1° CONGRESSO nazionale
I MODERNI PREDATORI: IL BULLISMO.

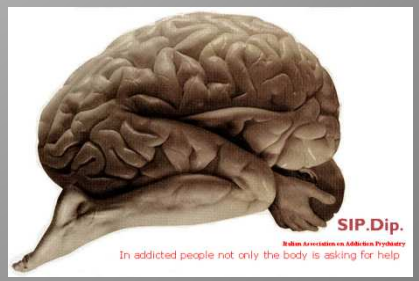
23/24 ottobre 2009
Istituto Dei Ciechi • Via Vivaio, 7 • Milano

I CONGRESSO NAZIONALE
I MODERNI PREDATORI: IL BULLISMO

ADOLESCENZA, BULLISMO E PROBLEMATICHE PRO-DRUG CORRELATE

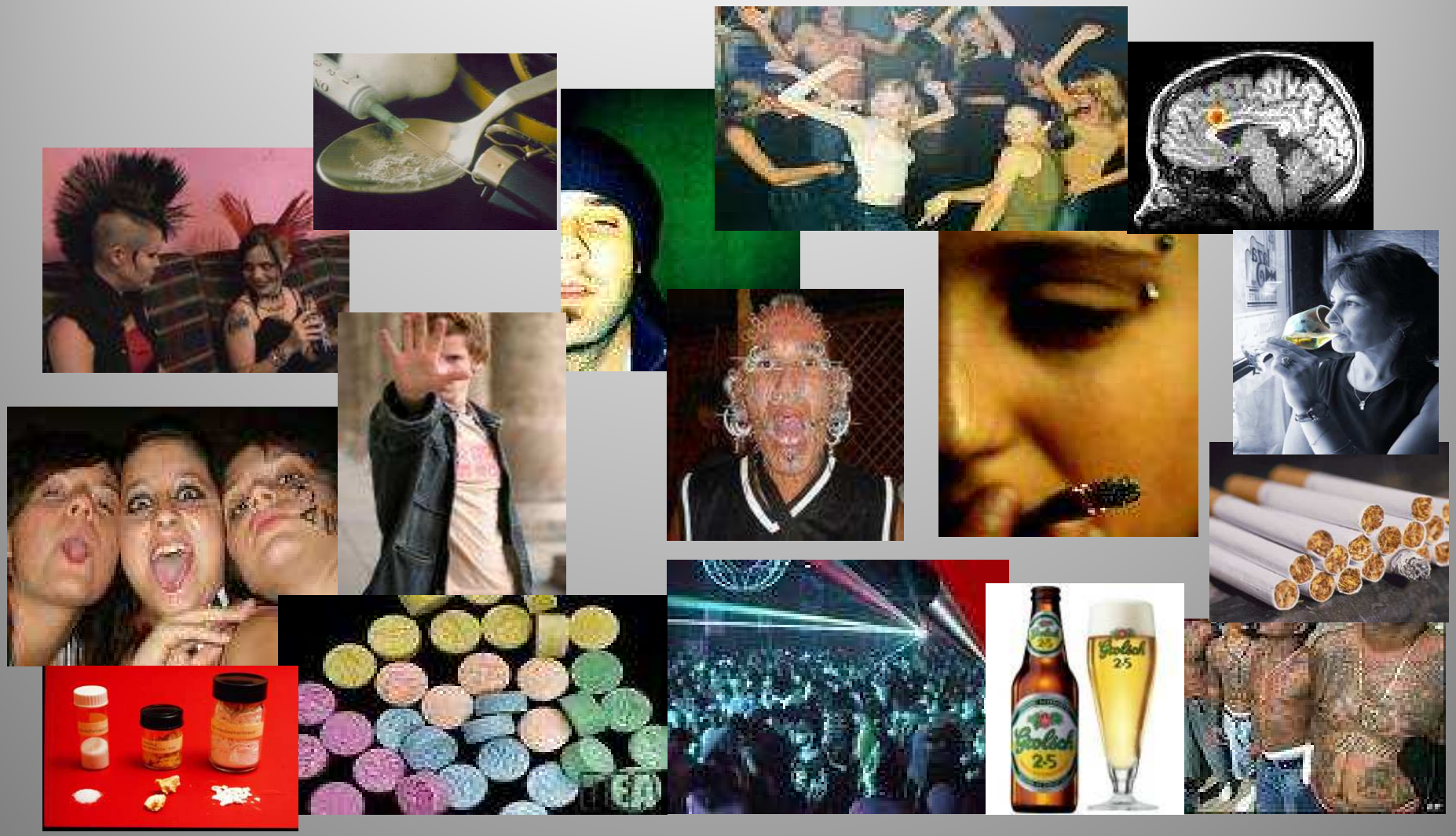
Clerici M., Sciarini P., Carrà G.
Università di Milano Bicocca e Pavia

Milano, 23-24 ottobre 2009



...DISAGIO, DROGHE, CONDOTTE AUTOLESIVE, COMORBILITA', ADOLESCENTI COMPLESSI....OGGI...

questioni aperte



SEGNALIBRO

- **Adolescenza, uso di alcol e sostanze**
  - Epidemiologia
  - Fattori di rischio e protettivi
  - Interventi preventivi

- **Adolescenza e condotte autolesive non a scopo suicidario**
  - Epidemiologia
  - Assessment
  - Interventi preventivi

Uso di alcol e sostanze

Alcol

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD: studenti europei 15-16 anni

USO	
• lifetime*	90%
• ultimo anno*	82%
– 1-5 volte	21%
– ≥ 40 volte	27%
• **ultimo mese***	**61%**

INTOSSICAZIONE	
• lifetime*	50%
• ultimo anno*	39%
• **ultimo mese***	**18%**

* almeno una volta

ESPAD, 2007

Altre sostanze

DROGHE (cannabis, amfetamine, cocaina, ecstasy, LSD, eroina)

- uso lifetime* 20%

CANNABIS

- uso ultimo anno* 14%

  ultimo mese* 7%

TRANQUILLANTI E SEDATIVI

- uso lifetime* 7% (F>M)

