individuali, strumenti di valutazione e risorse educative mirate.

[1] Interviste

Intervista alla vittima:

- Comunicare che comprendiamo la difficoltà di parlare di ciò che è accaduto o sta accadendo, ma anche l'importanza di farlo.
- Parlare con calma ed evitare che incolpino se stessi per quanto è accaduto o sta accadendo.
- Non parlare eccessivamente e ascoltare con attenzione ed empatia.
- Chiariamo che non vogliamo alimentare il problema!



Alcuni esempi di domande da porre con delicatezza e nel discorso

Come stai? Come ti senti a scuola/al centro?

Di cosa ti preoccupi?

Che cosa è successo?

Dove e quando?

Chi è stato?

Perché pensi che lo facciano?

Qualcuno l'ha visto?
Chi conosce la situazione?
L'hai detto a qualcuno? A chi?
Qualcuno può aiutarti?
Da quando si verificano queste situazioni?
Come ci si sente quando succedono queste cose?
Cosa fare quando questo accade?
Come pensi che si possa risolvere questo problema?



Messaggi chiave

Quello che è successo non è una tua responsabilità.
Non sei soli.
Noi ti crediamo.
Nessuno ha il diritto di farti sentire in colpa.
Possiamo aiutarti.

Intervista all'aggressore:

- Parlare con calma, usando un tono di voce rispettoso e non aggressivo, evitando le discussioni, che creano resistenza.
- Evitare valutazioni morali o giudizi.



Alcune domande

Come ti senti a scuola/al centro? Quali sono le tue preoccupazioni?
Vai d'accordo con i tuoi compagni/colleghi?
Mi hanno detto che l'altro giorno è successo qualcosa con.... Cosa è successo, dove, quando? Perché pensi che sia successo, come ti senti quando succedono queste cose?
Come pensi che si senta X? Come pensi che si possa risolvere questo problema? Vedi l'aggressione tra pari come un problema nella scuola?
Quali sono, secondo te, le forme più frequenti di bullismo tra coetanei? Quanto spesso accadono queste cose? Perché pensi che alcuni ragazzi o ragazze facciano queste cose? Hai mai fatto queste cose? Pensi che quello che è successo con X... possa essere considerato bullismo e/o cyberbullismo?



Messaggi chiave

È importante avere consapevolezza delle proprie azioni.
Prova a metterti nei panni di chi subisce.
L'approvazione degli altri si può ottenere in altro modo.
Cosa puoi fare per recuperare e rimediare al danno.
La capacità di cambiare appartiene ai forti.

Intervista con gli osservatori:

- Sensibilizzare i coetanei sul fenomeno del bullismo o del cyberbullismo, promuovendo l'empatia nei confronti di chi lo subisce.
- Contribuire a rompere la legge del silenzio per visualizzare eventuali situazioni di bullismo o cyberbullismo che rimangono nascoste agli occhi degli adulti.
- Incoraggiare l'identificazione e la segnalazione di chi è vittima di bullismo e da chi.
- Cercare il loro coinvolgimento, fornendo aiuto per cambiare il ruolo da spettatore passivo a collaboratore attivo.
- Garantire la riservatezza.



Alcune domande

Come vi siete sentiti quando avete assistito all'atto di bullismo?
Qual è stata la vostra reazione in quel momento? Avete fatto o detto qualcosa?
Cosa vi ha fermato dall'intervenire (se non hanno fatto nulla)?
Avete mai pensato a come si sentiva la vittima in quel momento?
Se foste stati al posto della vittima, cosa avreste voluto che gli altri facessero per voi?
Pensate che il bullo si sarebbe comportato in maniera differente se qualcuno fosse intervenuto?
Avete avuto modo di parlare con la vittima o offerto supporto dopo l'episodio?
Se dovesse succedere di nuovo, vi comportereste diversamente?



