

MANU ALE

SULLE COMPETENZE SOCIALI
ED EMOTIVE DEI GIOVANI CON PROBLEMI
DI SALUTE MENTALE



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union
2019-2-IT03-KA205-016385



Manuale You Pro Me.

Sulle competenze sociali ed emotive dei giovani con problemi di salute mentale.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Project code 2019-2-IT03-KA205-016385
www.youpromeproject.eu



ITALIA

www.fondazionediliegro.com



ITALIA

www.aslroma1.it



GRECIA

www.iasismed.eu



ROMANIA

www.cpip.ro



REGNO UNITO

www.expandinghorizons.co.uk

4	Introduzione
7	YouProMe Project
8	Problemi di salute mentale dei giovani
21	Scenari
44	Analisi dei casi
78	Glossario
90	Conclusioni
92	Bibliografia
94	Team



INTRODUZIONE

Il lavoro di Desk research e la consultazione con gli Youth worker e i giovani che ha portato alla stesura del rapporto "Youth Work e Salute Mentale. Report europeo sulle competenze degli Youth workers e sui bisogni dei giovani " ha permesso di mettere a fuoco la specificità dello youth work declinato nel campo della salute mentale dei giovani. Gli aspetti cognitivi, pratici e valoriali, ormai chiaramente riconosciuti e definiti a livello internazionale e che contraddistinguono il ruolo dello youth work, sono stati così interfacciati con il campo delle competenze necessarie per l'intervento psicosociale sul disagio mentale giovanile.

Da questo lavoro preliminare sono emerse due evidenze fondamentali:

- lo youth work, nelle sue varie forme e agenzie, si sta affermando in Europa come un importante componente del tessuto sociale e contribuisce in modo consistente al benessere dei giovani, offrendo loro spazi di contatto e scambio che favoriscono l'inclusione e la partecipazione;
- il disagio psicosociale dei giovani è un fenomeno particolarmente diffuso e critico nelle società contemporanee, ben al di là di quanto i servizi ad esso istituzionalmente dedicati riescano a intercettare e fronteggiare; esso comporta da un lato l'isolamento, l'esclusione sociale e le condotte devianti; dall'altro, il rischio di esitare in patologie psichiatriche vere e proprie, spesso poi diagnosticate e trattate tardivamente nell'età adulta.

Ampliare e approfondire l'orizzonte dell'intervento dello youth work verso il vasto ed eterogeneo spettro del disagio psicosociale giovanile costituisce perciò una sfida che richiede un particolare affinamento delle competenze, da esercitare con particolare equilibrio. Queste, infatti, da una parte non possono pretendere di sovrapporsi al dominio dell'intervento tecnico-specialistico; dall'altra, richiedono conoscenze e formazione che arricchiscano il "tradizionale" profilo dello youth work inteso come "animatore sociale" con funzioni prevalentemente "educative", rendendolo in grado di confrontarsi con bisogni più specifici e complessi.

Il fine di questo Handbook potrebbe essere perciò riassunto nello sforzo di fornire allo youth worker capacità cognitive, pratiche e relazionali che lo rendano in grado di intervenire con l'outreach proattivo, il coinvolgimento, il supporto emotivo, la costruzione di una working relationship; sia favorendo l'help-seeking, in collaborazione con i servizi sociosanitari istituzionali.

Un certo grado di implementazione dello youth work in salute mentale è stato già realizzato da tempo in vari Paesi, attraverso esperienze piuttosto eterogenee, ma sufficientemente documentate. Fra i paesi partner del progetto YouProMe-Youth Workers Promoting Mental Health, tali esperienze sono anche inserite, grazie a specifiche policy, all'interno di un quadro organizzativo istituzionalmente riconosciuto e formalizzato: in modo più esplicito in Inghilterra, dove il ruolo dello youth worker in salute mentale, a fianco di altre professioni, opera in modo formale. In Romania, pur godendo di un riconoscimento altrettanto formale a livello nazionale, l'applicazione del ruolo dello youth work non segue uno specifico mandato nel campo della salute mentale dei giovani. In Italia e in Grecia, se pur di fatto è documentata una ricca serie di esperienze assimilabili a questo specifico ruolo, non vi è ancora un inquadramento formale a livello nazionale.

Un elemento che in questo processo sembra giocare un ruolo decisivo è la dinamica della "top-down bottom-up integration": esperienze partite dal basso, sulla base di una diretta conoscenza dei bisogni delle comunità locali, guadagnano visibilità e credibilità incontrando le azioni di indirizzo politico e legislativo centrale.

Un'ulteriore utilità dell'Handbook, accanto agli altri prodotti del progetto, è perciò quella di proporre un toolkit che consenta a coloro (individui o agenzie) che intendano applicarsi in questo campo, di essere supportati da strumenti, sia cognitivi che pratici, adatti a questo scopo.

L'Handbook, così come il Portfolio e il Toolbox You Pro Me, è organizzato come un pattern progressivo di funzioni che implicano un graduale spostamento del focus dal mondo personale del giovane che vive l'esperienza del disagio psichico verso il mondo di relazioni sociali entro cui è inserito, spostamento che comporta un'integrazione dell'intervento dello Youth Worker con le diverse risorse e i numerosi attori del contesto territoriale, necessariamente "aperto", in cui si trova ad operare.

Le 5 Funzioni individuate dal gruppo di lavoro You Pro Me possono essere consi-



derate delle aree di contenuto sia della professionalità specifica dello Youth Worker che di bisogni specifici dei giovani con cui tali figure operano, che sono accomunate da un obiettivo comune e trasversale:

- Funzione 1.** Riconoscere le sfide della salute mentale dei giovani.
- Funzione 2.** Coinvolgere i giovani con problemi di salute mentale.
- Funzione 3.** Sostenere i giovani nella gestione delle sfide della salute mentale.
- Funzione 4.** Migliorare le competenze sociali ed emotive dei giovani con problemi di salute mentale.
- Funzione 5.** Connettere i giovani con problemi di salute mentale alla comunità.

Il manuale è organizzato in quattro sezioni:

- 1.** Una parte introduttiva sulla salute mentale dei giovani e sulle problematiche che più spesso gli Youth workers possono trovarsi ad affrontare poiché caratteristiche di questa fascia d'età.
- 2.** La presentazione di scenari, vignette narrative che descrivono situazioni che un giovane che sperimenta problemi di salute mentale può trovarsi a vivere e con cui lo Youth worker è chiamato a confrontarsi. Ogni scenario rappresenta per lo Youth worker un momento di riflessione sulle competenze da mettere in campo, gli obiettivi da raggiungere e gli strumenti da utilizzare.
- 3.** Nella sezione tre, le buone pratiche di Youth workers che utilizzano le loro competenze per fare la differenza per la salute mentale dei giovani. Queste pratiche sono state selezionate in base alla loro significatività e attraverso il contatto diretto con gli Youth workers.
- 4.** Un glossario di termini espressi in un linguaggio trasversale che definisca in modo chiaro e fruibile i concetti e gli strumenti caratteristici di questa tipologia di intervento.

YOUPROME

Youth Workers Promoting Mental Health- YOUPROME è un progetto europeo transnazionale finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Giovani nell'ambito del programma Erasmus+.

Questo progetto nasce all'interno della nuova strategia 2019-2027 dell'UE per i giovani.

La strategia prende in analisi una serie di dialoghi condotti tra il 2017 e il 2018 con giovani provenienti da tutta Europa. I dialoghi hanno sviluppato 11 #Youth Goals che individuano problemi trasversali con un impatto sulla vita dei ragazzi. Il quinto obiettivo giovani è dedicato alla "Salute e Benessere Mentale" e mira a raggiungere un miglior benessere, ponendo fine allo stigma dei problemi di salute mentale, favorendo così l'inclusione sociale di tutti i giovani. Questi infatti avvertono il bisogno di acquisire competenze per aumentare la loro capacità di affrontare problemi di salute mentale ed esprimono la necessità di avere un maggiore sostegno da parte di Youth Workers, insegnanti o altri professionisti non sociali e sanitari, in particolare per quanto riguarda la formazione su stili di vita sani, lo sviluppo di capacità emotive e la comprensione della propria salute mentale.

Le competenze emotive e sociali nonché le Social e Life Skills, rappresentano per i giovani uno strumento fondamentale per confrontarsi con i bisogni ed i cambiamenti della vita quotidiana. Vale a dire, la capacità di stabilire relazioni interpersonali e di assumersi responsabilità legate al proprio ruolo sociale, di fare scelte e di risolvere i conflitti. Nei giovani che affrontano un problema di salute mentale, queste abilità possono essere compromesse o carenti.

In questo contesto lo Youth Worker guida e sostiene i giovani nello sviluppo personale, sociale ed educativo, facendo loro assumere un ruolo di primo piano nel proprio percorso di vita e di salute ed aiutandoli a superare i blocchi evolutivi e a recuperare le proprie potenzialità.



Problemi di salute mentale dei giovani

Cos'è la salute mentale?

La costituzione dell'OMS afferma che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. (OMS, 2021)". Come è ormai noto, ciò implica che promuovere la salute mentale (una componente essenziale della salute) significa non solo rimuovere disturbi o disabilità, ma richiede una prospettiva più ampia che tenga conto dei bisogni, delle finalità e della realizzazione personale. La salute mentale permette alle persone di costruire buone relazioni sia con sé stesse che con gli altri, includendo anche la capacità di sentirsi parte produttiva e significativa della comunità di appartenenza. L'OMS afferma che questa condizione deve implicare la capacità di "pensare, emozionare, interagire tra pari, guadagnarsi da vivere e godersi la vita (OMS, 2021a)".

Parlando di strategie di promozione, questa prospettiva d'insieme adotta un approccio socio-ecologico che viene perseguito creando e sostenendo ambienti in grado di proteggere e promuovere la salute mentale. Questa prospettiva di promozione implica interventi multipli e sinergici che affrontano diversi aspetti coinvolti nella salute mentale, inclusi i diritti civili fondamentali, le opportunità di lavoro/formazione, il supporto dei caregiver, le competenze psicosociali.

Fattori di rischio per la salute mentale

Secondo l'OMS (2021), i principali fattori di rischio che hanno maggiori probabilità di compromettere la salute mentale sono la violenza e le persistenti pressioni socioeconomiche, con prove più evidenti associate alla violenza sessuale. Il rapido



cambiamento sociale, le condizioni di lavoro stressanti, la discriminazione di genere, l'esclusione sociale, lo stile di vita malsano, la cattiva salute fisica e le violazioni dei diritti umani risultano essere ulteriori fattori fortemente associati ad una cattiva salute mentale. Infine, l'OMS menziona il ruolo di specifici fattori psicologici, di personalità e genetici nell'aumentare la vulnerabilità delle persone allo sviluppo di problemi di salute mentale.

Come prevenire-sostenere la salute mentale dei giovani

Al fine di implementare e supportare le Linee guida dell'OMS sugli interventi di promozione e prevenzione della salute mentale per gli adolescenti (OMS, 2020), l'OMS e l'UNICEF hanno pubblicato Helping Adolescents Thrive Toolkit, un prodotto che raccoglie quattro strategie basate sull'evidenza e due approcci di implementazione per "promuovere una salute mentale positiva e ridurre il coinvolgimento nell'autolesionismo e nei comportamenti a rischio nell'adolescenza" (OMS, 2021a).

L'OMS ha dedicato un'attenzione specifica all'adolescenza perché ha riconosciuto il grande potenziale delle strategie di intervento preventivo nell'influenzare il percorso evolutivo flessibile dei giovani. Come tutti hanno sperimentato, l'adolescenza è un periodo di rapidi cambiamenti fisici, psicologici e sociali, durante il quale la maturazione cerebrale è particolarmente permeabile agli stimoli ambientali e sociali. Infatti, il toolkit HAT (Helping Adolescent Thrive) si basa sull'approccio socio-ecologico sopra menzionato, che intende intervenire sui fattori di rischio a livello individuale, familiare, comunitario e sociale, prestando una specifica attenzione al contesto socioculturale e al sistema assistenziale. (OMS, 2021).

Le quattro strategie di prevenzione HAT sono:

- 1.** Attuazione e applicazione di politiche e leggi (livello politico) per sostenere l'attuazione di norme in grado di proteggere e promuovere la salute mentale degli adolescenti.
- 2.** Ambienti per promuovere e proteggere la salute mentale degli adolescenti (livello comunitario) per creare ambienti solidali, sani e sicuri in cui gli adolescenti vivono, studiano, lavorano e socializzano.



3. Supporto del caregiver (livello familiare) per garantire che i caregiver siano sostenuti nel promuovere e proteggere la salute mentale degli adolescenti.
4. Interventi psicosociali adolescenziali (a livello individuale) per garantire che gli adolescenti beneficino di interventi psicosociali basati sull'evidenza.

I due approcci attuativi – attività organizzative trasversali necessarie per realizzare l'intero programma di prevenzione – sono:

1. Collaborazione multisettoriale: sottolinea l'importanza della collaborazione tra molteplici settori e parti interessate – pubblica, privata e della società civile – a livello nazionale e locale per sostenere lo sviluppo e l'attuazione di programmi di salute mentale preventiva e promozionale per gli adolescenti.

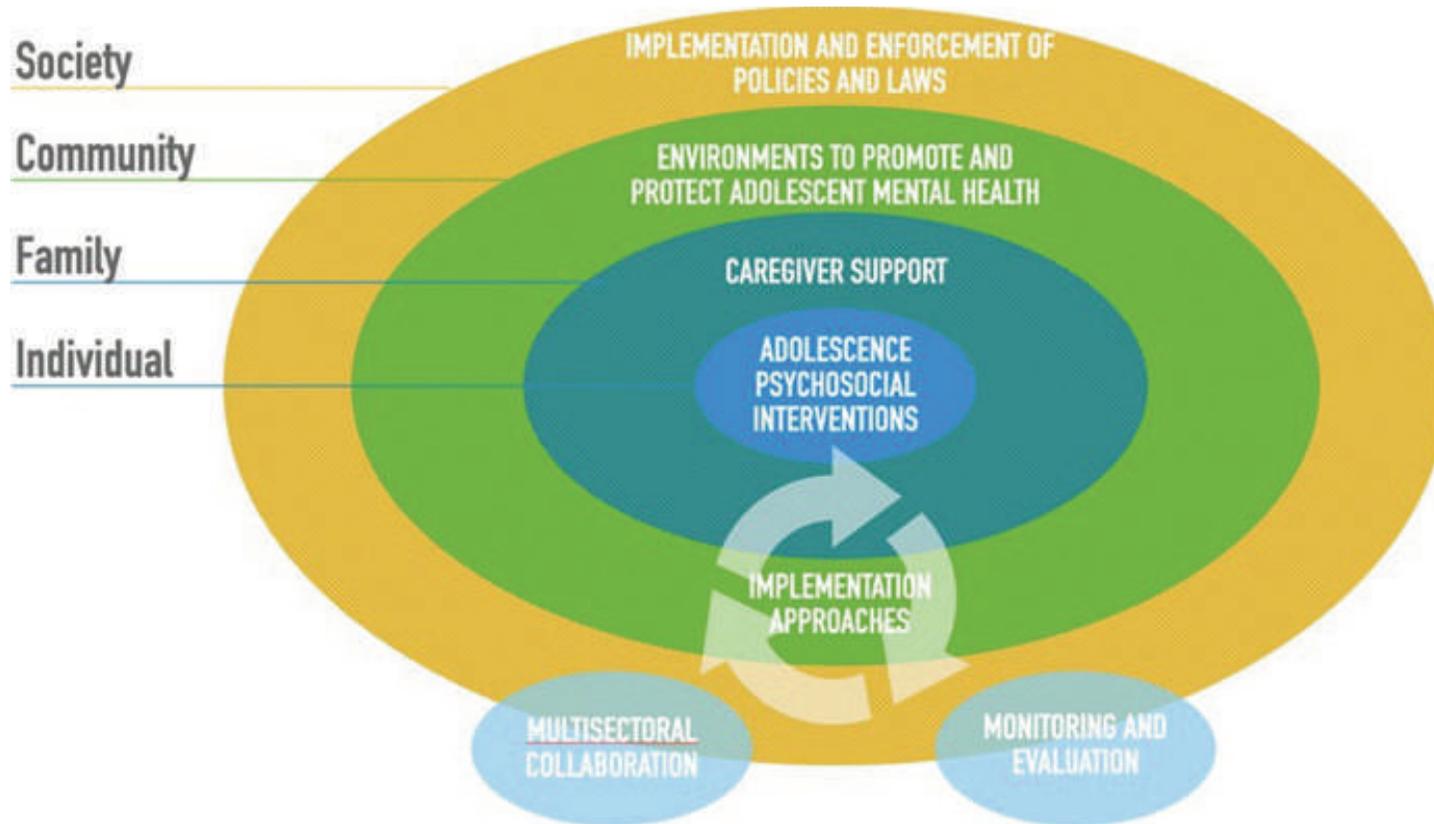
2. Monitoraggio e valutazione: si concentra su come sviluppare un sistema di monitoraggio e valutazione in grado di fornire ai responsabili politici e ai gestori dei programmi, informazioni critiche per attuare in modo corretto progetti e politiche.

Malattia, disturbo e disagio: un approccio dimensionale

Data la complessità che costituisce la salute mentale, dobbiamo assumere la variabilità del disagio psichico, in termini di entità e soggettività.

Nel DSM-5 (APA, 2013) – l'ultima versione del più famoso Manuale Diagnostico per le Malattie Mentali – è fortemente sottolineata l'importanza di considerare la malattia mentale come una condizione eterogenea, con una gamma molto diversa di espressioni, intensità, tempi. Per stabilire se qualcuno sta vivendo una malattia mentale, non possiamo fare affidamento solo sulla presenza di sintomi o comportamenti specifici indicativi di una diagnosi. La percezione soggettiva del dolore mentale e/o della disperazione, feedback provenienti dal contesto sociale (famiglia, lavoro/scuola, comunità) sul grado di funzionamento alterato all'interno delle relazioni sociali, background culturale e di genere, sono tutti fattori che nel numero pressoché infinito delle loro possibili combinazioni, modellano la presenza e l'entità della malattia mentale, il suo significato, le sue conseguenze, la sua gravità, la sua prognosi (APA, 2013).

HAT's prevention strategies for adolescent mental health



Ecco perché è molto importante – avendo a che fare con persone che possono provare disagio mentale – avere una varietà di risorse di valutazione a propria disposizione.

