

SALUTE MENTALE



LA DEPRESSIONE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI



199.15.15.15
1.96.06 LINEA GRATUITA PER BAMBINI
www.azzurro.it
telefonoazzurro@azzurro.it
C.C.P. 550400

NUMERO UNO

Centro Studi di Telefono Azzurro

Traduzione, adattamento e rielaborazione dei materiali a cura di:
Dott.ssa Serenella Gagliardi, Dott.ssa Tiziana Liverani, Dott.ssa Claudia Loreti,
in collaborazione con: Dott. Giovanni Camerini.

Stampa

Graphic world, 20066 Melzo (MI)

APPUNTI**INDICE**

INTRODUZIONE	5
LA DEPRESSIONE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI	9
• Fattori scatenanti la depressione	10
• Sintomi e segni di depressione	11
• Decorso della depressione	14
• Consigli per i genitori e gli insegnanti	14
• Terapia e farmacologia	15
SCHEDE	
• Bambini soli in casa	17
• Bambini e divorzio	18
• Comprendere il comportamento violento nei bambini e negli adolescenti	19
IL TELEFONO AZZURRO	23

FONTI:

"Depression in children and adolescent: a fact sheet for physicians",
Department of Health and Human Services
Public Health Service - NIH (National Institutes Of Health) No. 00-4744, 2000

"La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes",
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Haut Comité de la santé publique,
Febbraio 2000, éditions ENSP.

"You asked about Adolescent Depression", Maurice Blackman,
The Canadian Journal of CME, May 1995.

DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Masson, 1995

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry: Home Alone Children
No. 48 11/95; Understanding Violent Behaviour in Children and Adolescent
No. 55 11/96; Children And Divorce
No. 1 10/92 aggiornato 8/98



APPUNTI



APPUNTI

INTRODUZIONE

Si deve concepire la salute mentale, proprio come quella fisica, come uno degli aspetti della salute in generale. Non a caso, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno stato "completo di benessere fisico, mentale e sociale che non consta solamente nell'assenza di malattie o di infermità".

La nozione di salute mentale dovrebbe contribuire al miglioramento delle possibilità di espressione del progetto di vita di ciascuno.

Ciò presuppone che l'individuo venga accompagnato durante la sua crescita secondo modalità tali da permettergli di trovare i mezzi necessari per il pieno sviluppo della sua attività psichica ed emozionale necessaria per l'adattamento all'ambiente circostante. È importante prevedere lo sviluppo di ogni individuo all'interno del suo gruppo, nel suo contesto socioculturale e nel suo ambiente di vita. Il modo di "essere al mondo" di ciascuno dovrebbe tendere a preservare la sua autonomia e la sua integrità psichica, rimanendo egli capace di non confondersi con il resto del gruppo ma di integrarsi pur conservando la propria originalità. La sofferenza psichica può apparire in diverse circostanze della vita; se male interpretata e male individuata può fare fluttuare l'individuo verso una malattia somatica o moltiplicare le difficoltà di adattamento all'ambiente circostante ed ostacolare l'integrazione sociale.

Affinché ciò venga percepito occorre prestare attenzione alle situazioni a rischio; emozioni negative prolungate, sensazioni di angoscia accompagnate ad un disturbo somatico, infortuni fisici o condizioni di disabilità prolungate, comportamenti aggressivi e condizioni di precarietà in ambito familiare, scolastico e sociale. Dal momento che molto spesso nei bambini e nei giovani la sofferenza psichica non assume un carattere chiaro e ben definito, essa tende ad essere confusa con la definizione generale di "disagio". In realtà è possibile riconoscerla prestando attenzione a piccoli segnali che si manifestano nella quotidianità, quali ad esempio:

- scarso rendimento scolastico,
- ritardi o assenze non motivate a scuola,
- difficoltà a rimanere seduto per molto tempo in classe,
- disturbi dell'alimentazione: anoressia/bulimia,
- disturbi del sonno,
- abuso di alcool o di altre sostanze,
- comportamenti aggressivi/violenti,
- tentativi di suicidio e comportamenti autolesivi.

La diagnosi non deve essere fatta con superficialità; la condizione in esame assume un valore di "segnale" importante e deve essere presa in considera-



zione quando le manifestazioni sono durature e determinano un disagio sensibile nel funzionamento sociale e scolastico del soggetto, per cui risultano indispensabili entro tempi brevi consultazioni presso specialisti.

La preoccupazione relativa alla sofferenza psichica di bambini e adolescenti rappresenta una realtà attuale. Gli adulti significativi (genitori, altri familiari e persone vicine al minore) e i professionisti (insegnanti, assistenti sociali, psicologi, medici scolastici, pediatri, neuropsichiatri infantili) possono rilevare il malessere dei giovani osservandone e cercando di valutarne i comportamenti, causati da fattori interni, ambientali e sociali. Da questo deriva la necessità di valutare la salute dei bambini e degli adolescenti attraverso un approccio multidisciplinare e attraverso modalità adeguate di ascolto. Il diritto all'ascolto, contemplato nella Convenzione Internazionale dei Diritti del Fanciullo (1989), esprime, infatti, il riconoscimento e la valorizzazione di una cultura dell'infanzia e, in particolare, del minore come "persona in crescita".

Tale ascolto deve essere tempestivo e qualificato, specialmente se chi parla è un minore che sta esprimendo, magari per la prima volta nella sua vita, il proprio disagio, attraverso le modalità comunicative di cui è in quel momento capace.

Per far fronte a tale esigenza Telefono Azzurro, in questi anni, ha potenziato la propria capacità di ascolto e risposta telefonica, adeguando l'organizzazione con una struttura articolata e con professionisti qualificati.

L'ascolto ha inizio con il processo di consulenza telefonica che comprende diverse fasi: dall'accoglienza/contenimento del problema, all'analisi della richiesta di aiuto ed alla valutazione del contesto, per passare all'individuazione delle risorse interne ed esterne e all'ipotesi di intervento. In base alla tipologia e all'emergenza della problematica riportata, possono essere attivate risorse personali, interne alla famiglia o risorse territoriali esterne come la scuola, i Servizi Socio-sanitari, le Forze dell'Ordine e le Procure presso i Tribunali.