Messaggi chiave

Quello che sta accadendo non è uno scherzo.
Ciò che accade ha un impatto su di voi.
Siamo tutti corresponsabili.
Come pensate che si senta chi subisce comportamenti negativi?
La forza di cambiare le cose è nel gruppo.

Intervista con la famiglia:

- Questi colloqui devono essere svolti separatamente con le famiglie dei ragazzi coinvolti.
- È importante che venga fatta una presentazione chiara, con una comunicazione serena.
- È importante utilizzare strumenti di comunicazione adeguati (empatia, messaggi in prima persona, ecc.) per non allarmare eccessivamente la famiglia.
- È importante chiarire che la scuola o il centro educativo e la famiglia hanno lo stesso obiettivo e che, per questo motivo, si richiede la loro collaborazione e il loro impegno.
- Si raccomanda di trasmettere la fiducia che le cose possano migliorare.

Si raccomanda di concentrarsi sui fatti e non sulla persona, evitando di giudicare e colpevolizzare la famiglia.

[2] Questionari anonimi per la valutazione della percezione del bullismo. I questionari anonimi sono uno strumento efficace per ottenere una visione d'insieme sul clima scolastico e sulla presenza di eventuali episodi di bullismo. I ragazzi possono rispondere a domande che esplorano sia la percezione del fenomeno all'interno della scuola che l'esperienza diretta. Domande pratiche su diversi aspetti potrebbero includere:

? Domande sulla percezione generale del bullismo

- Secondo te, quanto è frequente il bullismo nella nostra scuola?
- Quali forme di bullismo ritieni siano più comuni (fisico, verbale, online, esclusione)?
- Pensi che il bullismo sia un problema serio nel nostro ambiente educativo?

Domande sull'esperienza personale

- Ti è mai capitato di essere vittima di bullismo? Se sì, in che modo?
- Hai mai assistito a episodi di bullismo? Se sì, come hai reagito?
- Ti senti a tuo agio nel chiedere aiuto a un educatore o ad un adulto in caso di bullismo?
- Pensi che gli educatori intervengano in modo adeguato a fermare il bullismo?

Domande sul clima scolastico e sociale

- Ti senti accettato e rispettato dai tuoi amici?
- Pensi che ci sia abbastanza informazione su cosa fare in caso di bullismo?
- Ritieni che nella nostra comunità ci siano attività o progetti per prevenire il bullismo?

Domande sulle dinamiche di gruppo e di supporto tra pari

- Ti capita di vedere qualcuno che interviene per fermare un episodio di bullismo? Se sì, chi (amici, altri compagni, educatori)?
- Hai mai sostenuto o difeso un amico vittima di bullismo? Se no, cosa ti ha trattenuto?
- Ritieni che ci sia un buon senso di collaborazione e rispetto tra i ragazzi?

Domande sull'uso dei social media e del cyberbullismo

- Hai mai ricevuto messaggi o commenti offensivi sui social media da parte di amici?
- Pensi che il cyberbullismo sia più o meno grave rispetto al bullismo "tradizionale"?
- Ti senti sicuro di utilizzare i social media senza paura di essere vittima di bullismo?

Domande sui possibili interventi e migliorativi

- Quali azioni pensi che si possano adottare per prevenire il bullismo?
- Ti piacerebbe avere momenti di discussione o progetti specifici per parlare del bullismo?
- Credi che una campagna di sensibilizzazione tra i ragazzi possa migliorare la situazione?

[3] Programma di sensibilizzazione in classe, ma anche durante incontri di catechesi o di gruppo. Gli educatori possono dedicare un ciclo di incontri alla sensibilizzazione sul bullismo, in cui vengono esplorati argomenti chiave come l'empatia, l'inclusione e il rispetto reciproco. Ogni sessione potrebbe includere attività pratiche, discussioni e riflessioni di gruppo. Un esempio pratico: *Attività «Io, il bullo e la vittima»*. Chiedere ai ragazzi di immaginare come potrebbero sentirsi nei panni della vittima, del bullo e dell'osservatore. I ragazzi possono scrivere le loro emozioni e condividere ciò che provano in piccoli gruppi. Questa attività aiuta a sviluppare la consapevolezza emotiva e l'empatia, permettendo loro di comprendere meglio le implicazioni del bullismo.