Un articolo pubblicato nel 2000 (Boyd) ha esplorato l'etimologia ed il progressivo utilizzo di termini relativi alla salute mentale, affermando che "è probabile che il significato preciso di termini quali salute, guarigione e integrità rimanga sfuggente, perché la sconcertante apertura della prospettiva acquisita dalla sola esperienza resiste alla riduzione dei giudizi in prima persona (compresi quelli di religione) a spiegazioni in terza persona" (Boyd, 2000, p.1). L'articolo approfondisce la differenziazione dei termini malattia, disturbo e disagio, offrendo la definizione di tre diversi "modi di malessere". Secondo questa proposta, "la malattia è dunque il processo patologico di deviazione dalla norma biologica. Il disturbo è l'esperienza di cattiva salute del paziente, a volte anche quando non è possibile individuare alcun tipo di malattia. Il disagio è il ruolo negoziato con la società» (ibidem, 2000, p.10). L'articolo rivendica così la dimensione essenzialmente soggettiva della "salute", proponendo un collegamento con il verbo latino "valere": "Valere, da cui deriva valore, in latino significa essere in buona salute. La salute è un modo di affrontare l'esistenza perché si sente non solo possessore o portatore, ma anche, se necessario, creatore di valore, affermatore di norme vitali". L'autore conclude che, in questo senso, "ciò che costituisce la salute in una persona può benissimo, come diceva Nietzsche, <sembrare l'opposto della salute in un'altra persona>" (Boyd, 2000, p.14). Questa riflessione può aiutare a sottolineare come una condizione di salute abbia a che fare con la sensazione di far parte di un sistema socio-relazionale in modo personalmente soddisfacente e quanto sia rilevante adottare un approccio il più individualizzato possibile nel sostenere e promuovere la salute mentale.

Principali disturbi mentali e comportamentali nei giovani

Vorrei che i giovani o saltassero l'età dai dieci ai ventitré, o che dormissero durante tutti questi anni, perché non c'è niente di buono tra i dieci e i ventitré anni tranne gli exploit sessuali degli adolescenti, inclusa la gravidanza adolescenziale, fare cose cattive agli anziani, rubare e litigare.

WILLIAM SHAKESPEARE, The Winter's Tale

Descrizione

L'OMS ha pubblicato una Mental Health Intervention Guide (mhGAP-IG), parte del Gap Action Programme, che nasce dall'individuazione di un gap significativo in termini di servizi e accessi, rispetto agli effettivi bisogni di salute mentale della popolazione (OMS, 2016). La seconda versione (2016) della mhGAP Intervention Guide (mhGAP-IG) per i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze (MNS) è indirizzata a diversi operatori sanitari (medici, infermieri, altri operatori sanitari, nonché pianificatori e dirigenti) che intervengono in contesti sanitari non specialistici e forniscono strumenti clinici per valutare e gestire i principali disturbi del sistema nervoso centrale.

Per quanto riguarda MNS in gioventù, mhGAP-IG effettua le seguenti distinzioni:

- I disturbi dello sviluppo comprendono la disabilità intellettiva così come i disturbi dello spettro autistico, hanno spesso un esordio nell'infanzia, implicano una compromissione o un ritardo della maturazione del sistema nervoso centrale e hanno più spesso un decorso stabile, rispetto ad altri disturbi mentali.
- I disturbi comportamentali includono il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e il disturbo della condotta. I comportamenti per identificare questi disturbi – iperattività, disattenzione, impulsività, opposizione – possono essere presenti anche nella popolazione generale, con diversi gradi di gravità, frequenza e

impatto. Ciò che fa la differenza è l'entità del danno che il comportamento provoca nel rapporto del giovane con sé stesso e con gli altri. Di solito, un disturbo comportamentale viene diagnosticato quando più aree del funzionamento giovanile (psicologico, sociale, educativo, lavorativo) risultano gravemente compromesse.

- I disturbi emotivi rappresentano la principale causa di disagio giovanile globale correlata alla salute mentale. Sono guidati da livelli aumentati di ansia, depressione, paura e sintomi somatici (OMS, 2016).

Qui punteremo la nostra attenzione sui principali disturbi comportamentali ed emotivi dell'adolescenza:

- Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD);
- Disturbo della condotta;
- Disturbi emotivi;
- Depressione da moderata a grave.

Presentazione comune dei disturbi

I disturbi dello sviluppo comportamentale ed emotivo sono fortemente influenzati dalla famiglia e dagli ambienti educativi sociali a cui appartiene il giovane (OMS, 2016). È all'interno di questi contesti relazionali che il disturbo organizza il suo significato, si esprime e può essere riconosciuto. Ecco perché è molto importante raccogliere informazioni non solo dal rapporto individuale con i giovani, ma anche dai diversi contesti ad essi legati.

MhGAP-IG fornisce alcuni esempi di come il disturbo della salute mentale giovanile possa manifestarsi attraverso diversi contesti sociali:

- **una valutazione della salute** energetica può consentire di riconoscere fattori di rischio quali malnutrizione, abuso e/o abbandono, malattie frequenti, malattie croniche;
- **un caregiver** può segnalare le difficoltà del giovane nell'unirsi ai coetanei o nel controllare l'aggressività che può sfociare in esplosioni di rabbia, o un atteggiamento troppo attivo o troppo solitario, magari rifiutando di compiere attività regolari o di andare a scuola;

- **un insegnante** può osservare una marcata tendenza del giovane ad essere facilmente distratto, dirompente, coinvolto in problemi, incapace di completare i lavori scolastici;
- **un assistente sociale o della salute** può indicare l'atteggiamento da parte dei giovani di infrangere le regole / leggi o di essere fisicamente aggressivo con altre persone (OMS, 2016).

I problemi comportamentali nell'adolescenza si esprimono principalmente attraverso la difficoltà a rapportarsi con gli altri – sia coetanei che adulti – in modo adeguato e soddisfacente.

Il DSM definisce il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) come un modello persistente di disattenzione e / o iperattività e impulsività che interferisce con il funzionamento normale dell'individuo e che è inappropriato con il livello di sviluppo (APA, 2013).

Nel sottotipo iperattivo-impulsivo il giovane può apparire eccessivamente iperattivo, ad esempio non essere in grado di sedersi quando è necessario, correndo, muovendosi o parlando senza sosta con un fare irrequieto. Mostra anche la tendenza a fare le cose senza previdenza, a rispondere a una domanda prima che sia completata o a interrompere gli altri mentre parlano.

Nel sottotipo disattenzione il giovane risulta distratto, interrompe ripetutamente i compiti prima del completamento e passa ad altre attività, non riesce a rimanere concentrato anche per poco tempo, si distrae facilmente, perde spesso oggetti e appare negligente nelle normali azioni quotidiane.

Nel sottotipo combinato sono presenti sia sintomi di disattenzione che di iperattività/impulsività (APA, 2013).

Il disturbo della condotta è caratterizzato da problemi nel controllo e nella gestione delle emozioni - in particolare della rabbia - che portano ad una violazione abituale e persistente dei limiti e delle regole stabilite dalla società o da figure di autorità (APA, 2013). Può comportare aggressione a persone o animali, ad esempio essere

coinvolti ripetutamente in risse e/o atti di bullismo, avere frequenti e severi scatti d'ira, litigare in modo arrogante con gli adulti; grave distruttività verso i beni di possesso, incendi; rubare, mentire ripetutamente, assentarsi da scuola, scappare di casa; sfidare o rifiutare di conformarsi alle richieste o alle regole dei genitori (OMS, 2016).

Quando a questo insieme di comportamenti si associa una dimensione dell'affettività caratterizzata da mancanza di rimorso o senso di colpa, mancanza di empatia, indifferenza per i risultati (ad esempio per lo scarso rendimento scolastico), o anaffettività generale, il DSM-5 parla di "sottotipo con emozioni prosociali limitate". Questa configurazione è maggiormente associata a una maggiore gravità e persistenza del disturbo (APA, 2013).

I problemi emotivi riguardano la compromissione di un buon rapporto con il proprio mondo emotivo interiore. Possono presentarsi sotto forma di esperienze eccessive di ansia, preoccupazione, angoscia e/o rapidi cambiamenti di umore. Questo tipo di sentimenti può portare il giovane ad evitare con forza situazioni specifiche come la separazione dai caregiver, situazioni sociali, determinati animali o insetti, spazi chiusi o aperti. All'interno delle attività di gruppo i giovani possono apparire particolarmente suscettibili, facilmente irritabili, frustrati o tristi nella maggior parte delle occasioni. I soggetti interessati possono anche mostrare un notevole atteggiamento di opposizione o comportamenti volti ad attirare l'attenzione.

L'esordio del disturbo può essere preannunciato da cambiamenti visibili nel funzionamento (p. es., rapido calo del rendimento scolastico, desiderio di trascorrere più tempo da soli oppure a casa), cambiamenti nelle abitudini del sonno e/o alimentari, minore interesse nell'interazione con gli altri o nel coinvolgimento nelle attività sportive/sociali, malattie fisiche più frequenti come mal di testa, mal di stomaco o malattie, paura ingiustificata di catastrofi imminenti come guerre, disastri, attacchi terroristici (OMS, 2016).

Quando il pattern sintomatico sopra descritto incontra uno specifico grado di gravità è necessario valutare la presenza di un disturbo depressivo. Nel DSM-5 la depressione è identificata in una presenza acuta o persistente di umore depressivo

(profonda tristezza, senso di vuoto, disperazione), notevole perdita di interesse o piacere provato nella maggior parte delle attività, significativa perdita o aumento di peso, insonnia o ipersonnia, psicomotricità, agitazione o rallentamento, mancanza di energia, eccessivi sentimenti di autovalutazione o di colpa, ridotta capacità di concentrazione, costante indecisione, pensieri negativi legati alla morte. Il grave deterioramento della dimensione socio-relazionale del giovane può essere desunto dalla testimonianza del giovane stesso o delle persone a lui più vicine (genitori, amici, insegnanti). Il DSM-5 evidenzia come nell'infanzia e nell'adolescenza la depressione può manifestarsi anche attraverso emozioni apparentemente opposte a quelle appena descritte. Pertanto, a questa età è frequente che la depressione si presenti sotto forma di irritabilità, esplosioni di rabbia e non tristezza o disperazione (APA, 2013).

Regolazione emotiva: una categoria trasversale per guardare al disturbo mentale e comportamentale nei giovani

Come abbiamo già affermato, questo manuale non è rivolto ai professionisti della salute mentale, quindi il suo obiettivo non è quello di insegnare tecniche specifiche o teorie psicologiche complesse sulla salute mentale. L'obiettivo è invece quello di consentire alle figure non professionali che lavorano con i giovani - in primis gli Youth Workers - di raccogliere strumenti/categorie trasversali capaci di ampliare il modo di guardare, pensare e descrivere i giovani con cui lavorano. A tal fine, abbiamo dedicato l'ultima sezione al fornire alcuni riferimenti psicopatologici, volti a facilitare il riconoscimento delle malattie più comuni, sulla base della loro **presentazione esterna sintomatologica**.

In questa sezione, vorremmo spendere alcune parole in merito a una categoria clinica ritenuta utile non solo nel riconoscere potenziali sintomi di angoscia e processi di disregolazione, ma anche nell'identificare la logica operativa sottostante, quindi anche la logica che supporta gli interventi preventivi ritenuti più efficaci.

La regolazione emotiva è una categoria clinica che sta attirando un crescente interesse da parte della comunità scientifica nel campo della psicologia. Inizialmente legato alla ricerca nelle aree della psicologia dello sviluppo e del disturbo borderline di personalità (BPD), l'uso di questo concetto si è poi esteso all'intera area della salute mentale (Berking & Wupperman, 2012). L'attuale DSM-5 (APA, 2013) "mostra che più del 50% dei disturbi clinici dell'asse 1, più del 90% dei disturbi della personalità dell'asse 2 e, in sintesi, più del 75% dei disturbi psicologici, sono legati alla regolazione delle emozioni" (Akbari & Hossaini, 2018, p. 28). Un recente articolo italiano (De Berardis et al., 2020) afferma l'importanza di includere lo screening per i disturbi emotivi e la disregolazione in tutti i programmi di salute mentale preventivi e interventistici con gli adolescenti. Gli autori riportano un rischio elevato di sviluppare sintomi ansiosi e depressivi in persone con disregolazione emotiva non riconosciuta e non trattata. I fattori legati allo sviluppo di questo tipo di condizione includono traumi e maltrattamenti infantili, abusi sessuali o fisici, negligenza, difficoltà di apprendimento, essere vittima di bullismo, sofferenza dei genitori, conflitti, gravi disturbi psichiatrici dei genitori, ecc. (ibidem, 2020). In effetti, le esperienze di vita avverse nella popolazione generale includevano la qualità dell'attaccamento, le esperienze traumatiche dell'infanzia, negligenza e abusi sia fisici che psicologici, nonché una serie di fattori psicosociali tra cui rifiuto sociale, bullismo ed esclusione, mancanza di relazioni sociali e supporto ed è stato scoperto che questi accadimenti predicono prestazioni cognitive ridotte, come modelli e pregiudizi cognitivi di accompagnamento, sviluppo sociale compromesso, riduzione della resilienza alle esperienze di stress e aumento dello stigma sociale (Brognna, et al. in stampa). I risultati dei ricercatori sui traumi complessi hanno dimostrato anche come la connessione sociale sia un elemento essenziale dell'essere umano impegnato in molti funzionamenti cognitivi inclusi la regolazione degli affetti, l'autocoscienza, il funzionamento interpersonale, le percezioni di autovalutazione e l'esperienza soggettiva con gli altri, l'autoregolazione e l'attività somatica. esperienza (Zahavi, 2005; Classen, et al., 2017).

Ma cosa si intende per regolazione emotiva?

"La regolazione emotiva può essere descritta come il modo in cui una persona sostiene, rafforza o impedisce le sue emozioni in base ai suoi scopi o obiettivi" (ibidem, 2020, p.1).

Quando questo sistema interno è fortemente compromesso, le emozioni possono essere scarsamente tollerate e – soprattutto per quanto riguarda quelle intense e sgradevoli – possono portare il soggetto a tentare di regolarle provocando stimolazioni esterne sul proprio corpo, ad esempio con uso e abuso di sostanze, comportamenti additivi e comportamenti impulsivi e rischiosi. Queste azioni, infatti, hanno la capacità transitoria e illusoria di modificare l'umore e fornire apparenti scorciatoie per affrontare la relazione e la vita sociale. Sfortunatamente, ciò che realmente accade è un rafforzamento dei comportamenti disadattivi e un conseguente rafforzamento anche della disregolazione emotiva (ibidem, 2020).

Una recente recensione britannica sostiene che "la regolazione emotiva durante l'adolescenza dipende dalla maturazione del controllo affettivo" (Schweitzer, 2020, p.1). Il controllo affettivo è definito come la capacità di discernere, nei contesti di relazione, elementi affettivi utili al raggiungimento della meta desiderata da altri elementi affettivi non produttivi per lo scopo. Quindi, prestare attenzione ai primi, mettendo da parte i secondi (ibidem, 2020).

Gli autori si concentrano su tre fenomeni cognitivi che possono rappresentare diverse traiettorie evolutive del controllo affettivo: ruminazione, soppressione e rivalutazione. La ruminazione indica l'incapacità di inibire pensieri negativi ripetitivi, la soppressione rappresenta una più ampia inibizione degli stati affettivi e delle emozioni. Al contrario, la rivalutazione mostra la capacità di regolare l'impatto di intense esperienze affettive attraverso una ridefinizione del significato delle emozioni legate all'evento. Una condizione di salute mentale più precaria è maggiormente associata a una maggiore tendenza alla ruminazione e alla soppressione e a una minore capacità di rivalutazione, quindi questi fenomeni possono far parte di quegli indicatori che possono essere monitorati all'interno del processo di osservazione dei comportamenti adolescenziali (ibidem, 2020).

L' Alessitimia - etimologicamente "mancanza di parole per le emozioni", un tratto individuale correlato alla difficoltà di riconoscere, esprimere e distinguere le emozioni e le sensazioni corporee - è stata spesso trovata associata alla disregolazione emotiva (De Berardis et al., 2020). Questo aspetto supporta ulteriormente l'importanza, nel lavoro con i giovani, di creare ambienti, situazioni e relazioni che facilitino la possibilità di parlare delle proprie emozioni, di individuarle e plasmarle attraverso il confronto sia con i coetanei che con gli adulti.



SCENARI

METODO SOCRATICO

Il metodo socratico prende il nome dal filosofo greco Socrate (469 a.C.–399 a.C.). Socrate credeva che il massimo beneficio della sua arte fosse quello di aiutare le persone a pensare in modo tale da portare alla nascita delle loro nuove idee. Nei dialoghi socratici, l'obiettivo principale è il pensiero originale dell'intervistato mentre cerca di rispondere alle domande di Socrate. Ponendo le domande, questi aiuta gli intervistati a **pensare in modo critico alle risposte precedenti**.

Gli argomenti delle conversazioni di Socrate ruotavano spesso attorno alla definizione di idee come giustizia, virtù, bellezza, coraggio, temperanza e amicizia. La ricerca di una definizione si è concentrata sulla vera natura dell'argomento in questione e non solo su come la parola viene usata correttamente in una frase. Lo stile di conversazione di Socrate implicava la sua stessa negazione della conoscenza (ironia socratica). In queste conversazioni, Socrate divenne lo studente e fece di coloro che interrogava l'insegnante. L'intento di Socrate era quello di concentrarsi solo sul pensiero degli intervistati. Attraverso il processo di risposta alle domande di Socrate da parte degli intervistati, è stato sperimentato il pensiero originale nel contesto dell'esame delle proprie idee e di sé stessi. La brillantezza del metodo socratico sta nel potere di sviluppo del carattere di una persona attraverso l'esercizio di porre e rispondere alle **domande nella ricerca della conoscenza**.

Il metodo socratico è un processo interrogatorio utilizzato per condurre con successo una persona alla conoscenza attraverso piccoli passi. Questa conoscenza può essere costituita da dati specifici, formazione su approcci alla risoluzione dei problemi o che porta ad abbracciare una particolare convinzione. Il tipo di cono-



scienza non è importante in quanto con il metodo socratico, questa viene acquisita e specificamente anticipata dall'interrogante socratico. Non è un approccio decostruttivo, ma costruttivo, è condurre una persona, a piccoli passi, a conoscenze specifiche attraverso una serie di domande.

SEI TIPI DI DOMANDE SOCRATICHE

- 1.** Domande di chiarimento (ad es. "cosa te lo fa dire?")
- 2.** Domande per sondare l'ipotesi (ad es. "puoi provare a confutare tale ipotesi?")
- 3.** Domande per sondare il ragionamento e le prove (ad es. "puoi farmi un esempio?")
- 4.** Domande su prospettive o punti di vista (ad es. "in quale altra maniera si può guardare a questo?")
- 5.** Domande di indagine su implicazioni e conseguenze (ad es. "quali sono le conseguenze di questa assunzione o convinzione?")
- 6.** Mettere in discussione la domanda (ad es. "Quale pensi fosse lo scopo di questa domanda?")

