



Salute mentale nell'adolescenza: sensibilizzazione e rilevamento precoce

Informazioni specialistiche indirizzate ai
pediatri e ai medici di famiglia

Un progetto comune dei Dipartimenti Psicologia applicata e Salute, finanziato dall'UFSP



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Indice

1. Introduzione	3
2. Disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti	4
2.1 Epidemiologia dei disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti	
2.2 Individuare i disturbi psichici negli adolescenti	
3. Parlare di problemi psichici con gli adolescenti	7
3.1 Comunicazione efficace con gli adolescenti nell'attività clinica quotidiana	
3.2 Strumenti diagnostici per la valutazione della salute mentale degli adolescenti	
3.2.1 Questionario HEADSS	
3.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	
3.2.3 Indicazioni orientative per impostare la relazione terapeutica con gli adolescenti	
4. «Abbi cura di te!»	13
5. Bibliografia	14

1. Introduzione

Le presenti informazioni specialistiche hanno lo scopo di aiutare i medici a individuare e affrontare possibili difficoltà o disturbi di natura psichica negli adolescenti. All'interno del sistema sanitario, i medici svolgono un ruolo di primo piano nel campo della salute mentale e della diagnosi precoce dei disturbi psichici in età infantile e adolescenziale. Dal momento che seguono per molti anni gli adolescenti e le loro famiglie, essi riescono in genere a rilevare tempestivamente eventuali problematiche psichiche o sociali. Disponendo di conoscenze specialistiche, e fornendo assistenza e consulenza, incentivano la prevenzione e rafforzano la responsabilità individuale dei pazienti. I pediatri e i medici di famiglia sono in grado di individuare, mediante accertamenti appropriati e progressivi, un disturbo psichico in comorbilità con una malattia somatica, e di contrastare un processo di cronicizzazione indirizzando correttamente il paziente verso un servizio psicologico o psicoterapeutico.

L'adolescenza è una fase della vita caratterizzata da molteplici cambiamenti. Gli adolescenti si allontanano dai genitori, instaurano nuove relazioni con i coetanei e hanno le prime esperienze sessuali. Oltre ad attraversare innumerevoli cambiamenti fisici, i giovani sviluppano una nuova immagine sociale e una prima identità professionale (1). Durante l'adolescenza la maturazione del lobo frontale induce una riorganizzazione del cervello che comporta processi di maturazione anatomici e fisiologici rilevanti (2). Questi cambiamenti possono provocare anche l'insorgenza di stati d'animo complessi tipicamente adolescenziali, spesso difficilmente distinguibili da diagnosi psichiatriche.

Le presenti informazioni specialistiche sono state elaborate nel quadro di uno scambio interdisciplinare. La prima parte offre una panoramica scientifica, e più precisamente epidemiologica, dei disturbi psichici nell'infanzia e nell'adolescenza. Nella seconda parte vengono analizzate le tipologie di disturbi psichici esternalizzanti e internalizzanti, delineando atteggiamenti specifici e problematiche comportamentali, così da sensibilizzare i medici nei confronti di eventuali problemi e delle possibili correlazioni con i disturbi psichici. La terza parte è dedicata alla presentazione del questionario HEADSS e di un questionario per lo screening. Vengono inoltre illustrati aspetti fondamentali della comunicazione con gli adolescenti nel contesto medico. La quarta e ultima parte presenta la brochure informativa/formativa «Abbi cura di te!», finalizzata alla promozione della salute mentale negli adolescenti.

2. Disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti

I bambini e gli adolescenti soffrono di disturbi psichici all'incirca con la stessa frequenza degli adulti. Tali disturbi tendono inoltre a persistere anche una volta raggiunta l'età adulta. Basti pensare che la metà degli adulti che ne sono affetti ha iniziato a soffrirne durante l'adolescenza (3, 4, 5).

2.1 Epidemiologia dei disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti

Di seguito vengono presentati i principali studi sui disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti.

Lo Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP (6)), svolto nel 1994, è l'unico studio rappresentativo sulla prevalenza dei disturbi psichici in età infantile e adolescenziale in Svizzera. I risultati hanno evidenziato un tasso di prevalenza a sei mesi del 22,5 per cento (IC 95 %: 16,2–28,8) nella fascia di età compresa tra i 6 e i 17 anni.

Una meta-analisi più recente rileva la prevalenza dei disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti in Germania: Barkmann (7) ha analizzato 33 studi realizzati tra il 1953 e il 2007 riscontrando, in un controllo a campione che ha coinvolto quasi 73 000 bambini e adolescenti, un tasso di prevalenza medio del 17,58 per cento (IC 95 %: 15,66–19,51). Dallo studio BELLA, uno dei maggiori studi epidemiologici di coorte sulla salute mentale di bambini e adolescenti in Germania, è emerso che complessivamente il 17,2 per cento dei bambini e degli adolescenti dai 3 ai 17 anni presentava segni di problemi psichici rilevanti dal punto di vista diagnostico o clinico (8). In uno studio epidemiologico austriaco relativo alla prevalenza dei disturbi psichici tra bambini e adolescenti di età compresa tra i 10 e i 18 anni sono stati individuati 27 quadri clinici diversi, in base ai criteri del manuale DSM-5 (9). Questo studio ha evidenziato una prevalenza puntuale del 23,9 per cento (IC 95 %: 15,7–32,1). Va tuttavia precisato che questo studio ha analizzato una gamma più ampia di diagnosi, includendo inoltre diagnosi sperimentali provvisorie come ad esempio il «disturbo dovuto all'uso di giochi online».