Telefono Azzurro, attraverso le consulenze telefoniche, ha dunque potuto indagare varie forme di disagio minorile, anche quelle più sommerse e più complesse da definire, come ad esempio l'abuso psicologico.

Questo specifico tipo di abuso caratterizza i contenuti emotivi di segno negativo causati da ogni forma di sopraffazione e di strumentalizzazione, da trascuratezza o ipercura. Ciò che determina la gravità della "lesione emotiva" è connesso al tipo di relazione affettiva tra il bambino e l'adulto abusante e allo status di potere che assume l'adulto all'interno di quella relazione.

Sono state descritte una serie di tipologie di abuso psicologico tra cui:

- **IL RIFIUTARE**, inteso come atto di non ascolto, di non accettazione, di rifiuto.
- **L'ISOLARE**, inteso come un atto di separazione che non consenta inte-

APPUNTI



APPUNTI

razioni o relazioni con i coetanei o con altre figure di riferimento.

- **L'INTIMORIRE**, inteso come un atto che procura paure al bambino per mezzo di minacce violente.
- **L'UMILIARE**, inteso come atto che priva il bambino della sua dignità, come gesto che lo mortifica profondamente e lo getta nello sconforto totale.
- **IL CORROMPERE**, inteso come atto che rende il bambino disadattato, antisociale e ribelle alla società.
- **LO SFRUTTARE**, inteso come un atto che strumentalizza il bambino, utilizzandolo a proprio vantaggio e profitto.
- **IL NON RICONOSCERE LA SENSIBILITA' PSICOLOGICA**, inteso come atto che non tiene conto delle cure necessarie per promuovere un sano sviluppo socio emotivo.

La messa in atto, da parte di un adulto, di tali comportamenti può provocare nel bambino una massiccia frustrazione con una serie di conseguenze psicologiche e comportamentali a breve e a lungo termine.

In particolare, può essere compromessa la costruzione dell'identità, per cui il bambino può perdere la stima di sé, o manifestare atteggiamenti introversi e forme di aggressività, modificando, in tal modo, la struttura della sua personalità. Possono, altresì, manifestarsi sintomatologie di tipo psicopatologico o psicosomatiche.

Molto spesso la sofferenza psicologica provoca manifestazioni affettive ed emotive, violente anche se spesso transitorie, che possono assumere le caratteristiche di un sentimento depressivo.

I segnali di un possibile stato depressivo non devono essere ignorati anche se può essere difficile individuarli a causa dei vari modi, spesso "nascosti", in cui si possono manifestare (disturbi della condotta, aggressività fisica e verbale, violenza, ecc.).



APPUNTI



APPUNTI

LA DEPRESSIONE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI

La depressione consiste in uno stato d'animo alterato rintracciabile in un profondo sentimento di tristezza di diversa gravità, senso di solitudine unito ad una mancanza di autonomia, mancanza di interessi e di speranza, sensi di colpa e di vergogna. Alcuni giovani possono provare queste sensazioni occasionalmente, mentre altri presentano episodi più frequenti o con effetti più durevoli nel tempo: la depressione può assumere un carattere cronico e durare anche mesi o anni ("distimia").

È stata considerata il principale disturbo psichiatrico del XX secolo: può, infatti, assumere il carattere di un disturbo mentale serio che interessa l'umore, le energie, gli interessi, il sonno, l'appetito e la vita di relazione delle persone. Tuttavia, la depressione nei bambini e negli adolescenti continua ad essere sottovalutata, nonostante possa condurre a serie difficoltà scolastiche, lavorative e relazionali, che continuano ad essere presenti spesso, in maniera continuativa o recidivante, fino all'età adulta.

Purtroppo questo disturbo non viene sempre riconosciuto dalle famiglie e dai medici in quanto viene spesso interpretato come una normale oscillazione dell'umore, tipica di una particolare fase legata allo sviluppo. I sintomi depressivi in età adolescenziale, a volte, non vengono pienamente decodificati in quanto l'adolescenza stessa rappresenta un periodo di confusione emozionale, di umore variabile, di sentimenti pessimistici, di accresciuta sensibilità legata alla "forbice" tra le proprie aspettative (spesso idealizzate) e la realtà. È un tempo di ribellione e di comportamenti provocatori da parte degli adolescenti, che paiono a volte voler "mettere alla prova" gli adulti di riferimento.

La diagnosi di depressione si deve fondare non solo su una formale intervista clinica ma sulle informazioni più complete fornite da: genitori, insegnanti, consulenti di comunità ed altri adulti, con i quali l'adolescente trascorre spesso la maggior parte del tempo.

La depressione è un disturbo che in genere si presenta associato ad altre patologie quali ansia, comportamento distruttivo, abuso di sostanze, malattia fisica. Particolarmente frequente è la compresenza di disturbi ansiosi, come l'ansia generalizzata, la fobia sociale (paura ad affrontare situazioni in cui il soggetto è esposto al giudizio di persone non familiari), il disturbo da attacchi di panico o l'agorafobia (ansia relativa a luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi).

Non sono infrequenti i tentativi di suicidio od altre condotte rischiose ed au-



tolesive, che occorre individuare precocemente attraverso i possibili indicatori verbali (frasi riferite all'intenzione autolesiva) e comportamentali (inclinazione all'esposizione a situazioni inutilmente pericolose).

La depressione può consistere nell'abbassamento del normale tono dell'umore, che può colpire chiunque durante la vita a seguito di esperienze dolorose (delusione, perdita di un obiettivo o di un punto di riferimento), oppure manifestarsi nella "malattia" vera e propria. Essere di cattivo umore o provare sentimenti di malinconia è del tutto normale: senso di tristezza, insoddisfazione, calo dell'entusiasmo, così come benessere e soddisfazione con aumento dell'energia e delle attività costituiscono sentimenti generalmente di breve durata e con effetti minimi, o transitori, sulle attività quotidiane.

