

Psicologinews.it

Scientific

**Cos'è la
dipendenza: perdere
il controllo sulla
propria vita e sulla
sostanza fonte di
dipendenza**

Di **Antonia Bellucci**

**Gestione del
r i s c h i o
psicosociale: una
panoramica sul
quadro europeo
di riferimento
di Daniela Di
Martino**

**Finlandia:
viaggio nella
scuola della
fiducia, il
programma
KiVa
di Francesca
Dicè e Anna
Borriello**

**Il suicidio nel neurosviluppo:
tentativi e nosografia Di Roberto
Ghiaccio**

Ansia Sociale.

**Quando la relazione con l'altro ci fa
scappare**



di Nicoletta Del Monaco



REDAZIONE

Antonia Bellucci

Alberta Casella

Lia Corrieri

Francesca Dicè

Ilaria Di Giusto

Daniela Di Martino

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Cinzia Saponara

Veronica Sarno

Supplemento mensile a:

psicologinews.itAutorizzazione Tribunale
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 30 luglio 2023

**C O M I T A T O
SCIENTIFICO**

Caterina Arcidiacono

Rossella Aurilio

Gino Baldascini

Paolo Cotrufo

Pietro Crescenzo

Emanuele Del Castello

Massimo Doriani

Antonio Ferrara

Mariafrancesca Freda

Massimo Gaudieri

Michele Lepore

Giovanni Madonna

Nelson Mauro Maldonato

Fortuna Procentese

Aristide Saggino

Sergio Salvatore

Raffaele Sperandeo

Antonio Telesca

Rino Ventriglia

INDICE

Il suicidio nel neurosviluppo: tentativi e nosografia
Di Roberto Ghiaccio
pag 4

Ansia Sociale.
Quando la relazione con l'altro ci fa scappare
Di Nicoletta Del Monaco
pag 12

Cos'è la dipendenza: perdere il controllo sulla propria vita e sulla sostanza fonte di dipendenza
Di Antonia Bellucci
pag 16

Gestione del rischio psicosociale: una panoramica sul quadro europeo di riferimento
di Daniela Di Martino
pag 26

Finlandia: viaggio nella scuola della fiducia, il programma KiVa
Di Francesca Dicè e Anna Borriello
pag 30

Il suicidio nel neurosviluppo: tentativi e nosografia

Di Roberto Ghiaccio

Quando attraverserà l'ultimo
vecchio ponte
ai suicidi dirà baciandoli alla
fronte
venite in Paradiso là dove
vado anch'io
perché non c'è l'inferno nel
mondo del buon Dio.

Preghiera in gennaio, Fabrizio
de Andrè, 1967

Che articolo scrivo....il random dello stereo della macchina, passa, Canzone in Gennaio. Bhè canzone non appropriata ad un pomeriggio, di sole caldo, asfalto rovente, raggi che offuscano monti ed orizzonti...e allora il pensiero va a quei ragazzi ascoltati che vedono la risoluzione delle loro sofferenze nel gesto estremo. Il suicidio, il suicidio non cantato da cantautori e poeti maledetti, relegato a studi bio-statistici, anche scarsi, suicidio e neurosviluppo.

In tutto il mondo, ogni anno muoiono più persone per

suicidio che per omicidi e tutte le guerre messe insieme. Tali statistiche sulla mortalità indicano chiaramente l'entità dell'impatto imposto dal suicidio su tutte le società, un fatto particolarmente allarmante considerando che il suicidio è spesso un risultato evitabile quando vengono forniti trattamenti efficaci. Il suicidio è l'estremo di un continuum di comportamenti comunemente indicati come comportamenti suicidari. Fabrizio De Andrè ha dedicato a Tenco la canzone Preghiera in gennaio (1967) parlando dei suicidi come coloro "che al cielo ed alla terra mostrarono il coraggio".

La questione del coraggio credo che sia cruciale quando si parla di suicidio. Sorprendentemente non esistono studi che vadano a misurare il coraggio, mentre esiste una forte evidenza che l'impulsività (l'agire d'impulso, senza valutare le conseguenze) sia un importante fattore di rischio per il comportamento suicidario (Hull-Blanks, 2004). Il suicidio è un fenomeno complesso con diversi fattori di

rischio distale e prossimale. Tra questi ultimi, esiste una relazione forte e solida tra la presenza di psicopatologia, in particolare lo spettro delle disregolazioni dell'umore e del comportamento.

Si osserva frequentemente anche la comorbidità con disturbi da sostanze, come l'alcol e altre dipendenze da droghe. A livello globale, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, i suicidi si collocano al secondo posto tra le cause di morte nella fascia d'età 15-29 anni. Seconda causa di morte anche per i giovani italiani dai 15 ai 24 anni. Sono circa 4.000 i suicidi ogni anno registrati nel nostro Paese, riferisce l'Istat: oltre il 5% (circa 200 decessi) è compiuto da ragazzi sotto i 24 anni.

Gli ultimi dati disponibili dell'Istituto Nazionale di Statistica indicano che in Italia il trend dei suicidi è in calo: dal 1995 al 2017 il numero dei decessi, in tutte le fasce d'età, si è ridotto del 14%.

A fronte di questa diminuzione, crescono però i casi di autolesionismo e di

comportamento suicidario tra gli adolescenti. Secondo dati dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza i tentativi di suicidio da parte dei teenager dal 2015 al 2017 sono quasi raddoppiati: si è passati dal 3,3% al 5,9% (un aumento che riguarda soprattutto le ragazze).

È necessario però chiarire la tassonomia terminologica inerte l'argomento:

- Suicidio : Atto autolesivo che risulta in morte ed è associato a un almeno parziale intento di morire
- Tentativo di Suicidio: Potenziale atto autolesivo che risulta in morte ed è associato a un almeno parziale intento di morire che può essere esplicito o inferito da comportamenti o circostanze associati.
- Il Tentativo di suicidio può o meno risultare in reali lesioni
- Atti preparatori verso imminenti comportamenti suicidari: Comportamenti messi in atto da un individuo che potrebbero portarlo a procurarsi una lesione, ma che vengono interrotti dalla persona

stessa o da altri prima che il potenziale comportamento lesivo inizi. L'ideazione suicidaria può essere:

- Passiva: Pensieri passivi sulla voglia di essere morto (senza pianificazione);
- Attiva: Pensieri attivi sull'azione di togliersi la vita (che includono identificare un metodo, avere un piano o intento di agire), non accompagnati da effettivi comportamenti preparatori

Tra gli eventi non suicidari, la sofferenza può prendere traiettorie:

- Comportamenti autolesivi a valenza non suicidaria: Comportamenti autolesivi non associati a intento di morire, messi in atto per alleviare il disagio psicologico o per produrre modifiche negli altri e nell'ambiente (Nock, 2009);
- Comportamenti autolesivi non deliberati: Comportamenti autolesivi senza evidenza né di ideazione né di deliberato intento autolesivo, come ad esempio, atti autolesivi accidentali.

La linea di confine tra intento suicidario e letalità potenziale può essere molto sfumata: la comunicazione verbale è spesso vaga e quella non verbale appare contaminata da comportamenti di copertura o evitamento del malessere percepito.

L'irritabilità, gli accessi di rabbia e l'irrequietezza possono essere inseriti all'interno di quadri diagnostici noti anche correttamente, ma oscurando la valutazione del rischio suicidario associato.