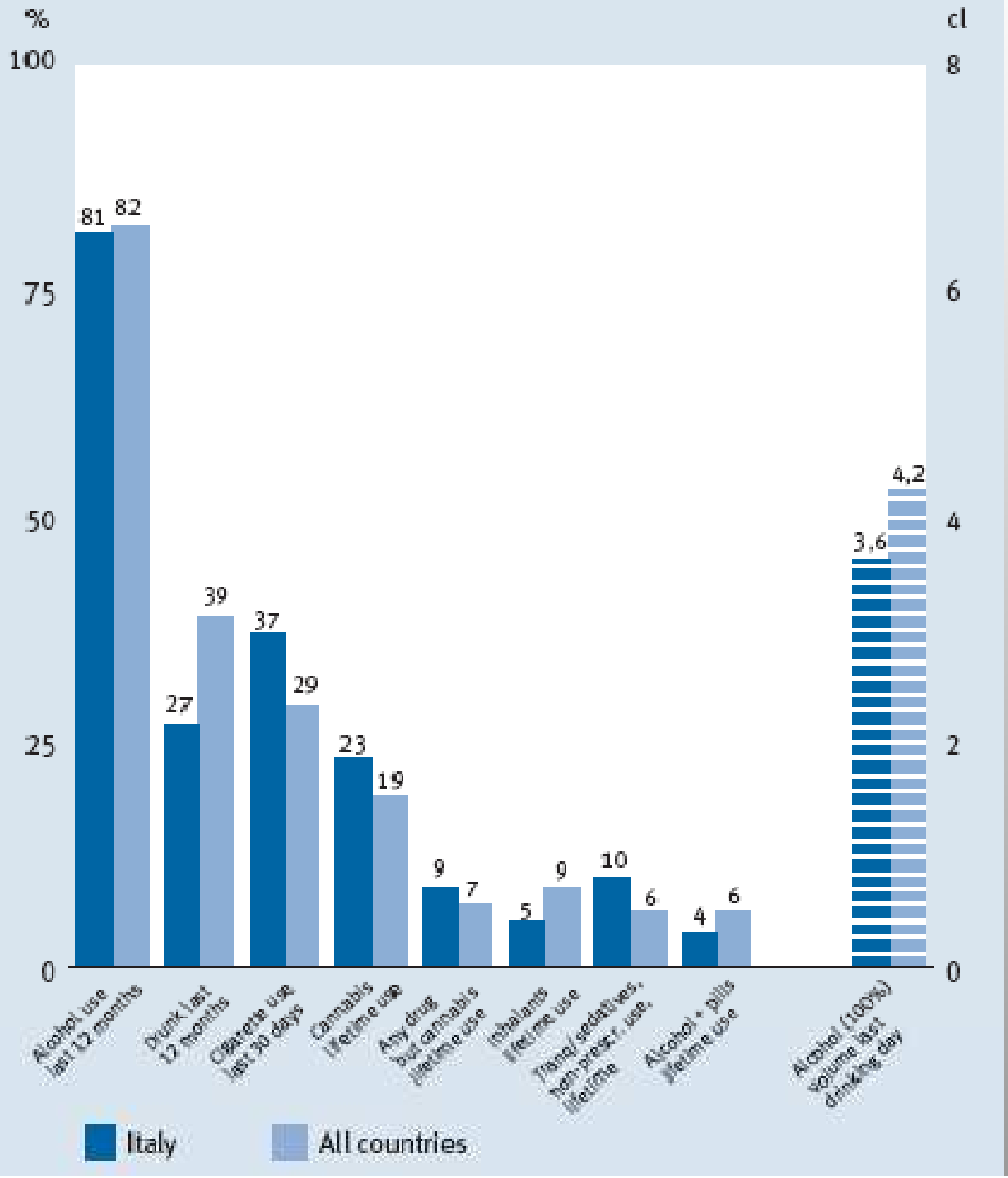
ALCOL + FARMACI

- uso lifetime* 7% (F>M)

* almeno una volta

ESPAD, 2007

In Italia



ESPAD, 2007

Setting ricreativi

- l'uso di sostanze è maggiore tra i frequentatori di discoteche e rave party (stimolanti, allucinogeni)
- **determinante il ruolo di internet**
  - scambio di informazioni (siti, chat, forum…)
  - vendita diretta di sostanze

EMCDDA, 2006

Conseguenze

- **scarse performance scolastiche**
- instabilità lavorativa
- **gravidanze**
- **malattie sessualmente trasmesse**
- reati
  - furti
  - atti vandalici
  - reati violenti
- **conseguenze avverse immediate**
  - overdose
  - incidenti

Sussman et al, 2008

In trattamento

la proporzione di giovani < 15 anni in trattamento per uso di sostanze nella maggior parte dei paesi europei costituisce **<1%** degli utenti totali, rapporto M:F = 2.5

perché?

- uso “non problematico”
- bassa disponibilità di centri specifici per giovani
- difficoltà di accesso ai servizi
- uso di sostanze non documentato
- uso di sostanze non riportato (privacy, anonimato)

EMCDDA, 2007

In trattamento

sostanza primaria nei nuovi utenti dei servizi di età < 15 anni

- **cannabis 80%**
- inalanti 7%
- cocaina e stimolanti 6.6%
- oppiacei 3.2%
- altre sostanze 3.2%

EMCDDA, 2008

Fattori di rischio

FAMIGLIA
- genitori/fratelli che usano sostanze
- scarsa supervisione
- relazioni familiari povere

DELINQUENZA
attività illegali

SCUOLA
- abbandono precoce
- assenteismo
- scarso rendimento
- espulsione

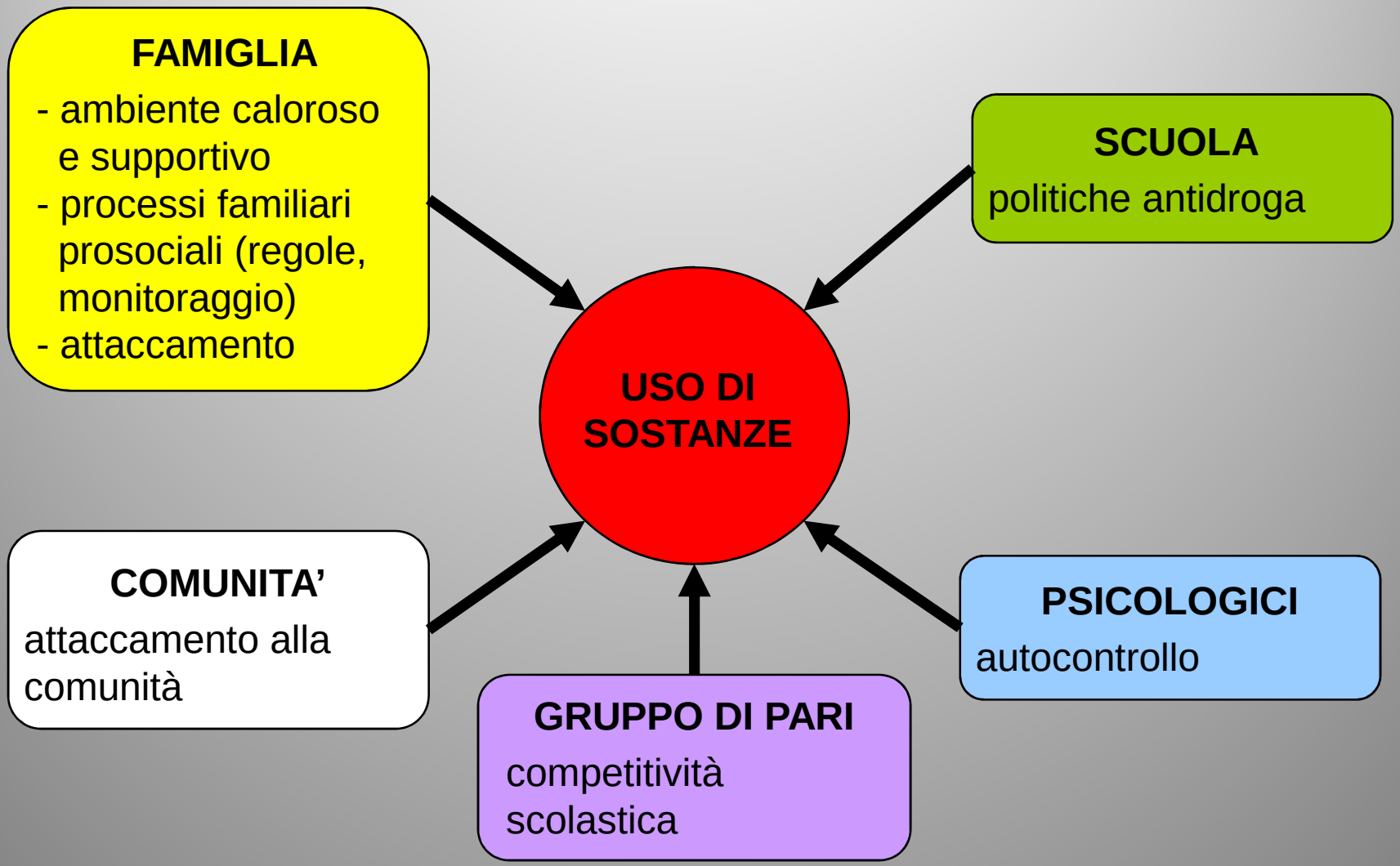
USO DI SOSTANZE

COMUNITA'
- homelessness
- deprivazione
- minoranze etniche
- immigrazione

GRUPPO DI PARI
- approvazione
- attività sociali condivise

PSICHICI
- ADHD
- disturbi della condotta
- disturbi dell'umore
- PTSD
- disregolazione emotiva
- sensation seeking
- abusi