[4] Laboratorio sulle emozioni e la comunicazione non violenta. Un laboratorio specifico dedicato alla gestione delle emozioni e alla comunicazione assertiva può aiutare i ragazzi a esprimere i propri sentimenti senza ricorrere alla violenza. Si possono usare tecniche di comunicazione non violenta e di ascolto attivo per insegnare ai ragazzi a esprimersi rispettando gli altri.

Esercizio «Parlo, tu ascolti». Dividere i partecipanti in coppie; uno parla delle proprie emozioni o di un'esperienza difficile, e l'altro ascolta senza interrompere, facendo solo domande aperte per chiarire. Alla fine, il secondo partecipante ripete quello che ha capito, per garantire di aver colto correttamente il messaggio. Questa tecnica favorisce la comprensione reciproca e rafforza l'empatia.

[5] Creazione di una Carta di Valori. Una carta dei valori condivisa dalla classe può rafforzare il senso di comunità e l'impegno verso il rispetto e l'accettazione reciproca. La carta di valori può essere elaborata insieme ai ragazzi, così che si sentano parte attiva nella definizione delle regole sociali e di comportamento.

Esempio pratico. Iniziare con una discussione aperta su cosa significhi per loro «rispetto» e «accettazione». I ragazzi possono quindi proporre alcuni valori fondamentali e linee guida che saranno scritte e firmate da tutti, per poi essere appese in aula come riferimento costante. Questo processo permette loro di sentirsi responsabili e incoraggiati a rispettare gli impegni presi.

[6] Progetti di gruppo per la creazione di materiali di sensibilizzazione. Creare progetti di gruppo in cui i ragazzi realizzano poster, video o brevi presentazioni di sensibilizzazione sul bullismo. Questo tipo di progetto sviluppa la collaborazione tra i ragazzi, dando loro voce per esprimersi e trasmettere messaggi positivi ai compagni.

Esempio pratico. Dividere la classe in gruppi e assegnare a ciascun gruppo un tema diverso, come «Cos'è il bullismo?», «Come contrastare il bullismo» e «L'importanza dell'empatia». I gruppi possono utilizzare cartelloni, video o presentazioni digitali per esprimere i loro messaggi e condividere il lavoro con il resto della scuola o della comunità.

[7] Programmi di tutoraggio tra pari. Creare un sistema di tutoraggio in cui studenti o animatori più grandi o formati possono affiancare e supportare quelli più giovani. Questi programmi di peer mentoring sono efficaci per creare un ambiente accogliente e inclusivo, specialmente per i nuovi arrivati, che potrebbero essere più vulnerabili al bullismo.

Esempio pratico. Formare un gruppo di studenti senior su come riconoscere e intervenire contro il bullismo. I tutor possono poi organizzare incontri settimanali con i loro “protetti”, in cui si discutono le sfide quotidiane e si forniscono suggerimenti su come affrontare eventuali situazioni di disagio.

[8] Role-playing su casi di bullismo. Il role-playing è una tecnica pratica che permette ai ragazzi di sperimentare le diverse prospettive del fenomeno: quella della vittima, del bullo e dell'osservatore. Questa attività aiuta i giovani a riflettere sulle conseguenze del bullismo e su come possono reagire in situazioni reali.

Esempio pratico. In un setting di role-playing, dividere i ragazzi in piccoli gruppi e assegnare a ciascuno un copione che descriva una situazione di bullismo. In ogni gruppo, un partecipante interpreterà la vittima, un altro il bullo, uno o più ragazzi saranno osservatori, e un ultimo volontario assumerà il ruolo del difensore. Dopo la simulazione, ciascun gruppo riflette insieme su come si è sentito ogni personaggio e su possibili soluzioni alternative per migliorare la situazione. Questa attività promuove la consapevolezza e incoraggia i ragazzi a prendere posizione contro il bullismo.