Va ricordato che il DSM 5 nella sezione "condizioni che necessitano di ulteriori studi" annovera il Disturbo da comportamento suicidario.

Criteri proposti:

A. Negli ultimi 24 mesi l'individuo ha compiuto un tentativo di suicidio

Nota: Un tentativo di suicidio è una sequenza di comportamenti intrapresa volontariamente da parte di un individuo che, al momento dell'avvio, si aspettava che il complesso delle sue azioni l'avrebbe condotto alla morte. ("Il momento dell'avvio" è il momento in cui ha avuto luogo

un comportamento che ha coinvolto il metodo utilizzato.)

B. Il gesto non soddisfa i criteri per l'autolesività non suicidaria – cioè non comprende atti di autolesività alla superficie corporea compiuti per indurre sollievo da uno stato emotivo o cognitivo negativi o per raggiungere uno stato d'animo positivo.

C. La diagnosi non è applicata all'ideazione suicidaria o alle azioni preparatorie.

D. Il gesto non ha avuto inizio in un momento di delirio o confusione.

E. Il gesto non è stato messo in atto esclusivamente per un obiettivo politico o religioso.

Specificare se:

Corrente: Non più di 12 mesi dall'ultimo tentativo.

In remissione precoce: 12-24 mesi dall'ultimo tentativo.

Ed anche Autolesività non suicidaria

Criterio A

5 o più episodi autolesivi superficiali nell'ultimo anno, per scopi non sociali/estetici.

Criterio B

L'autolesività intenzionale è associata ad almeno 2 dei seguenti:

1. pensieri o sentimenti negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, disagio generalizzato, autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente al gesto autolesivo.

2. prima di compiere il gesto autolesivo, presenza di un periodo di preoccupazione difficilmente controllabile riguardo al gesto che l'individuo ha intenzione di commettere.

Criterio C

Disagio o impairment significativi

Criterio D

Assenza di intenzionalità suicidaria

Criterio E

I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante stati di psicosi, deliri o intossicazione. Nei soggetti con un disturbo dello sviluppo il comportamento non fa parte dello schema delle stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio giustificato da un altro disordine mentale o da altra condizione medica

Oltre le attuali sistemazioni nosografiche bisogna ricordare che tra i fattori di

rischio distale per il suicidio, una storia di avversità nella prima infanzia è senza dubbio uno dei fattori con gli effetti più forti. Sebbene la maggior parte degli individui che mostrano comportamenti suicidari non abbia una storia di avversità nella prima infanzia, una minoranza significativa che va dal 10 al 40% (a seconda del tipo di abuso, frequenza e fenotipo del suicidio). Di conseguenza, diversi studi longitudinali condotti su campioni epidemiologicamente rappresentativi mostrano costantemente che i bambini che hanno storie di abusi sessuali e fisici durante l'infanzia hanno maggiori probabilità di manifestare comportamento suicidario in età adulta.

Va chiarito il significato che il gesto suicida può assumere, questo significato può declinarsi in due fondamentali caratteristiche:

Un carattere liberatorio:

- significato di fuga, da una situazione vissuta come insopportabile;
- significato di lutto, come perdita di una parte di sé;

- significato di castigo, come espiazione di una colpa o di un senso di colpa;

- significato di delitto, in cui si cerca di portare con sé nella morte un'altra persona.

Ed un carattere dimostrativo:

- §significato di vendetta, finalizzato a suscitare un senso di colpa negli altri;

- §significato di richiesta e di ricatto, per ottenere qualcosa ricattando l'ambiente e gli individui;

- §significato di sacrificio e passaggio, per raggiungere una condizione superiore;

- §significato di ordalia e gioco, per "sfidare" la vita e l'ambiente.

Ma oltre le sistemazioni nosologiche, oltre i dati bio-statistici e le statistiche restano segni, segnali e sintomi, siano essi reattivi - transitori o strutturali irreversibili, che per un motivo noto, più o meno noto, diventano destrutturanti, degenerativi, disintegrativi, mortiferi, ci sono le parole, dette non dette, taciute, sofferte, non ascoltate. Ed allora bisogna attrezzarsi, non

solo con test, scale e questionari ma con occhi, orecchi, per ascoltare e dare ascolto, udire l'inaudibile che porta a trovare conforto nella fine.

Bibliografia

- Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2020). Suicidal Risks in 12 DSM-5 Psychiatric Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 271, 66–73.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529–534.
- De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A.-M., Heisel, M., & Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: A survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*, 11(2), e043409.
- Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1117–1145.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock,

M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.

- Geoffroy, M.-C., Bouchard, S., Per, M., Khoury, B., Chartrand, E., Renaud, J., Turecki, G., Colman, I., & Orri, M. (2022). Prevalence of suicidal ideation and self-harm behaviours in children aged 12 years and younger: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9(9), 703–714.

- Harris, L. M., Huang, X., Funsch, K. M., Fox, K. R., & Ribeiro, J. D. (2022). Efficacy of interventions for suicide and self-injury in children and adolescents: A meta-analysis. *Scientific Reports*, 12(1), 12313.

- Mullins, N., Kang, J., Campos, A. I.,

Coleman, J. R. I., Edwards, A. C., Galfalvy, H., Levey, D. F., Lori, A., Shabalin, A., Starnawska, A., Su, M.-H., Watson, H. J., Adams, M., Awasthi, S., Gandal, M., Hafferty, J. D., Hishimoto, A., Kim, M., Okazaki, S., ... Striker, R. (2022). Dissecting the Shared Genetic Architecture of Suicide Attempt, Psychiatric Disorders, and Known Risk Factors. *Biological Psychiatry*, 91(3), 313–327.

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal

ideation, plans and attempts. British Journal of Psychiatry, 192(2), 98–105.

<https://www.stateofmind.it/2022/12/suicidio-bambini/>

- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. Nature Reviews Disease Primers, 5(1), 74.
- Vasupanrajit, A., Jirakran, K., Tunvirachaisakul, C., & Maes, M. (2021). Suicide attempts are associated with activated immune-inflammatory, nitro-oxidative, and neurotoxic pathways: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 295, 80–92.
- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: Global health estimates.
- Per saperne di più:

Ansia Sociale

Quando la relazione con l'altro ci fa scappare.

Di Nicoletta Del Monaco

“Quasi la metà di tutte le nostre angosce e le nostre ansie derivano dalla nostra preoccupazione per l'opinione altrui”

A. Schopenhauer

In un'epoca in continua evoluzione e post emergenza sanitaria da Covid-19, le nuove tecnologie hanno preso il sopravvento.

Se da un lato ci hanno consentito di rendere la nostra vita più agevole, dall'altro, ci hanno posto “dietro le quinte” diventando abili osservatori della vita altrui e lasciando poco spazio all'esplorazione, all'interazione e al contatto con l'altro.

In questo momento di cambiamenti a risentirne sono

state le nostre relazioni, in cui ci siamo sentiti più vicini all'altro semplicemente ponendoci dietro uno schermo, perdendoci, in questo modo, la possibilità di confrontarci, di dialogare e di assaporare lo stare insieme.

Questo porre tra noi e l'altro un qualcosa che prima era semplicemente un mezzo per comunicare in caso di necessità, ha portato molti, indipendentemente dal genere e dalla fascia di età, a sperimentare un'intensa paura, ansia e irrequietezza tutte le volte che si deve esprimere in situazioni di interazione sociale.

