

LA VIOLENZA VERSO SE STESSI IN ADOLESCENZA

Guida informativa
per insegnanti,
genitori e operatori
socio-sanitari per
prevenire le condotte
autolesive e il suicidio
giovanile



;

DESCRIZIONE DELL'IMMAGINE DI COPERTINA

Il tema della violenza contro se stessi in adolescenza è un argomento di difficile comprensione e “accettazione”. La copertina evidenzia il problema collegato alla dimensione del corpo ferito e ucciso, con una prospettiva di speranza e possibilità al cambiamento. Si sono utilizzati simboli tattoo come linguaggio comunicativo giovanile.



Il braccio, che è uno dei luoghi privilegiati dei comportamenti autolesivi, è contrassegnato non da cicatrici o ferite, ma da due tatuaggi.



In alto vi è il tatuaggio con il filo spinato. Questo **simboleggia la forza della persona e la fiducia in se stesso**. Si può trovare, spesso, sulla pelle di persone che hanno avuto esperienze negative nella propria vita e le hanno superato con successo.



Il tatuaggio del “punto e virgola (;)” **rappresenta un modo per testimoniare la propria lotta e la successiva vittoria contro il buio**.

Questo segno è qui usato per dare speranza a chi soffre di depressione o lotta contro istinti suicidi e di autolesionismo. In grammatica il punto e virgola si usa per sospendere un discorso che non si vuole del tutto chiudere. Tatuarlo sulla pelle significa apertura verso un cambiamento, con la consapevolezza che la vita possa continuare, ripartendo dalle proprie risorse.

PREMESSA

In questi ultimi decenni, si stanno diffondendo sempre più preoccupanti problematiche giovanili che sconcertano il mondo degli adulti e che riguardano la violenza. Troppi adolescenti mettono in atto comportamenti violenti in maniera superficiale, a scuola, in famiglia, nel gruppo e nella coppia, senza avere la piena consapevolezza della gravità delle loro azioni.

Vi sono poi forme di violenza meno visibili e più subdole, le cui dinamiche si sviluppano in modo differente a tal punto che vittima e carnefice possono diventare la medesima persona. In questo caso ci si riferisce soprattutto a quelle manifestazioni di aggressività indirizzate verso di sé, o meglio di «violenza auto-inflitta», estremamente diffuse e gravi, di cui si parla ancora poco, come il **cutting**, il **burning**, il **branding**, fino ad arrivare ad atti estremi come il **suicidio**.

Queste condotte autolesive rappresentano un profondo malessere, sintomo di un disagio giovanile che spesso non è visto e nemmeno sostenuto con efficacia da una genitorialità adeguata. Si evidenzia anche una fragilità della rete di prossimità, che non è più in grado di accompagnare l'adolescente e il giovane adulto nella progettazione della vita e nelle scelte conseguenti.

Di fronte a queste manifestazioni di malessere, il progetto RETI DI COMUNITÀ ha pensato di creare uno spazio di riflessione con un opuscolo divulgativo, che diffonda maggiori informazioni e aumenti la consapevolezza su queste espressioni di odierno disagio.

Lo scopo è di sensibilizzare l'opinione pubblica e intercettare, precocemente, le situazioni a rischio e prevenire i suicidi, i tentativi di suicidio e i comportamenti autolesionistici. Questo documento si rivolge principalmente a insegnanti e genitori. Tuttavia, anche i professionisti della sanità pubblica e altri gruppi interessati a programmi di prevenzione e promozione della salute troveranno utili informazioni.

Marco Maggi

Consulente educativo, formatore
Metodo Gordon per docenti,
genitori e operatori socio-sanitari.



EQUIPE DEL PROGETTO RETI DI COMUNITÀ

UGO CERON, psicoterapeuta responsabile del progetto; **MONICA CAMPAGNOLO**, pedagoga coordinatrice del progetto; **MARCO MAGGI**, formatore e consulente educativo; **PAOLA DE SETA**, psicologa dello sviluppo e dell'educazione; **ANNA MARTINI**, psicologa clinica; **LUCIA RICEPUTI**, psicologa clinica; **ELEONORA REBESAN**, educatrice professionale; **MARIACHIARA BRESSAN**, educatrice professionale; **DARIO SOSO**, pedagoga e psicoterapeuta.

ADOLESCENTI OGGI

Gustavo Pietropolli Charmet, psicanalista e psichiatra, definisce gli adolescenti "Fragili e Spavaldi", da cui il titolo di uno dei suoi libri, con le loro inquietudini tanto diverse dagli adolescenti di qualche generazione fa. Per Charmet i ragazzi e le ragazze di oggi hanno un grande appetito di affermazione, di affetto e di riconoscimento. Sono spinti ad essere vincenti e ad avere successo, hanno ideali alti, forse troppo alti per una gran parte di loro.

Per questo sono fragili. Per questo alcuni diventano spavaldi: negano di sentirsi intimoriti verso le figure adulte, tendono a fuggire da tutte le esperienze che potrebbero vederli sconfitti, perdenti, non belli o famosi e hanno una bassa tolleranza alle frustrazioni. In compenso, si muovono, adeguatamente, nella complessità sociale e virtuale e questo consentirà loro di cambiare il futuro.

Come nel passato, anche oggi i ragazzi desiderano essere presi sul serio e ascoltati.

"Chiedono più relazione e meno valutazione e di questo bisogna tener conto: sono disposti anche ad accettare una valutazione severa se questa è erogata all'interno di una relazione".

C'era una generazione passata che Galimberti definisce "del pugno chiuso", quella che, talvolta, ha trovato sbocco nel terrorismo al nichilismo che la attanagliava, risposta estrema alla cultura del consumo.

C'è oggi una "generazione X", quella degli indifferenti, della "non-partecipazione", del consumo acritico, "dell'abbastanza". E c'è poi la "generazione Q" dal basso quoziente intellettuale ed emotivo, dominata da una indifferenza egocentrica e da un "sono fatto così" che assolve ogni comportamento.

All'elenco delle "categorie" dell'infelicità dei giovani può poi aggiungersi la rassegnazione degli squatter, che cercano una nicchia in cui nascondersi, o la violenza nichilista attuata dentro e fuori dagli stadi. (*L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani* di Umberto Galimberti).