L'unica meta-analisi finora realizzata a livello internazionale, in cui sono stati esaminati dati ricavati da studi epidemiologici sui disturbi psichici infantili e adolescenziali di 27 Paesi diversi, ha preso in considerazione un totale di 41 lavori originali che soddisfavano determinati requisiti metodologici minimi. Si tratta di studi pubblicati tra il 1985 e il 2012, basati su un campione complessivo di 90 000 bambini e adolescenti, in cui sono state analizzate solo le quattro categorie principali di disturbi psichici (disturbi d'ansia, disturbi esternalizzanti del comportamento sociale, ADHD e depressioni) nell'infanzia e nell'adolescenza. La prevalenza media di questi quattro disturbi si attesta al 13,4 per cento (IC 95 %: 11,3–15,9). Con una prevalenza del 6,5 per cento (IC 95 %: 4,7–9,1) i disturbi d'ansia sono i disturbi psichici più frequenti, seguiti dai disturbi esternalizzanti del comportamento sociale con il 5,7 per cento (IC 95 %: 4,0–8,1), dall'ADHD con il 3,4 per cento (IC 95 %: 2,6–4,5) e dai sintomi depressivi con il 2,6 per cento (IC 95%: 1,7–3,9). Nel periodo di osservazione considerato da questa meta-analisi (1985–2012) la frequenza dei disturbi psichici non sembra essere cambiata in modo significativo nel tempo, e non è stata rilevata alcuna traccia di variabilità interculturale. Il fatto che la prevalenza media dei disturbi psichici nell'infanzia e nell'adolescenza riscontrata da Polanczyk et al. (10) sia inferiore rispetto alle rilevazioni nazionali può essere spiegata con la mancata inclusione di disturbi fondamentali, come quelli alimentari, ossessivo-compulsivi, psicotici, e dello spettro dei disturbi autistici (11).

Nonostante la variabilità metodologica degli studi qui descritti, la diversa modalità di selezione dei campioni e le differenti definizioni dei casi, i risultati non sembrano mostrare un incremento dei problemi psichici nei bambini e negli adolescenti nei periodi di osservazione esaminati, in quanto i tassi di prevalenza si mantengono relativamente costanti intorno al 20 per cento. I risultati di una review sistematica effettuata nel 2014 indicano tuttavia un recente aumento dei sintomi internalizzanti nelle ragazze rispetto alle coorti precedenti (12).

2.2 Individuare i disturbi psichici negli adolescenti

I disturbi psichici negli adolescenti causano una compromissione duratura di numerosi aspetti della loro esistenza, come la formazione personale, la capacità lavorativa e di guadagno, le relazioni sociali, la salute somatica e la qualità della vita (13). L'individuazione e il trattamento precoce dei disturbi psichici possono avere un impatto positivo sul decorso successivo (14), limitando così le notevoli difficoltà individuali e familiari che ne conseguono, nonché le ripercussioni negative sul piano sociale. Il rilevamento precoce da parte dei medici delle difficoltà dei bambini e degli adolescenti consente di sostenerli in modo mirato, indirizzarli a specialisti qualora necessario e rafforzarli nel loro sviluppo successivo. Individuare problematiche comportamentali ed emotive rappresenta una notevole sfida soprattutto durante l'adolescenza, poiché ad esempio sintomi depressivi transitori sono caratteristici della pubertà, ed è quindi difficile distinguere una patologia da uno sviluppo normale e tipicamente adolescenziale. Per i medici, il cui compito consiste spesso nell'esaminare e individuare disturbi sottosoglia, può risultare estremamente utile differenziare i disturbi psichici nell'infanzia e nell'adolescenza a seconda delle manifestazioni internalizzanti ed esternalizzanti. Questa classificazione dei problemi emotivi e comportamentali (15) è trasversale, euristica e fondata su evidenze scientifiche, e considera i disturbi psichici come il risultato di strategie disfunzionali di gestione dei problemi. L'approccio dimensionale offre inoltre il vantaggio di mettere a disposizione del personale specializzato in ambito pedagogico e medico una terminologia comune. Questo può incentivare una collaborazione proficua nel quadro della promozione della salute mentale.

I disturbi internalizzanti indicano strategie di coping dirette verso l'interno. Si manifestano con sintomi come la tendenza a evitare determinate situazioni sociali, isolarsi, rimuginare e preoccuparsi. Ad esempio, appartengono alla dimensione internalizzante le depressioni, i disturbi d'ansia e i disturbi ossessivo-compulsivi. Essendo caratterizzati da sintomi diretti verso l'interno e pertanto tendenzialmente occulti, i disturbi internalizzanti sono più difficili da diagnosticare per i medici, in quanto un comportamento ipercontrollato appare più appropriato e meno fastidioso rispetto ai disturbi comportamentali esternalizzanti. È tuttavia fondamentale rilevare le problematiche che riguardano il vissuto emotivo.

I disturbi esternalizzanti sono strategie di coping dirette perlopiù verso l'esterno, contro il contesto sociale, che si manifestano con la tendenza a infrangere le regole, irrequietezza fisica e tensione. Fanno parte della dimensione esternalizzante i disturbi del comportamento sociale, i disturbi ipercinetici e il disturbo oppositivo e provocatorio. Questi sono tra i disturbi diagnosticati con maggiore frequenza in bambini e adolescenti. I ragazzi soffrono più spesso di disturbi esternalizzanti e le ragazze di disturbi internalizzanti (16, 17).