APPUNTI

FATTORI SCATENANTI LA DEPRESSIONE

La malattia può presentarsi a qualunque età, ma i periodi maggiormente a rischio sono l'adolescenza e la prima giovinezza, soprattutto per le donne. Nell'infanzia sia i ragazzi sia le ragazze sembrano essere entrambi a rischio di disturbo depressivo, ma durante l'adolescenza le ragazze presentano una doppia probabilità di sviluppare sintomi clinici. I bambini che sviluppano depressione presentano nella maggior parte dei casi una familiarità del disturbo: parenti diretti (per esempio un genitore) che hanno sperimentato il disturbo in giovane età. Per questo, adolescenti depressi presentano una maggiore probabilità di avere una storia familiare depressiva, sebbene la correlazione non sia così alta come per i bambini. Un altro fattore scatenante è legato alla personalità: se il ragazzo ha una bassa autostima nei propri confronti, se si sente schiacciato dalla vita o dagli impegni quotidiani, o se tende ad assumere generalmente un atteggiamento pessimistico e sfiduciato risulta essere più vulnerabile agli eventi stressanti e sviluppare sintomi depressivi. Inoltre, vivere continuamente in un ambiente violento, di trascuratezza, maltrattante o povero di stimoli può rendere i giovani più esposti al rischio di malattia. Occorre tuttavia sottolineare che la depressione potrebbe presentarsi anche in ragazzi che vivono in condizioni "ideali", specie quando sentono di dover soddisfare aspettative irrealistiche o eccessive da parte degli adulti.



benessere dei bambini. Spesso si è assistito alla realizzazione di programmi di intervento sociale ed economico di grande interesse, ma poco attenti agli effetti diretti ed indiretti sulla qualità della vita nell'infanzia. Telefono Azzurro, in collaborazione con altri soggetti (sia Helplines che Istituzioni), oltre a realizzare specifici progetti per la diffusione di programmi di intervento di qualità, si è impegnato nella promozione di un attento dibattito proprio sugli strumenti e le strategie per rendere i diritti dei bambini base comune per la programmazione sociale, economica e culturale in Europa.

Il confronto internazionale cui intendiamo riferirci prevede un maggiore impegno nella condivisione di un sistema di monitoraggio unico e confrontabile. Quanto già detto in precedenza sulla situazione nazionale non può che essere ampliato a livello internazionale. In questo caso, il confronto tra le diverse metodologie, tra i dati e le specificità del fenomeno nei diversi contesti, tra le specificità giuridiche manifestate al livello nazionale, tra le modalità di realizzazione dei programmi di intervento contro la pedofilia, rappresentano un ulteriore elemento da considerare.

Tra i principali progetti su cui Telefono Azzurro ha lavorato vi sono: Programma Daphne finalizzato al confronto delle modalità operative delle principali Helplines europee per la promozione di un servizio di ascolto fondato su medesimi principi di qualità e di efficienza; Progetto Ombudsperson per la promozione della figura del Garante europeo per i diritti dei minori e per l'individuazione dei criteri minimi di qualità per il funzionamento dei servizi per l'infanzia nel pieno rispetto della Convenzione internazionale dei Diritti del Bambino; Programma Hippocrates per la promozione di un metodo di qualità per il trattamento dei minori che hanno commesso reati; Programma Safeborders per la creazione di un network europeo per la realizzazione di campagna transnazionali di sensibilizzazione per l'utilizzo sicuro di Internet da parte dei bambini. Programma e-Safe per la promozione di interventi contro la diffusione di siti illegali e la promozione di metodologie di ascolto innovative come per esempio la comunicazione sincrona ed asincrona in rete (chat, e-mail ecc.).

PER AIUTARE IL TELEFONO AZZURRO:
C.C.P. 550400 - CON CARTA DI CREDITO: 800.410.410
RID BANCARIO: INTESABCI CARIPLO C/C 4000 ABI 03069
CAB 02420

Info: tel. 800.090.335
www.azzurro.it - telefonoazzurro@azzurro.it

RIASSUMENDO, I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO INCLUDONO:

- Familiarità
- Stress ambientale continuato; schemi di attaccamento insicuri
- Inizio della scuola, cambio di ciclo scolastico
- Abuso di sostanze e/o di alcool
- Malattia cronica
- Perdita di un genitore o di una persona amata
- Divorzio o separazione dei genitori
- Distacco dalla famiglia e/o da casa; emigrazione
- Nascita di un fratellino/sorellina
- Rottura di una relazione amorosa
- Rapporti conflittuali con gli adulti e/o con i coetanei
- Difficoltà di comunicazione
- Disturbo dell'attenzione, della condotta o dell'apprendimento
- Gravi problemi di salute / disabilità
- Essere testimoni e/o vittime di esperienze traumatiche: abuso (fisico, emozionale, psicologico), maltrattamenti, abbandono
- Essere testimoni e/o vittima di eventi gravi (disastri naturali, incidenti stradali o domestici, atti criminali).

SINTOMI E SEGNI DI DEPRESSIONE

Possiamo parlare di depressione nel momento in cui il cambiamento dell'umore è caratterizzato da tristezza, avvilitamento, malinconia, passività, ma anche ostilità, irritabilità e rabbia, accompagnandosi all'insuccesso scolastico e a difficoltà relazionali e comunicative sia con gli adulti sia con i coetanei.

Ci sono alcuni sintomi depressivi comuni tanto all'adulto quanto al bambino e all'adolescente (anche se in questa fascia d'età il riconoscimento e la diagnosi di tale disturbo può essere più difficile da individuare).