[9] Incontri periodici di focus group e discussione guidata. Organizzare incontri periodici di discussione permette ai ragazzi di esprimersi liberamente sul clima scolastico e sui problemi che percepiscono, offrendo uno spazio sicuro in cui discutere anche di eventuali episodi di bullismo. Questi incontri sono guidati da un educatore che modera la conversazione e incoraggia riflessioni costruttive.

Esempio pratico. Gli incontri possono includere domande come “Quali situazioni a scuola ti fanno sentire a disagio?”, “Cosa ti aspetteresti dai tuoi compagni e dagli adulti per sentirti più al sicuro?” e “Cosa si potrebbe fare per migliorare il clima scolastico?”. I ragazzi, dopo la discussione, possono anche formulare proposte concrete da attuare insieme agli educatori.

[10] Uso di un diario delle emozioni. Il diario delle emozioni è uno strumento personale che consente ai ragazzi di riflettere sui propri sentimenti e di registrare le loro esperienze quotidiane. Incoraggia l'auto-riflessione e aiuta a sviluppare la consapevolezza emotiva, che è cruciale per riconoscere e gestire situazioni difficili, inclusi episodi di bullismo.

Esempio pratico. I ragazzi possono tenere un diario in cui, alla fine della giornata, scrivono come si sono sentiti, cosa li ha fatti sentire in quel modo e cosa pensano potrebbero fare per affrontare situazioni simili in futuro. L'educatore può periodicamente invitare chi lo desidera a condividere qualche riflessione anonima o generale, usando questi spunti per discutere di strategie positive di gestione emotiva e di risoluzione dei conflitti.

[11] Creazione di un gruppo di “Ambasciatori del Rispetto”. Gli “Ambasciatori del Rispetto” sono studenti volontari che si impegnano a monitorare e promuovere un ambiente scolastico positivo. Questo gruppo può fungere da risorsa per i ragazzi che si sentono isolati o in difficoltà, e può anche organizzare eventi e campagne di sensibilizzazione contro il bullismo.

Esempio pratico. Gli ambasciatori, scelti tra i ragazzi più sensibili e rispettosi, possono essere formati su come riconoscere situazioni di bullismo e su come intervenire in modo sicuro. Possono organizzare, insieme agli educatori, giornate a tema, come la “Giornata della Gentilezza” o la “Settimana dell'Inclusione”, durante le quali promuovono attività di gruppo e piccoli eventi volti a rafforzare il senso di appartenenza.

[12] Incontri con esperti e testimonianze dirette. Invitare esperti, come psicologi o associazioni specializzate nel contrasto al bullismo, può offrire ai ragazzi una prospettiva esterna e autorevole su come affrontare il problema. Le testimonianze di ex vittime o di persone che hanno superato situazioni di bullismo possono ispirare i ragazzi a chiedere aiuto o a prendere posizione.

Esempio pratico. Durante un incontro con un esperto, i ragazzi possono fare domande su come comportarsi in caso di bullismo e su come gestire le proprie emozioni in situazioni difficili. Un ospite che racconta la propria esperienza di vittima e come ha trovato il sostegno di cui aveva bisogno può motivare i ragazzi ad aprirsi con gli adulti in caso di difficoltà.

[13] Progetti interattivi per il rispetto delle differenze. I progetti che celebrano la diversità, come la creazione di un “Muro della Diversità”, dove ogni ragazzo scrive un tratto unico su di sé, possono rafforzare l’inclusione e aiutare i ragazzi a vedere il valore delle differenze individuali.