TENDENZE TIPICHE DEGLI ADOLESCENTI



In un interessante articolo Federico Batini (insegnante di Metodologia della ricerca educativa, dell'osservazione e della valutazione, Pedagogia sperimentale e Consulenza pedagogica) afferma: *"I ragazzi non sono più quelli di una volta"*. È un ritornello che ciascuno di noi ha sentito recitare, al tempo della propria adolescenza, da chi era più adulto o già anziano. L'ovvia constatazione di una differenza nei modi di comportarsi, di aggregarsi, di amare, di desiderare, di perseguire obiettivi non può e non deve divenire un giudizio di valore. I ragazzi e le ragazze di oggi sono sì diversi, ma, aggiungerei, per fortuna! Un modo di vedere e di pensare differente, consente loro di sopravvivere in una società altra rispetto a quella in cui siamo cresciuti noi: il nostro modo di pensare, vedere, vivere le cose sarebbe loro, probabilmente, fatale.

La società in cui si trovano a gestire la propria crescita e i propri tentativi di futuro è una società complessa, che richiede un'attrezzatura e una strumentazione più raffinata di quella che hanno oggi gli adulti.

Noi tutti appartenenti alle generazioni precedenti dovremmo ricordare molto bene le nostre responsabilità e avere, inoltre, coscienza della caducità della nostra esperienza, che non è più in grado di costituire, per loro, un esempio.

I COMPORTAMENTI A RISCHIO IN ETÀ ADOLESCENZIALE

L'adolescenza è sicuramente un periodo di cambiamento, in cui la persona si muove dalla dipendenza all'indipendenza attraverso crisi identitarie ed esperienze che possono portare a comportamenti conflittuali. In questa fase i ragazzi assumono comportamenti a rischio legati alla **sessualità**, all'**abuso di sostanze** e ai **problemi emotivi**, come la depressione e altri disturbi del comportamento e del cibo.

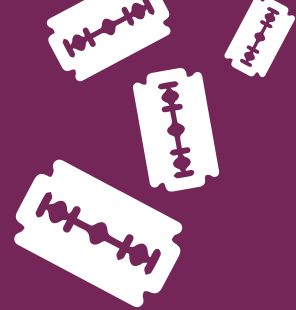
L'adolescenza costituisce una fase della vita, in cui le relazioni, che il soggetto intrattiene con la dimensione del rischio, risultano particolarmente intense e pregnanti.

In tale periodo, infatti, il rischio potrebbe definirsi "funzionale" in una prospettiva evolutiva. L'adolescente è per antonomasia costretto a "rischiare" molto per capire chi è e chi vorrà essere, per avere una precisa comprensione di quali siano i suoi limiti e i suoi punti di forza, per modellare e restituire al gruppo allargato, alla sua nuova famiglia sociale, un'immagine che non corrisponda più a quella che era stata sapientemente confezionata all'interno della famiglia d'origine. L'adozione del rischio non presenta le medesime caratteristiche nel corso dell'intera adolescenza: la tendenza al rischio ed alla sua assunzione, infatti, si modifica con i cambiamenti che accompagnano il percorso evolutivo.

Con il termine "comportamenti a rischio" si intendono tutte le condotte che possono, in modo diretto e indiretto, mettere in pericolo la salute e il benessere fisico e psicologico degli individui, sia nel presente che nel futuro. L'elenco è numeroso e comprende: l'assunzione di sostanze psicoattive, i comportamenti aggressivi, devianti o illeciti, il comportamento sessuale precoce e non protetto, la guida pericolosa, il gioco d'azzardo, i disturbi alimentari e soprattutto le condotte autolesive.



LE CONDOTTE AUTOLESIVE IN ADOLESCENZA



Abbiamo evidenziato come, durante il periodo dell'adolescenza, i ragazzi affrontano radicali cambiamenti, sia a livello neuronale sia di trasformazione fisiche, e soprattutto nel loro modo di vivere le relazioni con gli altri e con loro stessi. In questo complesso cambiamento, l'adolescente può sperimentare alcune problematiche e, il disagio, a sua volta, può manifestarsi in varie forme. Tra i vari comportamenti di malessere quelli **autolesivi sono diventati un fenomeno sempre più frequente in questi ultimi anni**, con una diffusione paragonabile ad una vera e propria epidemia, che colpisce i paesi industriali avanzati.

Per autolesionismo si intende il comportamento in cui il soggetto aggredisce intenzionalmente parti del proprio corpo, tendenzialmente le braccia o le gambe, senza intento suicidario. In genere, le forme più comuni "di farsi del male" sono: il **cutting** (maggiormente eseguito dalle ragazze): tagliarsi la pelle con lamette, forbici, coltelli o altri strumenti; il **burning**: bruciarsi con sigarette, accendini, fiammiferi. Esistono anche altre forme come: **mordere** parti del corpo, procurarsi dei **graffi** sul corpo, **scarnificarsi**, **interferire col processo di cicatrizzazione** delle ferite sul corpo, **rompersi le ossa** o prendersi a pugni o sbattere la testa al muro, **incidersi e marchiarsi** la pelle con un **ferro rovente (branding)**, al fine di procurarsi cicatrici permanenti. Alcune stime di ricerca, ipotizzano il **12% dei teenager tra i 11 e i 18 anni**, dunque oltre cinquecentomila adolescenti italiani agiscono comportamenti autolesivi.



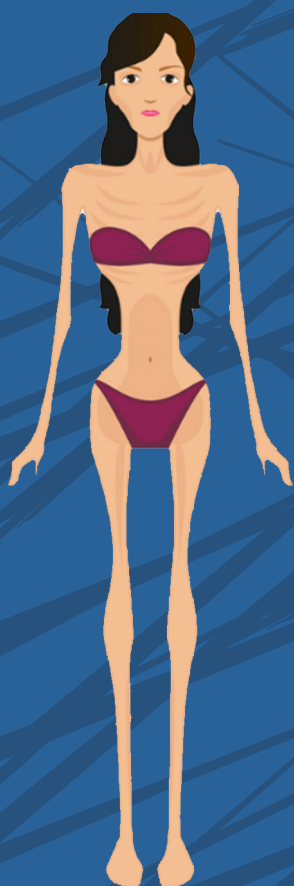
Con una ricerca del 2017, l'Osservatorio Nazionale Adolescenza ha rilevato che, su un campione di 8.000 adolescenti italiani, 2 adolescenti su 10 sono autolesionisti. In questo caso i dati portano ad una percentuale del 20% degli adolescenti italiani, che "si fanno intenzionalmente del male", in maniera nascosta, nel silenzio della propria stanza.