SINTOMI COMUNI AD ADULTI, ADOLESCENTI E BAMBINI:

- Umore triste persistente o irritabile;
- Diminuzione dell'interesse nelle attività/giochi che una volta procuravano piacere;
- Cambiamento significativo nell'appetito o nel peso corporeo;



- **Difficoltà nell'addormentamento o ipersonnia;**
- **Agitazione o rallentamento psicomotorio;**
- **Perdita di energia;**
- **Sentimento di autosvalutazione o di colpa inappropriati;**
- **Difficoltà di concentrazione;**
- **Autoaggressività/autolesionismo;**
- **Pensieri ricorrenti di morte, di suicidio o tentativi di suicidio.**

SINTOMI NEL BAMBINO

- Iperattività/agitazione
- Richiesta di attenzione/dipendenza
- Crisi di pianto
- Tendenza all'isolamento
- Apatia/passività
- Irritabilità
- Ansia e insicurezza
- Disturbi del sonno

- Disordini alimentari
- Ridotto rendimento scolastico
- Cefalea
- Disturbi gastro-intestinali
- Manipolazione ossessiva del genitai
- Eccessiva sensibilità al rifiuto o all'insuccesso
- Comportamenti regressivi transitori
- Mancanza di controllo dei bisogni fisiologici (urine ed escrementi)

SINTOMI NELL'ADOLESCENTE

- Chiusura sociale
- Senso di inferiorità
- Difficoltà relazionali
- Aggressività
- Ridotto rendimento scolastico
- Anoressia e bulimia
- Disturbi del sonno
- Masturbazione ripetuta e sostitutiva di altri piaceri
- Abuso di alcol e droghe
- Cefalea
- Ipocondria
- Noia e apatia
- Parlare di o tentativi di fuga da casa
- Eccessiva sensibilità al rifiuto o all'insuccesso
- Idee o tentativi di suicidio
- Ritualità e cerimoniali (p.e. Lavarsi spesso le mani)

Affinché sia possibile diagnosticare la depressione, devono presentarsi per almeno due settimane consecutive (conformemente a quanto indicato dal manuale statistico dei disturbi mentali DSM-IV) cinque o più dei sintomi sopraelencati. Inoltre, questi non devono essere riconducibili ad altre situazioni (per esempio problemi neurologici o ormonali), a malattie (per esempio tumori o problemi cardiaci), ad effetti collaterali di farmaci o ad abuso di sostanze.

La depressione presenta diversi picchi di intensità nel corso della giornata: è generalmente più pronunciata al mattino che alla sera; probabilmente questo è dovuto anche all'alternarsi dei ritmi di luce e di oscurità, che determinano

Il Settore Formazione di Telefono Azzurro ha l'obiettivo di promuovere e divulgare, attraverso progetti formativi mirati, le conoscenze e le competenze accumulate in 15 anni di attività anche presso le agenzie preposte alla gestione del minore e delle sue problematiche: operatori socio sanitari e scolastici, forze dell'ordine e liberi professionisti, nonché gruppi interessati ad una formazione e sensibilizzazione sul tema quali ad esempio genitori, studenti e altri operatori.

IL CENTRO STUDI

Il Centro Studi ha lo scopo di raccogliere documentazione e materiale a livello nazionale ed internazionale, elaborare i dati primari provenienti dal Centro Nazionale di Ascolto, realizzare studi e ricerche, promuovere un osservatorio permanente sull'infanzia e l'adolescenza.

Di fronte ad una società sempre più articolata e complessa, in cui i termini di analisi e di riferimento tradizionali perdono peso e attendibilità, un approccio scientifico, di tipo socio statistico, può fornire elementi utili per elaborazioni teoriche e per applicazioni pratiche che vogliano essere davvero efficaci per comprendere ed aiutare i bambini. Da questa consapevolezza è nata anche l'iniziativa congiunta di Telefono Azzurro ed Eurispes che nell'anno 2000 hanno dato vita al "Primo rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della adolescenza" presentato anche al Presidente della Repubblica Italiana e giunto quest'anno alla sua terza edizione. Il Centro Studi produce inoltre materiali divulgativi per genitori ed educatori, quali ad esempio "La guida sulla depressione nei bambini e negli adolescenti", "Vittime silenziose. I bambini e gli adolescenti di fronte alla guerra, al terrorismo e ad altri eventi traumatici", "L'ascolto del disagio in adolescenza", "Guida per i genitori alla prevenzione dell'abuso sessuale e dei suoi effetti"

L'ESPERIENZA E LE COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

Il confronto internazionale con altre Associazioni, Istituzioni e servizi per la prevenzione delle situazioni di abuso e per la lotta alla pedofilia rappresenta un altro elemento importante su cui Telefono Azzurro lavora da anni. Gli obiettivi che sottostanno a tale strategia di internazionalizzazione sono molteplici, tra questi l'esigenza di un confronto comune sulle best practice presenti in Europa al fine di promuoverne la loro implementazione a livello nazionale, la costituzione di network per offrire comuni servizi di aiuto efficaci e di qualità ed al contempo la promozione di una cultura dell'infanzia più attenta ai diritti dei bambini e ai programmi comunitari non solo finalizzati alla prevenzione delle situazioni di disagio nell'infanzia e nell'adolescenza, ma soprattutto alla promozione del



vizio di tutela dei bambini ad un'attivazione diretta in loco, non solo nella gestione dei casi segnalati al Centro Nazionale di Ascolto, ma anche allo sviluppo di progetti mirati di formazione e di ricerca e sensibilizzazione. I centri già attivi sono quelli di Bologna, Palermo, Roma e Treviso

LO SVILUPPO DI PROGETTI INNOVATIVI: IL TETTO AZZURRO E IL TEAM DI EMERGENZA

Il percorso di sviluppo del Telefono Azzurro ha portato alla sperimentazione di nuovi progetti di intervento che si sono concretizzati con l'istituzione del Team di Emergenza di Treviso e del Tetto Azzurro di Roma.

Il Team di Treviso si connota in particolare per avere implementato un modello di intervento per le situazioni di emergenza, interagendo all'interno della rete interistituzionale composta da diverse agenzie del territorio, quali ad esempio le Forze dell'Ordine, le Procure presso i Tribunali, i Servizi Socio Sanitari, la Scuola, ecc. Il progetto nasce dalla collaborazione con il Child Study Center della Yale University (U.S.A.) e da successive elaborazioni di Telefono Azzurro. La struttura di emergenza ha il compito di intervenire nelle situazioni di violenza e disagio intrafamiliare, prostituzione minorile, devianza minorile, fughe da casa, comportamenti autodistruttivi, disturbi mentali in età evolutiva. Il team è strutturato in quattro aree: area clinica, area gestionale, area studi/ricerca e area formazione. Il Team di Treviso, inoltre, dal mese di maggio 2001, offre un servizio di prima accoglienza per bambini ed adolescenti vittime di un trauma o che si trovino a vivere una situazione di emergenza, per le prime 48 ore successive all'evento.