Esempio pratico. I ragazzi possono realizzare un grande poster o murales con disegni, messaggi e immagini che rappresentano le differenze positive di ogni persona. Possono includere anche parole come «empatia», «amicizia», «solidarietà». Questa attività aiuta a creare un ambiente accogliente in cui le differenze sono celebrate e rispettate.

[14] Proiezioni e discussioni di film a tema emotivo. Favorire il dialogo e la riflessione su temi emotivi e relazionali attraverso l’analisi di film che trattano argomenti legati alle emozioni, alle difficoltà adolescenziali e al superamento di momenti difficili. Verranno indicati alcuni film, ma potrebbe essere interessante far cercare anche ai ragazzi altri titoli di film e serie sul tema.

Gli educatori organizzano la visione di film che trattano tematiche relative al bullismo o difficoltà di inclusione seguita da una discussione guidata. Durante la discussione, si pongono domande come “Quale personaggio ti ha colpito di più e perché?” oppure “Come si è evoluta la storia rispetto al problema iniziale?”.

«Come te nessuno mai» (1999) – Diretto da Gabriele Muccino, racconta le dinamiche e i turbamenti adolescenziali durante un periodo di occupazione scolastica. Il film offre uno spaccato dei problemi tipici degli adolescenti, delle loro insicurezze e del desiderio di appartenenza.

«Mean Girls» (2004) – Pur essendo una commedia, questo film esplora i complessi giochi di potere e le dinamiche di esclusione tra adolescenti in una scuola americana. È un modo leggero ma efficace per introdurre discussioni sul bullismo, sull’influenza dei gruppi e sull’importanza di essere autentici.

«Cyberbully» (2011) – Un film che affronta il tema del cyberbullismo attraverso la storia di una ragazza adolescente vittima di bullismo online. Ideale per parlare delle sfide e dei pericoli dei social media e dell’importanza di essere consapevoli delle proprie azioni online.

«Después de Lucía» (2012) – Un film diretto da Michel Franco. Dopo la morte della moglie Lucía, Roberto si trasferisce a Città del Messico con la figlia diciassettenne Alejandra. Iscritta in una scuola frequentata dai figli dell’alta borghesia della città, durante una festa Alejandra fa sesso con un compagno e viene filmata con un telefono. Il giorno successivo il filmato è fatto circo-

lare nella scuola e Alejandra diventa lo zimbello della classe, additata come ragazza facile e insultata. Sempre più isolata, durante la gita scolastica Alejandra viene umiliata fisicamente dalle compagne e violentata dai compagni, sotto gli occhi indifferenti di tutti. Al colmo della sopportazione la ragazza fugge e Roberto, mentre cerca di rintracciare la figlia, mette in atto una vendetta implacabile.

«To This Day Project» (video animato, 2013) – Un cortometraggio animato basato sulla poesia di Shane Koyczan, un ex vittima di bullismo, che racconta le sue esperienze in modo poetico e profondo. Anche se è breve, è un potente strumento per discutere dell'impatto emotivo del bullismo e dell'importanza di ascoltare e sostenere chi ne è vittima.

«La classe degli asini» (2016) – Basato su una storia vera, questo film racconta le vicende di una maestra che combatte per l'inclusione dei ragazzi emarginati e con disabilità nella scuola pubblica. Offre un punto di vista educativo sulla lotta contro la discriminazione e favorisce una riflessione sulla scuola come luogo di inclusione.

«Wonder» (2017) – Basato sull'omonimo libro di R. J. Palacio, racconta la storia di Auggie, un ragazzo nato con una malformazione facciale, e la sua difficile esperienza di inserimento scolastico. È un film che promuove valori come l'accettazione, l'empatia e il rispetto per le differenze.

«I ragazzi dello Zecchino d'Oro» (2019) – Ambientato negli anni '60, questo film racconta la storia dei ragazzi che partecipano al celebre coro e le loro esperienze di amicizia, solidarietà e sfide. Rappresenta l'importanza della comunità e della collaborazione, nonché dell'inclusione e della resilienza.