Fattori protettivi



Interventi a livello individuale

SCOPO

- aumentare l'attaccamento e l'impegno in ambito scolastico

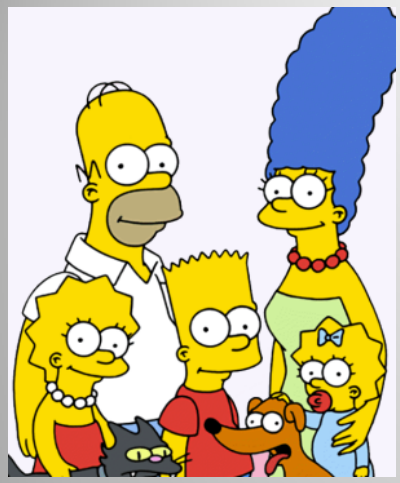
FOCUS

- motivazione
- abilità
- decision-making
- **convinzioni normative erronee**

METODI

- abilità comportamentali
- metodi di comunicazione interpersonali
- approcci di apprendimento introspettivi che si focalizzano sull'autoriflessione

EMCDDA, 2009



Interventi a livello familiare

SCOPO

- **aumentare il coinvolgimento ed il monitoraggio dei genitori**
- sviluppare connessioni tra i giovani e le loro famiglie, i pari e la scuola
- migliorare le condizioni per uno sviluppo sano, dai primi anni di vita fino all'adolescenza

EMCDDA, 2009

Interventi a livello di comunità

SCOPO

- aumentare monitoraggio della resilienza nei quartieri deprivati e marginalizzati

FOCUS

- attenzione all'ambiente sociale dei bambini
- interventi sulla coesione della comunità e l'identità di gruppo
- comunicazione interpersonale
- capacità sociali
- espressione dei sentimenti
- supporto sociale

METODI

- mobilizzazione della comunità
- raggiungimento delle famiglie bisognose

EMCDDA, 2009

Interventi nelle scuole

il setting scolastico é appropriato

perché:

- ad esempio, 4 fumatori su 5 iniziano prima dell'età adulta. La prevenzione si deve focalizzare su bambini e adolescenti, prima che convinzioni ed aspettative sull'uso di sostanze si siano definite e tendano a mantenersi
- offre una via sistematica ed efficiente per raggiungere un numero sostanziale di giovani ogni anno

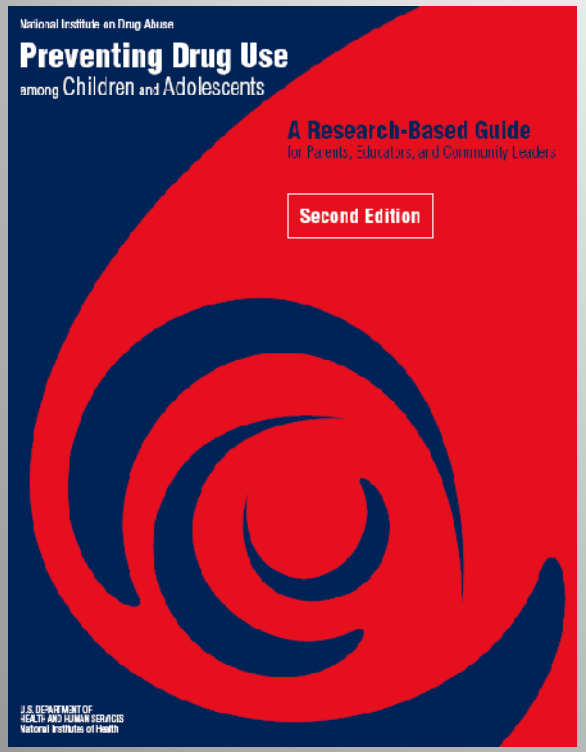
Faggiano, 2005

Interventi in setting non scolastici

- raggiungere giovani oltre l'età di frequenza della scuola
- setting: club, pronti soccorso, istituti di pena e recupero per giovani a disagio, famiglia, comunità
- rivolti a
  - non utilizzatori, per prevenire l'inizio
  - utilizzatori, per minimizzare il danno
  - entrambi

Gates, 2006

Linee guida

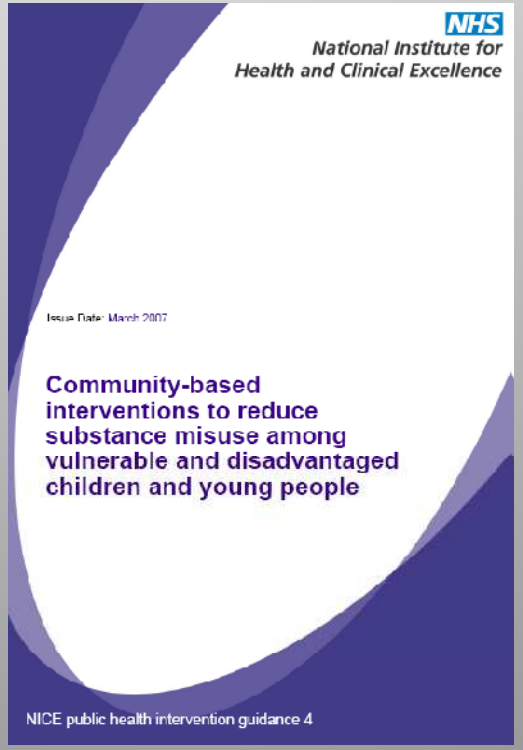


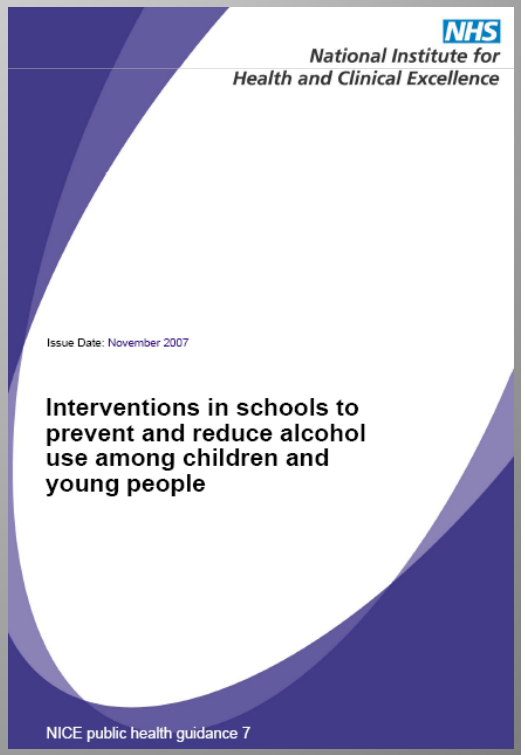
USA

National Institute of Drug Addiction - NIDA

UK

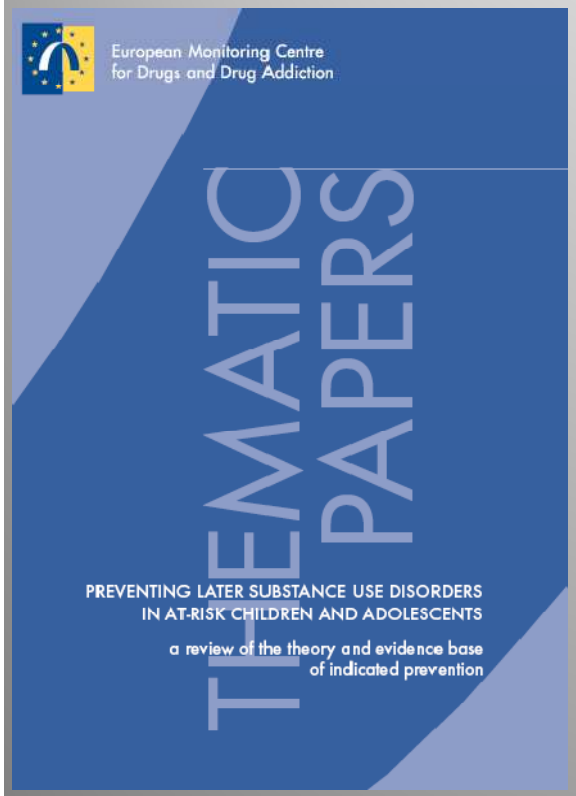
National Institute of Clinical Excellence - NICE