Queste sensazioni, appena evidenziate, possono portare e al manifestare di sintomi anche fisici molto importanti quali ad esempio battito cardiaco accelerato, sudorazione eccessiva, tremori, palpitazioni, tensione muscolare, malessere

gastrointestinale etc e al porci quesiti importanti sul perché oggi tale fenomeno risulta maggiormente evidente.

Sarà che forse ci sentiamo più a nostro agio quando il parlare con l'altro sembra passare attraverso la scelta accurata di emoticon; o quando l'utilizzo di un filtro rispetto ad un altro possa essere in grado di nascondere qualcosa di cui non andiamo fieri o ancora quando, a causa del nostro essere più introversi, troviamo nella messagistica online l'unico mezzo di espressione.

Indipendentemente da quali sintomi possano manifestarsi con minore o maggiore intensità, appare evidente come il denominatore comune sia la paura di essere giudicati negativamente, incapaci, inadeguati o imbarazzanti.

Di fronte alla paura eccessiva, irragionevole e spropositata dell'altro e dello stare con l'altro, rispetto alla situazione

che deve realmente affrontare, l'individuo, introduce una serie di meccanismi di difesa utilizzati come *tentate soluzioni* al fine di sentirsi più al sicuro perché pensa che evitando quelle situazioni relazionali che destano maggiore preoccupazione, possa controllare e ridurre quella serie di sintomi che provocano un intenso malessere.

Tra i meccanismi di difesa, messi in campo dall'individuo, troviamo le condotte di evitamento o di fuga e nello specifico quelle di rinuncia, rinvio, evitamento e di ritiro.

Nello specifico, l'individuo tenderà, ad esempio, a rinunciare a presenziare ad un evento in cui potrebbe essere maggiormente esposto, a rinviare un appuntamento o una visita, ad evitare di entrare in un luogo affollato o di parlare in pubblico, o, nei casi

più gravi, a ritirarsi socialmente.

L'individuo, oltre ai comportamenti evidenziati, manifesta una serie di pensieri negativi e automatici di diversa natura che appaiono generalizzanti, catastrofici e molto giudicanti verso sé stesso, ma ancora evidenzia vergogna, imbarazzo e sensi di colpa che portano ad una limitazione e della propria libertà e dell'autostima e dell'autoefficacia avvertita.

Ciononostante, è necessario sottolineare che il disagio avvertito da un individuo che soffre di ansia o fobia sociale, non è circoscritto ad una specifica situazione ma perdura nel tempo.

Di fatti, a tal proposito, possiamo evidenziare le tre fasi che delineano l'insorgere di tale disagio:

- Ansia anticipatoria in cui la persona inizia a pensare alla situazione sociale che

muta in modo molto negativo prima ancora che questa si verifichi immaginando tutti gli scenari catastrofici e provando molto disagio;

- Ansia situazionale, vissuta durante all'evento temuto in cui la persona auto monitora le reazioni del proprio corpo e i propri pensieri nel tentativo di prevenire situazioni imbarazzanti;
- Valutazione post-evento in cui la persona ripensa all'evento focalizzandosi sugli aspetti negativi senza considerare quelli positivi anzi sminuendo gli stessi.

Dalle ricerche scientifiche è emerso che un individuo che soffre di ansia o fobia sociale non solo può avere determinate caratteristiche come: mostrarsi eccessivamente remissivo e in alcuni casi aggressivo

attraverso una serie di azioni che vengono percepite come tali dagli altri interlocutori (es. interrompere un confronto/ discussione prendendo di continuo la parola); presentare una postura rigida, un contatto visivo inadeguato e un tono di voce basso; essere estremamente timido durante uno scambio comunicativo; cercare lavori dove non è richiesto un contatto sociale; rimanere più a lungo nella casa di origine; abbonare percorsi di studio o lavorativi rimanendo per un lungo periodo disoccupato; ricorrere all'automedicazione con sostanze per risultare più disinibito; ma anche di come l'insorgere di questo disagio possa essere causato da figure di riferimento iperprotettive o iper-criticanti, dall'isolamento in età precoce o dalla presenza di uno o più eventi traumatici.

Bibliografia

- Biondi M. (2014) *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* – Raffaele Cortina
- Dayhoff S.A. (2008) *Come vincere l'ansia sociale. Superare le difficoltà di relazione con gli altri e il senso di insicurezza.* – Erickson
- Grimaldi P. (2008) *Quale timidezza appartieni? Comprendere e prevenire le varie forme di ansia.* FrancoAngeli
- Trombetta S. (2022) *Comportamenti efficaci nelle relazioni interpersonali* – Managment Tools

Cos'è la dipendenza: perdere il controllo sulla propria vita e sulla sostanza fonte di dipendenza

Di Antonia Bellucci

L'OMS definisce la **“dipendenza patologica”** come “condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'**interazione tra un organismo e una sostanza**, caratterizzata da risposte comportamentali e da **altre reazioni** che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”. In questa definizione rientrano anche le **dipendenze senza sostanza**, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco

d'azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologies addiction* (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), diverse nelle manifestazioni cliniche ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico.

La dipendenza da sostanze ([tabacco, alcol](#), sostanze psicotrope illegali, farmaci fuori prescrizione medica) ha un importante impatto sociosanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale ed è oggetto di interventi generici e specifici da parte dello Stato. Le **conseguenze negative sulla salute** possono essere **dirette** e derivare dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, o **indirette**, come epatite B e C, AIDS, disturbi

del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono **conseguenze sociali** legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti.

Fattori di rischio

L'insorgenza delle dipendenze è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori: **neurobiologici** (riconducibili a caratteristiche genetiche, ad anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori - dopamina, serotonina, noradrenalina - che regolano il tono dell'umore), **individuali** (correlati alle esperienze di vita nonché a caratteristiche specifiche di personalità – ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima) e **socio-ambientali** (relativi alle

caratteristiche del contesto familiare, socio culturale ed economico della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza, all'esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro disponibilità e accessibilità).

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali. La letteratura e le indicazioni internazionali valorizzano l'adozione di approcci strategici multicomponenti che mirino a: **contrastare e ridurre l'offerta**, attraverso

l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso; **ridurre la domanda**, operando sulla modifica degli atteggiamenti; favorire il **coordinamento intersettoriale** fra le diverse politiche messe in atto. Gli interventi possono avere come target la popolazione o essere rivolti a soggetti vulnerabili o già con comportamenti problematici prima dell'insorgenza della dipendenza.

Come superare una dipendenza?

Esistono diverse strategie di intervento per aiutare una persona a uscire da una dipendenza. Le dipendenze patologiche possono essere trattate con:

- l'uso di farmaci: è un trattamento utilizzato soprattutto per le dipendenze da sostanze e, in generale,

per quelle dipendenze che provocano conseguenze fisiche. Le terapie farmacologiche devono essere rigorosamente somministrate sotto stretto controllo medico dopo un'accurata diagnosi, e vengono utilizzate specialmente per contrastare sintomi quali l'astinenza. Si rivela necessario nella fase di stabilizzazione del paziente al fine di ridurre i sintomi di astinenza da sostanze. I farmaci maggiormente utilizzati variano in base alla sostanza da cui la persona è dipendente:

- metadone o buprenorfina nel caso di una dipendenza da oppiacei;
- naltrexone, disulfira

m o alcover nella dipendenza da alcool.