Jessica, 14 anni.



Contesto

Vive con i suoi genitori, entrambi professionisti e sempre impegnati a lavorare. Jessica è la maggiore di tre figli. Non c'è nessuno in famiglia con problemi di salute noti. Studia a scuola ed è una studentessa che lavora sodo. È appassionata di animali e le piace uscire con i suoi amici. Ha un fidanzato. Jessica ha un telefono cellulare ed usufruisce abitualmente dei social network.

Evento scatenante

"Mi sento davvero giù e sento di non riuscire a tornare a scuola, ma mamma e papà dicono che devo.

Ho mandato al mio ragazzo alcune foto qualche settimana fa. Pensavo di potermi fidare ma lui le ha mostrate al suo amico e il suo amico le ha inviate ad altri. La scuola lo ha scoperto e ora la polizia ha parlato con lui e con i suoi amici. Da allora non sono più tornata a scuola, ma ora sui social media mi chiamano tutti puttana. Non posso sopportare che mi guardino e so cosa penseranno. Anche le ragazze hanno la stessa opinione su di me. La cosa stupida è che lo fanno tutti, tutti mandano foto, ma sono stato solo sfortunata ad avere un ragazzo che mi ha tradito. Non mi fiderò mai più di nessuno. Sento che tutto è finito e non si può tornare indietro ora".

Conseguenza

Jessica è assente da scuola da un mese e si rifiuta di tornare. Ha abbandonato tutte le sue attività sportive scolastiche. Sua madre è in contatto con lo Youth Worker dello sport e ha detto di essere preoccupata per alcune delle cose "oscure" che Jessica ha detto. Jessica è desiderosa di cambiare la sua presenza online e riconquistare la fiducia iniziale. Jessica e la sua famiglia non sono a conoscenza di quale supporto sia disponibile e di come sostenere al meglio la salute mentale della figlia

o di come uno Youth Worker possa mediare in questa situazione. Jessica si è resa conto del rischio di un uso improprio di Internet e ha riconosciuto di aver bisogno di supporto per gestire la sua salute mentale in quanto ciò ha influenzato il suo processo decisionale.



Domande per la discussione

- Quali rischi sono presenti qui?
- Vanno coinvolti altri servizi come quelli per la salute mentale, la polizia, ecc.?
- Cosa suggerisci a Jessica e a sua madre di fare dopo?

Matt, 13 anni.



Contesto

È relativamente piccolo, ma all'interno della fascia media per la sua età. Non ha problemi medici noti. Va a scuola. La sua materia preferita è l'informatica. È molto intelligente. Non gli piace particolarmente fare sport. È molto introverso e ha difficoltà a relazionarsi con le altre persone. I suoi genitori si sono recentemente separati e condividono la custodia. Sua madre convive con il suo nuovo fidanzato. Ha una sorella di 18 anni, Lucy, con la quale ha un ottimo rapporto e trascorrono molto tempo insieme, soprattutto dopo il divorzio dei genitori sono diventati molto vicini e Lucy spesso si comporta da mamma.

Evento scatenante

"Ho bisogno di una lettera di giustificazione per l'educazione fisica perché l'insegnante ha detto che non posso continuare a perderla. Gli altri ragazzi ridono del mio corpo e del fatto che non sono bravo nello sport. Non sono muscoloso come loro e sono ancora piccolo. Mi sento come se il mio corpo fosse stupido. Sembro ancora un ragazzino. Sì, mi sono fatto del male. A volte prendo a pugni il muro della mia stanza. Mi fa sentire come se potessi farcela ed essere un duro. Preferisco rimanere a casa e giocare al computer, perché sono in grado di farlo e nessuno mi giudica sulle partite. Nessuno ha bisogno di sapere chi sono. Tutti cercano di farmi uscire, ma io non voglio fare nulla. Voglio solo che mi lascino in pace".

Conseguenza

Matt ha smesso di frequentare le lezioni di educazione fisica. Ha cambiato stile di abbigliamento e indossa abiti molto larghi. Ha ricercato spesso su Internet come crescere più velocemente e si è disegnato i peli sul corpo. Si fa del male per sentirsi più forte. Non dorme e passa molte ore al computer. Esce il meno possibile e quando lo fa si copre con un cappuccio. La sua famiglia cerca di aiutarlo ma lui

non ascolta nemmeno la sorella. Sua sorella è andata a parlare con uno Youth Worker dello sport.



Domande per la discussione

- Quanto è utile per Lucy parlare con uno Youth Worker e come questi potrebbero aiutare la situazione?
- Come potrebbe essere migliorato il rapporto tra Matt e i suoi genitori, cosa pensi che debba accadere?
- Qual è il significato della lettera di giustificazione per l'insegnante di educazione fisica?

Francesco, 14 anni.



Contesto

Francesco è un ragazzo di 14 anni affetto da balbuzie. Da qualche mese è entrato a far parte di un gruppo scout, spinto dai genitori che vorrebbero stringesse nuove amicizie. I genitori sono molto preoccupati per lui perché passa gran parte del suo tempo libero da solo. Francesco, infatti, è un ragazzo timido e introverso, che ha sempre avuto difficoltà nell'entrare in relazione con i suoi coetanei. Anche nel nuovo gruppo scout, sembra che stia incontrando delle difficoltà. I caposquadriglia hanno riferito infatti che durante alcune uscite, Francesco ha preferito isolarsi, piuttosto che svolgere le attività con il resto del gruppo. Alcuni dei ragazzi dicono di aver sentito alcuni dei compagni prenderlo in giro per il suo modo di parlare.

Evento scatenante

Col passare delle settimane, il clima tra Francesco e il gruppo è diventato sempre più teso. Si verificano spesso violente liti, di cui, in modo totalmente inaspettato, è spesso Francesco ad essere il promotore. La goccia che ha fatto traboccare il vaso sembra essersi verificata qualche giorno dopo un falò, in cui Francesco, nonostante le sue titubanze, è stato convinto a leggere una poesia di fronte a tutti. Il dover leggere ad alta voce ha reso Francesco nervoso tanto che ha iniziato a balbettare, ciò che più temeva potesse succedere. Alcuni dei compagni, hanno cominciato a sghignazzare e ridere fra loro. Francesco si è sentito molto umiliato da questo episodio e da quel momento ha deciso che non sarebbe più stato oggetto delle prese in giro di tutti. Qualche giorno dopo, a seguito dell'ennesima lite, Francesco ha raccolto da terra sassi e bastoni e ha iniziato a tirarli ai compagni. Uno di questi, preso di striscio, è stato ferito sul viso.

Conseguenze

I caposquadriglia hanno riferito ai caporeparto di questo episodio. Alcuni di loro descrivono Francesco come un ragazzo violento, che vuole solo creare problemi e

sono convinti che non si possa far niente per migliorare la situazione. Quando la voce dell'accaduto si è diffusa tra i genitori dei ragazzi, alcuni di questi si sono lamentati, fino ad arrivare, in alcuni casi, a chiedere che il ragazzo sia allontanato il prima possibile dal gruppo scout.



Domande per la discussione

- Pensi esista un'altra lente con cui vedere il comportamento di Francesco, giudicato solo come qualcuno "violento, che vuole creare problemi"?
- Se ti trovassi in questa situazione, cosa faresti per favorire l'interazione tra Francesco e gli altri compagni?
- Come interverresti per gestire e migliorare la situazione con i genitori?

Stefania, 20 anni.



Contesto

Stefania è una ragazza di 20 anni, che da quando ha perso il padre in tenera età, vive sola con la madre, suo unico punto di riferimento. Stefania è una ragazza dal grande potenziale, che in passato ha collezionato diversi successi scolastici, ma che ora, dopo aver raggiunto faticosamente il diploma di maturità, non riesce a trovare la sua strada. Infatti, durante l'ultimo anno di scuola, ha iniziato a comportarsi in un modo dagli altri percepito come bizzarro ed eccentrico. La mamma racconta che durante l'ultimo anno di liceo, Stefania ha perso progressivamente interesse per tutto ciò che la circondava, per tutto ciò che fino a quel momento aveva riempito la sua vita. Non aveva più voglia di studiare, né di uscire con gli amici: non ha fatto altro che isolarsi sempre di più, fino a diventare una ragazza molto sola. Nonostante ciò, grazie all'atteggiamento comprensivo e supportivo del corpo docenti, è riuscita comunque a diplomarsi.

Evento scatenante

Oggi Stefania, ad un anno dal diploma, passa le sue giornate chiusa in casa. A volte va fare la spesa oppure gironzola da sola in giro per il quartiere, con un atteggiamento circospetto, ansioso e preoccupato. Talvolta i vicini la vedono parlare ad alta voce senza un interlocutore. In altre occasioni ferma i passanti, chiedendo insistentemente aiuto perché convinta di essere seguita. La mamma, la cui preoccupazione non fa altro che aumentare di giorno in giorno, qualche tempo fa ha deciso di consultare il suo medico di base.

Conseguenze

I vicini, una volta accortisi che le sue richieste di aiuto non hanno un fondamento di verità, hanno cominciato a diffidare delle sue parole e a guardarla con sospetto. Tale situazione non ha fatto altro che aumentare la solitudine di Stefania, che ad

oggi, senza amici o una relazione significativa, senza un'attività che la impegni durante la giornata, si ritrova praticamente senza un progetto di vita. Nonostante recentemente abbia iniziato a frequentare un Centro di Salute Mentale (CSM), come consigliato dal medico di base, e la terapia farmacologica abbia attenuato i suoi sintomi, la madre non smette di essere preoccupata per la situazione della figlia. Per questo motivo il CSM stesso ha suggerito a Stefania e alla madre di rivolgersi al centro di aggregazione giovani del quartiere, per affiancare alle attività clinico-terapeutiche a cui già partecipa nel Centro di Salute Mentale, delle attività di socializzazione e ricreative che possano permetterle di tornare a coltivare passioni e interessi.

Domande per la discussione

- Come interverresti per aiutare Stefania a sentirsi meno isolata e per rendere il contesto del centro giovanile accogliente per lei?
- Quali iniziative organizzeresti per rendere le persone che vivono nel quartiere di Stefania meno diffidenti nei confronti delle persone che presentano le sue stesse difficoltà?
- Quali opportunità potresti offrire a Stefania per promuovere le sue risorse e facilitare la ripresa di un progetto di vita autonomo?

Sara, 15 anni.



Contesto

Sara ha 15 anni ed è una studentessa delle superiori. Ha cambiato scuola di recente e ha difficoltà ad adattarsi al nuovo ambiente, ha scarso interesse per le attività scolastiche e per l'interazione con i coetanei. Sembra anche avere paura nella sua interazione con gli insegnanti. A causa di questi motivi, c'è il rischio che abbandoni la scuola.

Evento scatenante

“Se penso alla parola SCUOLA non mi viene alla mente nulla di bello. Ricordo il primo giorno di scuola, quando avevo paura di quel cambiamento, quando venni separato da mia madre all'ingresso della scuola da un' insegnante a cui sembrava importare poco di una bambina di 7 anni che piangeva e che aveva paura di entrare in classe. Era, come posso chiamarla, un'insegnante molto dura. Raramente sorrideva e ci diceva belle parole. E anche se ero curiosa di imparare tutte quelle cose nuove a scuola, avevo paura di esprimermi e di essere punita se avessi sbagliato. Non tutti i miei compagni hanno avuto questo problema e la maggior parte di loro sembrava affrontare bene il suo stile di insegnamento, ma credo di essere sempre stata più sensibile ed emotiva degli altri. E la paura era qualcosa che arrivava sempre nel rapportarmi con la scuola. Se devo visualizzare quelle prime esperienze con la scuola, vedo l'insegnante davanti all'aula, impassibile, e io che cerco in qualche modo di nascondermi nel mio banco in fondo all'aula. Quello che sento è "non hai fatto bene, non capisci mai niente, non presti abbastanza attenzione a ciò che sto insegnando". Quello che provo è paura, che non farò mai le cose per bene, che sto sempre deludendo il mio insegnante, che non sarò mai abbastanza brava. Ogni volta che iniziavo un nuovo anno scolastico e incontravo un insegnante di nuove materie, mi aspettavo che fosse una persona gentile, che si sarebbe preso cura di me e che mi sarei sentita al sicuro in quella classe. Se ciò non accadeva, mi chiudevo e mostravo scarso interesse per quell'argomento. Ripongo sempre grandi aspettative in me stessa, mi riprometto che studierò molto, ma mi ritiro ogni volta che mi trovo di fronte a un insegnante di quel tipo”.

Conseguenza

A causa delle sue esperienze negative con la scuola, Sara si sente impotente e non riesce a (re)impegnarsi nel processo di apprendimento. I suoi insegnanti non capiscono qual è il problema e neanche i suoi genitori. Non vuole parlarne con nessuno. Ha problemi di fiducia quando si tratta di esprimere e condividere i suoi sentimenti.

Domande per la discussione

- Cosa puoi fare per aiutare Sara ad acquisire fiducia nel condividere i suoi sentimenti e identificare ciò che le impedisce di godersi la scuola?
- Cosa pensi che la scuola/gli insegnanti facciano dopo?
- Come affronteresti una conversazione con i genitori di Sara sui problemi della figlia?

Maria, 17 anni.



Contesto

Maria ha 17 anni e fino all'età di 15 è sempre stata una studentessa esemplare con buone prestazioni e buoni voti, descritta come un'adolescente socievole. A 15 anni si è trasferita in un'altra scuola. Successivamente, i suoi genitori hanno notato cambiamenti nel suo comportamento. Maria aveva iniziato a saltare le lezioni, ad avere brutti voti e ad isolarsi.

Evento scatenante

“Mi odio. Non piaccio a nessuno in classe. Gli altri studenti hanno ragione a chiamarmi tutti quei nomi e dire che non valgo niente. Vorrei solo poter stare a casa tutto il giorno, chiusa nella mia stanza e non dover guardare nessuno negli occhi. Ogni volta che vado a scuola mi prendono in giro per i miei vestiti larghi e mi dicono che sono grassa e che non piacerò mai a nessuno. Mi riferisco ai ragazzi. Non voglio più andare a scuola. Quei due studenti che fingono di essere miei amici non fanno niente quando gli altri mi prendono in giro. Ai miei genitori non importa di me, ai miei insegnanti non importa di me, vorrei poter finire questo incubo in qualche modo”.

Conseguenza

Anche se andava d'accordo con alcuni dei suoi compagni di classe, agli insegnanti era chiaro che Maria sentiva di non "inserirsi". Il preside della classe ha parlato con alcuni studenti in privato e alla fine è risultato che Maria era stata vittima di bullismo da parte di un gruppo di studenti della classe. La chiamavano per nome, si prendevano gioco del modo in cui si vestiva, facendola vergognare del suo corpo. A causa dei brutti voti, Maria alla fine è stata bocciata alle superiori. Tuttavia, nonostante avesse cambiato la classe che frequentava in precedenza, i suoi ex compagni di classe hanno continuato a molestarla. I suoi genitori hanno iniziato a considerare

di trasferirla in un'altra scuola dopo essere venuti a conoscenza della situazione di bullismo. Maria sta pensando di abbandonare la scuola, anche se ha sempre sognato di andare all'università.



Domande per la discussione

- Qual è il fattore principale che ha portato Maria a considerare di abbandonare gli studi e che ha consentito di individuare le altre cause?
- Il fatto che Maria si sia trasferita in un'altra classe ha migliorato la sua situazione?
- Quali misure avrebbero dovuto essere applicate dagli insegnanti e dalla scuola per evitare che Maria prendesse in considerazione l'abbandono degli studi?

George, 23 anni.



Contesto

George è uno studente universitario di 23 anni. Sui social, all'apparenza, George sembra essere una persona molto socievole, capace di avere molti amici e di divertirsi con i suoi coetanei quotidianamente. Tuttavia, facendo un ulteriore passo avanti e incontrandolo di persona, è possibile notare delle tendenze ansiose, specialmente quando è con molte persone. Gli è stato chiesto dal suo relatore universitario di presentare la tesi di laurea la scorsa settimana ma George ha affidato l'incarico a un terzo perché immaginarsi davanti a un pubblico lo faceva sentire insicuro. Tuttavia, i suoi problemi sono maggiori. George ha riferito al professionista della salute mentale di avere problemi con la sua vita sessuale poiché lo stress e l'ansia che prova gli causano una disfunzione erettile.

Evento scatenante

George ha creato un'immagine di sé stesso che non riflette la realtà. Si considera costantemente inferiore agli altri e meno capace. Si confronta con gli altri uomini che vede e pensa di essere meno muscoloso di quanto dovrebbe essere. L'anno scorso ha sviluppato l'alopecia e ha perso gran parte dei suoi capelli con una conseguente immagine di sé ancora più negativa.

Conseguenza

George sta attraversando un periodo molto difficile. Sta tentando, senza successo, di godersi la sua vita sessuale. Crede di non essere abbastanza per la sua partner, che non sarà in grado di soddisfarla, e con questo atteggiamento non ha mai avuto un'erezione. In realtà, crede che le partner con cui ha cercato di coinvolgersi sessualmente lo abbiano stigmatizzato, poiché la sua debolezza è risaputa nella scuola. È ossessionato dall'idea di non avere un tipico corpo attraente e che le persone che gli si avvicinano possano ridere di lui. Il suo professionista della salute

mentale ha suggerito a George di visitare un centro giovanile dove avrà la possibilità di incontrare suoi coetanei e impegnarsi in attività sociali e culturali. In questo centro giovanile George ha incontrato uno Youth Worker, Nicolas.



Domande per la discussione

- Perché George sta mantenendo sui media una vita sociale impostata?
- Perché George pensa di non avere un tipico corpo attraente?
Quale sarebbe l'influenza principale?
- Perché pensi che il professionista della salute mentale abbia chiesto a George di impegnarsi in un centro giovanile?

Tina, 16 anni.

Contesto

Tina è un'adolescente di sedici anni e una studentessa delle scuole superiori. Nonostante la sua età, Tina ha una vasta conoscenza di alcuni aspetti socio-politici e può esprimere le sue posizioni senza alcuna esitazione. Tina in futuro vorrebbe studiare scienze politiche anche se teme che la sua carriera atletica possa ostacolare gli studi. Evita di uscire con i suoi coetanei perché crede che siano inferiori a lei e sente che gli incontri romantici sono una perdita di tempo. Le persone a scuola la trovano "strana" e offensiva poiché è fonte di conflitti ed atteggiamenti contraddittori, in quanto mostra comportamenti di odio verso persone che hanno una convinzione o un'opinione diversa dalla sua. La scorsa settimana ha chiesto al preside della scuola di assumere le funzioni di rappresentante della scuola perché quella attuale a suo avviso pesa più del dovuto, comunicando quindi standard corporei errati agli studenti.