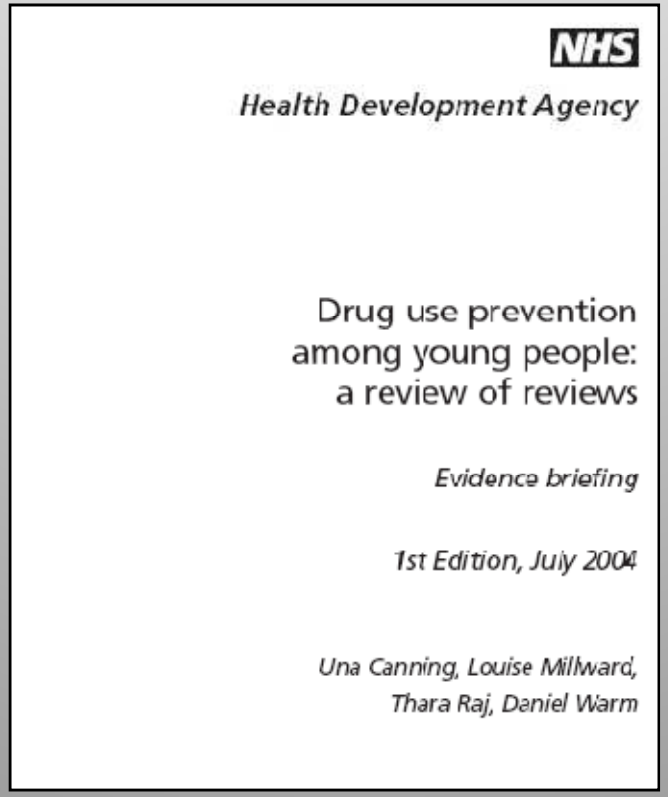


Revisioni

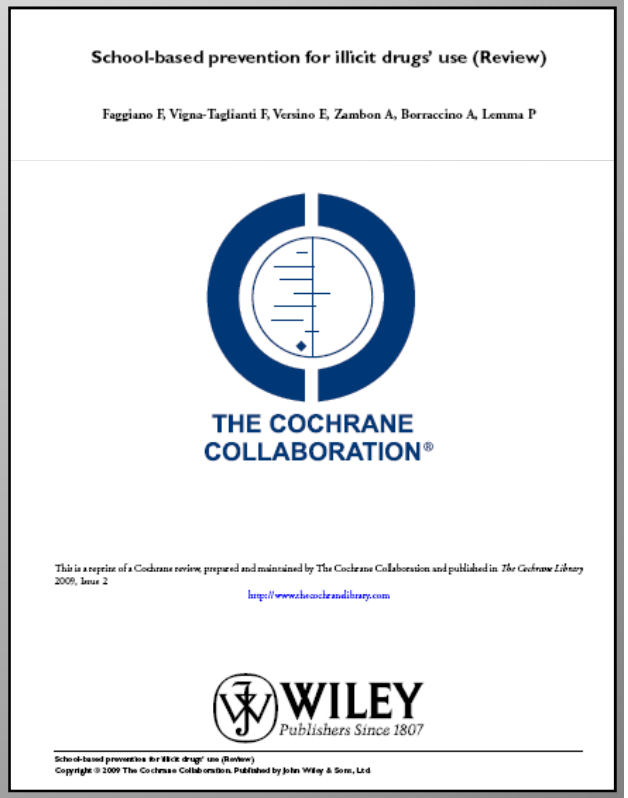
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA



National Institute of Clinical Excellence - NICE



The Cochrane Collaboration



Programmi di prevenzione: NIDA

- **rinforzare i fattori protettivi** e invertire o **ridurre i fattori di rischio**
- indirizzarli a **tutte le forme di abuso di sostanze**
- **modificarli** e **adattarli** per rispondere ai rischi specifici e alle caratteristiche dei destinatari
- **coinvolgere i familiari**, per migliorare la coesione e le capacità relazionali familiari
  - monitoraggio e supervisione genitoriale
  - formazione e informazione per familiari
- attivarli nelle **scuole**
  - materne
  - elementari
  - medie e superiori
- **formare gli insegnanti** su buone pratiche di gestione della classe

Programmi di prevenzione: NIDA

- **usare combinazioni** di 2 o più programmi efficaci
- raggiungere **molteplici setting** con messaggi **coerenti** che coinvolgono l‘intera comunità
- quando implementati in contesti diversi, tali programmi dovrebbero conservare gli **elementi originari per:**
  - struttura
  - contenuto
  - offerta
- devono essere a **lungo termine** con interventi **ripetuti**
- devono impiegare tecniche **interattive** (discussioni tra pari, giochi di ruolo)
- devono essere fondati sulle **evidenze**; così possono essere efficienti in termini di **costo-efficacia**

Interventi preventivi: NICE

	a chi si rivolge	da chi è svolta	cosa prevede
1	giovani a rischio	partnership locali tra soggetti strategici	sviluppo ed implementazione di strategie individualizzate e supportate da un modello che definisce il ruolo di agenzie locali e i criteri di invio
2	giovani a rischio	medici, SSN, autorità locali, settori vari	screening e valutazione dei soggetti a rischio supporto ed invio a servizi appropriati
3	giovani a rischio genitori e carers	medici, SSN, autorità locali, settori vari	supporto per genitori, carers e famiglie bisognose
4	bambini con DC ad alto rischio genitori e carers	medici con training in terapia comportamentale di gruppo	terapia comportamentale di gruppo per i bambini training di gruppo in parental skills per genitori e carers
5	giovani a rischio	medici con training in intervista motivazionale	interviste motivazionali

Interventi nelle scuole: NICE

	a chi si rivolge	da chi è svolta	cosa prevede
1	studenti	presidi, insegnanti, amministratori, infermieri, consulenti, coordinatori	inserimento dell'educazione sull'alcool nei programmi scolastici (danni potenziali dell'alcool – fisici, psicologici, sociali – esplorazione delle attitudini verso l'alcool, consapevolezza) coinvolgimento di genitori, carers e staff
2	studenti che si ritiene assumano quantità dannose di alcool	insegnanti, infermieri, consulenti	consigli sui danni da alcool, riduzione del rischio, supporto invio ai servizi e coinvolgimento di genitori e carers, se necessario
3	studenti	presidi, amministratori, infermieri servizi sanitari, delle dipendenze, ecc	collaborazioni per educazione all'alcool nelle scuole, interventi integrati, coinvolgimento dei genitori in iniziative per ridurre il consumo di alcool, monitorare le collaborazioni e incorporare le buone pratiche nelle pianificazioni

Interventi preventivi: NICE

- **nelle scuole:** possono ritardare l'esordio dell'uso di sostanze o diminuirne il consumo, ma l'effetto si riduce nel tempo
- **universali:** sembrano più efficaci per adolescenti a basso rischio
- **interattivi: utilizzando pari** sono più efficaci di quelli non interattivi
- informativi: ad esempio, condotti da poliziotti non sono risultati molto efficaci
- **condotti da pari:** il giovane che fornisce il programma tende ad avere un maggior beneficio
- **intensivi**

Conclusioni

- fornire una **definizione comune**
  - del problema
  - delle possibilità di prevenzione
- **individuazione dei fattori di rischio**
  - screening
  - armonizzazione degli strumenti utilizzati
- **decidere**
  - il tipo di intervento
  - a chi indirizzarlo

EMCDDA, 2009

Conclusioni

- **revisionare costantemente e approvare** i programmi di intervento, con attenzione ai problemi etici
- **valutare:**
  - l'**outcome**, a lungo e breve termine (per evitare di portare avanti programmi inutili)
  - gli **effetti collaterali**
- costruire il programma di intervento su **basi scientifiche** e valutarlo secondo principi scientifici
- **implementare** i programmi giudicati ad alto standard ed eventualmente **adattarli**

EMCDDA, 2009

Condotte autolesive

Terminologia

In letteratura

- self-harm
- self-injurious behavior
- repeated self-injury
- self-wounding
- para suicide
- self-mutilation
- episodic and repetitive self-injury
- autodestructive behavior

Intenzionalità suicidaria

- presente
- assente
- indipendente

Mangnall 2008

Attempted suicide

Used widely (especially in North America) for episodes where there was at least some suicidal intent, or sometimes without reference to intent. Repetitive bodily harm may be excluded.