Spesso, invece, nelle ragazze l'ADHD non è diagnosticato correttamente o lo è in ritardo, poiché probabilmente esse adottano strategie di coping migliori per affrontare questo disturbo rispetto ai ragazzi, mascherando in tal modo i sintomi (18). Inoltre, diversamente dagli adolescenti maschi, per le femmine sono disponibili meno dati sul comportamento antisociale (19).

La Tabella 1 presenta un riassunto delle principali caratteristiche che contraddistinguono i problemi comportamentali internalizzanti ed esternalizzanti (18). Questo schema può aiutare i professionisti della salute a individuare tali disturbi negli adolescenti durante le consultazioni mediche.

Tabella 1: Caratteristiche che contraddistinguono i problemi comportamentali internalizzanti ed esternalizzanti

	Problemi comportamentali internalizzanti	Problemi comportamentali esternalizzanti
Comportamento espressivo e tono dell'umore generale	<ul style="list-style-type: none"> • Il tono dell'umore è basso; paura e infelicità come sentimenti di fondo • Elevata instabilità emotiva e ridotta tolleranza allo stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Il tono dell'umore è basso; rabbia e frustrazione come sentimenti di fondo
Comportamento interpersonale	<ul style="list-style-type: none"> • Inibito, timido e distante • Autostima generalmente scarsa, ansia sociale • Caratterizzato da preoccupazione e disagio 	<ul style="list-style-type: none"> • Stile relazionale disinibito; dominante • Concentrato soprattutto sui propri obiettivi e interessi, meno sulle relazioni sociali • Comportamento indisciplinato o anaffettività
Stile cognitivo e percezione di sé	<ul style="list-style-type: none"> • La componente principale dello stile cognitivo è la preoccupazione, associata al timore costante di possibili eventi negativi • Tendenza al pessimismo • Pensieri automatici di perdita e insuccesso • Difficoltà a prendere decisioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Attenzione rivolta a informazioni che suscitano aggressività; frequente attribuzione di colpe inesistenti, pensieri ricorrenti di vendetta • Scarsa capacità di autoriflessione e autovalutazione • Autostima generalmente ridotta; in un sottogruppo percezione di sé illusoria e sopravvalutazione delle proprie competenze
Meccanismi di regolazione	<ul style="list-style-type: none"> • Scarso controllo dell'attenzione, probabili difficoltà ad allontanare i pensieri negativi concentrandosi su pensieri più neutri o più positivi • Comportamento poco impulsivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Meccanismi di regolazione insufficienti, p. es. mancanza di controllo inibitorio, ridotto controllo dell'attenzione • Impulsività, scarso autocontrollo, mancanza di autodisciplina • Tendenza a infrangere le regole

Nota: la tabella è stata realizzata sulla scorta del riassunto di Forns et al. (20)

Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta rappresenta per chiunque un complesso compito evolutivo, che richiede una spiccata capacità di adattamento. Questo cambiamento è fonte di notevole stress per molti adolescenti. Nel loro studio, Forns et al. (20) mettono in evidenza il fatto che gli adolescenti affetti da disturbi del comportamento internalizzanti ed esternalizzanti impiegano strategie di coping simili per far fronte alle situazioni stressanti. Complessivamente, in entrambe le tipologie di disturbi prevalgono strategie improntate all'evitamento e all'emotività. Gli autori ritengono che le strategie di risposta passive ed evitanti siano correlate con un elevato rischio psicopatologico. L'autorecrimazione e la ruminazione sono associate a problemi comportamentali internalizzanti. Viceversa, i giovani con problemi comportamentali esternalizzanti presentano un grado più elevato di evitamento cognitivo. Va sottolineato che l'adeguatezza delle strategie di coping dipende anche da fattori di stress in questione. Una strategia di coping basata sull'evitamento può ad esempio essere considerata adeguata e funzionale se l'adolescente si trova ad affrontare una situazione incontrollabile e gravosa (20, 21).

3. Parlare di problemi psichici con gli adolescenti

3.1 Comunicazione efficace con gli adolescenti nell'attività clinica quotidiana

Le malattie psichiche possono colpire chiunque. Le famiglie vulnerabili e socialmente svantaggiate dovrebbero essere seguite in via prioritaria dai medici e, per quanto possibile, essere interpellate direttamente. A tal proposito è particolarmente importante un'ottica sistemica, che tenga conto del carico psicologico di tutto il sistema familiare e degli aspetti inerenti alla psicologia dello sviluppo degli adolescenti. Se devono fronteggiare situazioni conflittuali o di stress, i giovani tendono a reagire manifestando sintomi di natura psicosomatica. Le reazioni psichiche, mascherate da quelle fisiche, passano quindi facilmente inosservate. La comunicazione tra medici e adolescenti racchiude pertanto un enorme potenziale di opportunità ai fini dell'individuazione dei problemi psichici e della promozione della salute. Da un'indagine conoscitiva per la prevenzione e la promozione della salute svolta dal servizio medico scolastico presso le classi della scuola media superiore (ragazzi dai 13 ai 16 anni) della città di Zurigo (N=1652) è emerso che, nonostante la maggioranza degli adolescenti fosse soddisfatta della propria salute e della propria vita, un ragazzo su quattro e una ragazza su tre soffrono di disturbi psicosomatici e di stati depressivi (22). I risultati di questo studio sottolineano e confermano l'importanza della comunicazione tra il medico e l'adolescente per la promozione del benessere psicologico e della salute mentale di quest'ultimi.