Evento scatenante

Sette anni fa, suo padre è stato ucciso in un incidente d'auto dopo che uno straniero immigrato è passato con il rosso
È figlia unica e sua madre la considera un modello

Conseguenza

Gli insegnanti della scuola sono molto preoccupati per il suo comportamento. Tina aveva annunciato in classe che sarebbe stato meglio per le persone di origine straniera frequentare scuole separate e lasciare il paese quando le condizioni fossero più favorevoli per loro. Ignora i suggerimenti dei suoi insegnanti poiché crede che non siano in grado di trovare soluzioni radicali per trasformare lo stato, altrimenti non sarebbero normali insegnanti di scuola superiore. In un evento culturale volto a promuovere la democrazia e i suoi principi, Nicolas, che è lo Youth Worker e il

formatore, affronta Tina mentre lei interrompe l'evento per presentare dati semi-scientifici sul perché la democrazia mira a manipolare la società piuttosto che a migliorarla .



Domande per la discussione

- Se tu fossi lo Youth Worker Nicolas, cosa faresti?
- Pensi che ci sia una connessione tra il comportamento di Tina e l'incidente d'auto di suo padre?
- Pensi che a Tina manchi l'empatia? Perché?

Ash (all'anagrafe F. C. – nome femminile), 20 anni.



Contesto

Ash vive come figli* unic* in un ambiente familiare disagiato economicamente e culturalmente. La madre, con due ictus all'anamnesi, effettua ricoveri ospedalieri ricorrenti. Il padre è poco presente e attivo, eccessivamente coinvolto dal lavoro. Fino all'età di 18 anni A. è stat* seguit* dal TSMREE1 – servizio pubblico psichiatrico per minori -, per problemi d'ansia e difficoltà nelle relazioni sociali, che determinano un progressivo impoverimento della rete affettiva. A. frequenta il liceo linguistico con difficoltà relazionali e scolastiche che l* portano a interrompere il percorso di studi. Giunta la maggiore età di A., la famiglia si rivolge al servizio psichiatrico per adolescenti e giovani adulti di competenza territoriale dove, tuttavia, A. non sembra trovarsi bene. L'invio al Centro Diurno di Via Plinio – di cui resocontiamo l'intervento – avviene quindi in accordo con il servizio territoriale di competenza, con l'obiettivo di offrire ad A. un'altra opportunità di costruire legami affidabili che gli permettano di uscire dalla condizione di isolamento in cui si trova e di supportarlo nella gestione delle questioni legate all'identità di genere, che si fanno via via più preminenti.

Evento scatenante

- Ischemia cerebrale della madre conduce all'emergere, verso 12-13 anni, di condotte eteroaggressive rivolte agli oggetti che virano progressivamente verso il polo autolesivo.
- L'acuirsi delle tensioni familiari conduce ad un ulteriore atteggiamento di chiusura e ritiro, caratterizzato da un importante stato depressivo-ansioso che l* costringe a restare chius* in casa.
- La perdita di un'amica che frequentava il centro diurno intensifica significativamente i livelli di sofferenza e isolamento.

Mental health challenge

Disturbo depressivo caratterizzato da gesti autolesivi, pensieri negativi e senso di vuoto, ritiro scolastico, disturbo del sonno; sintomatologia ansiosa caratterizzata da attacchi di panico e fobie, disturbo dell'identità di genere.

Conseguenze

La situazione familiare non permette ai genitori di offrire ad A. un sostegno diretto, né di seguirla nel percorso riabilitativo avviato. A. giunge, quindi, al Centro Diurno in una condizione di totale chiusura e sfiducia nei confronti del prossimo e del proprio futuro, bisognos* di sostegno ma al contempo respingente. A. si affaccia all'adolescenza pien* di dubbi ed incertezze, che coinvolgono anche la sfera dell'identità di genere, chiedendo dapprima di rivolgersi a l*i utilizzando un nome da l*i stabilito, poi pronomi neutri, fino a virare ad una identità di genere maschile. Inoltre, la perdita di un'amica che frequentava con lei il Centro Diurno comporta un ulteriore dolore, aumentando la tendenza alla chiusura che da sempre l* caratterizza. In una fase iniziale, rifiuta il sostegno psicoterapeutico offerto dal servizio psichiatrico a cui sarebbe assegnat* per competenza territoriale, riportando di non sentirsi sufficientemente a suo agio in quel tipo di contesto. Il Centro Diurno diventa dunque l'unico aggancio ad un percorso di riabilitazione psicosociale, nonché l'unico spazio protettivo che A. riconosce.

Domande per la discussione

- Che ruolo può assumere il lavoro degli Youth Worker del CD nella vita di A. e come può aiutarl* nella ripresa della vita sociale?
- Quali altri servizi si potrebbero coinvolgere per una gestione più accurata e ampia del suo caso?
- Che rischi corre lo Youth Worker nell'avvicinarsi al dolore individuale, legato anche a tematiche di genere, quando si confronta con una persona che respinge gran parte delle proposte di aiuto?

M., 19 anni.



Contesto

Vive a casa con i genitori e il fratello maggiore. Presenta familiarità psichiatrica sulla linea materna e paterna. Si è diplomata al liceo linguistico e inizierà a breve l'università, scegliendo come indirizzo mediazione linguistica. Impiega il suo tempo libero sui social media, in quanto influencer con molti follower – da cui ha ottenuto anche ricavi economici cospicui - su piattaforme come Instagram e Tik Tok. Presenta una buona rete sociale e pratica atletica.

Evento scatenante

- Conflitti familiari: il clima genitoriale è spesso conflittuale, così come il rapporto con la figlia. Con la madre, M. oscilla tra una relazione a tratti simbiotica e una spinta all'indipendenza, derivata dalla tendenza intrusiva materna. La madre, difatti, tende a minimizzare la sofferenza psichica di M. con l'obiettivo di costruirle idealmente una vita perfetta e felice. Il padre, spesso assente per lavoro, a volte si rivolge a lei prestando poca sensibilità alle sue difficoltà. Tutto ciò comporta per M. un'elevata quota di dolore e disagio psichico, caratterizzato dalla necessità di indipendenza ma anche dalla difficoltà nel gestirla.
- Apparenza: il dover apparire sempre curata agli occhi degli altri, incentivato anche da quello che per M. è un lavoro a tutti gli effetti nel mondo dei social, la porta a sentire la necessità di aderire a standard di bellezza e magrezza irrealistici e dannosi, prevalenti sulle piattaforme online. M. manifesta una forte sofferenza provocata dalla sensazione di inadeguatezza, data dal vissuto di non riuscire mai a raggiungere la perfezione fisica da lei agognata.
- Riferisce spesso una sensazione di vuoto dentro di sé che non le fa sentire nulla, una totale apatia, oppure si evidenziano pensieri negativi e una forte incertezza che coinvolge qualsiasi aspetto della sua vita.
- Sostiene di aver paura della vita al di fuori del mondo dei social, in cui si sente costantemente a disagio, generando significative difficoltà nell'affrontare i cambiamenti.

Diagnosi

Disturbo Borderline di Personalità con forti tratti autolesionistici e Disturbo del Comportamento Alimentare

Conseguenze

La grande situazione di disregolazione emotiva ha comportato la messa in atto da parte di M. di condotte autolesive, caratterizzate da frequenti episodi di self cutting e dalla messa in atto di agiti ad elevato rischio suicidario. Inoltre, la forte tendenza al perfezionismo e l'instaurarsi di obiettivi irrealistici hanno comportato l'assunzione di condotte alimentari fortemente restrittive, caratterizzate da frequenti periodi di digiuno e da una costante irrequietezza motoria, basata sull'eccesso di attività fisica. La gravità della situazione ha portato al coinvolgimento del centro specializzato nei DCA, nonché a vari ricoveri in SPDC (Pronto Soccorso psichiatrico) nei periodi trascorsi in casa.

M. arriva al Centro Diurno nel marzo 2021, dopo che i DCA chiedono consulenza al PIPSM (Servizio pubblico di Prevenzione e Interventi Precoci Salute Mentale) per valutare la di integrare un intervento di tipo psichiatrico focalizzato sull'aspetto di disregolazione emotiva. L'elevato livello di allarme rilevato al momento dell'ingresso di M., determina per l'équipe multidisciplinare del PIP SM (formata da psicologi, psichiatri e Youth Worker del Centro Diurno) la necessità di strutturare un progetto di intervento primariamente orientato al contenimento e al monitoraggio dei comportamenti di M. Difatti, l'obiettivo implicito dell'équipe curante diventa quello di impedire che M. realizzi gesti autolesivi che possano minare la sua sicurezza. Nello specifico, il progetto prevede inizialmente la frequentazione del CD tutti i giorni, con l'aggiunta di uno Youth Worker esterno al servizio (compagno adulto), che l'avrebbe sostenuta nei pomeriggi a casa.

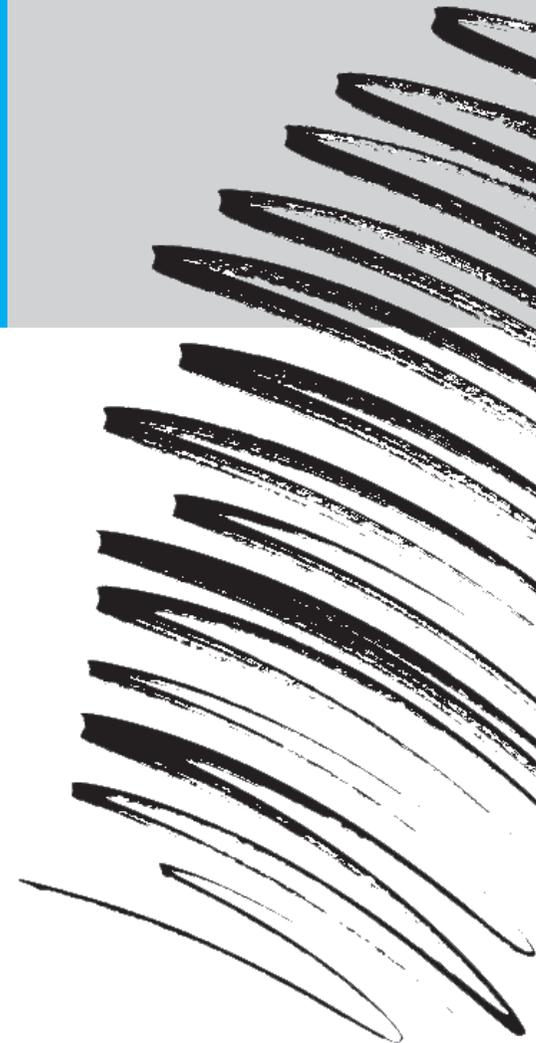
In un primo momento, questi interventi di sorveglianza generano un aumento degli atti autolesivi e dei pensieri negativi, alimentati da un senso di mancata indipendenza e claustrofobia che M. non riesce a tollerare.

Domande per la discussione

- Data la condizione di urgenza, come lo Youth Worker può arginare la messa in atto di gesti autolesivi senza sfociare nell'esclusivo monitoraggio della paziente?
- Quali altri interlocutori potrebbero essere coinvolti nella gestione del caso?
- Che rilevanza culturale assume il ruolo che M. riveste nel mondo dei social?

ANALISI DEI CASI

Identificare le migliori pratiche utilizzate dagli Youth Worker e le competenze che fanno la differenza nella salute mentale di un giovane.



Disturbo alimentare



Questioni chiave

Salute mentale; giovane; Youth Worker; disturbo alimentare.

Obiettivi di apprendimento

- Superare la malattia mentale e guarirla.
- Ricaduta della malattia mentale.
- Comprensione.
- Comprendere i problemi e le pressioni sugli adolescenti e i danni che questi possono causare.
- Non usare un approccio generale per il trattamento della malattia mentale.
- Specializzazione in piani di trattamento per soddisfare al meglio le esigenze di ogni individuo.
- Dare alle persone l'opportunità di esplorarsi a vicenda.

Introduzione

- CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services) NHS East London, NHS Foundation Trust. 29 agosto 2019.
- Giovane ragazza che soffre di anoressia, riuscita a sconfiggere la malattia da due anni, è però recentemente ricaduta.

Analisi panoramica

"Ho sconfitto l'anoressia una volta e ho vissuto liberamente per due anni con l'aiuto di CAMHS. Sfortunatamente la vita è stata più difficile di recente per me ed ho avuto una ricaduta, ma ancora una volta CAMHS mi ha aiutata a sconfiggere questo orribile demone che ha sta oscurando la mia vita da molto tempo ormai. CAMHS a differenza di molti altri capisce i problemi e le pressioni che gli adolescenti subiscono e il danno che possono provocare. Tutto ciò è molto rassicurante quando

sembra che nessuno capisca te e i tuoi pensieri. L'anoressia è una malattia così complicata e non esiste un approccio, "un modo adatto a tutti" nel trattarla. CAMHS offre un piano specializzato di trattamento per adattarsi a te e alle tue esigenze e ti dà un grande opportunità di esplorare pienamente te stesso. CAMHS Non usa lo stesso approccio per ogni paziente. Senza di loro non avrei deciso che questa è la mia vita. Anoressia, restituiscimela!"

Rapporto sullo stato

- Offrire valutazione e supporto ai giovani e in particolare alle loro famiglie con difficoltà di salute emotiva, comportamentale e mentale moderate che iniziano come gravi.
- Valutare diversi modi di lavorare con il giovane e i suoi caregiver per comprendere e affrontare i problemi ed apportare cambiamenti.
- Offrire un trattamento che rispetti le convinzioni dei giovani e che tenga conto della loro cultura, razza e genere.

Note/Riflessioni

Molti giovani si preoccupano del loro peso, forma o cibo. Tuttavia, per alcuni, queste difficoltà possono prendere il sopravvento e trasformarsi in un grave disturbo alimentare.

Qualcuno con un disturbo alimentare potrebbe sentire di dover seguire una dieta rigorosa, fare esercizio fisico o trovare altri modi per perdere peso e far fronte a come si sente e potrebbe non sapere come fermarsi...

Mangiare regolarmente troppo e sperimentare la perdita di controllo su cosa, quando o quanto mangiare può anche essere segno di un problema alimentare. Chiunque può sviluppare un disturbo alimentare.

I disturbi alimentari possono accadere in giovani di ogni provenienza e cultura. Non sono esclusivi delle ragazze e delle giovani donne. Anche i ragazzi possono esserne colpiti.

Qualcuno con anoressia nervosa non mangia abbastanza e può preoccuparsi molto di mangiare, del peso corporeo o della forma del corpo. Comportamenti come mangiare troppo poco o fare troppo esercizio fisico possono portare a perdere molto peso.

DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo)



Questioni chiave

Salute mentale; giovane; Youth Worker; DOC (Disturbo ossessivo compulsivo).

Obiettivi di apprendimento

- Insegnare e conoscere la propria malattia mentale.
- Imparare a non vergognarsene
- Imparare che tutti noi abbiamo modi diversi di affrontare la malattia.
- Creare uno spazio di fiducia in cui il giovane possa facilmente aprirsi ed esprimere le proprie emozioni e sentimenti senza paura di essere giudicato.
- Aiutare a comprendere i pensieri in modo solidale e amichevole. – L'importanza della riservatezza in questi temi. – Lavorare sui limiti della sicurezza personale. – Aiutare a gestire le emozioni.

Introduzione

CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services) NHS East London, NHS Foundation Trust. 29 agosto 2019.

Nathan, 16 anni, utente dei servizi CAMHS.

Analisi d'insieme

"CAMHS è stato un servizio utile per me per circa la metà della mia vita (8 anni). Mi è stato diagnosticato un DOC all'età di 9 anni, quando non capivo nemmeno cosa fosse, e sono stato subito sottoposto a un ciclo di CBT (terapia cognitivo comportamentale) attraverso vari incontri con uno psicologo. Anni dopo, all'età di 14 anni, ho avuto bisogno di nuovo di cure per il DOC, più grave, forse a causa dello stress all'inizio dal mio certificato generale di educazione secondaria. L'unico problema era che la lista d'attesa per la CBT o anche per l'assunzione di farmaci da parte dello psichiatra era lunga - circa 6 mesi, che era tanto, dal momento che stavo lottando

molto con il mio disturbo ossessivo compulsivo. Tuttavia, per la maggior parte dell'assistenza sanitaria gratuita c'è una lunga lista di attesa con il SSN, e questo non può essere evitato. Forse ora intanto è migliorato.

Il personale di CAMHS è molto cordiale e professionale, tutti idonei al loro lavoro. Uno psicologo ha organizzato un incontro con me una volta al mese durante l'attesa per la CBT la seconda volta ed è persino venuto a scuola e mi ha incontrato in una stanza tranquilla. Tutto il personale è anche molto compassionevole ed empatico, il che è ottimo. Dopo circa 2-3 mesi, nel novembre di quell'anno, mi è stato offerto un corso in stile CBT di gruppo per DOC, che doveva iniziare prima del mio posto in lista d'attesa per la CBT individuale.

Anche se ero riluttante ad accettare l'offerta, alla fine l'ho accettata. E' stata un'ottima scelta per me, e abbiamo iniziato questa sessione di gruppo nel febbraio dell'anno successivo. C'erano circa 8 persone, tutte della mia età e con DOC. Ci incontriamo spesso, abbiamo dei libri di lavoro, abbiamo sessioni che a volte hanno coinvolto i nostri genitori, guidati da due membri del personale. È stato un successo e quasi tutti ne hanno beneficiato in modo significativo. L'ho trovato molto utile e ho incontrato tanti amici, molti dei quali erano della mia fascia d'età e della mia scuola! Poi ho finito la mia terapia e in estate stavo molto meglio. Mi sono unito anche al gruppo di partecipazione degli utenti, cosa che stiamo facendo da circa un anno ormai, incontrandoci regolarmente, e ho apportato alcune migliorie al servizio. Anche se continuo ad avere un disturbo ossessivo compulsivo, ora posso gestirlo meglio e so che posso sempre tornare al CAMHS per chiedere aiuto. La mia esperienza con CAMHS, pur avendo un paio di problemi, è stata generalmente molto positiva e sono molto grato per questo buon servizio".

Rapporto sullo stato

- Avvisa la struttura quando incontri un giovane che soffre di DOC.
- Incoraggialo a parlare.
- Trova una distrazione che funzioni.
- Accompagnalo dal medico di famiglia.