PERCHÉ SI AUTO FERISCONO?

Scopo di queste condotte, generalmente, è alleviare emozioni negative, come tensione, ansia, e/o risolvere una difficoltà interpersonale. Possono essere divise in 2 categorie principali:

FUNZIONI INTERPERSONALI	FUNZIONI SOCIALI
<ul style="list-style-type: none">• Per esprimere emozioni come dolore, rabbia o frustrazione.• Per punire se stessi.• Terminare esperienze dissociative.• Per gestire lo stress.• Per reggere gli sconvolgimenti emotivi.	<ul style="list-style-type: none">• Influenza interpersonale.• Autocura.• Ricerca di sensazioni.• Punire qualcuno.• Identificarsi con un gruppo.

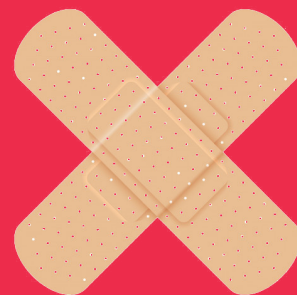
FATTORI DI RISCHIO			
<ul style="list-style-type: none">• Difficoltà o dispute con i genitori• Problemi scolastici• Difficoltà con fidanzato/a	<ul style="list-style-type: none">• Liti tra fratelli• Problemi fisici• Difficoltà o dispute con coetanei• Bullismo	<ul style="list-style-type: none">• Depressione• Ridotta autostima• Problemi sessuali• Abuso di alcol e droghe	<ul style="list-style-type: none">• Imitare l'autolesionismo di altri• Filosofia EMO



Attenzione perché l'autolesionismo va a braccetto con i disturbi alimentari. Il corpo in adolescenza riveste un ruolo centrale. L'immagine corporea e il peso, rappresentano uno dei maggiori problemi in questa fascia di età, nella quale, il processo di ricerca di sé, comporta difficoltà nell'accettarsi ed apprezzarsi per quello che si è. Anoressia, bulimia, alimentazione incontrollata, sono problemi in netta espansione anche tra i bambini in età pre-adolescenziale.

Circa il 12% degli adolescenti autolesionisti spesso si **ABBUFFA di cibo, anche in maniera non controllata, l'8% controlla il proprio corpo attraverso **DRASTICHE RIDUZIONI DI CIBO** e il 6% di loro **VOMITA** dopo aver mangiato.**

CLASSIFICAZIONE DELL'AUTOLESIONISMO



I comportamenti autolesivi sono classificati a seconda del grado di danneggiamento dei tessuti e del pattern comportamentale. **Tre sono le principali tipologie¹:**

1 AUTOLESIONISMO MAGGIORE:

consiste in atti infrequenti e isolati che provocano un danneggiamento grave e permanente dei tessuti;

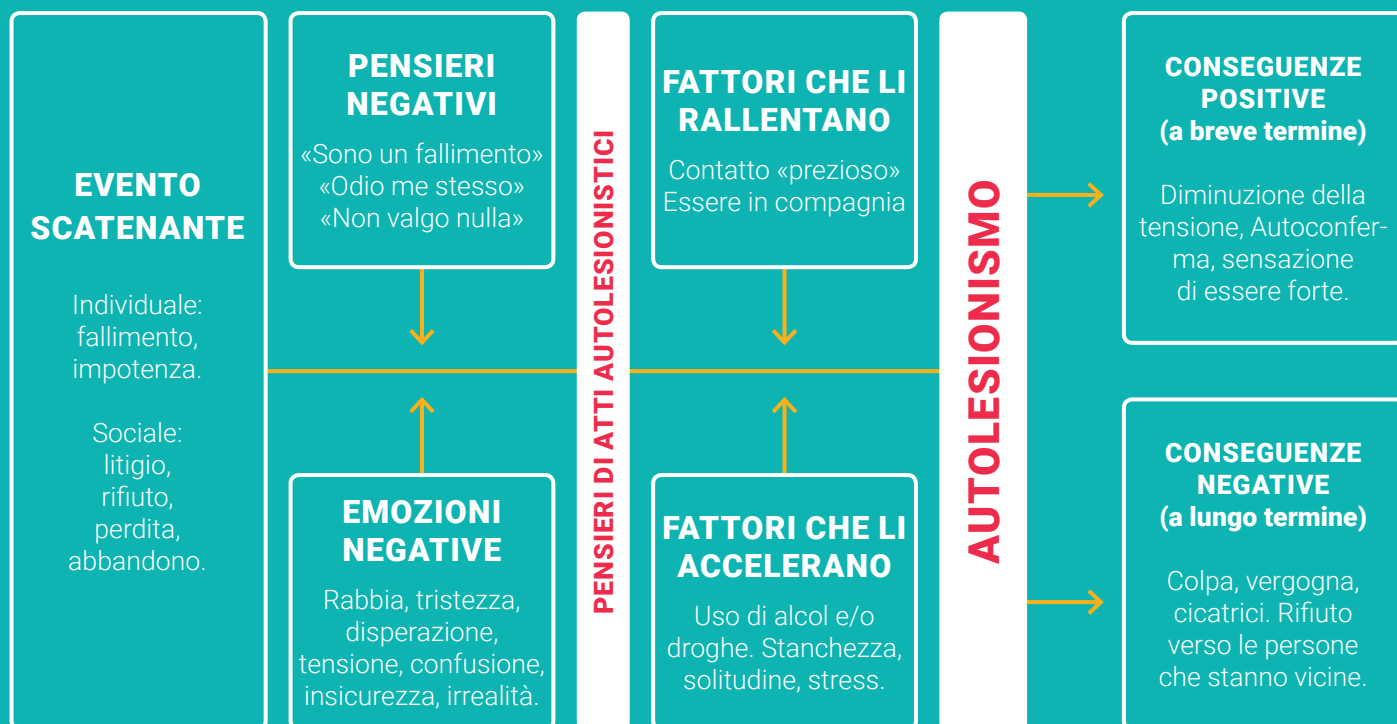
2 AUTOLESIONISMO STEREOTIPICO:

comprende comportamenti ripetuti in modo costante e ritmico, che sembrano essere privi di un significato simbolico;

3 AUTOLESIONISMO MODERATO/SUPERFICIALE:

consiste in atti episodici o ripetuti a bassa letalità che comportano un lieve danneggiamento dei tessuti corporei. Questa tipologia si suddivide ulteriormente in tre sottocategorie²: autolesionismo moderato compulsivo, moderato episodico e moderato ripetitivo.