Allo stesso modo, una terapia farmacologica può essere utilizzata nelle dipendenze comportamentali. In questo caso i farmaci maggiormente utilizzati sono: stabilizzatori dell'umore; inibitori del re-uptake della serotonina (SSRI).

- l'utilizzo della **terapia psicologica**: le tecniche di psicologia delle dipendenze patologiche si focalizzano sull'analisi delle motivazioni che spingono la persona con dipendenza ad assumere quella determinata sostanza o comportamento.

A partire dagli anni '90 la **Terapia Cognitivo Comportamentale** si è dimostrata uno dei trattamenti maggiormente efficaci nel

trattamento delle dipendenze patologiche.

Il focus della terapia sta nell'**identificazione** e nell'eventuale **modifica** di quei pensieri disfunzionali su di **sè**, sugli **altri** e sul **mondo**, antecedenti alla messa in atto del **comportamento** problematico da cui si sviluppa la dipendenza. Solo a questo punto sarà poi possibile **apprendere** e sperimentare **strategie comportamentali** più funzionali e gestire meglio le emozioni negative.

Anche la **Terapia Dialettico Comportamentale (DBT dialectical-behavior-therapy)**, nel corso degli anni è stata riadattata per il trattamento delle dipendenze patologiche.

Obiettivo di quest'approccio è l'acquisizione, attraverso uno *skills training*, di abilità comportamentali più funzionali nel gestire i momenti in cui la

persona è maggiormente a rischio di assumere la sostanza o di mettere in atto il comportamento problematico.

- terapie in **strutture specializzate**: il trattamento terapeutico riabilitativo della dipendenza patologica, svolto in strutture specializzate, può essere svolto con l'utilizzo sia di terapie psicologiche che di farmaci. L'obiettivo, oltre che supportare la persona nel percorso di lotta alle dipendenze, è spesso anche quello del reinserimento sociale
- i **gruppi di terapia e di auto-aiuto**: pensati per la condivisione, lo scambio e il confronto tra i partecipanti, i gruppi terapeutici e di auto-aiuto sono guidati o supervisionati da un professionista e hanno lo scopo di offrire sostegno

reciproco, migliorare la comunicazione tra le parti (pensiamo ad Al-Anon, l'associazione che si occupa dei familiari di persone che soffrono di alcolismo).

I gruppi terapeutici non sono utili solo a una persona con dipendenza, ma anche alle persone che hanno bisogno di imparare a gestire le conseguenze psicologiche della vicinanza con una persona che soffre di dipendenza patologica.

Un altro approccio utilizzato nel trattamento delle dipendenze patologiche è quello del **Modello Trifasico** che fa riferimento alla **Terapia Metacognitiva** di Wells. Questo tipo di intervento, da una parte è finalizzato a ridurre pensieri, sia positivi che negativi, che la persona ha rispetto alla propria dipendenza e che la

mantengono nel tempo, dall'altra ha lo scopo di diminuire quei meccanismi di pensiero, quali il rimuginio, che portano ad un aumento delle emozioni negative e alla conseguente messa in atto del comportamento problematico.

Infine, qualsiasi approccio si utilizzi nei confronti delle dipendenze patologiche, va ricordato come sia opportuno iniziare il trattamento solo dopo aver effettuato un accurato **colloquio motivazionale** al fine di permettere alla persona di acquisire una maggiore conoscenza e consapevolezza del proprio problema e di incrementare la sua motivazione al trattamento.

Molto importante è anche il tema della **prevenzione delle dipendenze**, per cui è necessaria la sinergia di Istituzioni, scuola e famiglia. Attraverso progetti distribuiti

sul territorio e iniziative di educazione alla salute, è possibile lavorare per contrastare o eliminare del tutto i fattori di rischio legati alle dipendenze patologiche.

Regolazione emotiva e abuso di sostanze: chi fa uso di sostanze lo fa sperando di riuscire ad **alterare il suo stato emotivo corrente** che, per qualche motivo, non è più accettabile: potrebbe voler evitare di rivivere delle sensazioni spiacevoli che già sa che lo farebbero stare male o stati emotivi difficili da tollerare come noia o ansia. Questo viene definito in psicologia un *comportamento evitante*.

Nel 1985 Khantzian formulò una teoria, ancora attuale, basata su due assunti:

1. l'abuso di sostanze è favorito da stati emotivi negativi;

2. la scelta della sostanza non è casuale.

Introduciamo quindi il concetto di *regolazione emotiva*, definita come “l’insieme di comportamenti, capacità e strategie consci e inconsci, automatici o che richiedano uno sforzo attivo nel modulare, inibire o aumentare l’esperienza e l’espressione emotiva” (Calkins, 2010), e di **come questa influisca sull’abuso di sostanze stupefacenti.**

L’importanza della regolazione emotiva: la regolazione emotiva influisce su molti aspetti del nostro comportamento.

Oltre ad essere un fattore correlato allo sviluppo di alcune psicopatologie, ha un’importanza fondamentale **nell’esperienza e nell’espressione delle emozioni e in particolare del controllo di quelle negative.**

In uno studio del 2004 (Gratz e Roemer) sono state definite 6 aree specifiche in cui un soggetto con una regolazione emotiva insufficiente sperimenta maggiori difficoltà:

1. mancanza di consapevolezza delle emozioni;
2. ridotta trasparenza nella risposta emotiva;
3. mancata accettazione della risposta emotiva;
4. accesso limitato a strategie efficaci di regolazione emotiva;
5. difficoltà nel controllo degli impulsi quando si sperimentano emozioni negative;
6. ridotte capacità nel mettere in atto comportamenti efficaci quando si sperimentano stati emotivi negativi.

Altri studi hanno messo in **relazione l’uso di sostanze e le emozioni:** emozioni negative che hanno

a che fare con i disturbi di ansia e dell'umore spingono l'individuo a cercare sollievo in sostanze come cocaina, cannabis o altre, allo scopo di ridurre le sensazioni indesiderate (Mirin et al., 1987).

In questo senso, **ricorrere alle sostanze costituisce una strategia a breve termine, per alterare lo stato corrente**: aumentare la percezione di emozioni positive e/o alleviare quella di stati negativi.

Per quanto riguarda **la scelta della sostanza**, uno studio del 2007 suggerisce come le persone scelgano di usare una sostanza invece che un'altra perché è proprio quella che gli permette **di evitare degli schemi di comportamento che sono fonte di angoscia o dolore**. Ad esempio, individui che tendono ad avere comportamenti aggressivi

sarebbero più predisposti all'utilizzo di oppiacei o alcol mentre chi tende a permanere in uno stato depressivo è più probabile che faccia ricorso alla cocaina e/o alle amfetamine, che sono sostanze eccitanti (Sarnu & Maderno, 2007).

Cosa prevede il trattamento: uscire da una dipendenza causata da una scarsa competenza in termini di regolazione emotiva è possibile con il supporto di specialisti.

La letteratura e l'esperienza suggeriscono di procedere in tre fasi:

1. prima di tutto è fondamentale la disintossicazione dalla sostanza di cui si sta abusando;
2. successivamente è necessario un ricovero con un percorso di riabilitazione per capire quali sono i motivi alla

base dell'abuso e affrontarli;

3. infine, dare al paziente gli strumenti necessari per prevenire future ricadute.

La seconda fase è quella più delicata: **l'incidenza di pazienti con scarsa regolazione emotiva, che fa abuso di sostanze, aumenta fra chi è stato vittima di episodi di violenza** o altre esperienze traumatiche (Polusny e Follette, 1995).

