

MASTER IN COGNITIVE PSYCHOLOGY
IN HEALTH COMMUNICATION
Università Vita-Salute San Raffaele
Università della Svizzera Italiana



A Free Mind

PREVENTIVE CAMPAIGN ON DEPRESSION STIGMA REDUCTION
IN TICINO YOUNG ADULTS



D'Anzi Sharon, Roberta Galizia, Lisa Gilardoni

Supervisor: Serena Petrocchi, Phd

Client: ASI-ADOC



Table of Contents

ABSTRACT.....	2
ASSESSMENT OF NEEDS: SWOT ANALYSIS.....	4
OBJECTIVES.....	4
TARGET	4
THEORETICAL FRAMEWORK OF THE INTERVENTION	6
1. Depression and the Effects of a Healthy Lifestyle	6
1.a Depression, Signs and Symptoms.....	6
1.b Risk Factors	7
1.c Habits and Depression.....	7
1.d Treatments and Therapies.....	8
2. The Stigma as a Barrier to Help-Seeking Behavior according to the TPB	9
2.a Stigma Formation.....	9
2.b Public, Perceived, and Self-Stigma in Help-Seeking	10
2.c Help-seeking Intentions and the Theory of Planned Behavior..	11
PROBLEM DEFINITION: INTERVIEW FINDINGS.....	13
1. Participants.....	13
2. Instruments and Procedure	13
3. Data Analysis and Results	14
3.a First section: Socio-Demographic Characteristics	14
3.b Second Section: Depression Knowledge.....	14
3.c Third section: Attitudes, Social Norms, Perceived Control and Intention (from TPB).....	15
3.d Fourth section: Public, Perceived, and Self-Stigma.....	18
3.e Fifth section: Communicative, Psychological, and Social Interventions.....	19
4. Discussion	20
INTERVENTION STRATEGY.....	21
1. Leaflet.....	21
1.a Instruments and Procedure ...	21
1.b Partnerships.....	25
2. Website Redesign	25
2.a Instruments and Procedure .	25
3. Social Networks	26
3.a Instruments and Procedure .	26
3.b Partnerships.....	28
3.d Evaluation and Monitoring ...	28
FUTURE STRATEGY.....	29
1. The MindBodyFit App	29
1.a Instruments and Procedure ..	29
2. School Interventions.....	34
2.a Instruments and Procedure	34
2.b Partnerships.....	35
3. Testimonials.....	35
3.a Instruments and Procedure.	35
3.b Partnerships.....	35
4. Study Limitations & Future Research	35
REFERENCES.....	36
Website List	40
APPENDIX	41
1. Semi-Structured Interview	41
2. Interview Script	43
2. Leaflets	57

ABSTRACT

Background: Even though Swiss-Italian young adults are vulnerable to depression, most of them avoid to seek mental-help due to stigma or lack of information. Preventive interventions may be useful to help people to seek mental help professionals before the severe symptoms arise, by focusing on the reduction of the stigma about depression through the promotion of help-seeking behavior.

Method: To develop an effective communicative intervention, the research team referred to the Theory of Planned Behavior to examine, through a semi-structured interview, the barriers and motivators affecting the intention to seek mental help in young adults.

Results: Findings revealed that in this sample of Swiss-Italian young adults, lack of knowledge, support by relatives and friends, low perceived control, perceived, public and self-stigma did affect the intention to seek mental help. Participants suggested strategic interventions that have guided the development of the present campaign.

Conclusions: Online support systems and school-based interventions are considered the most appealing and effective preventive strategies by young adults. We included the redesigning of the website, the development of social network pages, the creation of an application for physical and mental health, predicted testimonial involvement, and created psychoeducational leaflets.

A SI-ADOC is a non-profit association located in Ticino, Switzerland, for the treatment of anxious, depressive, and obsessive-compulsive disorders. Their aim is to make Italian-speaking Swiss aware of what these disorders are, to offer them a variety of therapeutic options, and to establish connections among the people who suffer from these diseases, as well as their families.

This year the efforts of ASI-ADOC are centered on depression. Hence, in order to sensitize the population and prevent the disease, they entered into a consulting contract with the research team of Università della Svizzera Italiana, Lugano / Vita-Salute San Raffaele University, Milan, with the aim to create an effective preventive campaign that reaches the Ticino canton.