Diversa è, invece, l'operatività del Tetto Azzurro di Roma che nasce come centro polifunzionale per l'accoglienza, la diagnosi e il trattamento di bambini vittime di abuso e maltrattamento che la Provincia di Roma ha affidato in gestione a Telefono Azzurro per la sua esperienza sulle problematiche del disagio minorile e per la sua capacità organizzativa. Il Centro ha attivato una molteplicità di servizi individuati e finalizzati a diversi obiettivi, fra i quali un servizio di diagnosi e trattamento individuale e familiare per situazioni di abuso e maltrattamento di soggetti in età evolutiva, un Servizio di Pronta Accoglienza Residenziale e un servizio di consulenza legale altamente specialistica per gli operatori dei servizi territoriali.

Tetto Azzurro e Team di Emergenza si offrono anche al territorio come luogo privilegiato per l'intervento clinico con minori vittime di abuso sessuale, maltrattamento fisico e abuso psicologico. Queste due strutture si connotano come luogo accogliente, garantito e di tutela per l'ascolto del minore ai fini giudiziari e come "spazio neutro" per favorire la continuità genitoriale.

Il Settore Formazione

l'alterazione delle fasi del sonno. Anche i periodi di attività e riposo sono influenzati dalla malattia, alternandosi in modo più frequente del normale. Inoltre, la depressione può avere carattere stagionale, con maggiore incidenza e gravità nei mesi autunnali e invernali, quando i periodi di luce si accorciano. A volte i sintomi depressivi si alternano o si mescolano con altri di segno apparentemente opposto: sentimenti di onnipotenza, logorrea, irrequietezza e mancanza di sonno, irritabilità (sintomi "maniacali"). In tal caso, si tratta spesso di un cosiddetto disturbo "bipolare", spesso di origine genetica e familiare, che richiede una diagnosi precoce ed un'attenzione specifica, risultando particolarmente sensibile a trattamenti farmacologici mirati.

I sintomi vengono espressi in vario modo a seconda dello stadio di sviluppo del giovane. I bambini ed i giovani adolescenti con depressione possono avere difficoltà nell'identificare appropriatamente e nel descrivere il loro umore ed i loro stati emotivi interni. Ad esempio gli adolescenti, invece di comunicare quanto male essi si sentano, possono reagire aggressivamente ed essere irritabili verso gli altri; ciò può essere interpretato semplicemente come un comportamento scorretto o un'espressione di disobbedienza. I bambini, invece, tendono a comunicare il loro disagio somatizzandolo (per esempio manifestando asma, eczemi, ecc.) o attraverso l'iperattività e la mancanza di concentrazione in ambito scolastico.

Un'immediata identificazione ed un trattamento tempestivo della depressione può ridurre la durata e la gravità; da qui deriva l'importante ruolo degli adulti nel riconoscere i campanelli di allarme affinché sia possibile fornire al ragazzo un'adeguata comprensione ed un ascolto mirato.



DECORSO DELLA DEPRESSIONE

Le depressioni dell'età infantile e adolescenziale, spesso, non rappresentano solo disturbi passeggeri che vengono superati con il tempo. Nella maggior parte dei casi con un trattamento adeguato i giovani guariscono più rapidamente dei pazienti adulti; molti bambini/adolescenti soffrono però di successive ricadute e recidive, che possono anche trasformarsi in una vera e propria patologia con elevato rischio di suicidio: la maggior parte dei suicidi in età infantile e giovanile è, infatti, collegata ai disturbi depressivi.

Un episodio depressivo può durare tra i 6 e i 9 mesi e, talvolta, anche più di un anno. Può accadere che nel giro di due anni si verifichi una ricaduta, tuttavia, anche se non si presentano ulteriori episodi di depressione, si verificano comunque spesso problemi a scuola o nei rapporti con i coetanei.

CONSIGLI PER I GENITORI E GLI INSEGNANTI

Troppo spesso, in mancanza di un aiuto esterno, bambini e adolescenti non riescono a venire fuori dal vortice di paure e di sensazioni negative. Se trovano dentro di loro la forza di parlare dei loro sentimenti di tristezza o di disperazione, di inutilità e di incomprensione, è opportuno che i genitori, gli insegnanti e i coetanei prendano sul serio queste esternazioni. Perciò è necessario che gli adulti a loro vicini siano sensibili alle espressioni emotive dei loro ragazzi e sappiano prestar loro ascolto:

- Incoraggiandoli ad adottare un comportamento positivo e propositivo,
- Mostrando fiducia nelle loro capacità,
- Mostrando disponibilità all'ascolto,
- Mostrando comprensione/evitando di essere troppo critici,
- Partecipando al dolore e favorendone la comunicazione,
- Rassicurandoli e responsabilizzandoli in rapporto alla fase di sviluppo attraversata,
- Aiutandoli a formulare progetti per il futuro,
- Aiutandoli nel dialogo e nella comunicazione,
- Rispettando l'intimità e gli spazi individuali dei giovani ed i loro tempi di crescita.

La prevenzione rappresenta un approccio essenziale per il problema della

TELEFONO AZZURRO

L'Associazione S.O.S. Il Telefono Azzurro è un Ente morale senza fini di lucro che ha come finalità principale la tutela e l'assistenza dei minori oggetto di maltrattamenti e violenza.

Telefona Azzurro è da oltre 16 anni punto di riferimento per bambini e adolescenti in difficoltà ed è impegnato nella difesa dei diritti dell'infanzia e nella diffusione di una cultura che ne rispetti e valorizzi le esigenze.