IL PROCESSO AUTOLESIONISTA³



¹Favazza, A.R., e Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140.

²Favazza A.R, Simeon D. (1995). Self-mutilation. In: E Hollander & D Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression*. Sussex, England: John Wiley & Sons, 185-200.

³Claes, L., Vandereycken, W. (2009). *Autolesionismo*, Baldini Castoldi Dalai, Pag. 46.

IL SUICIDIO GIOVANILE


A livello globale, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, i suicidi si collocano al secondo posto tra le cause di morte nella fascia d'età 15-29 anni. Seconda causa di morte anche per i giovani italiani dai 15 ai 24 anni. Sono circa 4.000 i suicidi ogni anno registrati nel nostro Paese, riferisce l'Istat: oltre il 5% (circa 200 decessi) è compiuto da ragazzi sotto i 24 anni. Gli ultimi dati disponibili dell'Istituto nazionale di Statistica indicano che in Italia il trend dei suicidi è in calo: dal 1995 al 2017 il numero dei decessi, in tutte le fasce d'età, si è ridotto del 14%. A fronte di questa diminuzione, come abbiamo visto nelle pagine precedenti, crescono però i casi di autolesionismo e di comportamento suicidario tra gli adolescenti.

**Secondo dati dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza i tentativi di suicidio da parte dei teenager dal 2015 al 2017 sono quasi raddoppiati: si è passati dal 3,3% al 5,9%.
Un dramma che riguarda soprattutto le ragazze.**

Il suicidio giovanile, rappresenta un tema complesso che coinvolge molteplici fattori di rischio (psicologici, ambientali, culturali, biologici e sociali), che sono chiamati in causa nel tentativo di rendere ragione di un comportamento considerato socialmente "contro natura", in particolare nei soggetti di giovane età. In questa parte dell'opuscolo, cercheremo di sintetizzare le informazioni basilari per capire e individuare precocemente alcuni segnali e la tipologia di ragazzi che possono essere a rischio.

CHI HA UN MAGGIOR RISCHIO?

I soggetti che sono maggiormente a rischio di sviluppare pensieri suicidari includono gli studenti:



- ▶ che in passato hanno già tentato il suicidio e le persone affette da un disturbo depressivo, uso di sostanze stupefacenti e alcol, schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo del comportamento alimentare, ansia ecc.;
- ▶ che hanno perso una persona cara per suicidio (chiamati "sopravvissuti"). Essi presentano un alto rischio di sviluppare malattie fisiche o mentali e di manifestare comportamenti suicidari;
- ▶ appartenenti a minoranze sociali o etniche. Ad esempio, omosessuali, bisessuali e transessuali sono stati identificati come gruppi vulnerabili e sembrano avere un rischio maggiore rispetto agli eterosessuali;

I SEGNALI DI ALLARME



È importante ricordare che un atto suicidario è quasi sempre premeditato e intenzionale. Quello che spesso sfugge è che il suicidio non è mai un evento improvviso in un individuo, per il quale andava tutto bene. Piuttosto è l'epilogo di uno stato "perturbato", che ha accompagnato il soggetto per un certo tempo e per il quale non si è intervenuti o non ci si è chiesti se stesse pensando di voler morire.

SEGNALI DIRETTI	SEGNALI INDIRETTI
<ul style="list-style-type: none">• Riferire (o scrivere) di voler morire, volersi ferire o volersi uccidere;• Riferire (o scrivere) di sentirsi senza speranza o di non avere motivi per continuare a vivere;• Riferire (o scrivere) di sentirsi intrappolato o di provare un dolore insopportabile;• Riferire (o scrivere) di sentirsi un peso per gli altri;• Cercare modi per uccidersi, ad esempio ricercare su internet i metodi di suicidio o reperire armi da fuoco, pastiglie o altri mezzi per compiere un suicidio.	<ul style="list-style-type: none">• Ritirarsi dalla famiglia, dagli amici e dalla società o sentirsi isolati;• Peggioramento scolastico o del funzionamento sociale;• Aumento nell'uso di alcool e droghe;• Cambiamenti della personalità, del comportamento, come ad esempio drastiche oscillazioni dell'umore, atteggiamento ansioso, agitato o molto stressato. Questi segnali possono includere anche cambiamenti nell'alimentazione o nei ritmi del sonno.• Mostrare rabbia incontrollata o riferire di cercare vendetta.

- ▶ vittime di bullismo e di cyber-bullismo, di molestie e abuso sessuali;
- ▶ che hanno tendenza all'impulsività o all'aggressione;
- ▶ che hanno facilità di accesso a strumenti letali come le armi;
- ▶ che hanno casi di precedenti suicidi familiari, di psicopatologie nei genitori e tendenza al suicidio di membri della famiglia, amici o persone care;
- ▶ che hanno relazioni difficili e molto conflittuali con i genitori;
- ▶ che hanno un elevato stress nella vita, in particolare improvvise perdite di relazioni interpersonali, problemi legali o disciplinari.



"TIPOLOGIE" DI SUICIDI GIOVANILI

Il modello esplicativo del suicidio fa riferimento a quello proposto da Edwin S. Shneidman (fondatore della suicidologia), il quale osserva che alla base del suicidio vi è un dolore mentale insopportabile che chiama *psychache*, che significa "tormento nella psiche". Nel volume *La prevenzione del suicidio in adolescenza* di R. Tatarelli, M. Pompili, Ed. Alpes, 2009, gli autori delineano alcune tipologie.



TIPOLOGIA 1: giovani che appartengono a questo gruppo rappresentano il numero minore di tutte le casistiche esaminate. Sono ragazzi con un funzionamento globale discreto, a volte anche buono, che in maniera repentina si trovano in un periodo critico, generalmente in seguito ad un evento stressante come la perdita di un parente, o per fattori interni come la perdita di autostima, di sicurezza di sé etc. Questo avvenimento determina un cambiamento nel carattere del giovane, fino ad arrivare ad una crisi così violenta e immediata da portare al suicidio. La successione di tali eventi avviene nell'arco di poche settimane.