Una volta individuati gli schemi di funzionamento della persona che rinforzano la dipendenza, l'individuo viene guidato verso l'apprendimento di **tecniche per la gestione di ansia e stress** con il supporto farmacologico solo se strettamente necessario.

Uno dei metodi applicati è la *psicoterapia cognitivo comportamentale* che mira a **gestire l'emotività negativa a favore di quella**

positiva soprattutto nelle situazioni che per quel paziente sono a rischio di ricaduta.

Altri metodi sfruttano *la tecnica dell'evitamento* in cui sono bravissimi i pazienti stessi, proprio **per evitare di abusare della sostanza tramite rievocazione di eventi negativi legati alla sostanza stessa.**

Anche le **pratiche mindfulness** trovano ampio utilizzo in queste situazioni: con questo metodo si cerca di cambiare l'approccio della persona a emozioni e pensieri che gli causano ansia e stress invece che ridurne intensità e frequenza.

Sulla base delle abilità di Mindfulness vi è un aumento della capacità della persona di **m a n t e n e r e** la propria **attenzione** sull'esperienza **presente**, arrivando così a **u n a**

maggior**e consapevolezza** nei confronti dei possibili comportamenti da mettere in atto.

Bibliografia e sitografia

- Maldonado, P. Calvé, A. García-Blanco, L. Domingo-Rodriguez, E. Senabre, E. Martín - García; “Vulnerability to addiction”; 2021
- Garland, M. Howard; “Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research”; 2018
- Carroll, B. Kiluk; “Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again”; 2017
- Kienast 1, J. Stoffers, F. B ermpohl, K. Lieb; “Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment”; 2014
- Marazziti, S. Presta, M. Picchetti. L. Dell’Ossò; “Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici”; 2015
- American Psychiatric Association (APA); “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)”; 2013
- Spada, G. Caselli, A. Wells; “A triphasic metacognitive formulation of problem drinking”; 2012
- Apa.org
- Asam.org
- Psicoattivo.com
- Difesa.it
- Intherapy.it
- Nuove dipendenze

Gestione del rischio psicosociale: una panoramica sul quadro europeo di riferimento

di Daniela Di Martino

L'Europa e in particolare PRIMA-EF (The European framework for psychosocial risk management at work) ha strutturato un quadro di riferimento per promuovere buone prassi finalizzate alla gestione del rischio psicosociale sul lavoro. La necessità per i singoli Stati di avere un modello di riferimento nasce e deriva dagli studi europei che dimostrano un aumento dei problemi quali stress correlato al lavoro, mobbing, violenza morale sul posto di lavoro e molestie.

I rischi psicosociali correlati al lavoro dipendono da un' inadeguata progettazione e gestione del lavoro o del contesto sociale ed organizzativo

Lo stress da lavoro è tra le cause di malattia più comunemente riferite dai

lavoratori (Fondazione Europea 2007) e colpisce più di 40 milioni di persone nell'UE. Gli stessi studi dimostrano che nei 12 mesi precedenti l'indagine, il 6% della forza lavorativa sia stata esposta a minacce di violenza fisica, il 4% a violenze da parte di terzi e il 5% a mobbing e/o molestie.

Aspetti normativi

La gestione del rischio psicosociale è obbligatoria per i datori di lavoro, che devono valutarlo e gestirlo assieme a tutti i tipi di rischi per la salute dei lavoratori come stabilito dalla *Direttiva Quadro del Consiglio Europeo sulla Introduzione delle Misure per Favorire il Miglioramento della Sicurezza e Salute dei Lavoratori nei luoghi di lavoro, 89/391/EEC.*

Se è importante sottostare agli obblighi normativi, non bisogna però dimenticare che una corretta gestione del rischio psicosociale può rappresentare un'ottima possibilità di miglioramento del clima lavorativo, con riflessi positivi sulla produttività e sul

senso di affiliazione dei dipendenti all'azienda; tuttavia le opportunità sono anche altre, come di seguito spiegato.

Aspetti Chiave della Gestione del Rischio Psicosociale

Secondo gli studi, una buona prassi di gestione del rischio psicosociale porta a una migliore produttività, migliore qualità di prodotti e servizi, maggiore capacità di attrazione sul mercato del lavoro e migliore capacità di innovazione.

La promozione del benessere psicologico e sociale sul lavoro deve essere un processo continuo e parte delle normali attività dei contesti lavorativi.

Nella pratica, purtroppo, non esistono soluzioni veloci e predefinite: è necessario un processo gestionale continuo. Una soluzione, per essere efficace, deve analizzare i fattori causali, da qui l'importanza di una corretta valutazione S.L.C.

E' importante che i tutti i soggetti coinvolti siano responsabili e corresponsabili

del lavoro di analisi e del processo di soluzione. Essi possono essere sostenuti da esperti interni o esterni.

Gli elementi da prendere in considerazione sono: la dimensione dell'azienda, il settore di attività, le caratteristiche della forza lavoro (ad es. genere, età anagrafica e lavoro

contingente) e il contesto più ampio del Paese.

Il coinvolgimento di tutte le parti nel processo descritto aumenta la partecipazione, riduce le resistenze al cambiamento e costituisce una fase importante nello sviluppo di una cultura della prevenzione.

Livelli d' intervento differenti focalizzati sulle cause

La legislazione Europea su salute e sicurezza è particolarmente orientata alla prevenzione primaria e si concentra sull'organizzazione in quanto generatrice di rischio stesso.

Tuttavia, oltre alle azioni sulla collettività lavorativa possono essere importanti anche azioni specifiche sulla dimensione individuale.

La salute mentale e fisica dei lavoratori non è solo un obbligo giuridico, ma anche una questione etica e deontologica per l'impresa/azienda pertanto non può prescindere dall'analisi di nessuna dimensione, sia essa sociale, relativa al gruppo di lavoro, all'individuo o altro.

Modello d'intervento

La gestione del rischio psicosociale secondo le prassi e gli studi non può prescindere da:

- definizione di una popolazione di lavoratori target dell'intervento,
- circoscrizione di un luogo di lavoro o un gruppo di attività
- valutazione dei rischi per capire la natura del problema e le cause sottostanti
- progettazione e implementazione di azioni volte a rimuovere o a contenere/ridurre i rischi
- valutazione degli interventi di miglioramento azioni.

Bibliografia

- Eu-Osha. Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks – A literature review. Bilbao: European agency for Safety and Health at Work; 2014.
- Eu-Osha. ESEnER - European Survey of Enterprises on new and Emerging Risks 2- preliminary findings. Bilbao: European agency for Safety and Health at Work; 2015.
- Inail. Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul Lavoro. Milano: Inail; 2014.
- Cox T. Stress. London: Macmillan; 1978.
- Cox T, Griffiths AJ. The assessment of psychosocial hazards at work. In: Shabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL. Handbook of Work and Health Psychology. Clichester: Wiley & Sons; 1995.
- Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro. Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato: guida operativa; 2010.
- Leka S, Cox T. The European Framework for Psychosocial

Risk Management: PRIMA-EF.
UK: I-WHO; 2008. pp 80-95
(ISBN 978-0-9554365-2-9).
-PRIMA-EF network. PRIMA-
EF. Guida al contesto europeo
per la gestione del rischio
psicosociale. Una risorsa per i
datori di lavoro e i
rappresentanti dei lavoratori.
Protecting Workers' Health
Series 9 Ed: Petyx M, Petyx
C, natali E & Iavicoli S WHO;
2008.