IL CENTRO NAZIONALE DI ASCOLTO

Il Centro Nazionale d'Ascolto Telefonico è il cuore dell'attività di Telefono Azzurro, ha sede a Milano e fa fronte alle migliaia di chiamate al giorno che provengono da ogni parte d'Italia.

L'Associazione è impegnata in un continuo confronto operativo, teorico e metodologico a livello internazionale con le Helplines inglese, francese, spagnola e austriaca al fine di individuare e adottare comuni linee guida per la gestione della consulenza, per la formazione e lo sviluppo delle competenze degli operatori. L'attività del Call Center è divisa tra Linea telefonica gratuita 19696, attiva in tutta Italia 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno e a disposizione di tutti i bambini e gli adolescenti fino a 14 anni di età, che vogliano denunciare maltrattamenti e abusi o che desiderino parlare con un operatore per esporre problemi e difficoltà, e Linea Istituzionale 199.15.15.15, per i ragazzi sopra i 14 anni o per gli adulti, educatori, operatori professionali che vogliano esporre casi che coinvolgano dei minori o richiedere consulenze per la gestione dei casi, è attiva la linea istituzionale. Attraverso le consulenze offerte dal Centro Nazionale di Ascolto e la rielaborazione dei dati primari raccolti, l'Associazione rappresenta un osservatorio privilegiato di quella parte dell'infanzia che vive in una situazione di abuso o che esprime una richiesta di aiuto per situazioni di maltrattamento e disagio.

I CENTRI TERRITORIALI

A supporto dell'attività del Centro Nazionale di Ascolto, Telefono Azzurro ha potenziato la sua azione sul territorio tramite la presenza di Centri Territoriali dislocati localmente. Con la nascita di questi Centri d'intervento Telefono Azzurro inizia, con modalità sempre più strutturate, ad apporre la propria esperienza al servizio delle istituzioni locali: da una connotazione dell'Associazione come ser-



depressione: per quanto possibile, gli adulti significativi per il giovane dovrebbero cercare di valutare in anticipo i momenti a rischio (situazioni stressanti, problemi familiari e/o ambientali, problemi di salute, entrata in una nuova fase dello sviluppo, ecc.) e cercare di impegnarlo in attività costruttive, cambiando anche la routine abituale. Troppo spesso, in particolare per quanto riguarda gli adolescenti, si tende a non riconoscere i sintomi depressivi attribuendoli alla particolare età del ragazzo. Proprio per questo si potrebbe credere che tali sintomi tenderanno a scomparire spontaneamente in conseguenza del loro presunto carattere transitorio.

Qualora ci si renda conto che i sintomi depressivi, nonostante le attenzioni e gli sforzi, permangano nel tempo, e non si riscontrino miglioramenti nel giovane, occorre consultare uno specialista.

E' molto importante per i genitori comprendere le reazioni depressive del loro bambino ed i trattamenti che possono essergli prescritti. Potranno ricevere sostegno ed aiuto dai medici che risponderanno alle loro domande ed alle loro preoccupazioni, li aiuteranno a comprendere che la depressione nei giovani non è così rara ed, infine, li rassicureranno circa il fatto che un appropriato trattamento di psicoterapia, farmacologico o una combinazione di entrambi può condurre ad un miglioramento nel rendimento scolastico, nel rapporto con i coetanei e con la famiglia.

TERAPIA E FARMACOLOGIA

Nel momento in cui la depressione viene riconosciuta e diagnosticata è necessario stabilire quale sia il trattamento migliore per il ragazzo; questo, sia nei bambini che negli adolescenti, comprende diversi tipi di psicoterapia (individuale, di gruppo o familiare) che, a seconda della gravità del caso, può o meno essere coadiuvata da una terapia farmacologica. Si tratta di interventi mirati che coinvolgono l'ambiente a scuola e a casa.

PSICOTERAPIA

Definisce diversi tipi di trattamento psicologico che attraverso colloqui individuali o di gruppo, gestiti da un terapeuta qualificato, aiutano il giovane a superare la crisi, lo rassicurano e lo sostengono.

Notevole importanza ricopre l'alleanza terapeutica, dal momento che l'adolescente di solito non condivide facilmente i suoi sentimenti con un adulto sconosciuto, a meno che non si stabiliscano preliminarmente una fiducia ed un'intesa, e l'adolescente avverta l'interesse che il terapeuta nutre per lui. Compito primario dello specialista è quello di consentire la creazione di un clima favorevole col ragazzo, nel quale entrambi si incontrano in uno scambio relazionale che permette al paziente di esprimere spontaneamente le sue dif-



ficoltà. Il giovane deve essere consapevole di aver bisogno di aiuto, deve avere la sensazione che il terapeuta possa aiutarlo a risolvere i propri disagi e possa rappresentare qualcuno su cui contare.

E' necessario che lo specialista assicuri la riservatezza al giovane paziente, ma non al punto da escludere completamente i genitori che rappresentano, spesso, importanti alleati nel trattamento. Infatti, il terapeuta dovrebbe evitare di assumere un ruolo di genitore "migliore" rispetto al padre ed alla madre reali, per non alimentare le conflittualità in gioco.

Una psicoterapia che continua per diversi mesi dopo la remissione dei sintomi può aiutare i pazienti e le famiglie a consolidare quelle capacità apprese nella fase depressiva acuta, può aiutarli a far fronte agli effetti post-depressivi, a gestire in maniera efficace gli stress e a comprendere come certi pensieri ed i relativi comportamenti possono anticipare e favorire una ricaduta.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

La terapia farmacologica, opportunamente associata a quella psicologica, consente di risolvere i sintomi più gravi della depressione (tristezza, abbattimento, prostrazione, ma anche aggressività, instabilità affettiva) in maniera piuttosto rapida, anche se temporanea.

L'azione dei farmaci risulta evidente dopo due o tre settimane, ma potrebbe essere necessario anche più tempo per raggiungere il massimo di efficacia. Anche se molti farmaci sono potenzialmente efficaci, non tutti i pazienti rispondono ugualmente bene allo stesso composto.