TIPOLOGIA 2: giovane suicida riconosciuto come "solitario" è di sesso maschile e razza bianca. Il suo malessere comincia molto precocemente all'inizio dell'adolescenza, mentre il gesto suicida tende a manifestarsi al limite dell'età adulta. È un soggetto molto isolato, che istaura pochi rapporti con i coetanei e gli adulti, e si sente estremamente solo. No ha amici con cui confidarsi, confrontarsi e sfogarsi. La spinta che lo porta al suicidio è data in gran parte dai sentimenti di mancanza di speranza e di impossibilità di essere aiutato.



TIPOLOGIA 3: in questo caso si parla soprattutto di ragazze di varie etnie. Queste adolescenti hanno tipicamente comportamenti illegali, pericolosi, violenti e aggressivi. Nella maggior parte dei casi sono ribelli e abusano di sostanze stupefacenti e alcolici. Il problema insorge all'inizio dell'adolescenza, con l'istaurarsi di sintomi depressivi a cui non riescono inizialmente a far fronte ed a cui reagiscono spontaneamente con l'agito aggressivo. Quando però queste azioni non sono più sufficienti a contenere l'angoscia, subentra una crisi profonda che mette queste ragazze a rischio di suicidio.

Esistono anche il "suicidio mancato" e quello "dimostrativo". Nel primo, per qualche casualità, l'individuo non riesce nel suo intento. Nel secondo, l'atto si configura come una richiesta di aiuto, che va decodificata. Per distinguere tra le due tipologie esistono alcuni parametri da valutare: il **mezzo** usato, il **modo**, il **contesto ambientale** e la **persona**.

IL SIGNIFICATO DEL GESTO SUICIDA

A proposito del significato del gesto suicida, A. Baechler, *Les Suicides* (Gallimard, Paris, 1989), distingue diversi livelli:

1. a carattere **liberatorio** con:

- significato di **fuga**, da una situazione vissuta come insopportabile;
- significato di **lutto**, come perdita di una parte di sé;
- significato di **castigo**, come espiazione di una colpa o di un senso di colpa;
- significato di **delitto**, in cui si cerca di portare con sé nella morte un'altra persona.

2. a carattere **dimostrativo** con:

- significato di **vendetta**, finalizzato a suscitare un senso di colpa negli altri;
- significato di richiesta e di **ricatto**, per ottenere qualcosa ricattando l'ambiente e gli individui;
- significato di **sacrificio** e passaggio, per raggiungere una condizione superiore;
- significato di **ordalia** e **gioco**, per "sfidare" la vita e l'ambiente.

SCHEMA DEL PROCESSO SUICIDARIO

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), si arriva al suicidio seguendo alcuni passaggi mentali:

1. Vaghe **idee e pensieri transitori** in merito al suicidio;
2. **Pensieri ripetitivi** sul voler morire (su cui ci sofferma spesso);
3. **Difficoltà** a vincere ed **evitare tali pensieri** suicidari (tentativi mal riusciti di non venirci sopraffatti)
4. Forti **desideri di morire** (accompagnati da domande quali "Per quali motivi dovrei vivere?")
5. Comparsa di **pensieri in merito alla morte prematura**;
6. **Pianificazione** del gesto letale;
7. **Tentativo** di porre fine alla vita.



FATTORI PRECIPITANTI	FATTORI PREDISPONENTI
<ul style="list-style-type: none">• Diverbio con i genitori o con il partner• Insuccesso scolastico / sanzioni disciplinari• Delusione sentimentale• Rottura di relazione• Improvvisa perdita di un lavoro• Problemi con la giustizia• Malattie fisiche• Gravidanze indesiderate / molestie sessuali• Perdita di un genitore• Suicidio di una persona significativa	<ul style="list-style-type: none">• Precedenti TS• Patologia psichiatrica• Abuso di alcol e di droghe• Impulsività e tendenze aggressive• Solitudine e mancanza di supporto sociale• Storia personale di traumi o abusi• Fragilità e conflittualità del nucleo familiare• Storia familiare di comportamenti suicidari• Mancato accesso al trattamento psichiatrico



LA DISCUSSIONE IN CLASSE DOPO UN (TENTATO) SUICIDIO⁴

A seguito di un tentativo di suicidio da parte di uno studente o di un membro del personale scolastico, è importante avviare al più presto un dibattito in classe coinvolgendo le famiglie. Il dibattito dovrebbe essere preparato e monitorato da un insegnante noto agli studenti e di cui gli studenti si fidano, assistito, se possibile, da un consulente scolastico

o un professionista nell'ambito sanitario (Consultorio adolescenti).

Di seguito vengono menzionati quattro aspetti essenziali da considerare quando si deve condurre un dibattito in classe.



DISPERDERE LE VOCI DI CORRIDOIO

- I pettegolezzi ci saranno quindi è bene chiedere agli studenti quali siano e di disperderli. Se possibile, e se la famiglia (e lo studente e l'insegnante) è d'accordo, fornire informazioni sull'incidente. Ad ogni modo, sottolineare che i pettegolezzi possono ferire l'interessato.

FORNIRE UN QUADRO SUL COMPORTAMENTO SUICIDARIO

- Sottolineare che il suicidio è un tema complesso e non è causato da un solo fattore.
- Sottolineare che il suicidio non è "una scelta" e nemmeno un atto eroico o romantico.
- Sottolineare la comorbidità con problemi psicologici (come la depressione, l'abuso di sostanze stupefacenti e alcol) senza creare uno stigma.
- Sottolineare che il suicidio può essere prevenuto e si può ottenere aiuto.

INTERAGIRE CON GLI STUDENTI

- Garantire un ambiente sicuro: rimarcare l'importanza della confidenzialità e dell'onestà.
- Lasciare che gli studenti esprimano i propri sentimenti. Sottolineare che sentimenti di rabbia e colpevolezza sono normali e comuni.
- Lasciare spazio alle domande.

AVVIARE UN DIALOGO

- Parlare con gli studenti di cosa si possa fare quando ci si sente tristi, depressi o senza speranza, oppure di come reagire quando un amico si sente triste, depresso, senza speranza.
- Riferirsi agli spazi adolescenti consultoriali e/o ai servizi di salute mentale.

⁴ Prevenzione del suicidio. Intervento e post intervento. In Uno strumento per le scuole, pag 52. Euregenas (Regioni europee che attuano azioni contro il suicidio).