«Il ragazzo dai pantaloni rosa» (2024) di Margherita Ferri
Il film trae ispirazione dalla vera storia di Andrea Spezzacatena, quindicenne vittima di bullismo e cyberbullismo omofobo, che si tolse la vita il 20 novembre 2012.





Conclusioni

[1] I nostri adolescenti e giovani sono segnali di allarme del nostro mondo ferito e indicano che la nostra società e il nostro mondo sono in grave difficoltà. Il benessere della popolazione giovanile evidenzia una priorità educativa: **la prevenzione, il riconoscimento e l'accompagnamento/trattamento della malattia mentale.**

Come abbiamo visto all'inizio, va inoltre sottolineato che lo stigma è presente in tutti gli ambiti della vita di una persona con un disturbo della salute mentale: nell'ambiente educativo ma anche in famiglia, con il partner, nelle amicizie, ecc. Uno stigma che perpetua comportamenti discriminatori e che spesso si alimenta di pregiudizi e stereotipi ancora presenti nei media, nei film, nei libri e nelle canzoni che consumiamo. È quindi necessario attivare processi di **sensibilizzazione nei nostri contesti educativi**, formare per lavorare su **attenzioni educative "nuove"**, che coinvolgano tutti i nostri ambienti e soprattutto i giovani, affinché possano apportare cambiamenti reali per sradicare lo stigma sociale e strutturale e, di conseguenza, l'auto-stigma.

Proprio per avviare un processo di conoscenza e accompagnamento iniziale in ambito educativo, abbiamo affrontato in questa guida alcuni dei disturbi prevalenti nel mondo giovanile, che sono fonte di disagio per tanti ragazzi che frequentano i nostri ambienti. Diventa fondamentale per noi educatori promuovere il benessere emotivo e mentale e averne cura.

Da educatori Salesiani conosciamo bene l'importanza di **creare un clima di famiglia** per l'educazione di bambini e ragazzi, di adolescenti e giovani. Come Don Bosco, dobbiamo coltivare ancora l'arte di fare il primo passo, eliminando distanze e barriere e facendo nascere la gioia e il desiderio di rivedersi, di essere amici. Quest'arte consiste anche nel creare, con pazienza e dedizione, un'atmosfera ricca di umanità, un clima familiare dove i ragazzi e i giovani si sentano molto liberi e in grado di esprimersi ed essere sé stessi, assimilando con gioia i valori che vengono loro proposti. Questa pedagogia dello spirito di famiglia è anche una scuola di fede per i giovani. Offriamo amore e accoglienza incondizionata, affinché possano scoprire, progressivamente e a partire da un'opzione di libertà personale, la fiducia e il dialogo, così come la celebrazione e l'esperienza comunitaria della fede.

Pertanto, lo spirito di famiglia che caratterizza il **Sistema Preventivo di Don Bosco**:

- si sviluppa attraverso relazioni significative come: la paternità e maternità pastorale, la presenza, l'assistenza, la vicinanza, la fraternità, l'aiuto, l'apprezzamento reciproco, il dialogo, il perdono, il realismo, un clima che sana le ferite, il superamento di posizioni ideologiche, un progetto unitario;
- diventa visibile con proposte riconoscibili con un'atmosfera positiva, un ambiente che si adatta al singolo e al gruppo, ricorrendo alla creatività pastorale che pone al centro momenti celebrativi e festivi.

Intendiamo proporre un ambiente armonico ed armonioso di persone, di strutture, di luoghi materiali, di strumenti e soprattutto un'atmosfera capace di coinvolgere i giovani in un intenso clima di famiglia.

[2] *“Educare la mente senza educare il cuore non è educare”*. L'aforisma di Aristotele è quanto mai attuale e supportato dalle evidenze empiriche. Non esiste infatti nessun processo di apprendimento completamente vuoto di emozioni. La letteratura scientifica degli ultimi tempi ha rilevato il forte legame esistente tra sistemi emotivi e cognitivi. Le emozioni infatti risultano avere un ruolo fondamentale nel determinare la qualità della cognizione umana.