La scelta dell'antidepressivo da parte del medico dipende dal tipo di depressione, dalle caratteristiche del paziente e dagli effetti collaterali che il farmaco può indurre.

Gli antidepressivi della nuova generazione risultano particolarmente maneggevoli ed efficaci in quanto presentano scarsi effetti collaterali e non determinano né dipendenza né assuefazione.

DI UN COMPORTAMENTO VIOLENTO NEI BAMBINI?

I bambini che presentano vari fattori di rischio e manifestano i seguenti comportamenti dovrebbero ricevere un'attenta valutazione:

- **Rabbia intensa**
- **Frequente perdita del controllo o esplosioni d'ira**
- **Estrema irritabilità**
- **Estrema impulsività**
- **Facilità alla frustrazione**

I genitori e gli insegnanti dovrebbero fare attenzione a non sottovalutare tali comportamenti nei bambini, cercando di interpretarli in funzione del contesto familiare ed ambientale in cui il bambino si è sviluppato e delle esperienze che sta vivendo.

CHE COSA SI PUÒ FARE SE UN BAMBINO MOSTRA UN COMPORTAMENTO VIOLENTO?

Un genitore il cui figlio manifesta comportamenti aggressivi o violenti dovrebbe consultare quanto prima uno specialista per una valutazione competente del caso. L'intervento precoce di un esperto è spesso di aiuto. Gli obiettivi del trattamento sono, in genere, finalizzati ad aiutare il bambino a: controllare la propria aggressività; esprimere rabbia e frustrazione in modo appropriato, provando a verbalizzarne le cause; comprendere la responsabilità delle proprie azioni e accettarne le conseguenze; migliorare l'immagine di sé. E' inoltre necessario affrontare i conflitti familiari, i problemi scolastici, e i problemi sociali annessi.

Che cosa può prevenire un comportamento violento nei bambini?

La ricerca scientifica ha dimostrato che molti dei comportamenti violenti possono essere ridotti o perfino inibiti se i fattori di rischio sopra elencati vengono ridotti o eliminati in modo significativo. E' molto importante che gli sforzi vengano diretti verso una drastica riduzione dell'esposizione del bambino alla violenza domestica, sociale e a quella proposta dai media: la violenza, subita o assistita, conduce facilmente alla violenza attivamente esercitata.

Altre misure di prevenzione riguardano:

- **Prevenzione dell'abuso del bambino attraverso programmi educativi per i genitori o interventi di supporto familiare**
- **Educazione sessuale e programmi di supporto per adolescenti che hanno figli**
- **Programmi di intervento precoce per ragazzi violenti**
- **Vigilanza sui programmi violenti in tv/ video/ film**



ranza, che scompariranno appena il bambino sarà cresciuto. Il comportamento violento, a qualunque età esso si manifesti, deve essere sempre preso in seria considerazione. Non si dovrebbe semplificare il problema affermando che tale comportamento rappresenta una condizione transitoria.

TIPI DI COMPORTAMENTO VIOLENTO:

Il comportamento violento in bambini e adolescenti può includere un'ampia gamma di condotte: esplosioni d'ira, aggressione fisica, risse, minacce o tentativi di far male ad altri (inclusi i pensieri omicidi), uso di armi, crudeltà verso gli animali, attitudine ad appiccare incendi, distruzione intenzionale della proprietà privata e atti di vandalismo.

FATTORI CHE AUMENTANO IL RISCHIO DI COMPORTAMENTO VIOLENTO:

Numerosi studi di ricerca hanno dimostrato che una complessa interazione e combinazione di fattori determina un aumentato rischio di comportamenti violenti nei bambini e negli adolescenti. Questi fattori includono:

- Storia personale di comportamenti aggressivi o violenti
 - Passate esperienze come vittima di abuso fisico e/o sessuale
 - Continuata esposizione alla violenza domestica e sociale/Gravi esperienze di frustrazione (abuso psicologico)
 - Problemi giudiziari (carcerazione) riguardanti un genitore
 - Genitori alcoolisti o tossicodipendenti
 - Famiglie monoparentali e/o "premature"
 - Fattori genetici (ereditarietà familiare)
 - Basso quoziente intellettivo (nei casi di condotte aggressive continue e non temporanee)
 - Impoverite funzioni di espressività verbale e di autocontrollo correlate ad un disturbo dell'attenzione e ad impulsività
 - Schemi di attaccamento di tipo insicuro
 - Esposizione alla violenza attraverso i media (tv, film, ecc.)
 - Uso di droghe e/o alcool
 - Presenza di armi da fuoco in casa
 - Combinazione di condizioni familiari svantaggiate (povertà, grave deprivazione, rottura coniugale, mancanza di un genitore, disoccupazione, mancanza di supporto da parte della famiglia allargata)
 - Lesioni o epilessia del lobo temporale
- QUALI SONO I "SEGNALI D'ALLARME"**

BAMBINI SOLI IN CASA

Ogni giorno migliaia di bambini rientrano da scuola in una casa vuota. Ogni settimana migliaia di genitori decidono di lasciare i bambini in casa da soli per recarsi al lavoro, per fare commissioni o per attendere ad impegni sociali. Si stima che oltre il 40% dei bambini vengono lasciati in casa da soli almeno una volta e, sia pur raramente, anche nel corso della notte.