Finlandia: viaggio nella scuola della fiducia, il programma KiVa

Di Francesca Dicè e Anna Borriello

Il sistema scolastico finlandese viene puntualmente citato dai *media*, dall'opinione pubblica, dai docenti e, in generale, dagli 'addetti ai lavori' come modello da cui trarre ispirazione, idee, prassi e metodologie in quanto miglior sistema di scolarizzazione esistente.

Ad oggi l'interesse per i sistemi di istruzione stranieri è diventato sempre più costante grazie alle indagini internazionali PISA (*Program for International Students Assessment*) volte a valutare i sistemi scolastici dei vari Paesi, con periodicità triennale. Dal 2000 (anno della prima rilevazione), tali indagini hanno permesso di pubblicare gli esiti di ciascuna nazione partecipante, consentendo di conseguenza un confronto addirittura su scala mondiale. Inoltre, il carattere periodico delle rilevazioni internazionali (anche quelle della IEA)

consente di monitorare il *trend* delle prestazioni a più livelli: *in primis*, nazionale. Il *focus* delle rilevazioni PISA intende 'misurare' fino a che punto gli studenti siano in grado di utilizzare quanto hanno appreso per risolvere problemi della vita quotidiana. Da tali indagini, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) afferma che la Finlandia, ad oggi, attua il migliore sistema di scolarizzazione: gli studenti finlandesi infatti, sono ai primi posti per quanto riguarda la lettura, la matematica e le scienze.

Ma come nasce in Italia la fascinazione per la scuola finlandese?

L'asse dell'attenzione/interesse verso i sistemi scolastici stranieri, in Italia tradizionalmente centrato per lo più sugli USA e, in generale, sui paesi anglosassoni soprattutto fino agli anni '80 del secolo scorso, si è spostato da circa venti anni verso la Finlandia.

Il sistema scolastico finlandese fino all'inizio degli anni '70 del secolo scorso era

improntato al modello dell'allora Germania Ovest (BRD) e non appariva molto dissimili a quello italiano, come non lo erano i risultati.

A partire dal 1972, ha avuto luogo un deciso cambio di rotta nell'assetto scolastico finlandese che è stato totalmente riformato adottando il modello scandinavo 'a due livelli' (nove anni di scuola di base unica e tre anni di insegnamento secondario superiore), nonostante forti opposizioni interne ad un cambiamento così radicale. È negli anni Ottanta, superato un quinquennio di transizione e la fase di estensione graduale della riforma, che viene adottato il nuovo assetto con l'inizio della scuola di base a sette anni e il termine a 16 ed è da questo momento che inizia l'ascesa nei risultati.

Secondo gli esperti dell'istruzione finlandese, il fattore più importante in grado di aumentare i livelli delle competenze rilevati dall'indagine OCSE PISA, riguarda lo star bene a scuola. Infatti, più uno studente si trova bene all'interno dell'istituto scolastico, in

termini di clima della classe, rapporti con i pari e con gli insegnanti, qualità delle strutture e degli strumenti didattici a disposizione, maggiore sarà la sua voglia di essere partecipe alla vita della scuola e, probabilmente, anche di studiare e di applicarsi. È questo l'elemento su cui fa leva il sistema scolastico finlandese: non si preoccupa tanto di far in modo che i loro studenti abbiano delle valutazioni migliori rispetto agli altri, quanto di cercare di garantire un clima scolastico sereno, nel quale sia gli alunni che i docenti collaborino attivamente tra loro, e dove vengano valorizzate le competenze individuali, invece che la standardizzazione di tutti. Gli obiettivi di apprendimento, *core-oriented* nel sistema finlandese, vengono sottoposti a costanti verifiche, sulla base di bisogni reali per la crescita e la formazione dell'alunno, fin dalla primissima infanzia, come cittadino consapevole, autonomo e responsabile. Il focus è centrato sullo studente e sulle relazioni: si dà più importanza alla responsabilità e

alla fiducia che alle verifiche o agli esami.

Il percorso formativo viene definito a misura di studente in quanto è documentato fin dai primi anni con cura e con la massima attenzione allo scopo di delineare il 'profilo' del singolo studente nel suo percorso di crescita, registrandone gli sviluppi, le acquisizioni, la partecipazione, secondo il principio generale **i s p i r a t o r e** della *personalizzazione* di cui è permeato l'intero sistema e che spiega anche come mai l'organizzazione scolastica tra le due nazioni sia completamente diversa:

- in Italia fondata sulla classe, sostanzialmente stabile per la intera durata del singolo ciclo di studi;
- in Finlandia fondata sul gruppo che si compone e si scompone più volte durante l'anno e sulla base delle discipline.

In altre parole, l'alunno in Italia è ancorato al gruppo-classe del ciclo frequentato, mentre in Finlandia, proprio perché inserito contemporaneamente in più classi, è ancorato solo a sé stesso.

Il concetto di classe è superato da tempo e si lavora per gruppi e sottogruppi di apprendimento dove ogni studente può trovare ciò di cui ha più bisogno: un approfondimento, un recupero o lo sviluppo di un particolare talento. Questo sistema favorisce l'inclusione e lo sviluppo delle competenze sociali.

Il metodo scolastico finlandese prevede un tipo di **apprendimento "attivo"**: per questo i ragazzi sono invitati a sperimentare, anche grazie al lavoro di gruppo. Lo sviluppo del pensiero critico, anche divergente, è incoraggiato. Ogni concetto viene appreso attraverso la sperimentazione pratica che viene successivamente rielaborata, la cosiddetta **meta-cognizione**. Il raggiungimento di risultati di apprendimento in autonomia motiva il bambino e attiva la memoria a lungo termine. Viene così superata la stratificazione del sapere, si aumentano la conoscenza, l'attenzione, la responsabilità e l'autonomia degli alunni.

Il successo degli esiti della scuola finlandese ad oggi infatti, viene riconosciuto nella didattica innovativa, presenza di *digital devices* nelle aule, numero contenuto di studenti nelle classi, finanziamenti destinati all'istruzione ed ambienti scolastici accoglienti. Nel tempo il Paese, da rurale che era, ha puntato sull'innovazione tecnologica e informatica.

Per il sistema finlandese la tecnologia è uno strumento didattico, al pari di altri, non lo strumento per eccellenza. La tecnologia non è il focus del processo di insegnamento-apprendimento.

Scuola della fiducia, dialogo e territorio di appartenenza. È in questi tre fattori che la scuola finlandese trova le sue radici.

Lo stato finlandese, già nel corso del Novecento, partiva dal presupposto che per risollevare l'economia di un paese, e per far sì che esso diventasse negli anni a venire sempre più ricco, è indispensabile partire dall'educazione e dall'istruzione dei suoi cittadini. Solo se si hanno delle persone istruite ed

educate, infatti, si può pensare di "costruire" un paese tecnologicamente ed economicamente avanzato; se non si investe nella formazione del popolo, non si investe nemmeno nel suo futuro e nelle sue capacità di portare avanti le sorti del paese.

Il merito del cambiamento in Finlandia consiste anche nell'aver saputo individuare le 'materie prime' con le quali ricostruire e cementare in maniera duratura ed utile il sistema. Ma quali sono gli elementi "forti" del modello?