- Non sei solo nel processo. Aiutalo a capire che ci sono molti altri che attraversano la stessa situazione.
- Spiega che la malattia non ti definisce.
- Sii realistico.
- Aiutalo a prendere la decisione di lottare e che è degno di una vita senza DOC.
- Non c'è niente di sbagliato. Non c'è bisogno di preoccuparsi, fai un respiro profondo, siediti e rilassati.
- Quei pensieri negativi non sono reali, è difficile controllarli ma ignorali. Il tuo corpo sta solo cercando di aiutarti.

Note/Riflessioni

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è una condizione di salute mentale comune in cui una persona ha pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi. Il disturbo ossessivo compulsivo può colpire uomini, donne e bambini. Alcune persone iniziano ad avere sintomi presto, spesso intorno alla pubertà, ma di solito inizia durante la prima età adulta. Il disturbo ossessivo compulsivo può essere angosciante e interferire in modo significativo con la tua vita, ma il trattamento può aiutarti a tenerlo sotto controllo.

Se hai un disturbo ossessivo compulsivo, di solito sperimenterai pensieri ossessivi frequenti e comportamenti compulsivi.

- Un'ossessione è un pensiero, un'immagine o un impulso indesiderato e spiacevole che entra ripetutamente nella tua mente, causando sentimenti di ansia, disgusto o disagio.
- Una compulsione è un comportamento ripetitivo o un atto mentale che senti di dover fare per alleviare temporaneamente i sentimenti spiacevoli causati dal pensiero ossessivo.

Le persone con disturbo ossessivo compulsivo sono spesso riluttanti a cercare aiuto perché si vergognano.

Il disturbo ossessivo compulsivo è una condizione di salute come qualsiasi altra, quindi non c'è nulla di cui vergognarsi o imbarazzarsi. Avere il disturbo ossessivo

compulsivo non significa che sei "pazzo" e non è colpa tua se ne soffri.

Ci sono 2 modi principali per ottenere aiuto:

- Indirizzati direttamente presso strutture che offrono servizi di terapie psicologiche.
- Consulta il medico di famiglia - può indirizzarti a un servizio di terapie psicologiche locale, se necessario.

Se pensi che un giovane possa avere un disturbo ossessivo compulsivo, prova a parlare delle tue preoccupazioni e suggeriscigli di chiedere aiuto. È improbabile che il disturbo ossessivo compulsivo migliori senza un trattamento e un supporto adeguati.

Non è chiaro cosa causi il disturbo ossessivo compulsivo. Una serie di fattori diversi possono svolgere un ruolo, tra cui:

- storia familiare.
- differenze nel cervello.
- eventi della vita – il DOC può essere più comune nelle persone che sono state vittime di bullismo, abusate o trascurate, e talvolta inizia dopo un evento importante della vita, come il parto o un lutto.
- personalità - le persone pulite, meticolose, metodiche con elevati standard personali possono avere maggiori probabilità di sviluppare il DOC, anche le persone che sono generalmente piuttosto ansiose o hanno un forte senso di responsabilità per sé stesse e per gli altri.

Il teatro come strumento d'inclusione sociale: l'esperienza dei laboratori integrati

Questioni chiave

Salute mentale; giovani; youth worker; comunità; volontari; laboratorio artistico; teatro.

Obiettivi formativi

- 1.** Interazione e integrazione.
- 2.** Creazione di un luogo protetto nel quale riscoprire parti importanti di sé e dell'altro.
- 3.** Aiuto ad esprimere il proprio potenziale.
- 4.** Creazione di un gruppo di lavoro eterogeneo nel quale ognuno possa sentirsi a suo agio e non discriminato.
- 5.** Riconoscimento del lavoro svolto.
- 6.** Affrontare temi rilevanti e significativi per gli individui.
- 7.** Creazione di attività che promuovano la relazione e lo scambio nel gruppo.
- 8.** Analisi, ascolto e comprensione del gruppo.
- 9.** Rispetto dei tempi e delle caratteristiche individuali di ognuno.
- 10.** Capacità di ascolto ed empatia.
- 11.** Equilibrio fra essere assertivo, essere direttivo e ascolto.
- 12.** Permettere alla famiglia e alla popolazione di conoscere le diverse sfaccettature e risorse degli individui coinvolti.

Introduzione

- Laboratorio di Teatro "Strambo Teatro" svolto presso la Fondazione Internazionale Don Luigi Di Liegro onlus.
- Roberto Baldassari: attore, regista e conduttore di laboratori teatrali integrati.

Panoramica generale

Il Laboratorio, inteso come luogo protetto aperto alle relazioni, si pone come obiettivo principale quello di integrare attraverso il teatro persone con e senza disabilità, favorendo un percorso di crescita personale e sociale. Il gruppo è composto da utenti e da volontari che per interesse personale o per percorso di studio o per opportunità legate al tirocinio siano interessate a vivere un'esperienza formativa e di forte crescita educativa quale quella di fare teatro integrato. A condurre le attività del laboratorio un attore e regista, Roberto Baldassari.

“Quando per la prima volta mi è stato proposto di condurre questo laboratorio avevo un certo timore perché non avevo ben presente cosa potesse significare “disagio mentale”. Ho condotto e conduco laboratori all'interno della scuola, nei centri diurni o all'università dove si creavano sempre gruppi integrati ma dove generalmente si ha a che fare soprattutto con la disabilità fisica o ogni tanto intellettiva, ma non con il disagio psichico come la depressione grave piuttosto che altre patologie”.

Il Laboratorio è nato al fine di creare delle occasioni attraverso l'arte, occasioni di “terapia”, ma Roberto preferisce parlare di “occasioni d'incontro e di rilettura attraverso l'arte per le persone che nella vita di tutti i giorni vengono catalogate come persone problematiche o comunque con un disagio psichico”.

Il laboratorio crea le condizioni per uno scambio tra chi all'interno della Fondazione svolge un ruolo di volontario e chi sta effettuando un percorso terapeutico riabilitativo nella salute mentale. Questo offre un'occasione di confronto in ambienti che non siano esclusivamente terapeutici. “Per gli utenti questa occasione dovrebbe essere un'occasione non solo per scoprire degli aspetti dell'altro con il quale si interagisce, ma per conoscere degli aspetti di sé stessi. L'attività del teatro è un'attività nuova per tutti, sia per chi è sia per chi non è utente e spesso questo aspetto di novità pone sullo stesso piano tutti i partecipanti al laboratorio. Questo è un elemento di crescita e di scoperta per tutti.

Il percorso prevede una prima fase di conoscenza personale e del gruppo attraverso training teatrale: esercizi e giochi fisici, vocali; la scoperta del gesto, dello spazio, dell'uso del corpo e della voce; successivamente segue una parte più prettamente

“teatrale” con improvvisazioni, rappresentazioni di piccole scene, monologhi di narrazione dove, singolarmente, in coppia o in piccoli gruppi, si esercita l’esposizione di fronte al pubblico/compagnia.

“L’integrazione è una conseguenza del lavoro, è una ricaduta, una controindicazione positiva del lavoro. Nel momento in cui fai un esercizio di movimento, magari vedi quella persona che ha delle difficoltà [...] svolgere quel movimento con una grazia che forse nessuno dei volontari riesce a ricreare. Allora lì hai creato integrazione, perché una persona che non ha disabilità vede la persona con disabilità muoversi o svolgere un gesto all’interno del cerchio con una grazia, una poesia che lui non ha. [...] Quindi, grazie a quell’attività, si scoprono delle caratteristiche di quella persona che magari la vita non ti permette di individuare in altri contesti della quotidianità”.

Nella terza fase del Laboratorio si tratta il tema dello spettacolo finale per poter creare con il gruppo la performance conclusiva. Questo momento prevede la costruzione condivisa dello spettacolo attraverso improvvisazioni o la proposta di testi, scene, racconti che, uniti da un unico filo conduttore, vanno a costituire l’ossatura dello spettacolo.

In occasione del Disability Pride, il Gruppo di Strambo Teatro, in collaborazione con altri gruppi, ha organizzato un flashmob al fine di sensibilizzare le persone sul tema della disabilità. “Eravamo un gruppo di una trentina di persone con e senza disabilità. Quando partiva la musica, abbiamo iniziato ad improvvisare dei movimenti danzanti, ma che non avevano a che fare con la danza. C’era molto stupore, tutti che riprendevano e facevano fotografie, gente che si è messa a ballare insieme a loro. Volevamo che passasse un’idea di dignità, di affettività, di intimità tra persone con e senza disabilità. Era importante che le persone si portassero a casa questa immagine” (Link al video del flashmob: <https://youtu.be/oODvRyHVXvU>).

Status Report

- Lavorare sulle fasi classiche e tipiche del laboratorio: la formazione del gruppo; il training fisico; giochi che attivino la relazione e lo scambio; attività di improvvisazione, di esplorazione e di comunicazione.



- Scrivere una pagina di diario rispetto ad un tema o una poesia con una loro forza artistica ed emozionale, così che l'utente non sia solamente una persona che ha un problema, ma un individuo con delle risorse.
- Trovare delle caratteristiche di quella persona che magari la vita non permette di individuare nei rapporti quotidiani.
- Creare un progetto finale che rappresenti il percorso svolto nel laboratorio e relativa presentazione alla cittadinanza.
- Lasciarsi uno spazio per conoscere le persone e ascoltarle.

Note/ Riflessioni

“Bisogna avere la consapevolezza che quando fai questo tipo di laboratorio non stai lavorando con dei professionisti. Stai lavorando con delle persone che non hanno certe competenze, ma che ne hanno altre. Il consiglio che darei è quello di ascoltare molto il gruppo e quello che può fare, quello che ha difficoltà a fare e quindi formulare delle richieste e strutturare il lavoro, partendo proprio da un'analisi precisa del gruppo che hai davanti. La fase dell'ascolto è molto importante, è un lavoro come dire sartoriale”.

“Il nostro laboratorio StramboTeatro durante la pandemia Covid-19 è sempre rimasto aperto; non potevamo vederci dal vivo? Ci siamo incontrati on line, tutti i mercoledì per due ore e mezza. Abbiamo così scambiato le nostre storie, raccontato e parlato, condiviso le solitudini di ciascuno con quelle di tutti, per sconfiggere le angosce, le paure, i mostri che affollavano i giorni e le notti. Il nostro laboratorio di teatro si è trasformato in un laboratorio di narrazione: cucine e camerette sono diventate tanti palcoscenici, tutti diversi; telefonini e computer le telecamere con cui filmare, fotografare, comunicare, osservare. Un'esperienza unica condensata in un video-racconto: lo abbiamo presentato a giugno quando finalmente ci siamo incontrati nuovamente dal vivo; è stata una festa rivederci e rivedere in quelle immagini a tratti ironiche e a tratti commoventi, tutto ciò che assieme avevamo vissuto. Cosa sarebbe stato di loro, di noi se non lo avessimo fatto?”

Progetto Radio web. Radio PonteRadio



Parole chiave

Youth work; Mental health; Empowerment; Riabilitazione psicosociale; Radio Web

Obiettivi formativi

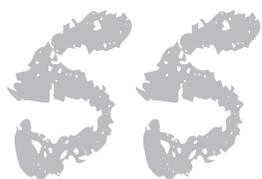
1. Sostenere le persone nella mediazione in gruppo.
2. Favorire il raggiungere di un obiettivo personale e di equipe.
3. Ricostituire motivazioni ed aspettative.
4. Creare un luogo protetto nel quale riscoprire parti importanti di sé e dell'altro.
5. Dare informazioni sul "sapere come" e a chi chiedere aiuto.
6. Riconoscimento del lavoro svolto e rispetto dei tempi delle attività.
7. Permettere alla popolazione di conoscere le diverse sfaccettature e risorse degli utenti coinvolti.
8. Superare i pregiudizi legati alle problematiche relative alla salute mentale.

Introduzione

- Progetto socioriabilitativo "Radio Ponte Radio" presso il Dipartimento Di Salute Mentale della ASL Roma 6 a cura della Cooperativa Sociale Elma.
- Dottoressa Maria Pompa: Psicologa, Psicoterapeuta, esperta di orientamento al lavoro delle persone con disagio sociale e disabilità psichiatrica

Panoramica generale

Il Progetto RADIO PONTE RADIO nasce nel 2017, inizialmente per dare spazio ad un piccolo gruppo di giovani inviati dai Centri di Salute Mentale della ASL Roma 6, distretto di Anzio-Nettuno, e al loro bisogno di sperimentarsi e condividere attività



quali la Musica elettronica, Videomaker e l'interesse per la comunicazione attraverso i social network. Esso nasce all'interno di percorsi di natura di inclusione sociale, in collaborazione con la Cooperativa Sociale Elma diretta da Maria Pompa, Psicologa Psicoterapeuta, esperta di orientamento al lavoro e Individual Placement Support.

“La web radio è un'opportunità, per le persone giovani e non, di essere sempre più inclusi nella comunità di appartenenza e, per quest'ultima, di avvicinarsi e condividere occasioni con i beneficiari dei nostri servizi; Radio Ponte Radio è soprattutto lo strumento per sviluppare uno e più progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, che potranno ottenere un'occasione eccezionale di animazione sociale e d'inclusione lavorativa.”

L'iniziativa si propone come una Radio con programmi e contenuti di vario genere ma allo stesso tempo mantenendo anche gli aspetti della radio “tematica”, centrata sul tema della Salute Mentale della comunità presente nel territorio. Il nome stesso della radio è significativo e ricostruisce la storia della zona di Anzio. Durante la seconda guerra mondiale, infatti, c'era una stazione radiofonica che univa la comunicazione tra gli italiani e gli americani. Questi ultimi, in qualità di Alleati, sbarcarono proprio sulla costa tirrenica antistante gli abitati di Anzio e Nettuno.

Il contenitore della radio può essere considerato un “setting protetto”, per tutti i beneficiari.

La redazione della radio è composta di ragazzi di età compresa tra i 16 e i 28 anni che vivono l'esperienza del disagio psichico, come disturbi di personalità oppure sindromi dello spettro autistico. Vi è, inoltre, la presenza di psicologi, educatori, di tecnici informatici e del suono.

Parlando dell'interazione della radio con il territorio o con la comunità, negli anni, si è creata una sinergia nell'ambito dei progetti riguardanti l'alternanza scuola-lavoro. Tale attività, promossa dall'ASL RM 6, dal 2018, ha consentito ai ragazzi di uno dei Licei della zona di entrare nel Centro di Salute Mentale per conoscere e comprendere la realtà della salute mentale, che molto spesso rimane in ombra.

I giovani si sono sperimentati in prima persona e hanno condiviso con gli utenti le attività svolte nei laboratori.

Si è dimostrata un'esperienza di crescita profonda e di contatto per tutti, in cui si è

riscoperto il ruolo fondamentale della comunicazione per creare integrazione. Immaginando la figura dell'operatore giovanile, di uno youth worker, e delle competenze necessarie per un progetto di questo tipo, possiamo menzionare la capacità di mediazione tra il territorio, gli utenti ed i Centri di Salute Mentale; questo poiché la funzione educativa può essere erogata non solo attraverso delle tecniche specifiche, ma anche attraverso l'essere un cittadino che conosce le opportunità e orienta, rispetto il proprio territorio.

Inoltre, diventa fondamentale il sapere aiutare nell'uso dello strumento informatico, con l'obiettivo rivolto all'utente, di usare le proprie competenze in modo concreto, per conoscere il mondo.

Lo youth worker può avere, così, una vera e propria funzione di "ponte", di un qualcuno che crea connessioni." Creare un collegamento, proprio come fa un Ponte Radio.

Status report

- Lavorare sulle fasi del laboratorio radiofonico.
- Ricerca delle notizie o degli argomenti utili per la divulgazione.
- Avere un obiettivo comune.
- Esprimere le proprie idee attraverso diverse modalità comunicative.
- Offrire supporto ai giovani con difficoltà emotive, comportamentali e di salute mentale, attraverso l'arte della radiofonia e della gestione di una redazione radiofonica.
- Creare competenze concrete per possibili scenari di reinserimento scolastico e lavorativo.
- Aiutare e formare nell'uso dello strumento informatico.
- Sollecitare la fiducia nell'esprimere sé stessi.
- Favorire una conoscenza condivisa per superare i pregiudizi legati alle problematiche relative alla salute mentale.

Note/Riflessioni

"Radio Ponte Radio è un punto d'incontro che dà la possibilità di ritrovarsi e di esprimersi, un vero e proprio ponte verso gli altri. Questo consente di portare "fuori" le



idee, creare un'opportunità di ascolto e riflessione attraverso diverse forme di comunicazione come la musica, l'espressività artistica, le foto e i disegni. Uno degli obiettivi è quello di superare la stigmatizzazione della salute mentale aprendosi verso gli altri e permettendo a chi è al di fuori di conoscere tale realtà."

"Quando curiamo noi stessi curiamo anche il mondo e per curare noi stessi abbiamo bisogno di vivere e condividere con il mondo. La rete sociale unisce realtà, come i ponti collegano sponde opposte per non isolare, per non abbandonare nessuno."



Educazione attiva ai media per i giovani disabili



Questioni chiave

Progetto Europeo Giovani; giovani; disabilità intellettive; competenze digitali; vittimizzazione; cyber bullismo.

Obiettivi di apprendimento

- Consentire ai giovani con disabilità intellettive di accedere ai media;
- Aiutare i giovani a diventare cittadini attivi;
- Aumentare la consapevolezza dei bisogni dei bambini e dei giovani con disabilità intellettiva e del loro supporto pedagogico.

Introduzione

Il progetto europeo AMEDY (Active Media Education for Disabled Youth) affronta le sfide del mondo digitale per i giovani con disabilità intellettiva e le esigenze dei professionisti che lavorano con questo gruppo target. Il progetto è finanziato da Erasmus+ ed è realizzato dal coordinatore tedesco del progetto Stiftung Digitale Chancen insieme alle organizzazioni partner UC Leuven-Limburg del Belgio e IASIS NGO della Grecia.

Analisi panoramica

Sebbene i giovani con disabilità intellettiva mostrino un forte interesse per le tecnologie digitali e utilizzino intensamente i media digitali durante la socializzazione, questi sono fortemente colpiti dal cyberbullismo e dalla vittimizzazione. Per loro è spesso difficile sfruttare le opportunità offerte dalle tecnologie digitali, allo stesso modo, necessitano anche di un supporto speciale per far fronte adeguatamente ai rischi che potrebbero incontrare durante il loro utilizzo.

Pertanto, l'obiettivo del progetto è sostenere questi bambini e giovani a diventare cittadini europei ben informati, responsabilizzati e alfabetizzati nei media. Poiché



la società europea diventa sempre più digitale, il progetto vuole contrastare il divario. Il focus è su un approccio orientato alla forza per il lavoro con i giovani rispetto alle opportunità e alle sfide digitali riguardanti il loro sviluppo personale e professionale e una partecipazione attiva nella società.