Lungo il percorso verso la creazione di una propria identità, gli adolescenti si trovano ad affrontare svariati compiti evolutivi. Un compito rilevante a livello socio-emotivo consiste nel trovare un equilibrio tra l'attaccamento/l'identificazione con i genitori e lo sviluppo del concetto di sé (aspirazione all'indipendenza/individuazione), anche dal punto di vista fisico e psichico. La partecipazione attiva degli adolescenti a questo processo prevede anche l'assunzione graduale di responsabilità personale. Viste queste premesse, i medici possono proporre (tenendo in considerazione il grado di maturità dell'adolescente) che la prima parte del colloquio si svolga senza la presenza dei genitori. Così facendo, apportano un contributo attivo alla transizione da un contesto pediatrico a un setting di medicina adolescenziale. Instaurare una relazione di fiducia reciproca rappresenta una sfida per gli adolescenti e una notevole responsabilità per i medici che, accompagnando con delicatezza tale processo, possono gettare le basi di una terapia efficace. Al fine di costituire una solida alleanza terapeutica, è essenziale che i medici adottino uno stile di consultazione adeguato all'età e un approccio che non trascuri lo sviluppo biopsicosociale dell'adolescente. Inoltre, a fronte della ricerca di autonomia dei giovani, è indispensabile che i genitori siano disposti a concedere loro maggiore indipendenza. I medici possono supportare i genitori nel loro ruolo importante ma in continua evoluzione, aiutandoli a tollerare e riequilibrare l'ambivalenza creatasi nei confronti dei figli adolescenti. In ultima analisi, un'alleanza terapeutica proficua è frutto della collaborazione tra medico, adolescente, e genitori.

In una review sistematica, Kim e White (23) hanno analizzato la letteratura esistente in merito agli aspetti fondamentali della comunicazione tra adolescenti e professionisti della salute. I risultati sono stati riassunti nei tre seguenti aspetti principali, che danno un'idea di come e perché possano sorgere difficoltà in queste situazioni comunicative:

1. affrontare temi delicati e intimi rappresenta una vera e propria sfida nel dialogo tra adolescenti e medici;
2. per i giovani la fiducia e il senso di sicurezza emotiva sono una prerogativa per una comunicazione aperta e proattiva;
3. durante il colloquio con i medici, gli adolescenti ritengono essenziale sentirsi coinvolti, ma godere al tempo stesso di un certo grado di autonomia. Desiderano inoltre avere il

controllo delle informazioni personali relative alla loro salute, essere presi sul serio dai medici e considerati i loro interlocutori principali.

Sulla base di questi risultati, gli autori hanno formulato quattro raccomandazioni volte a ridurre le barriere comunicative nel dialogo tra adolescenti, medici e altri professionisti della salute:

1. sviluppare appositi processi per far sì che gli interventi terapeutici e gli invii dei pazienti agli specialisti diventino parte della routine. È possibile abbattere le barriere migliorando la collaborazione interprofessionale (un ingente carico di lavoro o la mancanza di collaborazione interprofessionale possono ostacolare i processi terapeutici). La normalizzazione dei processi ha lo scopo di ridurre le barriere comunicative nella discussione di questioni delicate inerenti alla salute;
2. informare sistematicamente gli adolescenti in merito agli obblighi legali e deontologici dei professionisti della salute nella gestione dei dati dei pazienti. Questa modalità permette di definire chiaramente il diritto degli adolescenti all'autodeterminazione e di prevenire l'insorgere di difficoltà nelle dinamiche relazionali con i genitori;
3. offrire ai medici opportunità di formazione che consentano loro di esercitare abilità comunicative adeguate alle capacità cognitive degli adolescenti, in modo da aiutare questi ultimi a comprendere i nessi logici dei problemi affrontati nella visita. Questa formazione pratica punta a migliorare le competenze interpersonali dei professionisti della salute, affinché possano fungere da mediatori tra gli adolescenti e coloro che interpretano l'autorità parentale. Sia i genitori sia i figli devono sentirsi coinvolti ma, al tempo stesso, è necessario rispettare l'esigenza di autonomia degli adolescenti;
4. accrescere la sensibilità riguardo all'importanza di adottare un approccio medico-umanistico. La capacità di stabilire un dialogo cordiale, empatico e partecipativo suscita negli adolescenti un senso di sicurezza emotiva, incrementando così la fiducia nei professionisti della salute.

3.2 Strumenti diagnostici per la valutazione della salute mentale degli adolescenti

Di seguito saranno presentati alcuni ausili per la valutazione della salute mentale degli adolescenti, a partire dal questionario HEADSS: un importante strumento che consente di effettuare un'anamnesi psicosociale efficace, che tenga conto dell'età dei giovani pazienti. Verrà poi illustrato lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) di Goodmann (24, 25): uno strumento di screening molto diffuso e ampiamente validato per la valutazione del comportamento e dei disturbi emotivi nell'infanzia e nell'adolescenza. Verranno infine esposti, sotto forma di tre indicazioni orientative, gli elementi essenziali per impostare la relazione terapeutica con gli adolescenti. Contestualmente, saranno fornite istruzioni pratiche per dialogare con i giovani su tematiche di natura psicologica.