- per l'apprendimento: personalizzazione, *knowing/learning by doing*, ricerca, monitoraggio
- per la qualità dei docenti: selezione iniziale, formazione continua, valutazione
- per le scuole: autonomia, agilità, flessibilità, rendicontazione.

I punti di forza della didattica finlandese dunque risiedono nel fatto che gli studenti lavorano in gruppo, stimolandosi a vicenda, viene favorito lo sviluppo del pensiero critico, la cura di sé, il dare valore e rispettare alla

natura e all'ambiente, dare attenzione all'esperienza pratica.

La scuola Finlandese può essere chiamata **“la scuola della domanda”**. Si privilegia la capacità, infatti, di fare domande a quella di dare risposte pre-confezionate. L'ascolto e l'osservazione del docente prevale sul suo intervento diretto. Si impara facendo e fino a 13 anni non ci sono voti. Gli alunni, dunque, costruiscono il proprio futuro fin dalla prima adolescenza in un sistema che li colloca proattivamente al centro del processo di crescita. L'*autonomia scolastica* è quindi spiccata e le scuole sono in dialogo continuo, diretto e aperto con tutte le componenti (familiari, politiche, sociali, produttive, culturali) del territorio.

Le scelte degli alunni contribuiscono quindi in maniera determinante a costruire la 'fisionomia' delle scuole, in un processo *bottom-up* in modo totalmente *student-oriented*.

Ma la scuola finlandese è davvero un modello da

emulare? Per rispondere a questo quesito, soffermiamoci su uno studio condotto da Liisa Keltikangas-Järvinen, nota psicologa e Aino Saarinen, docente dell'università di Helsinki, dottorata in psicologia, medicina e scienze pedagogiche. La sua ricerca ha sottolineato proprio come i metodi di apprendimento che richiedono l'auto-organizzazione e l'uso di materiali didattici digitali abbiano a che fare col declino dei risultati formativi, come per altro già sottolineato a suo tempo dalla psichiatra Linnea Karlsson segnalando i rischi di stress legati all'eccesso di responsabilizzazione.

Ma cosa ha segnalato in particolare la ricerca di Aino Saarinen, sulla base anche di interviste a insegnanti e genitori degli studenti presi in esame?

I materiali digitali non sono in grado di sostituire i libri stampati.

Le scuole sono state trasformate spesso in un "happening" in cui conta molto mostrare **a t t r e z z a t u r e**

m o d e r n i s s i m e scambiando la bellezza e la funzionalità dei siti scolastici per una qualità intrinseca di quanto si fa al loro interno

Tanti bambini delle prime classi si ritrovano a fare scuola all'aperto. Ma varie ricerche dicono che proprio in età infantile quello non è un luogo che favorisce, per esempio, l'interazione faccia a faccia, e da ciò può derivare un aumento dello stress nei soggetti più sensibili, come i casi di panico segnalati.

Il declino della lettura comporta che circa uno studente su otto non sa leggere correttamente quando lascia la scuola di base.

Questa carenza, insieme con l'abbandono della scrittura manuale a favore di quella digitale, riduce lo sviluppo di aree creative del cervello.

Più ampio, e attento alle implicazioni sociali oltre che allo sviluppo psicologico, è il punto trattato dalla

studiosa Keltikangas-Järvinen, la quale pone in discussione un sistema educativo che richiede una serie di decisioni a un bambino di otto anni, senza tenere conto che certe aree cerebrali demandate, nei lobi frontali, arrivano a maturità solo a vent'anni. Spiega che nella vita quotidiana della scuola sono state apportate riforme che non sono conformi alle conoscenze della psicologia evolutiva e che hanno finito per aumentare le disuguaglianze. Il burnout di studenti delle scuole superiori e l'aumento dei problemi di salute mentale sono legati allo stesso fenomeno in cui ai bambini e ai giovani sono richieste competenze conformi ad alcune ideologie pedagogiche, per le quali il loro livello di maturità non è sufficiente.

Programma finlandese contro il bullismo

Il programma KiVa (Salmivalli et al. 2009) è un programma ideato nel 2006 volto alla prevenzione ed intervento contro il bullismo basato sulla ricerca e sull'evidenza scientifica sviluppato

all'Università di Turku in Finlandia: il termine KiVa deriva dalla parola finlandese *kiusaamista vastaan*, che significa 'contro il bullismo', ma poiché kiva significa anche "piacevole", da qui il doppio significato di scuole contro il bullismo e scuole piacevoli, felici.

La rilevante efficacia del programma KiVa è stata dimostrata scientificamente attraverso uno studio nazionale, randomizzato e controllato, nonché da diversi altri studi.

Il programma KiVa viene adottato in tutto il mondo ed è il programma di contrasto al bullismo più studiato al mondo.

Ma Come funziona KiVa?

L'obiettivo del programma KiVa è quello di prevenire il bullismo, scopi paralleli sono l'intervento effettivo e standardizzato sui casi di bullismo e la minimizzazione degli effetti negativi del bullismo. Il programma si basa su tre elementi principali: prevenzione, intervento e monitoraggio.

1. *Prevenzione: per evitare che il bullismo accada:*

azioni dirette a tutti gli studenti e focalizzate alla prevenzione del bullismo.

2. *Intervento: strumenti per affrontare il bullismo:* l'obiettivo è quello di fornire alle scuole e agli studenti gli strumenti per porre fine al bullismo.
3. *Monitoraggio annuale:* attraverso sondaggi online annuali per studenti e personale. Questo feedback fornisce alle scuole informazioni su come migliorare il loro lavoro di contrasto al bullismo.

La componente più importante sono gli osservatori: influenzarne il comportamento può ridurre il successo ottenuto dal bullo e il suo riscontro sociale, con una conseguente perdita di interesse nel perpetrare i comportamenti negativi. Dal punto di vista della vittima, se gli osservatori diventano attivi positivamente nei suoi confronti, ci saranno sia effetti sul breve termine (si sentirà più accettata), sia sul lungo termine (il ricordo più negativo legato al bullismo è il fatto che

"a nessuno importava"). Il programma si sviluppa su due differenti, ma paralleli, canali di azione: le azioni "*universal*" e quelle "*indicated*". Lo scopo delle *universal actions* è quello di prevenire, influenzando il comportamento del gruppo:

- attività in classe (discussioni di gruppo, imparare facendo, brevi filmati, letture) proposte nei manuali;
- questionari annuali per studenti e staff, per il monitoraggio;
- incontro con lo staff ad inizio anno, per coinvolgere tutta la comunità adulta della scuola;
- kick-off ad inizio anno, per informare gli studenti;
- giochi KIVA online;
- newsletter, guida e back-to-school night per genitori;
- poster e giacche da indossare durante le pause e gli intervalli, per dare visibilità agli insegnanti KIVA.

Lo scopo delle *indicated actions* è, invece, quello di intervenire, perché le vittime hanno bisogno di sentirsi ascoltate e aiutate e i bulli devono essere affrontati per il loro comportamento inaccettabile:

- gruppo KIVA
- intervento nei casi denunciati e riconosciuti come episodi di bullismo:
- comunicazione alla famiglia mediante messaggio e-mail predefinito
- documentazione dei singoli casi
- monitoraggio degli sviluppi.