Bibliografía

CAPITULO 2

- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Giorgio, D. (2015). *Il disturbo d'ansia sociale: Teoria e terapia*. Milano: Franco Angeli.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. L., & Becker, R. E. (2018). *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence and Practice*. New York: Guilford Press.
- Mazzarini, L., & Monteleone, P. (2016). *Ansia e fobia sociale: Comprendere e affrontare il disturbo*. Roma: Edizioni Erickson.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2005). *Strategie per affrontare l'ansia sociale*. Roma: Tecniche Nuove.
- Riva, P. (2019). *Ansia sociale: Come affrontarla e superarla*. Milano: Sperling & Kupfer.

CAPITULO 3

- Bañuelos M, Planella M, de Giacomi F., *Trastornos afectivos (I): Síndrome depresivo en AAVV, Hospitalización psiquiátrica breve. Manual Clínico*. Editorial Panamericana, Madrid 2019.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA. 2003;289(23):3095-105.
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. *Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents*. Psychiatr Serv. 2011;62(2):152-61.
- Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO *Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern*. Geneva: WHO. 2012.
- World Health Organization. *Mental health action plan 2013 – 2030*. Geneva: WHO; 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. Depresión. [Citado 13 octubre 2021].

CAPITOLO 4

- Falabella M. (2001). *L'ABC della psicopatologia. Esplorazione, individuazione e cura dei disturbi mentali*. Edizione Magi.
- Lalli, N. (2009). *I disturbi somatoformi: aspetti clinici e psicoterapeutici*. Franco Angeli.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). Psychosomatic symptom presentation and somatization in primary care. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 579-602.
- Miniati, M., & Rucci, P. (2019). *Manuale di psichiatria clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339-367.

CAPITOLO 5

- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- World Health Organisation. *The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11)*. 2018.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 (13):481-6.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Lock J, La Via MC, AACAP. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(5):412-25.

CAPITOLO 6

- Bianchi di Castelbianco, F. (2017). *Disturbi del comportamento in età evolutiva: Dalla diagnosi all'intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Canevaro, A., & Trisciuzzi, L. (2019). *Inclusione scolastica e disturbi del comportamento: Strumenti e strategie*. Carocci Editore.
- Di Blasio, P., & Lis, A. (2018). *La psicologia dell'età evolutiva*. Il Mulino.

- Frick, P. J., & Viding, E. (2017). *The Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*. Wiley.
- Kazdin, A. E. (2021). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Oxford University Press.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2019). *Cognitive-Behavioral Interventions for Emotional and Behavioral Disorders: School-Based Practice*. Guilford Press.
- Pietropolli Charmet, G. (2020). *Adolescenti fragili: La fatica di crescere*. Laterza.

CAPITOLO 7

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.* Washington, DC: American psychiatric Association.
- Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., Venturi, P., Jones, L. A., Lewis, S. W., Sham, P. C., Gottesman, I. I., Farmer, A. E., McGuffin, P., Reveley, A. M., & Murray, R. M. (1999). Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. *Archives of general psychiatry*, 56(2), 162–168. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1001/archpsyc.56.2.162>
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 11–14. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2013.04.039>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades (10º. ed) (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Khamker, N. (2015). First episode schizophrenia. *South African Family Practice*, 57(5), 29-33.
- Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S., & Usall, J. (2021). Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophrenia research*, 228, 159–179. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2020.11.047>
- Volkmar F. R. (1996). Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 843–851. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1097/00004583-199607000-00009>