LINEE GUIDA PER INTERVENTI PREVENTIVI



Gli interventi di prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo, nell'ottica di promozione della salute, devono lavorare principalmente sul rafforzamento dei fattori di protezione. Per fattori di protezione s'intendono quelle abilità e competenze che ostacolano l'azione dei fattori di rischio, per esempio il rafforzamento e il potenziamento: delle capacità di coping, del sostegno affettivo, dell'autostima, di buone abilità cognitive, di una positiva percezione di sé, di competenze emotive, di un buon legame familiare e di stabili relazioni sociali, della capacità di saper chiedere aiuto e di resilienza. Tutto questo va realizzato attraverso un approccio multi settoriale con un sistema integrato, che coinvolga in modo sinergico la scuola, la famiglia e la comunità territoriale.

La scuola come importante agenzia educativa deve vigilare che la disperazione e il nichilismo non siano le uniche risposte. Il docente, oltre ad accertare la preparazione dello studente, occorre che ne osservi il grado di autostima, e che "dalla scuola non vengano espulse tutte quelle dimensioni che sfuggono alla calcolabilità" cioè la creatività, l'originalità, la fantasia, i dolori, i desideri, tutta la sfera emotiva insomma. Emotività che i giovani oggi hanno più incontrollata rispetto alla generazione che li ha preceduti, che produce difficoltà ad elaborare i conflitti, e che Galimberti considera un pericoloso "analfabetismo emotivo". Per facilitare tale lavoro si sono ipotizzate alcune linee d'intervento, rivolte al modo degli adulti: docenti, operatori socio sanitari e genitori, altre rivolte direttamente ai giovani e infine alcune destinate al sistema comunitario delle risorse istituzionali e informali territoriali, che sono frequentate o a cui possono accedere i giovani. Le azioni di prevenzione, pertanto, perseguono le seguenti finalità.

1 MIGLIORARE LE COMPETENZE DEL PERSONALE SCOLASTICO E OPERATORI SANITARI E DEL SOCIALE

Il primo degli strumenti di prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo consiste nel preparare e formare, in modo adeguato, tutto il personale scolastico e gli operatori sanitari e del sociale, a trattare con gli studenti i problemi di vita e di morte, di sofferenza e le questioni adolescenziali. Gli step prevedono: migliorare le loro competenze nell'identificare angoscia, depressione e comportamenti suicidari e autolesionistici, aumentare la loro conoscenza circa le strategie e gli strumenti più efficaci d'intervento, attraverso un approccio positivo alla salute mentale. Auspicabile sarebbe la costituzione di un'equipe specializzata nell'affrontare tali problemi.

2 RICONOSCIMENTO PRECOCE DEGLI ADOLESCENTI IN DIFFICOLTÀ CON COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AUTO LESIVITÀ

Una formazione adeguata del personale scolastico e socio sanitario aumenta la probabilità di saper riconoscere, precocemente, i sintomi e gli indicatori di malessere dei ragazzi che agiscono comportamenti autolesivi. Questo permette di intercettare, anticipatamente, esiti infausti e situazioni di disagio cronicizzato.

3 PROGRAMMARE E ATTIVARE INTERVENTI SPECIFICI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE SUI TEMI DEL SUICIDIO E AUTOLESIONISMO GIOVANILE

Negli ultimi anni, in Italia, sono state rafforzate le azioni tese alla promozione della salute, adottando un approccio "intersectoriale" e "trasversale" ai fattori di rischio, per interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali scorretti sia a creare condizioni ambientali atte a facilitare le scelte salutari. La scuola, la famiglia e il contesto comunitario si configurano come ambienti privilegiati per attivare con successo politiche finalizzate a promuovere il benessere della collettività. In riferimento ai temi dell'autolesionismo e del suicidio giovanile, sarebbe opportuno che si creassero specifici programmi d'intervento da promuovere e divulgare in ogni settore di vita dei ragazzi. Purtroppo, in molte realtà, si interviene prevalentemente sull'emergenza, ad esempio dopo il suicidio di un ragazzo o di una ragazza o dopo la scoperta di comportamenti autolesivi.

4 **FORNIRE SUPPORTO ASCOLTO E INFORMAZIONI SUI SERVIZI DI ASSISTENZA**

Nella maggior parte delle scuole e in tutti i servizi socio-sanitari esistono ormai centri o sportelli di ascolto rivolti agli adolescenti. Oltre a ciò, bisogna informare i giovani sui servizi specialistici accessibili, attraverso la divulgazione di siti web, numeri telefonici, come linee di assistenza, di crisi e di emergenza.

5 **RAFFORZARE LE FUNZIONI GENITORIALI**

La genitorialità rappresenta una funzione assai complessa non riducibile alle qualità personali del singolo genitore, ma comprende anche un'adeguata competenza relazionale e sociale per lo svolgimento del compito educativo. Non si nasce genitori ma lo si diventa. Ecco perché è importante promuovere iniziative di formazione e di parent training, sul potenziamento di talune funzioni genitoriali fondamentali nell'accompagnamento dei propri figli.

! ! ATTENZIONE ! !

MONITORATE L'UTILIZZO DELLE CHAT E DEI SITI WEB

Diverse ricerche hanno rilevato un forte legame tra le frequentazione di forum online e comportamenti autolesivi.



6 **PROMUOVERE L'ALFABETIZZAZIONE E COMPETENZA EMOTIVA**

L'atto autolesionista assolve a funzioni differenti: la più accreditata concerne ad una strategia di regolazione emotiva e affettiva, come controllo dello stato emotivo nella ricerca di sollievo e come forma morbosa di auto aiuto. Quindi educare alle emozioni prepara gli adolescenti a gestire "correttamente" e, in modo funzionale, la propria emotività, anche nei momenti avversi e dolorosi della vita.

7 **RAFFORZAMENTO DELL'AUTOSTIMA**

Una buona autostima protegge gli adolescenti dal disagio mentale, permettendo loro di affrontare adeguatamente situazioni difficili della vita. Quindi rafforzare l'autostima permette alle persone di incrementare la fiducia in se stessi e creare un'immagine positiva di se. Passi importanti in riferimento alla prevenzione degli atti autolesivi sono: l'accettazione del proprio corpo, il riconoscimento dei propri miglioramenti anche se piccoli, l'individuazione delle proprie capacità positive e la comprensione verso se stessi, in occasione di eventuali fallimenti, ricadute e verso le proprie fragilità.