Il programma è pensato e sviluppato solo per il ciclo primario e per il ciclo secondario di primo grado. Bisogna iniziare al primario per poter vedere risultati anche più avanti. I risultati scientificamente dimostrati visibili già alla fine del primo anno, includono:

influenza sulle emozioni, sulla cognizione e sul comportamento degli osservatori,

aumento dell'empatia verso le vittime,

in fl u e n z a
sull'atteggiamento anti-bullismo dei ragazzi, sulla sua efficacia, aumento degli sforzi per difendere le vittime, diminuzione del rinforzo e dell'assistenza verso il bullo,

riduzione dell'ansia sociale ed impatto positivo sulla percezione dell'ambiente sociale, effetto positivo sul piacere scolastico e sulla motivazione accademica, percezione più positiva e maggiore del comportamento degli insegnanti e della loro capacità di ridurre il bullismo, maggiore competenza degli insegnanti nell'affrontare i casi di bullismo

Tale programma infatti pone l'attenzione sull'intero gruppo e ogni individuo ne trae beneficio, anche gli insegnanti e gli adulti coinvolti, coinvolge l'intera scuola ponendo l'attenzione sul rispetto in generale, anche verso le cose e le strutture scolastiche.

Il programma KiVa si basa su un modello teorico di spiegazione del bullismo centrato sui ruoli dei partecipanti e ha un'attenzione prevalente sul gruppo classe e sul potenziale coinvolgimento dei ragazzi che spesso

osservano i problemi e non fanno niente per far smettere le prepotenze. Le caratteristiche del programma che lo rendono oggi interessante rispetto ad altri percorsi di intervento per la stessa fascia di età, sono:

1. La **valorizzazione degli insegnanti** come professionisti che, a partire da una formazione iniziale, sono in grado di prevenire ed intervenire sul problema in modo efficace rendendo la scuola un luogo sicuro e una comunità accogliente per tutti ragazzi;
2. La **coerenza con il modello scientifico di lettura del fenomeno**. Il progetto presenta un'analisi del fenomeno che evidenzia il ruolo del gruppo-classe e degli osservatori come potenziale risorsa per promuovere comportamenti di aiuto e atteggiamenti antibullismo tra ragazzi.
3. L'**evidenza empirica**, l'essersi cioè dimostrato un programma efficace a

ridurre il fenomeno. Sono diversi gli studi che hanno evidenziato l'efficacia di questo approccio anche con sperimentazioni su larga scala e con un livello di implementazione variabile e differenziato.

4. La **presenza di materiale di facile uso**: manuali didattici per insegnanti per la conduzione delle azioni universali e indicate, schede didattiche, guida per genitori sono inclusi nel programma.

In passato, la scuola guidava e cambiava la società. Oggi vediamo che è la società che impone le sue condizioni alla scuola e la scuola cerca di seguire le aspettative della società.

Tali aspetti costituiscono elementi di riflessione all'interno di un più ampio dibattito che è vivo in Finlandia.

In conclusione, il sistema scolastico finlandese prevede e attua la cura dell'alunno al centro dell'impianto formativo. L'attenzione è posta al

rapporto tra cura, educazione e insegnamento. L'obiettivo è promuovere la crescita basata sulla collaborazione attiva tra alunni e docenti. Questo è considerato come l'unico modo per raggiungere il benessere e l'apprendimento di abilità.

BIBLIOGRAFIA

- Ahtola: A. (2012) Proactive and preventive student welfare activities in Finnish preschool and elementary school : handling of transition to formal schooling and a national anti-bullying program as examples. Turku: University of Turku. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5157-4>
- Christian Elledge, L., Williford, A., Boulton, A., DePaolis, K., Little, T., & Salmivalli, C. (2013). Individual and Contextual Predictors of Cyberbullying: The Influence of Children's Prosocial Attitudes and Teachers' Ability to

- Intervene. *Journal of Youth & Adolescence*, 42(5), 698–710. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9920-x>
- Garandeanu, C. (2014) School bullies' quest for power : implications for group dynamics and intervention. Turku: University of Turku. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5727-9>
 - Haataja, A. (2016) Implementing the KiVa antibullying program : what does it take? Turku: University of Turku. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6553-3>
 - Huitsing, G., van Duijn, M. A. J., Snijders, T. A. B., Wang, P., Sainio, M., Salmivalli, C., & Veenstra, R. (2012). Univariate and multivariate models of positive and negative networks: Liking, disliking, and bully–victim relationships. *Social Networks*, 34(4), 645–657. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2012.08.001>
 - Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Alanen, E., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2012). Effectiveness of the KiVa antibullying program: Grades 1–3 and 7–9. *Journal of Educational Psychology*, 105(2), 535–551. <https://doi.org/10.1037/a0030417>
 - Poskiparta, E., Kaukiainen, A., Pöyhönen, V., & Salmivalli, C. (2012). Anti-bullying computer game as part of the KiVa-program: Children's perceptions of the game. In A. Costabile & B. Spears (Eds.), *The impact of technology on relationships in educational settings: International perspectives* (pp. 158–168). New York, NY: Routledge.
 - Pöyhönen, V., Juvonen, J., & Salmivalli, C. (2012). Standing Up for the Victim, Siding with

the Bully or Standing by?
Bystander Responses in
Bullying

Situations. *Social
Development*, 21(4),
722–741. [https://doi.org/
10.1111/
j.1467-9507.2012.00662.
x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2012.00662.x)

- Roos, S. (2014) Guilt, shame, emotion regulation, and social cognition: understanding their associations with preadolescents' social behavior. Turku: University of Turku <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5891-7>
- Saarento, S., & Salmivalli, C. (2015). The role of classroom peer ecology and bystanders' responses in bullying. *Child Development Perspectives*, 9(4), 201–205. <https://doi.org/10.1111/cdep.12140>
- Sainio, M., Veenstra, R., Little, T. D., Kärnä, A., Rönkkö, M., & Salmivalli, C. (2013). Being bullied by same- versus other-

sex peers: Does it matter for adolescent victims? *Journal of Clinical Child & Adolescent*

Psychology, 42(4), 454–466. <https://doi.org/DOI:10.1080/15374416.2013.769172>

- Salmivalli, C. (2009). Bullying is a group phenomenon – what does it mean and why does it matter? In S. Hymel, S. M. Swearer, & P. Gillette (Eds.), *Bullying at School and Online, a special invited issue of education.com*. Retrieved from <http://www.education.com/reference/article/peer-social-group-role-in-bullying/>
- Sentse, M., Kiuru, N., Veenstra, R., & Salmivalli, C. (2014). A Social Network Approach to the Interplay Between Adolescents' Bullying and Likeability over Time. *Journal of Youth & Adolescence*, 43(9), 1409–1420. <https://doi.org/10.1007/s11257-014-9140-1>

doi.org/10.1007/s10964-014-0129-4

- Veenstra, R., Lindenberg, S., Huitsing, G., Sainio, M., & Salmivalli, C. (2014). The role of teachers in bullying: The relation between antibullying attitudes, efficacy, and efforts to reduce bullying. *Journal of Educational Psychology*, 106(4), 1135–1143. <https://doi.org/10.1037/a0036110>
- Williford, A., Boulton, A., Noland, B., Little, T. D., Kärnä, A., & Salmivalli, C. (2012). Effects of the KiVa Anti-bullying Program on Adolescents' Depression, Anxiety, and Perception of Peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 289–300. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9551-1>
- Yang, A. (2015) Bully-victims : prevalence, psychosocial adjustment, and responsiveness to intervention. Turku:

University of Turku. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6241-9>