CAPITOLO 8

- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annu Rev. Clin. Psychol*, 6, 339-63.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res*, 17, 1–19.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471-83.
- Ladouceur, C.D. (2012). Neural systems supporting cognitive-affective interactions in adolescence: the role of puberty and implications for affective disorders. *Front Integr Neurosci*, 6, 65.
- Fox, K.R., Franklin, J.C, Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., Nock, M.K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*, 42, 156-67.
- Bresin, K., Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*, 38, 55-64.
- Yates, T.M., Carlson, E.A., Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol*, 20, 651-71.
- Klonsky, E.D., Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 192, 166-70.
- Hankin, B.L., Abela, J.R.Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 21/2 year longitudinal study. *Psychiatry Res.*, 186, 65-70.
- Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., et al. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J. Am. Acad. Child. Psy.* 56, 813–824. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.780
- Norris, F.H., Tracy, M., Galea, S. (2009). Looking for Resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science Medicine*, 68(12), 2190-8. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.043
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience in child development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., et al. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 55(4), 337-48.
- Vega D, Sintes A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, Soto À, Lara A, Méndez I, Martínez-Giménez R, Romero S, Pascual JC. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr*. 2018 Jul;46(4):146-55. Epub 2018 Jul 1. PMID: 30079928.

CAPITOLO 9

- Bertolotti, G., Zotti, A. M. (2020). *Il suicidio in adolescenza: Prevenzione e intervento*. Milano: Franco Angeli.
- De Leo, D., & Padoan, L. (2017). *Il suicidio: Comprendere, prevenire e curare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Forte, A., Vichi, M., Ghirini, S., Orri, M., & Pompili, M. (2021). *Trends in suicides among Italian youth aged 10 to 25: A nationwide register study*. *European Psychiatry*.
(<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/trends-in-suicides-among-italian-youth-aged-10-to-25-a-nationwide-register-study/1F9F2802D444DC819C9F8487C0541D3F>)
- Ferrara, P., Ianniello, F., Cutrona, C., Quintarelli, F., Vena, F., Del Volgo, V., Caporale, O., Malamisura, M., De Angelis, M. C., Gatto, A., Chiaretti, A., & Riccardi, R. (2014). *A focus on recent cases of suicides among Italian children and adolescents and a review of literature*. *Italian Journal of Pediatrics*. (<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-014-0069-3>).
- Pompili, M. (2019). *Prevenzione del suicidio: Un manuale per operatori sanitari e sociali*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Springer, P. (2024). *Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective*. Springer. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-024-00828-9>).
- Springer, P. (2024). *Youth Suicide Prevention and Intervention*. Springer.
(<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-06127-1>).
- Tondo, L., Baldessarini, R. J. (2018). *Suicidio e disturbi dell'umore: Diagnosi, trattamento e prevenzione*. Bologna: Il Mulino.
- Wasserman, D. (2009). *Suicide among Italian adolescents: 1970–2002*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-009-0007-x>).

CAPITOLO 10

- Ardone R., Gatti C. (2009), a cura di, *Disagio adolescenziale e dispersione formativa dei giovani in obbligo formativo. Una ricerca intervento nei centri di formazione professionale della Provincia di Roma*. Edizioni Kappa.
- Baraldi, S., & Bianchi, M. (2015). *Bullismo e cyberbullismo: Educare alla relazione*. Edizioni La Meridiana.
- Borg, M. (2008). *Il bullismo: un fenomeno in crescita*. Franco Angeli.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Blackwell Publishing.
- Pellegrini, D. (2010). *Bullismo e Cyberbullismo. La scuola che cambia*. Edizioni Erickson.

Rigby, K. (2010). *Bullying in Schools: How Successful Can Interventions Be?* Australian Council for Educational Research.

Ruggeri, A. (2016). *Il bullismo: percorsi di prevenzione e intervento*. Edizioni Universitarie Romane.

Smith, P. K., & Sharp, S. (2005). *School Bullying: Insights and Perspectives*. Routledge.

Sorrentino, A. (2014). *Prevenzione del bullismo: strategie e interventi*. Carocci.

Save the Children – Offre linee guida e programmi educativi sul bullismo nelle scuole.