Deliberate* self-harm

Used in UK for all episodes survived, regardless of intent.

North American usage refers to episodes of bodily harm without suicidal intent, especially if repetitive. Usually excludes overdoses and methods of high lethality.

Parasuicide

Episodes survived, with or without suicidal intent (especially in Europe) or episodes without intent. Repetitive bodily harm may be excluded.

Self-poisoning or self-injury

Self-harm by these methods regardless of suicidal intent.

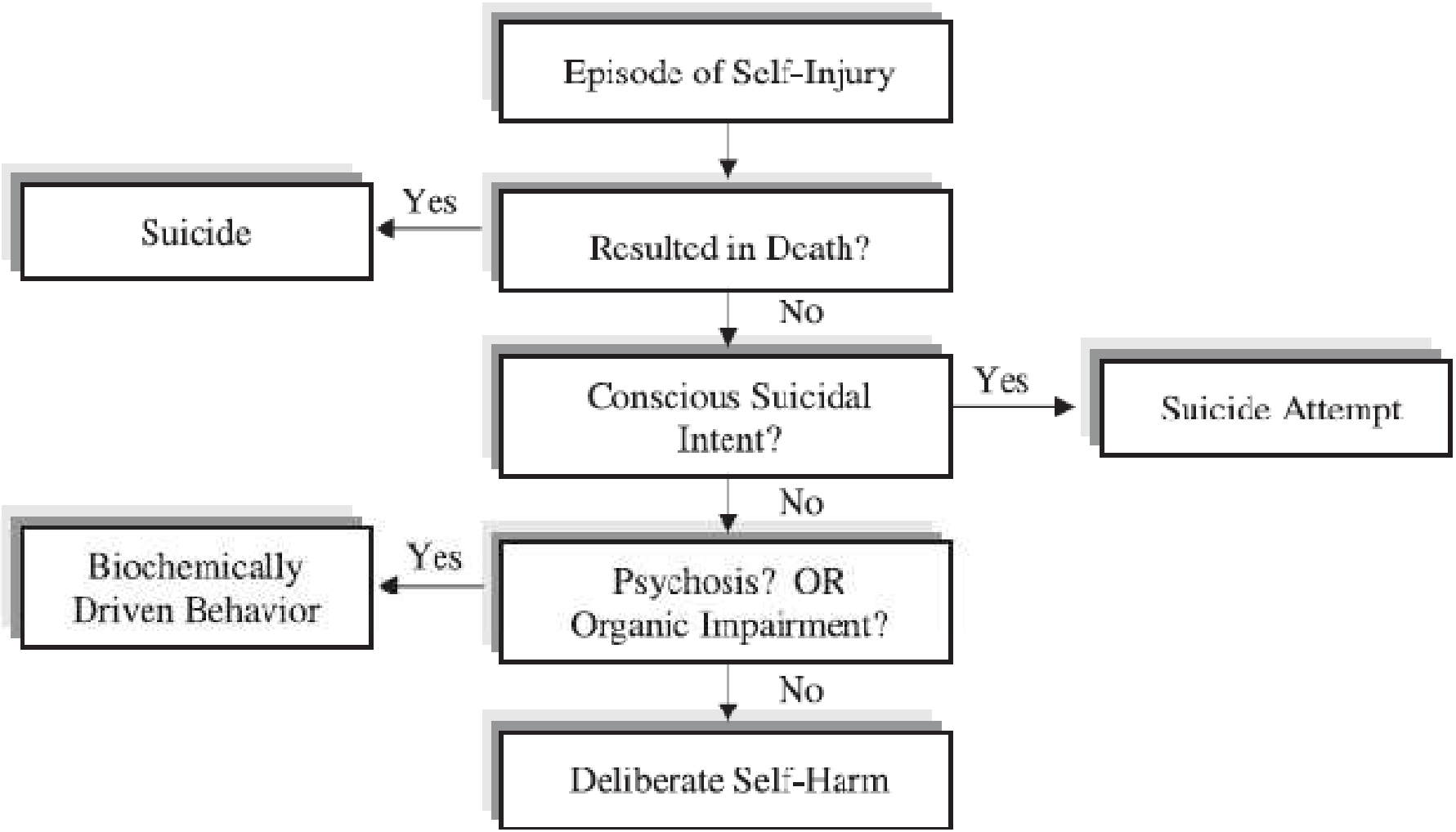
Self-mutilation

Serious bodily mutilation (such as enucleation of eye) without suicidal intent.

Repetitive superficial bodily harm without suicidal intent (synonymous with North American term deliberate self-harm). Also known as self-injurious behaviour, self-wounding.

Sometimes the term is used to describe both the above meanings and also stereotypical self-harm in intellectually disabled people.

Skegg, 2005



Mangnall 2008

Traditional methods of suicide

- Highly lethal
  - Hanging, shooting, jumping from a high place, poisoning (eg, herbicides or carbon monoxide), stabbing, electrocution, drowning
- Less lethal
  - Overdose
  - Recreational drug ingestion as self-harm

Self-injury with tissue damage

- Cutting
- Burning
- Self-biting
- Scratching
- Gouging
- Carving words or symbols into skin
- Sticking needles or pins into skin
- Interfering with wound healing

Other self-harmful behaviours without visible injury

- Self-hitting
- Banging head or fist against something } Self-battery
- Pinching
- Pulling hair
- Exercising to hurt oneself
- Denying oneself a necessity as punishment
- Stopping medication or starving with intent to cause harm
- Deliberate recklessness (eg, risk-taking with cars or trains)

Skegg, 2005

Chi?

- esordio 13-14 anni
- 4% degli adulti nella popolazione generale ha una storia di autolesionismo
- **adolescenti** **13 - 23.2% prevalenza lifetime**

  2.5 - 12.5% prevalenza a un anno
- prevalenze simili tra M e F (la principale differenza sembra essere la metodologia usata: le F più spesso si tagliano, i M si bruciano o colpiscono)
- cronico per una minoranza di individui

Klonsky, 2008
Jacobson, 2008

Chi?

- tagli (70%), colpi, bruciature, graffi
- braccia > mani > polsi
- caratteristiche psicologiche
  - difficoltà nell'espressione delle emozioni, dissociazione, alessitimia
  - autocritica o intense esperienze di rabbia rivolte contro se stessi
- **diagnosi psichiatrica**
  - autolesionismo non implica la formulazione di una specifica diagnosi
  - DBP, depressione, ansia, DCA, DUS

Klonsky, 2008

Skegg, 2005

Fattori

Psychological characteristics

Examples of risk factors

- Impulsivity, poor problem-solving
- An over-general autobiographical memory

Protective factors

- Optimistic outlook

Neurobiological and genetic aspects

Example

- Inherited vulnerability of serotonin system

Situational factors

Examples

- Adverse life events
- Media influence
- Awareness of self-harm of others
- Intoxication

Physical illness

Examples

- Epilepsy
- HIV infection

Demographic profile

Examples of risk factors

- Youth
- Female sex
- Socioeconomic disadvantage
- Homosexual or bisexual orientation

Social and family environment

Examples of risk factors

- Adverse childhood environment and experiences
- Interpersonal difficulties in adolescence

Protective factors

- Social support and family activities
- Religious affiliation
- Cultural norms

Psychiatric disorders

Examples of risk factors

- Depression
- Substance abuse
- Anxiety disorder
- Personality disorder

Protective factors

- Lithium for people with bipolar disorder

Perché?