I risultati del progetto sono tre

a. Formazione online: Educazione attiva ai media per i giovani disabili

La formazione online gratuita "Active Media Education for Disabled Youth" si rivolge ai professionisti dell'istruzione che lavorano con bambini e giovani con disabilità intellettiva. Sulla base di tre moduli, si esplorano le opportunità dei media digitali e si aumenta la consapevolezza dei potenziali rischi online:

Modulo 1: Utilizzo dei media e privacy

Modulo 2: Tendenze e rischi

Modulo 3: Creazione e partecipazione

b. Documento: Strategie di supporto

L'obiettivo del documento è quello di fornire una migliore panoramica dei bisogni dei giovani con disabilità intellettiva. Di cosa hanno bisogno per navigare in sicurezza nel mondo online e quale supporto possono o devono fornire i caregiver? Utilizzando due esempi, il metodo del Design Thinking viene mostrato nella sua applicazione e dimostra come da esso possono essere derivate azioni e strategie di supporto per la pratica.

c. Toolbox: Attività di sensibilizzazione

Attraverso il toolbox, il consorzio del progetto mira a sensibilizzare i bisogni dei bambini e giovani con disabilità intellettiva e il loro supporto pedagogico. Offre una raccolta delle migliori pratiche in tutta Europa che aumentano la consapevolezza della situazione delle persone con disabilità intellettiva nella nostra società digitalizzata. Inoltre, il toolbox include un catalogo di suggerimenti concreti, guide pratiche e risorse utili che possono essere utilizzate per implementare le proprie idee o azioni.



Rapporto sullo stato

Basandosi sui risultati del progetto europeo Digital Skills for You(th), che Stiftung Digitale Chancen ha realizzato in collaborazione con organizzazioni partner in Repubblica Ceca e Spagna, l'offerta formativa blended learning sviluppata per professionisti che lavorano con giovani socialmente ed educativamente svantaggiati deve essere adattata alle esigenze del gruppo target di giovani con disabilità intellettiva e fornita in quattro lingue diverse (inglese, tedesco, greco, olandese). Inoltre, per tutti i gruppi target coinvolti sarà sviluppato un documento di supporto che contiene diverse strategie per supportare i giovani, i professionisti e le loro organizzazioni. Verrà inoltre creato un toolbox con linee guida per la sensibilizzazione.

Note/Riflessioni

Anche se il gruppo target professionale del progetto non è chiaramente uno Youth Worker, questo caso di studio è significativamente rilevante per loro.

Valutazione della salute mentale dei rifugiati e dei richiedenti asilo da parte degli Youth Worker



Questioni chiave

Progetto Europeo Giovani; progetto giovani; giovani rifugiati; giovani migranti; giovani richiedenti asilo; salute mentale; valutazione.

Obiettivi di apprendimento

- Migliorare negli Youth Workers la capacità di valutazione della salute mentale;
- Ampliare le loro conoscenze sulla salute mentale di YMRA;
- Sviluppare la loro capacità riflessiva, la fiducia e la resilienza;
- Promuovere strategie di auto-cura e ridurre la probabilità di burnout;
- Migliorare le competenze culturali.

Introduzione

AMORAY, Valutazione della salute mentale dei rifugiati e dei richiedenti asilo da parte degli operatori giovanili, propone un programma di formazione e sviluppo per gli Youth Workers, con l'obiettivo di riconoscere il loro ruolo nell'offrire supporto per la salute mentale dei giovani migranti, rifugiati e richiedenti asilo (YMRA). Sulla base di un'analisi dei bisogni all'inizio del progetto, il partenariato svilupperà il "curriculum formativo per la valutazione della salute mentale di rifugiati e richiedenti asilo da parte degli YW", seguendo il sistema europeo di crediti per l'istruzione e la formazione professionale (ECVET) e garantendo che la formazione comporterà una certificazione professionale a livello dell'UE. Il curriculum getterà le basi per lo sviluppo del contenuto della formazione. La piattaforma AMORAY fornirà l'accesso ai contenuti, introdurrà un forum di comunicazione e un gateway per il materiale psicoeducativo pertinente.

Il progetto pilota di attuazione si svolgerà nel Regno Unito, in Grecia, in Francia e in Spagna.

Analisi d'insieme

I risultati del progetto sono tre:

1. Curriculum di formazione per la valutazione della salute mentale di rifugiati e richiedenti asilo da parte di operatori giovanili.

Lo scopo di questo risultato intellettuale è quello di progettare il curriculum di formazione per la valutazione della salute mentale nell'animazione socioeducativa, seguendo gli standard del sistema europeo di crediti per l'istruzione e la formazione professionale (ECVET). Questo risultato sarà sviluppato in due fasi: progettazione e sviluppo del curriculum di formazione AMORAY e pilotaggio e valutazione.

2. Combinazione di formazione: manuale, strumenti di valutazione dell'apprendimento, pacchetto didattico.

L'handbook fornisce un manuale di formazione con attività di apprendimento chiaramente definite che si riferiscono alla struttura del curriculum. Fornisce un approccio modulare, non una struttura lineare simile a un libro, che consente ai programmi di formazione di adattarsi alle diverse esigenze nell'UE.

Le metodologie di valutazione dell'apprendimento includeranno valutazioni formative (ad esempio un modulo che indichi il numero minimo di valutazioni della salute mentale, a cui l'operatore giovanile ha contribuito), strumenti di valutazione dell'autoapprendimento (ad esempio diari di apprendimento), attività di riflessione sulla pratica o sui casi attuali degli Youth Workers e opportunità di riflessione con colleghi e supervisori.

Il pacchetto didattico per i formatori includerà la logica della formazione, l'approccio pedagogico, la struttura e la logica del manuale e casi di studio selezionati. Questo pacchetto sarà presentato nel corso di formazione (training per formatori) – evento di capacity building che si svolgerà a Londra con l'intero consorzio.

3. Piattaforma AMORAY: Open Educational Resources (OER).

Lo scopo di questo risultato è quello di creare una risorsa aperta per gli Youth Workers in modo da consentire l'accesso ai materiali e agli strumenti del progetto.

La piattaforma AMORAY includerà risorse educative aperte (Open Educational Resources -OER-), che supportano l'insegnamento basato sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) per gli Youth Workers. Fornirà l'opportunità di un e-Learning innovativo e attraente basato sulla struttura del curriculum formativo.

Una chat / forum online, utilizzando protocolli crittografati per la protezione dei dati, darà lo spazio agli Youth Workers per essere in grado di comunicare ed esplorare questioni riguardanti lo sviluppo delle conoscenze nella valutazione della salute mentale.

Rapporto sullo stato

Nella seconda parte di questo progetto biennale, saranno formati 100 Youth Workers e 500 giovani migranti, rifugiati e richiedenti asilo beneficeranno di valutazioni della salute mentale e di interventi psicosociali su misura.

Note/Riflessioni

Gli strumenti di valutazione della salute mentale sono applicabili anche a diversi gruppi target di beneficiari, oltre che ai giovani migranti e rifugiati.

A. & I. - I gemelli.

Disturbo paranoide, simbiosi, ritiro sociale.

Questioni chiave

Salute mentale, adolescenza, Youth Worker, disturbi paranoide, ritiro sociale, riabilitazione psicosociale, intervento di rete, sviluppo relazionale.

Obiettivi dell'intervento

- Creazione di un clima informale in cui incentivare la socializzazione.
- Comprensione delle difficoltà individuali e degli aspetti disfunzionali.
- Comprensione e rinforzo delle risorse e degli aspetti funzionali.
- Riconoscimento delle competenze individuali.
- Agevolazione nell'opportunità di conoscersi ed esplorarsi, sia individualmente che in relazione con gli altri.
- Creare uno spazio di fiducia e non competitivo, in cui l'individuo può aprirsi ed esprimere le proprie emozioni senza il timore di essere giudicato.
- Aiuto nella gestione delle emozioni nelle relazioni.

Introduzione

Centro Diurno, servizio semi-residenziale del PIP SM – Servizio di prevenzione e interventi Precoci, ASL Roma 1, Via Plinio. Inserimento avvenuto a Maggio 2021.

Due sorelle gemelle di 23 anni giungono al PIPSM di Via Plinio con una richiesta formulata dal padre. Le ragazze lamentano una situazione genitoriale e familiare conflittuale, caratterizzata da continui spostamenti di residenza. Inoltre, si evidenzia un forte stato di ritiro sociale, anedonia e una tendenza paranoide. Dopo una prima fase in cui l'equipe lavora sulla fiducia e sulla compliance al trattamento, si arricchisce la proposta terapeutica suggerendo l'inserimento nel Centro Diurno per agevolare la socializzazione e proporre alle ragazze uno spazio altro rispetto alla propria casa.



Overview analysis

Durante la prima fase di accoglienza, le ragazze manifestano una forte tendenza al ritiro con frequenti riferimenti alla sensazione di esclusione dal gruppo dei pari. Difatti, dichiarano di non uscire mai dalla propria camera, di sentirsi delle “hikikomori” e riportano di sentirsi insoddisfatte e costantemente invisibili allo sguardo altrui, incapaci di intraprendere relazioni significative.

OBIETTIVI DELLA PRESA IN CARICO

L'equipe curante propone un inserimento nel Centro Diurno in cui, tramite le attività organizzate e il clima informale che connota il lavoro degli Youth Worker coinvolti, abbiano la possibilità di esprimere le loro capacità senza sentirsi giudicate, creando per loro uno spazio che vada oltre quello della terapia. Si auspica, inoltre, la stimolazione delle capacità di socializzazione al fine di comprendere come stare in relazione, mettersi in discussione e, possibilmente, dar vita a nuove relazioni affettive, agevolando l'uscita dalla condizione di estremo ritiro.

INTERVENTI

Gli accordi presi con l'equipe degli YW prevedono che le ragazze seguano l'attività Colourway, uno spazio ideato per la condivisione di pensieri e avvenimenti accaduti agli utenti durante la settimana, il laboratorio di canto, il laboratorio di cineforum e il laboratorio di teatro; sostenendo e incentivando il loro interesse per le attività in cui possono dar spazio alla loro creatività. L'introduzione al Centro Diurno è caratterizzata da una soglia di incertezza, data dal timore che gli altri ragazzi non vogliano socializzare con loro e dall'idea che possano escluderle. Nonostante ciò, dichiarano di sentirsi sin da subito coinvolte nelle attività frequentate, trovandole interessanti e sostenendo che il momento delle attività sembra essere uno dei pochi in cui non pensano ai problemi esterni. In tutte le attività le ragazze sembrano manifestare un forte coinvolgimento, partecipando attivamente e costantemente, seppur con qualche perplessità iniziale relativa al rapporto con i pari.

RISULTATI RAGGIUNTI

Con il passare del tempo, grazie al clima informale e alla costante presenza di pari con cui si relazionano durante le attività, le ragazze si affidano instaurando legami amicali che vanno oltre la frequentazione al Centro Diurno, organizzandosi con gli utenti per uscite esterne e viaggi indipendenti. Si può segnalare, dunque, una riattivazione delle loro capacità di socializzazione fuoriuscendo dalla condizione di isolamento in cui si trovavano. Questo ha permesso lentamente il recupero della voglia di fare, l'instaurarsi di nuovi obiettivi e di una prospettiva futura che precedentemente era assente. Ad oggi, affermano che il Centro Diurno sia per loro una casa, uno spazio in cui sentirsi loro stesse senza il timore di essere giudicate, una micro realtà all'interno della quale si sentono protette al punto tale da mettersi in gioco e provare ad affrontare le proprie difficoltà.

COMPETENZE IMPIEGATE

Dall'analisi di questo caso, si ritiene che l'introduzione nel Centro Diurno abbia giocato un ruolo chiave nella ripresa delle capacità di socializzazione e nel riconoscimento delle competenze delle ragazze. L'assenza di un contesto competitivo e la presenza di un clima informale in cui poter tessere delle relazioni significative, agevolate dalla presenza degli Youth Worker - capaci di restituire una maggiore sicurezza laddove le ragazze evidenziavano delle insicurezze - ha permesso di intervenire non solo sulla situazione di chiusura simbiotica e il rispettivo ritiro relazionale, ma anche sulla condizione di insoddisfazione generale di entrambe, aprendo nuove prospettive sul futuro. Gli Youth Worker, in particolar modo, hanno saputo riconoscere ed evidenziare le competenze delle ragazze anche in quanto singole, permettendone l'espressione all'interno di uno spazio protetto e informale, in cui hanno avuto la possibilità di esporsi e di riconoscersi nelle esperienze degli altri. La competenza maggiormente impiegata in questo intervento può essere riassunta nella possibilità di ridefinire aspetti disfunzionali e funzionali delle ragazze direttamente all'interno delle esperienze di rapporto sviluppate nel CD, mediate da una funzione d'ascolto e di riconoscimento dei desideri relazionali emergenti. Da una parte infatti, il lavoro degli Youth Worker ha permesso alle due ragazze di

sperimentare la condivisione di aspetti che avevano sempre vissuto come fattori di esclusione nel rapporto con i pari; dall'altra, la loro presenza ha permesso la rimodulazione di alcuni approcci riconosciuti come disfunzionali nello sviluppo di relazioni efficaci, per esempio incentivando in maniera implicita una distinzione tra le due, da sempre immerse in una relazione simbiotica. Gli Youth Worker coinvolti hanno dimostrato di possedere la capacità di pensare in modo aperto e flessibile, di riconoscere aspetti socio-relazionali disfunzionali in funzione dei diversi contesti relazionali e degli obiettivi, di saper integrare le proprie conoscenze teoriche con l'esperienza pratica, di valorizzare il confronto gli altri colleghi al fine di sostenere la complessità del caso.



Il caso di N.

Difficoltà relazionali e sostegno scolastico.

Parole chiave

Cultura, scuola, sostegno scolastico, lavoro di rete, problematiche familiari, condotte disfunzionali.

Obiettivi formativi

Poter dare alla ragazza un sostegno scolastico come aiuto allo studio; aiutarla nel riuscire ad avere delle relazioni sociali, sia in classe che fuori; aumento dell'auto-stima; prevenire un ipotetico sviluppo di condotte disfunzionali/autolesive.

Introduzione

N. nasce in Bangladesh nel 2004, vive con i genitori e tre fratelli. Arriva in Italia nel 2018 e inizia per lei l'inserimento nel nuovo Paese. Finisce le scuole medie e inizia il liceo linguistico.

La situazione familiare è molto complessa, il padre è seguito al CSM per problemi psichiatrici (uso di sostanze, gioco d'azzardo, episodi di condotte aggressive, tentata rapina).

A scuola non riesce a legare con nessuno, si isola totalmente e inizia a non frequentare quasi più per potersi occupare sia del negozio di famiglia, sia per aiutare la madre nelle faccende domestiche; questi fattori determinano il sovraccarico fisico e mentale con cui si presenta.

Obiettivi della presa in carico al Centro Diurno

Viene inviata al Centro Diurno, servizio semi-residenziale del PIP SM – Servizio di prevenzione e interventi Precoci, ASL Roma 1, dall'equipe del servizio ambulatoriale psichiatrico, con il fine ultimo di:

- Offrire un ambiente alternativo a quello familiare in cui stare, per prevenire un possibile sviluppo di condotte disfunzionali/autolesive;
- Sostegno scolastico: sviluppo di un metodo di studio più allineato con i limiti/risorse presenti;
- Aiuto nello sviluppo di competenze sociali e relazionali.

Interventi

Viene presentato il Centro Diurno a N. e alla sua famiglia, inizialmente scettica sul servizio in quanto convinta di trovarsi in un ambiente connotato dalla dimensione prettamente psichiatrica/medicalizzante. Dopo aver presentato il servizio, la famiglia cambia idea: gli Youth Worker spiegano nel dettaglio funzioni e attività del CD e rassicurano i genitori sul proposito di rendere quello spazio un luogo in cui N. potrà sentirsi accolta e sostenuta nello sviluppo scolastico e relazionale. I genitori esprimono apprezzamento e acconsentono alla presa in carico di N.

Il progetto individualizzato, pensato e strutturato insieme a N., prevede la sua presenza al CD in specifici orari settimanali.

Inizialmente, il progetto ha come obiettivo primario il sostegno scolastico, inteso come miglioramento del metodo di studio, del rendimento scolastico e del rapporto con la scuola in generale. Si concorda che N. verrà al centro diurno tre volte a settimana e, affiancata da una tirocinante psicologa (risorsa supplementare interna al CD), lavorerà sullo sviluppo di un metodo di studio più congruo alle sue necessità e ai limiti che questo periodo di difficoltà necessariamente le impone. Ripeteranno poi insieme le materie da preparare per gli esami orali, in modo da migliorare anche la padronanza della lingua italiana. Questa prima fase dura circa un anno, al termine del quale N. risulta ormai pronta a sperimentare lo studio anche in autonomia; si decide, allora, di impegnarsi maggiormente sullo sviluppo dei rapporti con gli altri ragazzi del CD. Il progetto individualizzato è stato quindi modificato sulla base della ridefinizione della domanda: la frequenza è rimasta la stessa ma si è aggiunta la partecipazione ad alcuni dei laboratori proposti dal CD - gruppi pomeridiani e uscite esterne di gruppo. Un giorno a settimana è rimasto dedicato al sostegno scolastico.

Risultati raggiunti

Grazie al lavoro di equipe del Centro Diurno, N. è riuscita a:

- Comprendere meglio le proprie emozioni;
- Avere un aiuto scolastico le ha permesso di migliorare sia la lingua – quindi anche il livello di integrazione con il territorio - sia i voti scolastici, finendo il primo anno scolastico con voti oltre la media e senza alcun debito;
- Partecipare ai laboratori del CD ha fatto sì che N. riuscisse a stabilire delle relazioni con altri coetanei senza avere il timore di essere giudicata e sperimentando, al contrario, la possibilità di sentirsi accolta e di potersi confrontare con altri ragazzi portatori di difficoltà/fragilità analoghe alle sue;
- Partecipare alle attività esterne le ha concesso la possibilità di poter vivere la città in cui vive, scoprendo luoghi diversi e aprendosi sempre di più con gli altri. Questa esplorazione del territorio, condivisa dentro rapporti affidabili e supportivi, ha migliorato anche il senso di appartenenza al contesto italiano.

Competenze

Il Centro Diurno svolge attività di prevenzione e promozione della salute mentale grazie alla conoscenza e allo scambio che intrattiene con il territorio e i diversi servizi sociali, educativi e sanitari rivolti ai giovani. Nel caso presentato è importante mettere in luce il grande lavoro di rete mobilitato dal CD nei termini di una mediazione tra famiglia, servizio psichiatrico e scuola, ma anche tra la cultura di appartenenza e quella ospitante.