8 **POTENZIARE IL SOSTEGNO TRA PARI**

Durante l'adolescenza le opportunità di socializzazione si espandono con il gruppo dei pari. Per gli adolescenti il legame con il gruppo, soprattutto degli amici, ha una funzione fondamentale che permette la costituzione di una "nicchia protettiva", dove spesso vengono condivise le aspirazioni ed anche i dolori. Per questo è opportuno promuovere e potenziare le iniziative di **peer education**, perché normalmente gli adolescenti prediligono ascoltare e confidarsi con gli amici. La sensibilizzazione ai comportamenti autolesivi dei pari adolescenti è rilevante perché aiuta i ragazzi a divenire più sensibili nell'individuare un coetaneo in crisi suicida o nell'aiutare, chi è a rischio, ad ottenere l'assistenza professionale necessaria.

9 PREVENIRE GLI AGITI AUTO LESIVI IN RIFERIMENTO AD ALCUNE PROBLEMATICHE SPECIFICHE COME LA VIOLENZA A SCUOLA (BULLISMO – CYBERBULLISMO) E IL MALTRATTAMENTO FAMILIARE

I suicidi di Amanda Todd in Canada, di alcuni adolescenti omosessuali e di Caterina Picchio, hanno riportato, in questi anni, alla ribalta dell'opinione pubblica, il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo. Gli studi sul fenomeno, inoltre, hanno dimostrato che sia le vittime di bullismo che i bulli stessi siano più a rischio di incorrere in pensieri o in tentativi di suicidio. Oggi ogni scuola italiana ha un referente sul bullismo al quale riferirsi e si sono attivate molteplici iniziative e programmi di prevenzione. Ciò che è da potenziare è l'attenzione sui rischi per alcune tipologie di bullismo, che ancora oggi vengono sottostimate, come quelle a sfondo sessuale, omofobiche e quelle online. Infine sono da monitorare altri soggetti a rischio, che sono i ragazzi che vivono e hanno vissuto situazioni di maltrattamento familiare. La teoria psicologica sul maltrattamento, sostiene che il ricordo di queste esperienze traumatiche tende a diventare "somatizzato" o vissuto all'interno del corpo. Quindi, per i ragazzi che hanno subito abusi e maltrattamenti, l'autolesionismo può diventare un metodo per esternare le ferite interne, mostrandole sulla superficie del corpo.

10 SENSIBILIZZARE L'OPINIONE PUBBLICA, E RAFFORZARE UN SISTEMA DI "RETE" NELLA COMUNITÀ TERRITORIALE

In ultimo, ma non meno importante, è il lavoro di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, attraverso i media e un lavoro di informazione rivolto a conoscere e affrontare, in modo adeguato, questo rilevante problema. Sono tanti i giovani e le persone coinvolte. La società civile non può esimersi dal vedere ed accogliere il dolore di questi giovani e il dramma delle loro famiglie. Tutto questo si può realizzare, svolgendo un lavoro di rete e di comunità, attivando gli "opinion leader", promuovendo incontri, dibattiti e iniziative per aumentare la consapevolezza nei cittadini e nei politici.

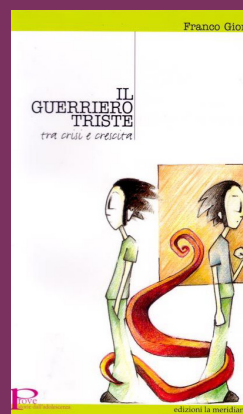
DOCUFILM



“COME STANNO I RAGAZZI”

Di Alessandro Tosatto e Andrea Battistuzzi in collaborazione con U.O.C. Neuropsichiatria Infantile di Padova. Racconta la realtà della sofferenza psichica in età evolutiva, attraverso le storie di ragazzi, così spesso nascoste o non ascoltate, cercando di scalfire il muro di silenzio che circonda la vita di molti di loro e delle loro famiglie, trasformando le parole in un messaggio di speranza.

NARRATIVA PER RAGAZZI



“IL GUERRIERO TRISTE”

6 storie per raccontare la fatica di essere se stessi, nella difficile età nella quale, ci si sente soli o lo si è per davvero, ci si sente non belli e affascinanti. Di Franco Giori, Ed. La Meridiana, 2004

CONSIGLI GENERALI

Per identificare alcuni segnali di disagio in **riferimento all'autolesionismo**, si presti attenzione se: l'adolescente porta sempre magliette o camicie a maniche lunghe o pantaloni lunghi anche quando fa caldo; cerca scuse per non praticare ginnastica o nuotare; porta braccialetti o altri accessori per nascondere le cicatrici; giustifica i segni sul corpo con frasi "mi ha graffiato il gatto", "sono caduto/a", ecc... Pur se le parti del corpo più comunemente lesionate sono le braccia e le gambe, quando il fatto diventa troppo evidente, alcune persone possono indirizzarsi anche verso le parti più nascoste come i piedi e le zone intime. Occorre monitorare la presenza di macchie di sangue nelle lenzuola o sugli asciugamani, perché le cicatrici non si rimarginano in fretta e possono sanguinare.

REAZIONI DA EVITARE	REAZIONI CONSIGLIATE
<ul style="list-style-type: none">• Ignorare e minimizzare il problema.• Reagire in modo scocciato e rabbioso.• Aumentare il senso di colpa o di vergogna.• Stigmatizzare il soggetto. (<i>Occorre ricordare che il problema non è l'adolescente in sé, ma il suo comportamento</i>).• Attuare iper controlli e protezione eccessive (<i>in questo modo si diminuisce la possibilità che l'adolescente voglia parlare apertamente del problema</i>).	<ul style="list-style-type: none">• Non evitare il problema, è importante che se ne parli, ma senza aggravare la situazione con le proprie ansie;• Affrontare il problema con il/la ragazzo/a;• Ascoltare e non giudicare;• Interpretare il comportamento autolesivo come un grido e una richiesta di aiuto,• Decidere insieme i passi da fare;• Trovare un punto di riferimento competente sia per l'adolescente che per i genitori;• Rafforzare le esperienze positive, aiutarli a valorizzare i loro aspetti positivi;• Creare una rete di sostegno e assistenza;• Incoraggiare la frequentazioni di amici e amiche, con i quali potrà condividere esperienze e preoccupazioni;• Aiutare l'adolescente a trovare delle modalità alternative di sfogo.