3.2.1 Questionario HEADSS

Il questionario HEADSS (26) è uno strumento semistrutturato riconosciuto a livello internazionale, che funge da ausilio per l'anamnesi psicosociale negli adolescenti e comprende i seguenti ambiti psicosociali: casa, scuola e lavoro, comportamento alimentare, attività e gruppo di pari, droghe, sessualità, rischio di suicidio e depressione, sicurezza. La valutazione inizia con una serie di domande semplici e lineari sulla vita degli adolescenti, volte a stabilire una relazione. È possibile suddividere le domande in più colloqui distinti. Una volta conclusa una valutazione HEADSS, è importante documentare i risultati e, se necessario, informare altri professionisti della salute, comunicare agli adolescenti la presenza di ulteriori servizi di consulenza, o indirizzarli direttamente a questi ultimi.

3.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

L'SDQ (24, 25) è uno strumento concepito in Gran Bretagna per l'individuazione di punti di forza e difficoltà comportamentali in bambini e adolescenti di età compresa tra i 4 e i 16 anni. Il questionario, impiegato nella diagnostica clinica e nella ricerca, è disponibile in una versione dedicata a genitori e insegnanti e in una versione per l'autovalutazione. È attualmente reperibile gratuitamente in Internet in più di 50 lingue, corredato da istruzioni e dalla standardizzazione (27). La versione italiana del questionario sui punti di forza e di debolezza è stata adattata a cura di A. De Giacomo et al. I 25 item dell'SDQ sono suddivisi in cinque subscale per la valutazione dei comportamenti e dei sintomi. Da un lato troviamo la scala dei Sintomi emotivi e quella dei Problemi con i pari, che riguardano i disturbi internalizzanti, e dall'altro la scala dei Problemi comportamentali e quella della Disattenzione/Iperattività, ascrivibili ai disturbi esternalizzanti. Infine è presente una quinta scala, connotata positivamente e dedicata ai Comportamenti prosociali.

Questo breve questionario può essere compilato e valutato rapidamente da genitori e insegnanti e, nell'apposita versione per l'autovalutazione, anche dagli adolescenti stessi. L'SDQ rappresenta una delle procedure maggiormente utilizzate a livello internazionale per individuare problemi psichici in bambini e adolescenti. Si tratta di uno strumento diagnostico valido e affidabile che, in numerosi studi, ha dimostrato di rispondere in modo adeguato o eccellente ai criteri di qualità (28).

3.2.3 Indicazioni orientative per impostare la relazione terapeutica con gli adolescenti

I tre blocchi tematici seguenti sono finalizzati a fornire al medico suggerimenti utili per il colloquio con i pazienti adolescenti e sono tratti da «Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit» (29). Anche la brochure informativa/formativa «Abbi cura di te!» è stata realizzata a partire da singole pagine del suddetto toolkit (cfr. capitolo successivo e risorsa online). Nei blocchi tematici verranno affrontati i seguenti argomenti:

- creazione di un setting incoraggiante e di supporto, per aiutare i medici a creare un contesto sicuro e incoraggiante, in cui gli adolescenti non si sentano giudicati ma supportati;
- il BATHE, una breve tecnica dialogica di supporto da impiegare nel dialogo con gli adolescenti per analizzare le preoccupazioni che li affliggono e offrire loro una prima consulenza;
- il colloquio motivazionale, che può essere d'aiuto in tutte le situazioni in cui è necessario suscitare una motivazione intrinseca che induca un cambiamento comportamentale.

Creazione di un setting incoraggiante e di supporto (29)

In breve, i seguenti elementi possono contribuire alla creazione di questo tipo di setting: 1. instaurare una relazione; 2. praticare l'ascolto attivo, 3. dimostrare empatia. Impegnatevi sotto tutti gli aspetti per dar vita a un contesto in cui i pazienti adolescenti si sentano sicuri, supportati e non giudicati, e siano pertanto disposti a parlarvi dei loro sentimenti e comportamenti.

Instaurare una relazione

- Organizzate il vostro studio medico in modo da far sentire gli adolescenti a loro agio.
- A partire dagli 11 anni, ad ogni consultazione trascorrete del tempo da soli con i pazienti adolescenti, informando i genitori sul senso e lo scopo dei colloqui.
- All'inizio di ogni appuntamento spiegate ai genitori e agli adolescenti in che modo gestite le informazioni confidenziali.
- Stringete la mano agli adolescenti e avviate una conversazione informale, spiegando loro come si svolgeranno gli appuntamenti.
- Aiutate gli adolescenti a riconoscere e apprezzare le loro competenze e i loro punti di forza.
- Chiedete agli adolescenti se hanno osservazioni sul piano terapeutico proposto.
- Impiegate termini ed espressioni comprensibili agli adolescenti e, se necessario, spiegate il significato delle parole straniere.
- Chiedete agli adolescenti se desiderano che un genitore o un detentore dell'autorità parentale sia presente durante la visita.
- Riassumete i risultati, i piani terapeutici e le tappe successive in modo comprensibile agli adolescenti. Stabilite insieme in che modo informare i genitori.
- Dedicate del tempo alle domande degli adolescenti e indicate loro ulteriori servizi di consulenza.
- Accertatevi che i vostri giovani pazienti abbiano il numero di telefono del vostro studio e sappiano a chi rivolgersi in caso di problemi o domande.