Regolazione affettiva	Alleviare un affetto negativo acuto
Anti-dissociativa	Porre termine ad un'esperienza di dissociazione o depersonalizzazione
Anti-suicidaria	Sostituire, raggiungere un compromesso con o evitare l'impulso di commettere suicidio
Confini interpersonali	Affermare la propria autonomia o distinguere se stesso dagli altri
Influenza interpersonale	Manipolare o cercare aiuto dagli altri
Autopunitiva	Esprimere rabbia verso se stessi
Sensation-seeking	Generare emozioni

Klonsky, 2007

Perché?

- Funzioni multiple della condotta autolesiva
  - distinguere sottogruppi di individui
  - contemporaneamente, nello stesso individuo
  - le funzioni possono evolvere nel tempo nello stesso individuo
  - diversi modelli funzionali possono sovrapporsi e descrivere differenti aspetti dello stesso fenomeno

Klonsky 2007

Autolesionismo e suicidalità

- **I comportamenti autolesivi tra gli adolescenti possono rappresentare periodi transitori di distress, senza comportare un rischio suicidario ulteriore**
- Sono tuttavia importanti indicatori della salute mentale e possono essere associati ad un aumentato rischio di futuri comportamenti suicidari

Portzky, 2007

Autolesionismo e suicidalità

- Ipotesi del continuum: varie forme di comportamenti autolesivi rappresentano gradi diversi di letalità delle lesioni autoinferte
- Autolesionismo e TS sono entità diverse:
  - **Autolesionismo:** meccanismo messo in atto per regolare le emozioni molto intense → modo per sopravvivere
  - **TS:** lo scopo è porre termine alla propria vita
  - Molte persone con comportamenti autolesivi non hanno intenzione di morire
  - I metodi utilizzati nei TS e nelle lesioni autoinflitte sono spesso diversi

Stanley, 1992
Wong, 2007
Favazza, 1998
Nock & Kessler, 2006
Muehlenkamp & Gutierrez, 2004

Autolesionismo e suicidalità

- Alcuni fattori di rischio e protettivi in comune, mentre altri sembrano specifici
  - Soddisfazione rispetto al supporto sociale è un fattore protettivo per comportamenti autolesivi
  - Ideazione suicidaria, problemi della condotta e autopercezione instabile aumentano il rischio di TS
  - Condotte autolesive non sono risultate un fattore di rischio per TS (controllando per altri fattori di rischio e protettivi)

- **TS non sembrano quindi essere una escalation dei comportamenti autolesivi**

Wichstrom, 2009

THE JOURNAL OF
CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

Journal of Child Psychology and Psychiatry 49:6 (2008), pp 667–677 doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x

Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study

Nicola Madge,[1] Anthea Hewitt,[2] Keith Hawton,[3] Erik Jan de Wilde,[4] Paul Corcoran,[5] Sandor Fekete,[6] Kees van Heeringen,[7] Diego De Leo,[8] and Mette Ystgaard[9]

30 477 giovani di 14-17 anni di età

Prevalenza

- Anno precedente
  - 8.9% delle F
  - 2.6% dei M

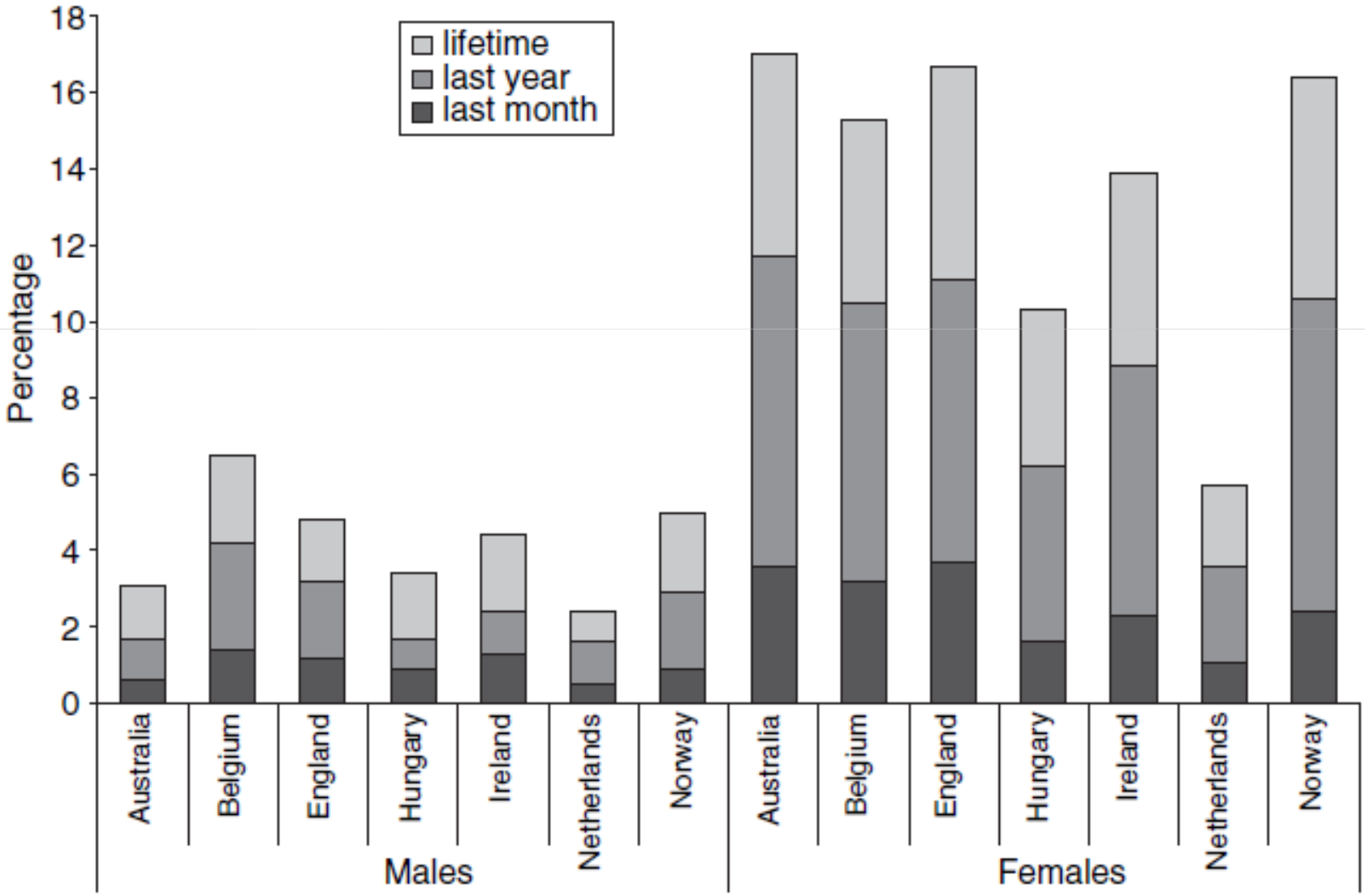
Oltre la metà ha riportato più di un episodio lifetime