Il Centro Diurno ha funzionato da intermediario con il servizio scolastico, facendosi carico dell'accompagnamento di N. nel suo percorso evolutivo sia dal punto di vista scolastico, sia relazionale. Durante il percorso, infatti, il CD ha mantenuto contatti regolari con la scuola, realizzando un monitoraggio condiviso dell'andamento scolastico: le assenze e i ritardi, ma anche i progressi – nei voti e nell'atteggiamento - che N. via via otteneva. In questo senso, il servizio ha svolto anche una funzione di supporto al ruolo familiare.

Dal punto di vista relazionale, l'équipe degli Youth Workers è intervenuta contribuendo alla formazione di una presa in carico condivisa (composto da psicologi, psichiatri, operatori scolastici, assistenti sociali) che permettesse di occuparsi della molteplicità di aspetti caratterizzanti la domanda di N.: dal miglioramento delle competenze cognitive, di apprendimento al desiderio di socializzazione e di sviluppo del senso di appartenenza.

Centro materno per le giovani madri.



Punti chiave

Maternità precoce; giovani madri; disfunzione familiare; consulenza; supporto psicologico; integrazione sociale.

Obiettivi di apprendimento

- Offrire un rifugio alle madri in situazione di rischio di abbandono dei propri figli;
- Offrire a un bambino l'opportunità di crescere con sua madre;
- Fornire assistenza alle donne con una gravidanza indesiderata, preparandole al parto ed educandole in materia di assistenza all'infanzia, dieta, salute, fede, ecc.
- Aiutarle a diventare indipendenti e capaci di sostenersi: aiutarle a pianificare e vivere con un budget limitato, completare un percorso di formazione, trovare un lavoro, riprendersi da un trauma psicologico.

Introduzione

- Casa Mitspa - Home Mitspa, Timisoara, fondata dalla Missio Link International Foundation.
- Daria, giovane madre e vittima della tratta di esseri umani.

Analisi d'insieme

Daria non aveva speranza nel futuro. È cresciuta in un orfanotrofio, essendo uno dei tanti fratelli nel sistema di protezione ma separata da loro all'età di tre anni. Dopo aver compiuto 18 anni e senza alcun sostegno da parte dello stato, decise di trovare un lavoro ma siccome le cose erano ancora difficili, andò a lavorare all'estero come aveva visto fare tanti altri giovani e all'inizio sembrava tutto meraviglioso. Essendo giovane e ingenua, è entrata in un giro sporco ed è finita per essere trafficata

da quelli che credeva fossero suoi amici.

Grazie all' aiuto di brave persone, è riuscita a liberarsi dell'incubo e tornare in Romania. Qui ha incontrato un giovane che le ha promesso amore e un futuro radioso, ma poi ha scoperto di essere incinta.

In quel momento tutto è cambiato. Il ragazzo non ha voluto avere niente a che fare con lei ed il bambino e iniziò a farle pressioni affinché tornasse all'estero per lavorare. A causa della costante pressione e delle necessità quotidiane, Daria accettò di andarsene. Fu ancora una volta vittima della tratta di esseri umani, le stesse persone, lo stesso incubo. La speranza iniziò a svanire lentamente. Niente sembrava andarle bene. Era disperata.

Ma la vita le ha dato un'altra possibilità. È riuscita a uscire da quella situazione grazie all'aiuto della polizia ed i colpevoli sono stati puniti secondo la legge. Al suo ritorno in Romania, ha ricevuto sostegno e consulenza attraverso un'organizzazione che lavora con le vittime della tratta di esseri umani.

In seguito Daria arriva alla Mitspa House. All'inizio le cose non sono state facili, adattarsi alla vita con un nuovo nato, con tanti cambiamenti e per di più con il trauma vissuto. Ma il supporto e le cure che ha ricevuto a Mitspa House, così come la comunità intorno, l'hanno aiutata nel suo viaggio verso la guarigione e verso la ricerca di un nuovo scopo nella vita. La speranza comincia a sbocciare lentamente nel suo cuore. Comincia a fidarsi di nuovo, a credere che ci sia un piano per lei e per la vita del suo bambino. Comincia a volere di più dalla vita e da sé stessa. Ora Daria sta per prendere un diploma professionale e ha un lavoro part-time, pur essendo una madre devota al suo bambino. Daria è un esempio di resilienza, coraggio e incoraggiamento per molte altre giovani madri.

Rapporto sullo stato

A Timisoara diverse organizzazioni offrono consulenza e si prendono cura delle donne che si trovano ad affrontare gravidanze indesiderate . Le neomamme vengono rifiutate dalle loro famiglie e si ritrovano senza casa quando decidono di tenere i loro bambini. La maggior parte sono sottoposte a forti pressioni dalle loro famiglie per abortire. Hanno bisogno di un luogo in cui possano trovare sicurezza e cura per sé stesse, aiuto e sostegno per prendersi cura dei loro bambini. Queste

mamme hanno bisogno di tempo per riprendersi e imparare ad assumersi la responsabilità per sé stessi e per i loro figli.

Casa Mitspa offre supporto per:

- Donne incinte che hanno bisogno di protezione dalla pressione della famiglia per abortire.
- Madri single senza tetto con bambini.

Note/Riflessioni

Senza avere un posto a disposizione per accoglierle è molto difficile incoraggiare le madri a tenere il loro bambino. Consigliare senza offrire un aiuto reale e un supporto pratico equivale a metterle sotto pressione ancora di più e aumentare il loro disagio, data la pressione che stanno già subendo per abortire. Alcune di loro subiscono abusi a causa della loro gravidanza ed è molto difficile lasciarle tornare a casa nella stessa situazione sapendo che saranno abusate di nuovo. Queste donne hanno bisogno di un aiuto reale e di un sostegno pratico. La maggior parte delle madri in situazioni di rischio proviene da contesti familiari difficili nei quali non hanno mai ricevuto supporto emotivo o un'istruzione di base per essere in grado di prendersi cura di sé stessi e dei propri figli. L'obiettivo è quello di aiutarle a superare una situazione di crisi e offrire loro un rifugio dove possano imparare passo dopo passo a diventare indipendenti e riprendere il controllo della propria vita. Offrendo un ambiente pacifico e sicuro, possono allontanarsi dalle circostanze immediate e pensare alle decisioni che devono prendere.

C'è vita dopo l'abuso.



Questioni chiave

Giovani ragazze; abuso; abuso sessuale; trauma; recupero post trauma; psicoterapia; inclusione sociale.

Obiettivi di apprendimento

- Fornire alloggio e protezione alle vittime di abusi sessuali;
- Consulenza e assistenza per l'inclusione di giovani vittime di abusi;
- Abbandono scolastico e prevenzione dello sfruttamento minorile;
- Programma di consulenza ed educazione non formale dei giovani.

Introduzione

- Casa Debora – Timisoara, fondata dalla Fondazione Internazionale Missio Link.
- Beatrice, vittima di abusi sessuali.

Analisi d'insieme

Beatrice è cresciuta in una famiglia modesta e a basso reddito. A causa della mancanza di denaro, i suoi genitori litigavano molto e per un periodo hanno vissuto da separati, lasciando Beatrice con la madre.

Quando era adolescente, a causa di problemi finanziari, suo padre se ne andò di casa e non tornò mai più. Dopo che suo padre se ne andò, sua madre non riusciva a prendersi cura di lei e spesso la lasciava sola a casa mentre lavorava lunghi turni. Poiché non aveva nessuno, Beatrice si fidava di un suo amico sposato e i due iniziarono a passare molto tempo insieme. Guadagnando la sua fiducia, la sua amica e suo marito iniziarono a farle visita in casa, portandole le cose di cui aveva bisogno e comportandosi in modo amichevole. Fino a quando un giorno, il marito della sua



amica andò da lei da solo e la violentò.

Nel momento in cui si rese conto di essere incinta, Beatrice dovette dirlo a sua madre, la quale decise che non era più in grado di prendersi cura di lei.

Questo è il passato della ragazza, ma non il suo futuro. Beatrice ha trovato a Casa Debora un posto dove si è sentita al sicuro e dove ha potuto riprendersi da tutti quei tragici eventi che gli erano accaduti in così giovane età. Ha iniziato la consulenza e la terapia, ha continuato la sua formazione e, con l'aiuto, ha iniziato a crescere il suo bambino e a diventare indipendente.

Il Centro Residenziale "Casa Debora" è nato nel 2002 come primo centro in Romania specializzato nell'assistenza a minori vittime di gravi abusi, tra cui la tratta di esseri umani. In un ambiente familiare sano, con l'aiuto di genitori sociali e un team di specialisti, fino a 24 ragazze minorenni beneficiano di istruzione, assistenza sanitaria, assistenza sociale e terapia post-trauma. Finora, più di 140 ragazze hanno trovato riabilitazione e speranza a Casa Debora. Con due unità di tipo familiare, Casa Debora è un servizio di protezione dei minori autorizzato.

Rapporto sullo stato

“C'è vita dopo l'abuso è una continuazione del progetto avviato nel 2020, ma anche un suo ampliamento, attraverso il quale proponiamo che almeno 24 ragazze minorenni vittime di gravi abusi e almeno 10 giovani donne tra i 18 e i 22 anni, riacquistino l'autostima e sviluppino capacità professionali e abilità in grado di aumentare le loro possibilità di una vita adulta indipendente. Il progetto garantirà alle nostre ragazze l'accesso a terapie di gruppo e individuali, personalizzate sulle esigenze di ognuna di loro. Le sessioni di psicoterapia saranno combinate con l'arteterapia, seminari di sviluppo personale, seminari di sviluppo delle abilità di vita e faciliteranno l'accesso alla consulenza e alla formazione professionale per almeno 10 giovani donne sopravvissute a gravi abusi. Proponiamo inoltre che il progetto si concluda con un evento che richiami l'attenzione sul fenomeno degli abusi sui minori, ma anche per presentare pubblicamente, in modo creativo, i risultati del progetto. È un nuovo tassello che aggiungeremo insieme alla comunità locale e che completerà il ritratto distrutto dagli abusi”.

Note/Riflessioni

Durante la pandemia, il numero delle minorenni sfruttate sessualmente è aumentato del 30% (Rapporto ANITP, Romania). Indipendentemente dalla forma che assume l'abuso, viene distrutta l'autostima della giovane vittima e comporta sempre anche un abuso emotivo. La vittima si sente incolpata. È lei che l'ha causato. Sente di non avere valore, che non appartiene a nessuna comunità. Si sente sola, abbandonata, di non essere capace di niente di buono. Tutto il suo essere è sopraffatto da una paura viscerale e permanente, perché l'abuso raramente è un atto unico, ma si ripete più e più volte. A causa della bassa autostima, si sviluppano disturbi emotivi e spesso comportamentali, essendo convinta che a nessuno importi di lei e che quindi non conti quello che fa. Il rendimento scolastico diminuisce e nella maggior parte dei casi la vittima maltrattata abbandona la scuola o viene incoraggiata a farlo per ridurre il rischio che venga scoperto l'abuso. La mancanza di competenze e abilità professionali e di vita rende la vittima ancora più vulnerabile e favorisce lo sviluppo di un ciclo di abusi.



GLOSSARIO

A

Avvocato

Qualcuno che ti rappresenterà e parlerà a tuo nome. Un avvocato può aiutarti a consigliarti sui tuoi diritti e aiutarti a comunicare le tue esigenze ad un team di assistenza.

Disturbo affettivo (noto anche come disturbo dell'umore)

Una categoria di problemi di salute mentale che includono disturbi depressivi.

Anoressia nervosa (chiamata anche anoressia)

Un disturbo alimentare caratterizzato da un basso peso corporeo (meno dell'85% del peso normale per altezza ed età), un'immagine corporea distorta e un'intensa paura di ingrassare.

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)

Un disturbo del comportamento, di solito diagnosticato per la prima volta durante l'infanzia, che è caratterizzato da disattenzione, impulsività e, in alcuni casi, iperattività.

Disturbo autistico

Oggi parliamo di disturbi dello spettro autistico per definire un insieme di condizioni in cui le persone hanno difficoltà a stabilire normali relazioni sociali, usano il linguaggio in modo anomalo o non lo usano per niente e mostrano comportamenti limitati e ripetitivi.

Adolescenza

È un periodo di sviluppo che rappresenta il passaggio dall'infanzia all'età adulta, cioè da circa 12 anni a 19/20. Il termine adolescenza, infatti, significa CRESCERE. Gli anni dell'adolescenza sono gli anni dell'auto-sperimentazione, dell'incertezza di base, durante i quali non è sempre chiaro chi sei, cosa vuoi, cosa ti piace, in cosa credi e soprattutto qual è il tuo obiettivo.



Trattamento comunitario assertivo

Il trattamento comunitario assertivo (ACT) è una forma di assistenza sanitaria mentale basata sulla comunità. È rivolto alle persone con gravi malattie mentali che interferiscono con la capacità di vivere nel tessuto sociale, partecipare agli appuntamenti con professionisti in cliniche ed ospedali e gestire i sintomi della salute mentale. La missione dell' ACT è aiutare le persone a diventare indipendenti e ad integrarsi nella comunità mentre sperimentano il recupero.

B

Disordine Bipolare

Classificato come un tipo di disturbo affettivo (o disturbo dell'umore) che va oltre gli alti e bassi della giornata. È caratterizzato da episodi periodici di estrema euforia, umore elevato o irritabilità contrastati da periodici e classici sintomi depressivi.

Disturbo borderline di personalità

È uno dei disturbi più significativi clinicamente ed epidemiologicamente nella fascia di età giovanile. È caratterizzato da un alto grado di emotività e di solito oscilla tra posizioni estreme in molti settori della vita come le relazioni interpersonali e il concetto di sé.

C

Care plan

Questo documento è stato creato per individuare il motivo per cui ti trovi in ospedale e quali cure verranno fornite per aiutarti a stare meglio. Potresti avere più di un piano di assistenza, per poter contemplare le diverse esigenze di supporto e gli interventi che verranno messi in atto per sostenerti. Il tuo piano di assistenza dovrebbe essere condiviso con te e dovresti essere informato di eventuali modifiche apportate.

Chimico

Farmacista. Un professionista della salute che lavora in una farmacia o in un ospedale della comunità, in grado di dare consigli sui farmaci.

Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

La CBT è un tipo di terapia verbale utilizzata per aiutare i pazienti a capire il modo

in cui pensano alle cose e modificare eventuali comportamenti inutili. Un corso di CBT normalmente dura tra le 12 e le 20 sessioni.

Sviluppo cognitivo

Sviluppo della capacità di pensare e ragionare.

Disturbi della comunicazione

I disturbi della comunicazione sono disturbi dello sviluppo che includono il disturbo del linguaggio espressivo, che si concentra sui ritardi dello sviluppo e le difficoltà nella capacità di produrre il linguaggio, e il disturbo del linguaggio misto ricettivo-espressivo, che si concentra sui ritardi dello sviluppo e sulle difficoltà nella capacità di comprendere il linguaggio parlato e produrre il linguaggio .

Disturbo della condotta

un modello persistente e ripetitivo di violazione dei diritti degli altri. Bullismo cronico, intimidazione, combattimento fisico, crudeltà verso animali e persone e furto sono caratteristiche osservate in questo disturbo.

Psicologo clinico

Professionista della salute mentale autorizzato e specializzato nella valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi mentali. La formazione prepara gli psicologi clinici a trattare adulti e bambini individualmente, come parte, e coinvolgendo l'unità familiare e/o in un ambiente di gruppo. Gli psicologi conducono anche test cognitivi, accademici e di personalità.

Riservatezza

Riservatezza significa che qualcuno non riferirà a nessun altro quello che racconti. Medici, terapisti e consulenti mantengono riservato ciò che dici loro. Tuttavia, potrebbero dover riferirlo a qualcun altro per assicurarsi che tu riceva l'aiuto di cui hai bisogno, o se sono preoccupati che tu corra il rischio di fare del male a te stesso o a qualcun altro. Cercheranno sempre di avvisarti prima di parlare con qualcun altro.

Consigliere

Qualcuno che è stato formato per supportare le persone nella loro salute mentale aiutandole a pensare e parlare dei loro sentimenti ed esperienze in uno spazio sicuro.

Terapia creativa

Terapie creative come l'arte, la musica o la terapia drammatica possono essere utilizzate per aiutare le persone a esprimere sentimenti difficili. Questi tipi di terapia sono spesso svolte in gruppi.



D

Depressione

Un disturbo dell'umore caratterizzato da sentimenti estremi di tristezza, mancanza di autostima e sconforto.

Dislessia

Un disturbo di elaborazione caratterizzato da difficoltà di lettura, scrittura, ortografia e talvolta articolazione delle parole.

Terapia comportamentale dialettica (DBT)

La DBT è un tipo di terapia orale progettata per aiutare le persone a comprendere i propri sentimenti e modificare comportamenti inutili. Aiuta anche le persone a imparare ad accettare sé stesse. La DBT viene normalmente eseguita per circa sei mesi. Spesso implica anche il lavoro con i gruppi. La DBT è più spesso raccomandata per le persone con disturbo borderline di personalità (BPD), ma può essere utile per chiunque provi emozioni in maniera molto intensa.

E

Elettrocardiogramma (ECG)

Un test medico che registra l'attività elettrica del cuore.

Elettroencefalogramma (EEG)

Un test medico che registra l'attività elettrica del cervello.

Disturbi alimentari

Comportamenti alimentari anormali.

Euforia

Una sensazione di euforia o benessere che non si basa sulla realtà ed è comunemente esagerata.

Disregolazione emotiva

La disregolazione emotiva è definita come la difficoltà nel regolare le proprie emozioni, cioè l'incapacità, una volta attivata l'emozione, di intraprendere le azioni necessarie per ridurre l'intensità e tornare ad uno stato di equilibrio emotivo.

F

Terapia familiare

Nella terapia familiare, un terapeuta lavora con persone in stretto rapporto tra loro, esplora i loro punti di vista e aiuta a capire i problemi che stanno avendo. Aiuta i membri della famiglia a comunicare meglio tra loro. Può aiutare le famiglie a cambiare, sviluppare e risolvere i conflitti.

La terapia familiare può essere offerta se l'intera famiglia è in difficoltà. Ciò può essere dovuto al fatto che un membro della famiglia ha un problema serio che colpisce il resto della famiglia.