Praticare l'ascolto attivo

- Ascoltate attentamente le preoccupazioni e le perplessità degli adolescenti, cercando di comprendere la loro prospettiva e mantenendo una certa apertura mentale.
- Utilizzate espressioni neutre dal punto di vista del genere. Ad esempio: «Stai insieme a qualcuno?» anziché «Hai la ragazza?».
- Ascoltate attentamente ed evitate, per quanto possibile, di interrompere.
- Mantenete il contatto visivo e non prendete troppi appunti. Rimanete concentrati sui vostri pazienti adolescenti.
- Prestate attenzione a segnali non verbali come contatto visivo, espressione del viso, emozioni, postura e movimenti.
- Ponete domande aperte mostrandovi interessati e non intenzionati a giudicare. **NON** chiedete: «Fai uso di droghe o bevi alcolici?»
Chiedete invece: «So che in molte scuole sono diffusi droghe e alcol. Cosa pensi del fatto che persone della tua età assumano droghe o alcolici? Come affronti questa situazione? Che cosa hai sperimentato?»

Dimostrare empatia

- Cogliete le emozioni e parlatene con i vostri giovani interlocutori. Aspettate la reazione degli adolescenti prima di proseguire.
- Legittimate i sentimenti degli adolescenti spiegando loro che comprendete le ragioni di tali emozioni.
- Informate gli adolescenti sulla salute mentale e i rischi legati all'abuso di sostanze. Se necessario, indirizzate ad altri servizi di assistenza e consegnate loro le informazioni necessarie. L'informazione aiuta a ridurre la stigmatizzazione dei disturbi mentali.
- Concentratevi sui punti di forza degli adolescenti e sulla loro rete sociale: amici premurosi, familiari solidali, così come le capacità dei giovani stessi, possono rivelarsi risorse preziose.
- Mettete a punto un piano d'azione insieme agli adolescenti, fissando obiettivi realistici e a breve termine. Effettuate un follow-up costante insieme ai giovani.
- Rassicurate gli adolescenti sul fatto che non sono soli.
- Dimostrate di apprezzare i sentimenti e la sincerità degli adolescenti.

BATHE: una breve tecnica dialogica di supporto (29)

Le preoccupazioni legate alla salute mentale rappresentano uno dei motivi più frequenti per cui i giovani consultano professionisti della salute, ad esempio il loro medico. BATHE è una tecnica dialogica da impiegare durante gli appuntamenti di routine per valutare rapidamente la situazione degli adolescenti e la loro salute mentale, analizzare le preoccupazioni che li affliggono e fornire loro una prima consulenza.

	Esempi di domande od osservazioni	Funzione
B	Contesto (Background) <ul style="list-style-type: none">• Come procede la tua vita?• Descrivimi una tua giornata tipo.	Mediante domande aperte e formulate in modo diretto si invitano gli adolescenti a parlare di aspetti importanti della loro vita.
A	Sentimenti (Affect) <ul style="list-style-type: none">• Come ti senti al riguardo?• Questa situazione mi sembra...• Ti senti...?	Si invitano gli adolescenti a parlare dei loro sentimenti e a comprendere l'impatto di certe situazioni sulle loro emozioni e sul loro comportamento.
T	Difficoltà e preoccupazioni (Troubling) <ul style="list-style-type: none">• Che cosa ti preoccupa maggiormente di questo problema/di questa situazione/condizione?• Quali difficoltà sono sorte a casa tua/ a scuola a causa di questo problema?	L'obiettivo è di fare in modo che gli adolescenti comprendano perché e in che misura un problema li mette in difficoltà.
H	Gestione (Handling) <ul style="list-style-type: none">• Come gestisci la situazione?• È un ottimo modo di gestirla.• Potresti reagire in modo diverso a questa situazione?• Cosa potrebbe migliorare la situazione o aiutarti a sentirti meglio?	Consente di conoscere le strategie di coping sane adottate dagli adolescenti e di consolidarle. Inoltre queste domande sono già di per sé un intervento, in quanto suggeriscono soluzioni alternative.
E	Empatia (Empathy) <ul style="list-style-type: none">• Dev'essere molto difficile per te.• Ti ringrazio per la tua sincerità.	Mostra che gli adolescenti hanno reagito alla situazione in modo ragionevole. Denota sensibilità nei confronti della situazione, dei sentimenti e delle percezioni degli adolescenti.

Cercate di adeguare di volta in volta le domande e i commenti alla situazione. Esprimetevi con parole vostre e accertatevi di essere compresi dagli adolescenti. Ricordate costantemente ai giovani e alle loro famiglie che possono comunicarvi i loro timori. Qualora siate preoccupati per l'incolumità o le condizioni psichiche degli adolescenti, oppure dubitate dell'efficacia delle loro strategie di coping, assicuratevi che ricevano quanto prima l'aiuto necessario.

Colloquio motivazionale (29-30)

Queste indicazioni orientative possono essere utili per suscitare negli adolescenti una motivazione intrinseca che induca un cambiamento comportamentale. Sebbene le tecniche di consulenza motivazionale vengano spesso impiegate in caso di abuso di alcolici e di stupefacenti, possono rivelarsi un valido ausilio anche per coinvolgere gli adolescenti nella cura della salute mentale.

1. Chiedete il permesso di affrontare insieme il tema.

2. Verificate la disponibilità dei giovani a cambiare qualcosa, o la loro fiducia nella propria capacità di cambiare qualcosa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Su una scala da 0 a 10, quanto sei disposto/a a ottenere supporto e a lavorare su questa situazione/questo tema?
Domanda diretta: Come mai hai detto 5?/Domanda regressiva: Perché 5 e non 3?/Domanda progressiva: Che cosa ci vorrebbe per passare da un 5 a un 7?