- Lifetime
  - 13.5% delle F
  - 4.3% dei M

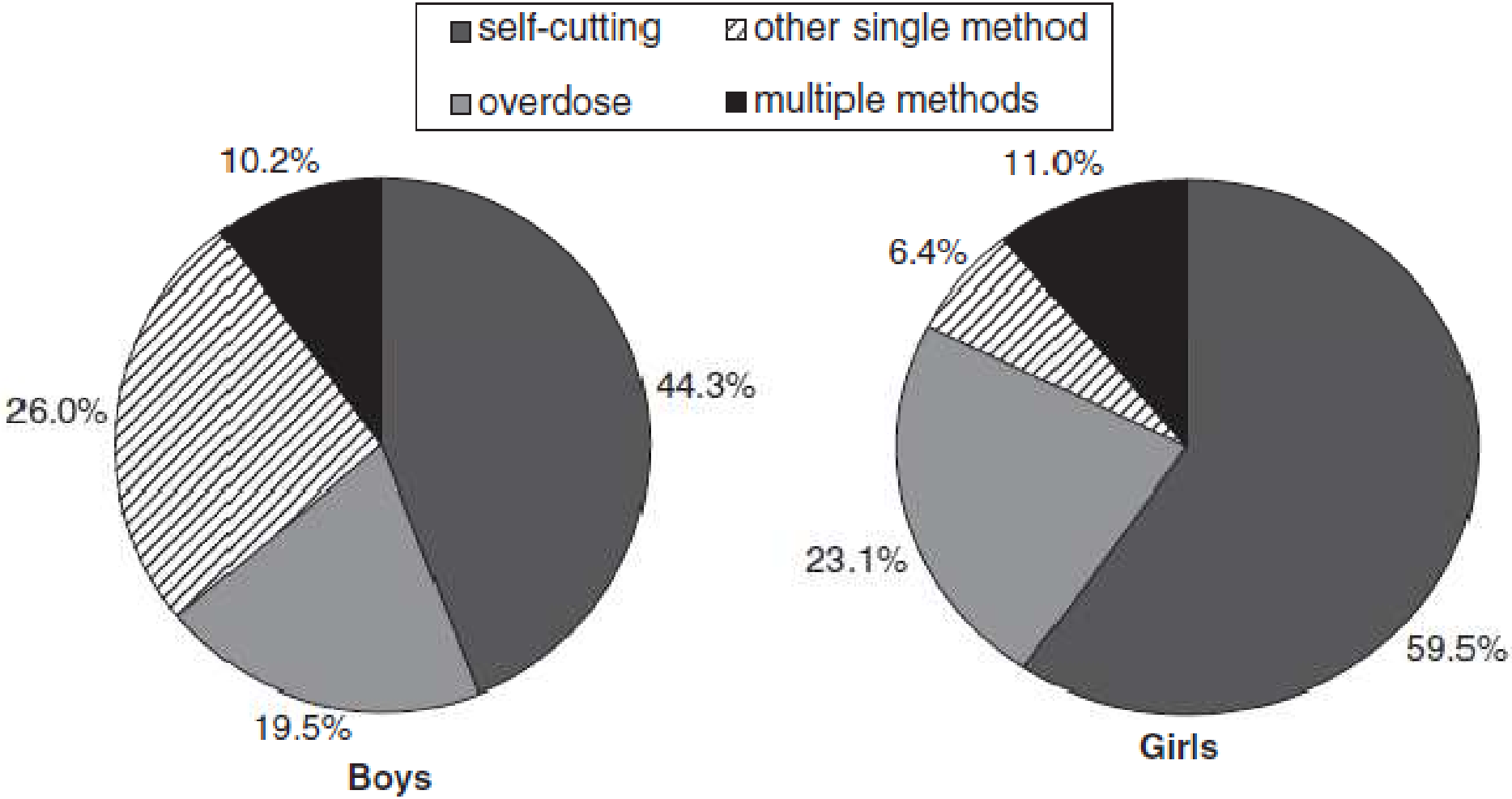
Madge et al, 2008

Madge et al, 2008

Prevalenza



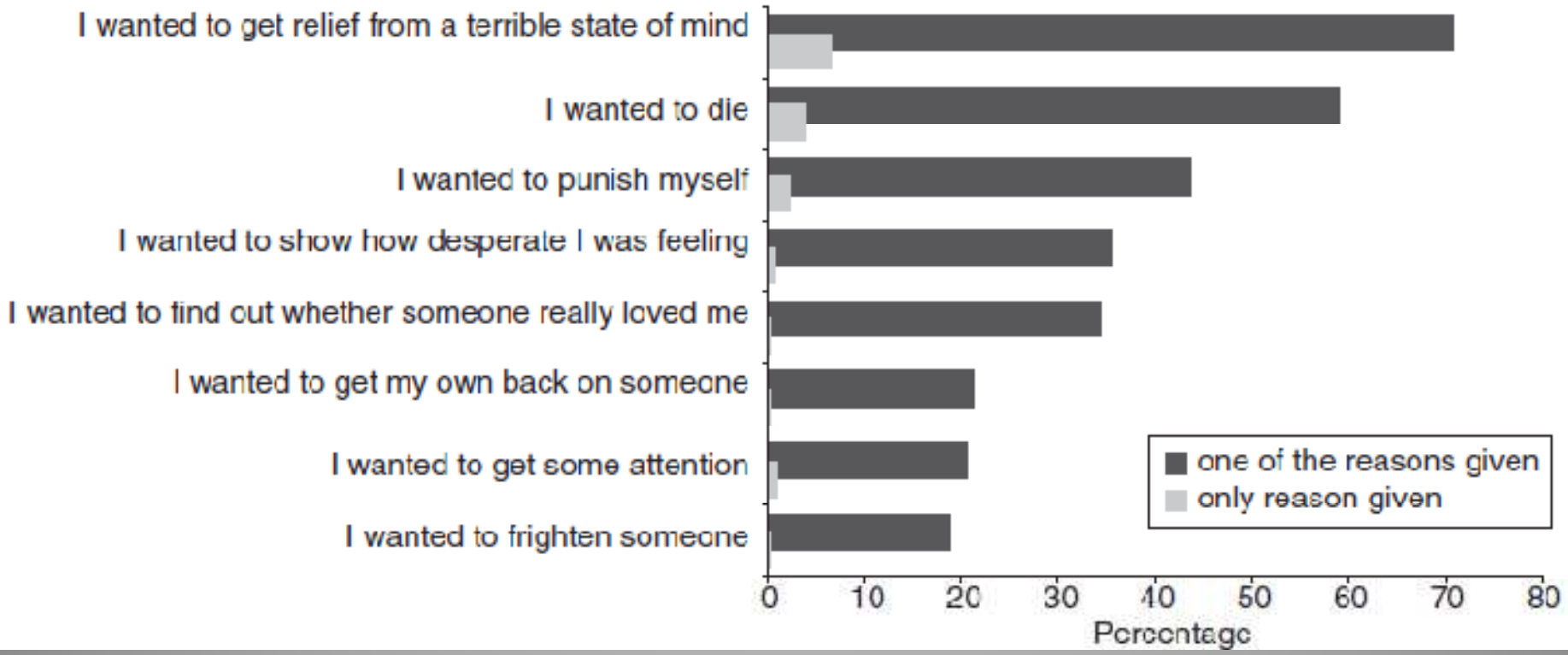
Metodo



$p < 0.001$

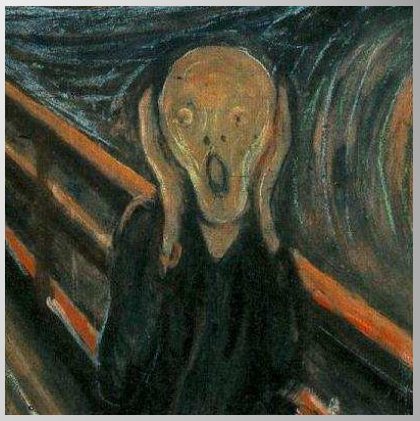
Madge et al, 2008

Motivazioni



Madge et al, 2008

Motivazioni



2 dimensioni

Grido di aiuto (diretto all'esterno)