G

Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)

Un disturbo mentale caratterizzato da preoccupazione e paura cronica eccessiva che sembra non avere una vera causa. I bambini o gli adolescenti con disturbo d'ansia generalizzato spesso si preoccupano molto di cose come eventi futuri, comportamenti passati, accettazione sociale, questioni familiari, capacità personali e/o rendimento scolastico. Allucinazioni: una forte percezione di un evento o di un oggetto quando non è presente tale situazione; può manifestarsi in uno qualsiasi dei sensi (vale a dire, visivo, uditivo, gustativo, olfattivo o tattile).

Medico generico

È il coordinatore della tua assistenza sanitaria. Valuta e tratta tutti i tipi di problemi di salute comuni e può indirizzarti ad altri servizi per il supporto specialistico. Può anche offrirti consigli su quale supporto locale è disponibile.

H

Health visitor

Infermiere specializzato che lavora nella comunità, concentrandosi solitamente sulla salute e sulla cura dei bambini piccoli (di età inferiore ai cinque anni) e dei loro genitori o tutori primari.



Assistente sanitario

Supporta gli infermieri nella gestione quotidiana di un reparto di degenza. Un assistente sanitario sosterrà spesso i pazienti nella loro routine quotidiana e può aiutare a facilitare i gruppi nell'unità.

Cappellano sanitario

Un cappellano sanitario può fornire supporto spirituale e pastorale se sei un paziente in ospedale o in cura. Ogni cappellano rappresenterà una fede o un credo diverso.

Hikikomori

È una condizione che colpisce soprattutto adolescenti e giovani adulti ed è caratterizzata da una forma estrema di ritiro sociale: le persone si chiudono nelle loro stanze e rifiutano ogni forma di contatto con il mondo esterno, anche per lunghi periodi di tempo, interrompendo volontariamente le relazioni con gli altri e mettendo fine a tutte le forme di comunicazione, anche con le loro famiglie.

I

Identità

Conoscenza di sé sulle proprie caratteristiche o personalità; un senso di sé.

Terapia interpersonale (IPT)

L'IPT si concentra sull'aiutare le persone ad affrontare i problemi nelle relazioni con le persone importanti della loro vita. Normalmente è suggerito per le persone che lottano con la depressione che hanno già provato altri tipi di trattamento. Un corso di IPT normalmente dura tra le 12 e le 16 sessioni.

Strutture intermedie

Appartengono ai servizi di salute mentale e sono servizi diurni o residenziali. Questi servizi mirano a consentire un trattamento riabilitativo per l'inclusione sociale.

L

Disturbo dell'apprendimento

I disturbi dell'apprendimento sono caratterizzati da difficoltà in un'area accademica (lettura, matematica o espressione scritta) tali che la capacità della persona di rag-



giungere l'area accademica specifica è inferiore a quanto previsto per l'età, la scolarizzazione e il livello di intelligenza della persona.

M

Depressione maggiore

(nota anche come depressione clinica o depressione unipolare)

Classificato come un tipo di disturbo affettivo (o disturbo dell'umore) che va oltre gli alti e bassi ordinari della giornata. Si presenta con tristezza, pianto, irritabilità, bassa autostima, mancanza di interesse o motivazione, problemi di sonno e alimentazione e possibili pensieri di autolesionismo.

Mania

Un disturbo dell'umore che può essere caratterizzato da estrema euforia, impulsività, irritabilità, linguaggio rapido, nervosismo, distrazione e/o scarso giudizio.

Disturbo dell'umore (nota anche come disturbo affettivo)

Una categoria di problemi di salute mentale che include disturbi depressivi.

Servizi di salute mentale

È l'insieme di strutture e servizi il cui compito è prevenire, trattare, assistere e proteggere i pazienti con disturbi di salute mentale. Includono diversi livelli di intervento: ambulatoriale, residenziale, domiciliare. Questi servizi sono generalmente integrati e in comunicazione tra loro.

N

Infermiere

Formato per prendersi cura e supportare le persone con i loro bisogni medici o di salute mentale monitorando come stanno, somministrando loro i farmaci e aiutandoli a prendersi cura dei bisogni primari. Lavorano principalmente negli ospedali, ma a volte vedono i pazienti a casa o in altri contesti. Possono anche prescrivere medicine.

Neurotrasmettitori

Sostanze chimiche nel cervello che regolano altre sostanze chimiche nel cervello.

O

Terapista occupazionale

Aiuta le persone che non stanno bene o hanno avuto problemi a costruire la fiducia e le capacità per condurre una vita normale.

In un'unità di ricovero, i terapisti occupazionali sono generalmente responsabili della creazione e dell'attuazione del calendario per l'unità, che potrebbe includere gruppi di terapia, gruppi di esercizi e tempo educativo. Potrebbero anche svolgere un lavoro individuale per vedere quale supporto sarebbe più utile per te, se individualmente o in gruppo.

Obesità

Un accumulo generalizzato di grasso corporeo.

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Un disturbo d'ansia in cui una persona ha un pensiero, una paura o una preoccupazione irragionevoli che cerca di gestire attraverso un'attività ritualizzata per ridurre l'ansia. I pensieri o le immagini inquietanti che si verificano frequentemente sono chiamati ossessioni e i rituali eseguiti per cercare di prevenirli o dissiparli sono chiamati compulsioni.

P

Malattia da panico

Caratterizzata da attacchi di panico cronici, ripetuti e inaspettati, di paura schiacciante di essere in pericolo quando non esiste una causa specifica. Le persone con disturbo di panico si preoccupano eccessivamente di quando e dove potrebbe verificarsi il prossimo attacco.

Fobia

Paura incontrollabile, irrazionale e persistente di un oggetto, una situazione o un'attività specifici.

Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)

Un disturbo d'ansia caratterizzato da un evento terrificante fisico o emotivo (trauma) che fa sì che la persona sopravvissuta all'evento abbia pensieri e ricordi persistenti e spaventosi, o flashback, del calvario. Le persone con PTSD spesso si sentono cronicamente, emotivamente intorpidite.



Infermiere psichiatrico

Spesso uno specialista clinico a livello di master in infermieristica psichiatrica della salute mentale. Un infermiere psichiatrico è clinicamente formato in psicopatologia, terapia individuale, di gruppo, familiare e interventi di crisi. Può anche essere autorizzato a prescrivere farmaci psicotropi.

Psichiatra

Un medico autorizzato (MD o D.O.) specializzato nella valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi mentali. La loro formazione medica e psichiatrica li prepara a trattare adulti e giovani sia individualmente, sia come parte, coinvolgendo il nucleo familiare e/o in un contesto di gruppo. Gli psichiatri possono prescrivere farmaci, se necessario.

Psicologo

Un professionista della salute mentale autorizzato (Ph.D. o Psy.D.) nella valutazione dei disturbi mentali, diagnosi e trattamento. La formazione prepara gli psicologi clinici a trattare adulti e bambini sia individualmente, come parte e coinvolgendo il nucleo familiare e/o in un contesto di gruppo. Gli psicologi conducono anche test cognitivi, accademici e della personalità.

Prescrizione

Un'istruzione scritta (di solito da un medico) che autorizza un paziente a ricevere un medicinale o un trattamento. Le prescrizioni vengono quindi portate in farmacia per ottenere i farmaci.

Psicoterapeuta

Un professionista qualificato che supervisiona la tua terapia del linguaggio, fornendo un trattamento più approfondito rispetto a un consulente. Gli psicoterapeuti mirano ad aiutarti a esplorare e capire quello che senti, cosa c'è dietro il modo in cui ti comporti nei confronti delle altre persone e perché alcune cose ti accadono. Di solito mirano ad apportare un cambiamento utile.

Disturbi della personalità

Disturbi che non sono caratterizzati da sintomi o sindromi specifiche, ma dalla presenza esagerata e rigida di alcuni tratti della personalità.

Personalità

La personalità è stata definita in molti modi, ma si può dire che sia l'insieme delle caratteristiche che rappresentano il modo in cui ognuno di noi risponde, interagisce, percepisce e pensa a ciò che ci accade.



Supporto tra pari

Si verifica quando le persone si forniscono reciprocamente conoscenza, esperienza, aiuto emotivo, sociale o pratico. Si riferisce comunemente a un'iniziativa composta da sostenitori formati (sebbene possa essere fornita da pari senza formazione) e può assumere una serie di forme come tutoraggio tra pari, ascolto riflessivo (che riflette contenuti e/o sentimenti) o consulenza.

Psicoterapia

È un trattamento per i disturbi psicologici che si concretizza in una serie di incontri con uno psicoterapeuta professionista. La psicoterapia può aiutare le persone a far fronte alla malattia aiutandole a scoprire nuovi modi e risorse per far fronte sia psicologicamente che socialmente.

Interventi psicosociali

Fanno riferimento a diverse tecniche terapeutiche, generalmente classificate come non farmacologiche (che non coinvolgono farmaci), che affrontano gli aspetti psicologici di un individuo o di un gruppo e considerano la situazione della persona o del gruppo da una prospettiva sociale e familiare.

Farmaci psichiatrici

Un farmaco psichiatrico o psicotropo è un farmaco psicoattivo assunto per esercitare un effetto sulla composizione chimica del cervello e del sistema nervoso. Pertanto, questi farmaci sono usati per curare le malattie mentali.

R

Valutazione del rischio

Nelle cure ospedaliere è una valutazione effettuata dal personale per valutare qual è il livello di rischio. Questo di solito comporterà una serie di domande per valutare come ti senti attualmente. Di solito prenderà in considerazione qualsiasi pericolo precedente. Può essere utilizzata per valutare cose come il tuo livello di osservazione e l'idoneità al congedo.

Riabilitazione

Comprende tutte le attività volte a reintegrare e a recuperare le capacità e/o competenze che hanno subito modifiche, deterioramenti o perdite o a facilitare la costruzione di strategie compensative nei casi in cui il recupero non sia possibile. La



riabilitazione psicosociale mira ad aiutare le persone affette da disabilità, menomazioni o disturbi di salute mentale a raggiungere il massimo livello di indipendenza all'interno della loro comunità.

Guarigione

Il recupero in salute mentale è un processo profondo e unico di cambiamento di atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e ruoli. Sentirsi realizzati vivendo una vita appagante e piena di speranza nonostante i limiti causati dalla malattia. Il recupero implica lo sviluppo di nuovi significati e apprendimenti nella vita di una persona che cresce e si sviluppa al di là degli effetti della condizione di malattia.

S

Gruppo di auto-aiuto/sostegno

Gruppo in cui incontri persone in una situazione simile alla tua. Ti aiuta a capire che non sei solo e che puoi finire per sentirti meglio sostenendo qualcun altro.

Assistente sociale

Non è un professionista medico, ma aiuta e sostiene le persone che affrontano diversi problemi.

Inclusione sociale

È la condizione in cui tutti gli individui vivono in uno stato di equità e pari opportunità, indipendentemente dalla presenza di disabilità o povertà. L'obiettivo dell'inclusione sociale è quello di migliorare in modo completo le condizioni di vita degli individui, per fornire loro le stesse opportunità educative, occupazionali ed economiche del resto della società.

Schizofrenia

Uno dei più complessi tra tutti i disturbi della salute mentale; caratterizzato da pensiero distorto, strani sentimenti, comportamento insolito e uso del linguaggio; comporta un disturbo grave, cronico e invalidante del cervello.

Autostima

Sentimenti su sé stessi.

Fobia sociale

Un disturbo d'ansia in cui una persona ha ansia e disagio significativi legati alla paura di essere imbarazzato, umiliato o disprezzato dagli altri in situazioni sociali



o di performance.

Comportamento suicidario

Azioni intraprese da chi sta considerando o si sta preparando a causare la propria morte.

Idea suicida

Pensieri di suicidio o di voler togliersi la vita.

Suicidio

Il togliersi intenzionalmente la propria vita.

Tentativo di suicidio

Un atto incentrato sul togliersi la vita che non riesce a causare la morte.

T

Sindrome di Tourette (*chiamata anche TS o disturbo di Tourette*)

Un disturbo da tic caratterizzato da ripetuti movimenti involontari e suoni vocali incontrollabili. Questo disturbo di solito inizia durante l'infanzia o la prima adolescenza.



CONCLUSIONI

YouProMe sa quanto siano importanti gli Youth Worker, che svolgono un ruolo inestimabile nello sviluppo dei giovani e nella promozione della loro salute mentale.

Gli YW Aiutano i giovani ad accedere a supporti ed aiuti che contribuiscono al loro sviluppo personale, emotivo, sociale ed educativo.

Questo manuale contiene informazioni pratiche, casi di studio e terminologia per gli Youth Workers per aiutarli ad identificare e gestire i giovani con problemi di salute mentale , creando un luogo sicuro dove questa possa essere promossa.

Il ruolo degli Youth Workers nella salute mentale dei giovani è fondamentale.

- Sono **persone di fiducia** a cui un giovane può rivolgersi per ricevere supporto se ne ha bisogno, dando loro tempo e spazio per aprirsi, e ascoltando senza giudizio, fornendo indicazione, aiutando a trovare soluzioni a problemi, accettare i giovani per quello che sono o semplicemente esserci. La fiducia deve essere costruita nel tempo. Nella maggior parte dei casi i giovani di solito si sentono più a loro agio nel confidarsi con uno YW che con i loro genitori o fratelli, principalmente perché sanno che lo Youth Worker ha scelto di lavorare con loro, crede in loro e li apprezza.
- Sono **un collegamento vitale con la comunità** e possono rendere i giovani consapevoli di ulteriori supporti e servizi disponibili aiutando ad abbattere le barriere e lo stigma associati all'accesso a questi servizi.
- A causa della **formazione e delle capacità interpersonali e di ascolto** che possiedono, possono essere i primi a notare che un giovane sta vivendo un problema di



salute mentale. Possono raccogliere segnali nelle interazioni dei giovani e quindi possono offrire supporto e indirizzare i giovani a un altro servizio, se necessario.

- **L'ambiente può influenzare la comunicazione.** Gli Youth Workers spesso lavorano con i giovani in contesti informali e rilassati, con opportunità naturali per conversazioni più personali, come i problemi di salute mentale. Questi spazi offrono agli YW l'opportunità di capire che un giovane potrebbe essere alle prese con la propria salute mentale, e quindi può essere più facile interagire e sostenerli in modo significativo.
- Imparare a **riconoscere segni, cambiamenti o segnali** che qualcosa sta accadendo per quel giovane (appetito, umore, sonno, segni di autolesionismo, relazioni sociali). Analizzare il suo comportamento è fondamentale per questo processo. Quello che si vede è spesso la punta dell'iceberg.
- **Sii presente e preparato.** Ascolta attentamente e sii flessibile con il tuo tempo.
- **Informati** (formazione su problemi di salute mentale, servizi offerti nella comunità, dove indirizzare un giovane se necessario, capacità di intervento, prevenzione, supporto, sviluppo professionale ... ecc.).
- **Utilizza una terminologia appropriata e accessibile ai giovani.** Sii consapevole del linguaggio che i giovani usano nel caso in cui alcune parole o frasi siano abusate o usate in modo errato.
- **Conosci i tuoi limiti professionali.** Il supporto e la supervisione degli Youth Workers da parte del supervisore è importante.
- **Pratica la cura del sé.**

BIBLIOGRAFIA

- Akbari, M., & Hossaini, S. M. (2018). The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: The mediating role of emotional regulation. *Iranian journal of psychiatry*, 13(1), 22.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association, 70.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9-17.
- Brogna P., Brogna, C., Santomassimo, C., Costa, A., Ducci, G., Di Cesare, G., Shades of shame: embarrassment as a covert marker of self-stigma in a sample case study of patients with schizophrenia, *Schizophrenia Research* in press.
- Classen, C.C., Muller, R.T., Field, N.P., Clark, C.S., Stern, E.M., (2017). A Naturalistic Study of a Brief Treatment Program for Survivors of Complex Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 1-15.
- De Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Ventriglio, A., Vellante, F., & Di Giannantonio, M. (2020). Emotional dysregulation in adolescents: implications for the development of severe psychiatric disorders, substance abuse, and suicidal ideation and behaviors.
- Schweizer, S., Gotlib, I. H., & Blakemore, S. J. (2020). The role of affective control in emotion regulation during adolescence. *Emotion*, 20(1), 80.
- World Health Organization. (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

- World Health Organization. (2021). Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours.
- World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). World Health Organization.
- Zahavi, D., (2005). Subjectivity and selfhood. MIT Press, Cambridge, Mass.



TEAM

ITALIA - Fondazione Internazionale Don Luigi Di Liegro onlus

Anna Maria Palmieri, *Psicologa, Ricercatrice e Project Manager*

Antonio Maone, *Psichiatra e Ricercatore*

Gli Youth Workers di CoèSa - Comunità è Salute, che hanno apportato il loro prezioso contributo alla realizzazione del Toolbox: Federica Locuratolo, Silvia Quaranta, Costanza Rosati, Giorgio Veneziani, Marta Vicario, Jacopo Zanchetti.

ITALIA ASL Roma1 – Prevenzione e Intervento Precoce in Salute Mentale (PIPSM, Dipartimento di Salute Mentale, settore Ovest)

Giuseppe Ducci, *Direttore DSM ASL Roma1, Responsabile Scientifico della Ricerca, Ricercatore*

Gianluigi Di Cesare, *Dirigente Psichiatra, Responsabile UOC PIPSM e Ricercatore*

Carmelo La Rosa, *Dirigente Psichiatra, Responsabile Accoglienza e Valutazione PIPSM e Ricercatore*

Teresa Tricomi, *Dirigente Psicologo, Responsabile Centro Diurno per adolescenti del PIPSM e Ricercatrice*

Patrizia Brogna, *Dirigente Psicologo e Psicoterapeuta del PIPSM e Coordinatrice della Ricerca*

Margherita Zorzi, *Psicologa Clinica, Psicoterapeuta e Ricercatrice*

L'intero staff della UOC PIPSM settore ovest ha collaborato in tutte le fasi progettuali, rivelandosi come preziosa risorsa delle attività di ricerca e di concettualizzazione dei risultati di progetto.

Grecia – IASIS NGO

Ilias Rafail, *Psicologo, Responsabile formazione e Responsabile Scientifico*

Thanos Loules, *Project Manager*

Eric Kota, *Ricercatore e Project designer*

REGNO UNITO - Merseyside Expanding Horizons

Stacey Robinson, *Psicologa e Project Manager*

Marta Lázaro Echavarren, *Avvocato e Project Manager*

ROMANIA- Centrul Pentru Promovarea Invatarii Permanente

Maria Toia, *Ricercatrice e Project Manager per l'Educazione degli Adulti*



MANUALE

Sulle competenze sociali ed emotive dei giovani con problemi di salute mentale.

Website: www.youpromeproject.eu

Mail: info@youpromeproject.eu

Facebook: **YouProMe**

Instagram: [@youpromeproject](https://www.instagram.com/youpromeproject)



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Project code 2019-2-IT03-KA205-016385