Il popolare film "Mamma ho perso l'aereo", e il suo seguito, ha ritratto le abilità di sopravvivenza del bambino in chiave molto umoristica, ma in modo non realistico. Le difficoltà che un bambino deve affrontare in una casa vuota sono molteplici. Ci sono molti problemi, rischi potenziali e pericoli che i genitori dovrebbero sempre considerare prima di mettere il bambino in questa situazione. Il genitore dovrebbe porre particolare attenzione ad alcune considerazioni e accorgimenti che vengono spesso pericolosamente trascurati:

- L'adeguatezza dell'età del bambino
- L'aspettative del genitore in relazione alle effettive capacità del bambino
- Ridurre al minimo eventuali circostanze potenzialmente insicure (presenza di medicinali alla portata del bambino, possibilità di innescare incendi, bevande alcoliche o tossiche, armi, ecc.)
- Verificare la possibilità di comunicare con il genitore o altri adulti di riferimento in caso di necessità (es. presenza di numeri di telefono a portata di mano)
- Indicazioni su come rapportarsi con estranei che bussano alla porta
- Responsabilità nei confronti di eventuali fratelli o sorelle presenti in casa
- L'uso di un tempo non strutturato che il bambino può utilizzare senza alcun controllo (es. per guardare la televisione, i video, ecc.)
- Possibilità di accesso a programmi televisivi non adeguati all'età del bambino

Non è possibile generalizzare su quando e a quale età un bambino possa essere lasciato in casa da solo. Gli adolescenti più grandi sono, in genere, abbastanza responsabili per gestirsi da soli durante periodi di tempo limitati. Il genitore deve considerare il livello di maturità del bambino e la sua capacità di comportarsi in modo responsabile e giudizioso (come dimostrato in precedenti occasioni). Il periodo di tempo in cui un genitore è assente dovrebbe essere comunque limitato. Il genitore dovrebbe comunque considerare gli ele-



menti di pericolosità che possono scaturire dal lasciare soli i propri figli in casa e affrontare con loro le possibili soluzioni ad imprevisti che si possono verificare in loro assenza. Inoltre, il genitore dovrebbe impegnarsi a rendere la propria casa il più possibile sicura da evidenti pericoli e rischi e provare l'efficacia dei "piani di emergenza" sviluppati e discussi con i figli.

Essere a casa da soli può essere una situazione spaventosa e potenzialmente pericolosa per molti bambini e adolescenti. I genitori dovrebbero sforzarsi di limitare a poche e brevi uscite le loro assenze da casa. I genitori dovrebbero preparare i loro bambini in anticipo su come affrontare situazioni pericolose legate allo stare in casa da soli.

BAMBINI E DIVORZIO

Numerosi matrimoni oggi finiscono in un divorzio e in molti casi ciò comporta il coinvolgimento non solo dei due adulti che stanno separandosi, ma anche dei loro bambini. E' sempre bene preoccuparsi dell'effetto che l'evento avrà su di loro. Nel corso di un divorzio i due coniugi, pur assorti nei numerosi problemi ad esso inerenti, continuano ad essere le persone più importanti per i loro figli, continuano ad essere i loro genitori. Gli adulti possono provare disperazione o sollievo a causa del divorzio; i bambini provano invariabilmente sentimenti di spavento, disorientamento e confusione poiché vivono la situazione come una minaccia alla loro sicurezza. Alcuni genitori vengono talmente feriti e sopraffatti dall'esperienza del divorzio che arrivano a chiedere conforto e aiuto ai propri figli, contribuendo spesso a rendere ancora più deboli i punti di riferimento dei figli. Il divorzio può essere male interpretato dai bambini se i genitori non spiegano loro ciò che sta succedendo, in che modo essi ne sono coinvolti e che cosa accadrà loro.

Frequentemente i bambini reputano essi stessi responsabili del conflitto che oppone tra loro i genitori. In molti casi si assumono arbitrariamente la responsabilità di far tornare insieme la mamma e il papà, talvolta sacrificando se stessi. La vulnerabilità alla malattia fisica e mentale può avere origine dalla separazione traumatica da uno o entrambi i genitori. Con cura e attenzione, tuttavia, i punti di forza della famiglia possono essere individuati e sostenuti nel corso di un divorzio. In questo modo è possibile aiutare i bambini a gestire adeguatamente e costruttivamente il conflitto che la situazione ha generato.

I genitori dovrebbero prestare molta attenzione a tutti i segni di disagio dei loro figli. I bambini più piccoli possono reagire al divorzio con la produzione di

atteggiamenti aggressivi e non cooperativi o al contrario col rifugio nell'isolamento. I bambini più grandi possono provare sentimenti di profonda tristezza e abbandono. Si possono manifestare, a volte, sentimenti di rifiuto verso il genitore ritenuto (o fatto ritenere) responsabile della separazione. L'attività scolastica può risentire e i problemi comportamentali sono comuni. Da adolescenti, e poi da adulti, i bambini coinvolti in un divorzio sperimentano frequentemente difficoltà relazionali e problemi di autostima.

I bambini affronteranno meglio la situazione se verrà loro detto che la mamma e il papà non smetteranno di fare i genitori e continueranno comunque ad occuparsi di loro nonostante la fine del matrimonio e della vita in comune. Lunghe controversie per la custodia o pressioni affinché il bambino "scelga da che parte stare" possono risultargli particolarmente nocive ed aggravare il danno iniziale, configurandosi come veri e propri abusi psicologici. Studi sull'argomento dimostrano che i bambini reagiscono meglio al divorzio quando i genitori riescono a cooperare per il bene del figlio, cercando di rendere più agevoli i passaggi da un ambiente all'altro e mostrandosi uniti nelle decisioni che riguardano il figlio.

L'impegno costante dei genitori per il benessere del bambino è vitale. Se il bambino mostra segnali di disagio il medico di famiglia o il pediatra deve indirizzare i genitori verso visite mediche specialistiche (es. neuropsichiatra o psicologo) al fine di far valutare ed eventualmente proporre un trattamento per il caso. Lo specialista deve lavorare con l'intera famiglia, esercitando un'opera di mediazione familiare, affinché l'esperienza traumatica del divorzio sia più facile per tutti. L'appoggio psicoterapeutico per il bambino e/o per i suoi genitori è, in questi casi, particolarmente indicato.

COMPRENDERE IL COMPORTAMENTO VIOLENTO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI

E' sorto recentemente un grande interesse, e una grande preoccupazione, attorno alle condotte violente nei bambini e negli adolescenti. Tale questione è complessa e problematica e necessita di essere analizzata attentamente dai genitori, dagli insegnanti e da chiunque si occupi di età evolutiva.

Il bambino può mostrare, già in età prescolare, comportamenti aggressivi e violenti, che però vengono spesso sottostimati nella convinzione, o nella spe-