- Mostrare quanto mi sentivo disperato
- Spaventare qualcuno
- Vendicarmi
- Scoprire se qualcuno veramente mi amava
- Avere qualche attenzione

Grido di dolore (diretto all'interno)

- Morire
- Punirmi
- Avere sollievo da un intenso stato mentale

Scoliers et al, 2008

Premeditazione

- 48% ≤ 1 ora
- 22.7% 1 ora – 1 settimana
- 29.3% > 1 settimana

Premeditazione varia secondo il metodo utilizzato

- l'utilizzo di un singolo metodo - diverso da tagli e overdose – è associato ad una maggiore impulsività (< 1 ora)

Madge et al, 2008

Il ruolo di alcol e altre sostanze

19.9% degli episodi avviene sotto l'influenza di alcol

12.8% avviene sotto l'influenza di altre sostanze

M > F sia per alcol che per sostanze

Madge et al, 2008

Il primo contatto

- Comportamento moderato e spassionato
- Non essere giudicanti e critici
- Evitare espressioni calorose di supporto
- Mostrarsi curiosi
- Porre domande in modo rispettoso

Walsh 2007

Ricostruire la storia

- Età di esordio
- Tipo di lesioni
- Funzioni
- Ferite per episodio
- Frequenza degli episodi
- Durata dell'episodio
- Durata del problema
- Area corporea
- Estensione del danno fisico
- Altre forme di autolesionismo

Più lunga durata del comportamento,
maggior numero di metodi usati,
assenza di dolore fisico
sono risultati associati a TS

Nock, 2006

Walsh 2007

Dettagli degli episodi recenti

- Tipo di lesioni
- Funzioni
- Numero di ferite
- Dimensione temporale
- Estensione del danno fisico
- Area corporea
- Tipologia di ferite
- Utilizzo di uno strumento
- Luogo
- Contesto sociale

Importante da valutare, ai fini del trattamento

Un numero maggiore di ferite per episodio è indicativo di maggiore distress

Identificare momenti della giornata ad alto rischio, per mettere in pratica replacement skills e modificare la routine
Annotare l'intervallo di tempo tra gli episodi può essere utile per tracciare i progressi

Aree corporee raramente danneggiate e particolarmente allarmanti sono il viso, gli occhi ed il seno nelle donne ed i genitali in entrambi i sessi

Antecedenti

- Storici
- Ambientali
- Biologici
- Cognitivi
- Affettivi
- Comportamentali

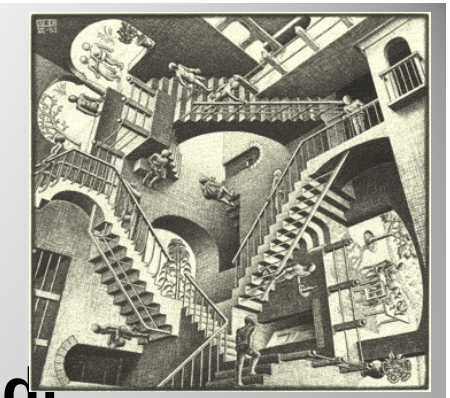
Questi *trigger* sono importanti poiché possono essere utilizzati per predire episodi futuri e diventano un'opportunità per mettere in pratica *replacement skills*

Conseguenze

- Ambientali
- Biologiche
- Cognitive
- Affettive
- Comportamentali

Walsh 2007

Il punto di vista dei ragazzi



- **La famiglia e gli amici sono le maggiori fonti di supporto**
- Uno staff di supporto (*counsellor*) dovrebbe essere presente in tutte le scuole
- Programmi di salute mentale nelle scuole rivolti allo sviluppo di abilità quali *problem solving*, identificazione e gestione del distress, supporto, ricerca dell'aiuto di adulti fidati
- **Poter parlare con persone non giudicanti nell'ambiente scolastico**
- Istruire gli insegnanti, i pari ed i genitori riguardo le condotte autolesive e come rispondere
- Ridurre le preoccupazioni riguardo la confidenzialità e lo stigma

Fortune, 2008

Prevenzione

- Le scuole sono spesso un ambiente cruciale in cui offrire interventi preventivi
- Tuttavia il personale non è consapevole dei problemi degli studenti perché questi ultimi si rivolgono ai loro pari per supporto ed aiuto
- È necessario che tali interventi siano indirizzati sia al personale scolastico che agli studenti perché possano essere efficaci e siano valutate le attitudini degli studenti verso il problema e la loro disponibilità ad aiutare coloro che cercano aiuto

Joe & Bryant, 2007
Evans, 2005
Mann, 2005
Muehlenkamp 2009

Signs of Self-Injury (SOSI) program

- Offre *training* preventivi
- Obiettivi:
  - aumentare la conoscenza riguardo le condotte autolesive, inclusi i segnali di allarme ed i sintomi
  - migliorare l'atteggiamento e le capacità di rispondere ed aiutare gli studenti che mettono in atto tali condotte
  - aumentare i comportamenti di ricerca di aiuto
  - ridurre i comportamenti autolesivi
- Due moduli:
  - per lo staff
  - per studenti

Muehlenkamp 2009

Pre-post survey

Valutare effetto iatrogeno

Variable	Pre-test #Yes or mean	Post-test #YES or mean	*p*
Thoughts NSSI past Mo	49	34	.294
NSSI Act past Mo	28	14	.079
Freq NSSI Thgt past Mo	3.50(1.92)	3.22(1.59)	.462
Intensity NSSI Thgt past Mo	3.11(1.08)	3.22(.81)	.651
Freq of NSSI past Mo	1.50(1.15)	1.44(1.15)	.901
Freq of NSSI internet use	1.33(.59)	1.56(1.04)	.298
Knowledge	7.83(1.70)	8.35(1.95)	.000
Discomfort	2.30(.70)	1.85(1.03)	.000
Avoidance	1.93(.71)	1.46(.94)	.000
Approach/helping desire	2.66(1.43)	3.22(.79)	.000
Total help	1.74(.65)	1.79(.63)	.772

Muehlenkamp 2009

Conclusioni

- Le condotte autolesive non a scopo suicidario sono un fenomeno diffuso tra gli adolescenti
- In genere questi comportamenti non hanno intenti suicidari, e si distinguono dai tentativi di suicidio, ma in alcuni casi possono diventarne fattori di rischio
- Spesso è un fenomeno “nascosto”, poiché
  - gli adolescenti si rivolgono ai loro pari ed il problema non viene a conoscenza dei familiari o dello staff scolastico
  - viene percepito come stigmatizzante

Fortune, 2008

Conclusioni

- È importante effettuare un assessment,
  - in un contesto non giudicante, di “curiosità rispettosa”
  - in un clima di collaborazione
  - rivolto alla storia ed al presente
  - con attenzione alle motivazioni ed ai dettagli
  - per la valutazione del rischio
  - per ottenere indicazioni terapeutiche

Walsh 2007

Conclusioni

- È necessario che i programmi preventivi siano rivolti a ridurre le barriere che si creano tra l'individuo e la ricerca di aiuto
  - stigma
  - vergogna
  - paura delle conseguenze
- Interventi preventivi dovrebbero coinvolgere non solo lo staff scolastico, ma anche il gruppo di pari
- Va preso in considerazione il potenziale effetto iatrogeno

Fortune, 2008
Heilbron & Prinstein, 2007
Muehlenkamp, 2008

Conclusioni

- Programmi implementati in setting scolastici sembrano avere un'efficacia potenziale nel ridurre tali comportamenti, aumentando
  - conoscenza
  - disponibilità
  - atteggiamenti di ricerca di aiuto

Muehlenkamp 2009

1° CONGRESSO nazionale
I MODERNI PREDATORI: IL BULLISMO.

23/24 ottobre 2009
Istituto Dei Ciechi • Via Vivaio, 7 • Milano