3. Reazione alla disponibilità al cambiamento degli adolescenti

0-3	Non disponibile	Informate, consigliate e incoraggiate
4-6	Incerto/a	Analizzate l'ambivalenza
7-10	Disponibile	Rafforzate la determinazione e incentivate l'azione concreta

4. Pensate all'acronimo FRAMES, un ausilio per la consulenza finalizzata al cambiamento comportamentale o all'assistenza medica.

F	Feedback Fornire un feedback sul rischio/sulla problematica.	<ul style="list-style-type: none">• Usate le stesse parole impiegate dai singoli adolescenti nella descrizione del problema.• Pare che quest'anno le tue note scolastiche siano peggiorate e che tu abbia avuto un incidente dopo aver bevuto a una festa.• Sembra che a scuola e mentre fai i compiti tu non riesca più a concentrarti a causa delle paure che provi.
R	Responsibility Sottolineare l'importanza di assumersi la responsabilità del cambiamento	<ul style="list-style-type: none">• Desidero aiutarti in questo processo, ma è molto importante che tu ti assuma la responsabilità del cambiamento. Sei in grado di fare qualcosa per aiutare te stesso/a?
A	Advice Dare consigli finalizzati al cambiamento	<ul style="list-style-type: none">• Credo che la cosa migliore per te sarebbe smettere di assumere alcol e droghe.• Penso che la cosa migliore sarebbe imparare a tenere sotto controllo le tue paure.
M	Menu Tematizzare/proporre numerose possibilità di cambiamento comportamentale od opzioni terapeutiche.	<ul style="list-style-type: none">• Adeguate le proposte in base alla disponibilità al cambiamento degli adolescenti.• Potresti cercare di ridurre o azzerare il consumo di alcolici/droghe, in modo da limitare i danni per te stesso/a e per gli altri.• Per abbassare il tuo livello di stress potresti provare a praticare sport o a intraprendere una psicoterapia.
E	Empathy Dimostrare empatia durante la consulenza	<ul style="list-style-type: none">• So quanto sia difficile sentirselo dire, ma sono preoccupato/a per te. La tua salute e il tuo futuro mi stanno a cuore.
S	Self-Efficacy Dimostrarsi fiduciosi nell'autoefficacia degli adolescenti.	<ul style="list-style-type: none">• Anche se forse non sarà facile, credo in te e so che ce la farai quando sentirai che è il momento giusto.

4. «Abbi cura di te!»: una brochure informativa/formativa per la promozione della salute mentale negli adolescenti

Abbiamo realizzato una «cassetta degli attrezzi», la brochure «Abbi cura di te!», con l'intento di sensibilizzare gli adolescenti su temi legati alla salute mentale e, se necessario, fornire loro informazioni utili indicando anche i servizi di assistenza disponibili. La brochure informativa/formativa dovrebbe essere disponibile negli studi medici pediatrici e per adolescenti, al fine di incoraggiare i giovani a occuparsi della loro salute in modo proattivo. È reperibile al link www.takecare.ch e può essere scaricata gratuitamente.

La brochure «Abbi cura di te!» è frutto di una sistematica ricerca bibliografica, volta a raccogliere i risultati di studi su elementi o interventi rivelatisi efficaci nella promozione della salute mentale e nella prevenzione. In un'ampia ed esaustiva meta-analisi (28) pubblicata nel 2019 sono state individuate sette componenti che hanno dimostrato di avere un impatto positivo sulla promozione della salute mentale degli adolescenti:

- abilità interpersonali;
- regolazione emotiva;
- educazione in merito all'abuso di alcolici e stupefacenti;
- mindfulness;
- capacità di problem solving;
- training assertivo;
- gestione dello stress.

Tre di queste componenti, ovvero le abilità interpersonali, la regolazione emotiva e l'educazione in merito all'abuso di alcolici e stupefacenti hanno avuto addirittura effetti significativi su diversi indicatori. Il «Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit» (29), messo a punto nel 2007 dall'Adolescent Health Working Group di San Francisco, costituisce la base della brochure informativa/formativa. Il toolkit contiene non solo informazioni rivolte ai professionisti della salute e ai genitori, ma anche una selezione di temi dedicati ai giovani e formulati da un gruppo di esperti in un linguaggio accessibile agli adolescenti. Sono degni di nota anche i moduli psicoeducativi corredati da esercizi pratici. Abbiamo provveduto a selezionare i moduli rilevanti del toolkit in base alle componenti summenzionate della meta-analisi di Skeen et al. (32), poiché rivelatesi efficaci per la promozione della salute mentale. D'intesa con l'Adolescent Health Working Group di San Francisco, li abbiamo poi tradotti in tedesco, francese e italiano, adattandoli al contesto svizzero. Abbiamo inoltre deciso di inserire nuovi temi, come ad esempio un modulo di autovalutazione riguardo alla dipendenza da Internet, che fornisce anche consigli per un consumo mediatico sano. Si tratta infatti di un tema che negli ultimi anni ha assunto un'importanza crescente. Per adeguare la «cassetta degli attrezzi» in misura ancora maggiore alle reali necessità degli adolescenti, nel quadro di un'intervista preliminare al test, è stato chiesto a una quindicenne di esprimere una sua valutazione della brochure informativa/formativa. Dopodiché si sono svolte discussioni in due focus group composti da adolescenti di un centro giovanile di Pfyn, allo scopo di ottenere dei feedback sui contenuti della brochure realizzata e provvedere quindi alla relativa ottimizzazione. Non da ultimo, la brochure per gli adolescenti è stata discussa anche con i rappresentanti dell'associazione [kinderärzte.schweiz](http://www.kinderärzte.schweiz).