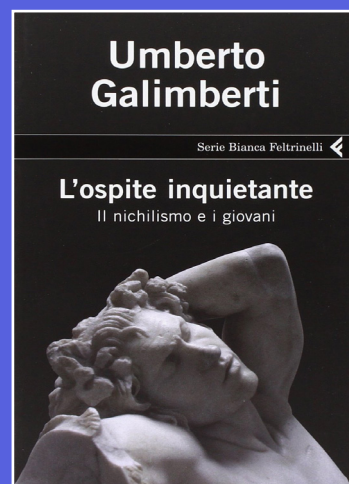
Figura professionale chiave è quella del **PEDIATRA**, che riveste un ruolo fondamentale nella prevenzione e nell'identificazione dei soggetti con comportamenti suicidari e autolesivi.

COME PROCEDERE DI FRONTE AD UN ELEVATO RISCHIO SUICIDARIO:

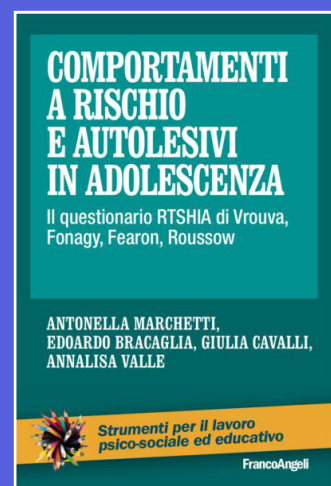
- ▶ Stare con la persona. Mai lasciarla da sola.
- ▶ Ascoltarla empaticamente, essere supportivi, rimanere calmi.
- ▶ Parlarle, chiedere dettagli sul progetto suicidiario.
- ▶ Cercare di allontanare i mezzi autolesivi (sottrarre farmaci, armi ecc.).
- ▶ Esplorare altre possibilità, oltre al suicidio, per affrontare i problemi.
- ▶ Prendere tempo e definire un contratto.
- ▶ Contattare uno specialista nella salute mentale, un medico, e immediatamente predisporre il ricovero.
- ▶ Informare i familiari e coinvolgerli nel supporto alla persona.



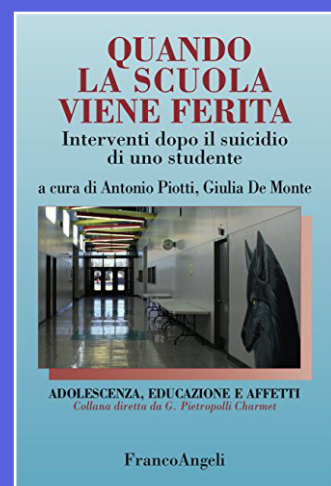
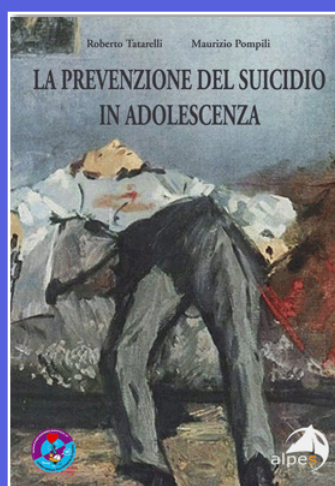
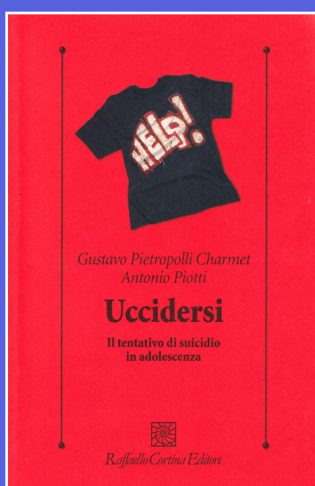
BIBLIOGRAFIA ADOLESCENZA



BIBLIOGRAFIA AUTOLESIONISMO



BIBLIOGRAFIA SUICIDIO





PROGETTO RETI DI COMUNITÀ

Il progetto **Reti di Comunità** è presente dal 2013 e promuove un intervento globale di prevenzione primaria lavorando su tre aree: **COMUNITÀ**, **SCUOLA** e **FAMIGLIA**. Si attiva attraverso percorsi formativi per genitori, educatori, docenti, bambini e ragazzi dai 6-18 anni per sviluppare e acquisire nuove abilità relazionali; conoscenze e strumenti di intervento sul bullismo, i rischi delle dipendenze e uso consapevole delle tecnologie.

Nell'ultimo triennio (2018-2021), con il sostegno della **Fondazione Cariverona**, si è attivato anche un servizio più strutturato rivolto agli adolescenti che presentano delle forme di disagio e/o di primi consumi di sostanze. Il progetto è sostenuto e collabora in rete con gli enti presenti all'interno del territorio dell'Ulss8 Berica Distretto Ovest Vicentino: 13 comuni - **Arzignano; Brogliano; Castelgomberto; Chiampo; Cornedo Vicentino; Crespadoro; Montecchio Maggiore; Recoaro Terme; San Pietro Mussolino; Trissino; Val Liona; Altissimo; Montorso Vicentino** - e i servizi sociali territoriali dell'Ulss8 SERD e IAF.

COMUNITÀ PAPA GIOVANNI XXIII SOC COOP ARL

È una Cooperativa Sociale di tipo A, promossa da **Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII** fondata da don Oreste Benzi. La cooperativa non ha scopo di lucro e si propone di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione dei cittadini, ispirandosi fra gli altri ai principi della solidarietà, della mutualità, della democraticità, dell'impegno responsabile.

Intende promuovere la centralità della persona e favorire lo sviluppo delle capacità specifiche di ciascuno, rimuovendo le cause di emarginazione e di ingiustizia.

Tali obiettivi vengono perseguiti mediante l'ideazione e la realizzazione di attività e servizi di **accoglienza, cura, tutela, riabilitazione e reinserimento sociale** per soggetti svantaggiati (con particolare riferimento a persone in stato di dipendenza patologica tramite le comunità terapeutiche) nonché mediante attività di prevenzione primaria, servizi di assistenza domiciliare e quant'altro utile allo scopo sociale.

PER INFORMAZIONI

MONICA CAMPAGNOLO Referente Progetto Reti di Comunità.

☎ 348 6965485 ✉ monicacampagnolo@apg23.org
progettoreti@apg23.org

Web dei Progetti di prevenzione territoriali: <http://retidicomunita.apg23.org>
Facebook: www.facebook.com/retidicomunita/



Comitato dei Sindaci del Distretto Ovest ULSS 8 Berica