5. Bibliografia

1. Streeck-Fischer A. Adoleszenz - Bindung - Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
2. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ. Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Dtsch Ärztinnen- Ärztebl Int.* 2013;110(25):425–31.
3. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, u. a. Prevalence, persistence, and socio-demographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(4):372–80.
4. Fuchs M, Bösch A, Hausmann A, Steiner H. «The child is father of the man» - review of literature on epidemiology in child and adolescent psychiatry. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2013;41(1):45–55.
5. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(1):8–25.
6. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98(4):262–71.
7. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(3):194–203.
8. Klasen F, Meyrose A-K, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2017;165(5):402–7.
9. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, u. a. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(12):1483–99.
10. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345–65.
11. Fuchs M, Karwautz A. Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Eine narrative Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung österreichischer Daten. *Neuropsychiatrie.* 2017;31(3):96–102.
12. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(7):606–16.
13. Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent health and adult education and employment: A systematic review. *Pediatrics.* 2015;136(1):128–40.
14. Costello EJ. Early detection and prevention of mental health problems: Developmental epidemiology and systems of support. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45(6):710–7.
15. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(8):647–56.
16. Ihle W, Esser G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: *Psychol Rundsch.* 2002;53(4):159–69.
17. Rescorla L, Ivanova MY, Achenbach TM, Begovac I, Chahed M, Drugli MB, u. a. International epidemiology of child and adolescent psychopathology II: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(12):1273–1283.e8.
18. Quinn PO, Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014;16(3).

19. Vloet T, Herpertz-Dahlmann B. 36 Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme Verlag; 2011. S. 316–25.
20. Forns M, Abad J, Kirchner T. Internalizing and externalizing problems. In: Levesque RJR, Herausgeber. Encyclopedia of Adolescence [Internet]. New York, NY: Springer; 2011 [citato il 4. giugno 2020]. S. 1464–9. Disponibile sotto https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_261
21. Klein-Heßling J, Lohaus A. Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. *Z Für Klin Kinderpsychol.* 2002;11(1):29–37.
22. Züger P. Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13- bis 16- jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich: Erstellung eines Erhebungsinstruments und Auswertung für das Schuljahr 2007/2008 [Internet] [Master-Thesis]. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern; 2008. Disponibile sotto: https://www.kjpd.uzh.ch/dam/jcr:00000000-0379-5cb2-ffff-ffffd0e4989d/Pini_Basisdaten_Gesundheit_Lebensstil_Jugendliche.pdf
23. Kim B, White K. How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes? Systematic literature review. *Int J Adolesc Youth.* 2018;23(2):198–218.
24. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1337–45.
25. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38(5):581–6.
26. Goldenring JMRD, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. *Contemp Pediatr.* 1. Januar 2004;21:64–90.
27. SDQ Info [Internet]. [citato il 4. giugno 2020]. Disponibile sotto: www.sdqinfo.org
28. Stevanovic D, Urbán R, Atilola O, Vostanis P, Singh Balhara YP, Avicenna M, u. a. Does the Strengths and Difficulties Questionnaire - self report yield invariant measurements across different nations? Data from the International Child Mental Health Study Group. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015;24(4):323–34.
29. Shalwitz J, Sang T, Combs N, Davis K, Bushman D, Payne B. Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit [Internet]. San Francisco: Adolescent Health Working Group; 2007. Disponibile sotto: <https://ahwg.org/download/behavioral-health-2007/#unlock>
30. Rete Motivational Interviewing trainers in Svizzera: www.motivationalinterviewing.org/trainers/Switzerland)
31. Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change.* 3rd ed. New York, USA: Guildford Press.
32. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T, u. a. Adolescent Mental Health Program Components and Behavior Risk Reduction: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2019;144(2).

Vi saremmo grati di inviare osservazioni scritte e orali sull'opuscolo a:

- Dr. med. Anna Pirker, medico specialista FMH in pediatria
- Dr. med. Hannes Geiges, medico specialista FMH in pediatria
- Dr. phil. hum. Alfred Künzler, responsabile del servizio di coordinamento, Rete Salute Psicica Svizzera

Indirizzo di contatto:

ZHAW Dipartimento di psicologia applicata
Pfungstweidstrasse 96
Casella postale
CH-8037 Zurigo

E-mail info.psychologie@zhaw.ch

Web www.takecare.ch

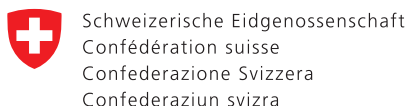
**Un progetto congiunto dell'Istituto di psicologia e
dell'Istituto di sanità pubblica**



Con la partecipazione di:



Finanziato dal:



Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Sostenuto e promosso da:



Raccommandato par:



Sigla editoriale

Ordine gratuito: www.bundespublikationen.admin.ch **Numero di articolo:** 316.321.i

Digitale: www.takecare.ch **Redazione:** Università di Scienze Applicate di Zurigo ZHAW

Editore: Ufficio federale della sanità pubblica **Grafica e composizione tipografica:** TEIL.CH GmbH

Illustrazione: Malin Widén