Data show that depression is a very relevant threat for health. In fact, according to the Swiss Health Monitoring Center (2016), 1 person out of 2 suffered from any psychic disorder at least once in a lifetime, and depression is one of the most frequent diseases in Switzerland. Specifically, In Ticino, almost 38,4% of the population declares to show depressive symptoms, and the 29% of them has mild to moderate symptoms. The Dipartimento della Sanità e della Socialità ("Mi Sento Depresso: Uno Sguardo alla Salute Mentale dei Ticinesi", 2019) carried out an investigation in 2017 and found out that the prejudices about depression in Ticino usually concern shame and fear of others' reactions; scarce knowledge about depressive symptoms, causes, treatment possibilities and health professionals

involved in the treatment ; low trust towards therapies and professionals.

Depression is also associated with unhealthy lifestyles and habits (Cabello et al., 2017), among which being overweight is the most frequent and shows the highest comorbidity with depression. The number of obese or overweight children is rapidly growing worldwide ("Obesità: i Bambini Svizzeri se la Cavano", 2017): in Switzerland, however, the problem is less marked: 7% of children up to 19 are obese, while among young girls the percentage is 4.6%. However, 19% of Swiss children between 5 and 19 are overweight, as shown by the numbers provided by the Federal Statistical Office (FSO), and therefore are at high risk for depression. According to Serdula, Ivery, Coates, Freedman, Williamson, and Bayers (1993), obese children are more likely to become obese young adults than not-obese children. Since the target of this project are young adults, the purpose is to develop the necessary knowledge for breaking the stigma barrier, but also enhancing healthy lifestyles in young adults.

ASSESSMENT OF NEEDS: SWOT ANALYSIS

The following Table 1 shows an overview of the shortcomings and possibilities in Ticino and within ASI-ADOC with respect to the upcoming preventive campaign.

- sensitizing, and disproving false beliefs);
- Providing to the people the means to be able to ask for help;
- Encouraging a healthy lifestyle.

OBJECTIVES

The request of ASI-ADOC to the consulting team is to generate a campaign designed to increase the quality of life among Ticino population: the aim is to preempt depression through primary prevention and promotion of health-enhancing behaviors. This goal will be achieved by reducing the *stigma* associated with depression and help-seeking, increasing the awareness of what it is and what treatments exist, and spreading the knowledge about preventive healthy habits. In fact, according to the literature (Barney, et.al., 2006), we expect that the true understanding of the disease and the associated habits, together with the reduction of the stigma, will bring to the citizen an increased *help-seeking behavior*, from the appearance of the very first risk factors.

Specifically, we will be focusing on:

- Creating knowledge about depression (informing,

TARGET

The target that the association wants to address is the general population of Ticino older than 18 years old, with specific attention to these segments: the people who do not know depression; the ones who are experiencing some symptoms although they strive to ask for help; everybody who is potentially called to support a depressed person.

Nevertheless, since needs and education of people of different age may vary significantly, we decided to focus on a specific age group, namely on young adults (18-35 years old), as the fact that they are both the present and the future of the society and may represent the distal goal of our campaign.

STRENGTHS OF ASI-ADOC	WEAKNESSES OF ASI-ADOC
<ul style="list-style-type: none"> - A wide and well established network of partners - Good number of mental health professionals - Tailored services - Good reputation across the region - Long-established communication channels 	<ul style="list-style-type: none"> - Inefficient slogan use - Poor website - Poor social network diffusion
OPPORTUNITIES IN TICINO	THREATS IN TICINO
<ul style="list-style-type: none"> - The target is open to social media interventions - Social media interventions are proven as effective and low cost - Increasing awareness about health and prevention 	<ul style="list-style-type: none"> - Stigmatized concept of depression and mental therapies - Still limited emphasis on healthy lifestyles - High cost of mental health services - Increasingly more stressful daily routines due to personal and social-cultural changes.

Tab. 1: The SWOT Analysis of ASI-ADOC

THEORETICAL FRAMEWORK OF THE INTERVENTION

1. Depression and the Effects of a Healthy Lifestyle

1.a Depression, Signs and Symptoms

Depression (Major Depressive Disorder or Clinical Depression) is a common and severe affective disease recognized worldwide (Beck and Alford, 2009). The symptoms of depression determine how a person feels, thinks, and deal with everyday activities, such as eating, working or sleeping. Depression is defined as such when the symptoms mentioned below persist for at least two weeks during most of the day (NIMH, 2019):

- Constant sad, anxious, or empty mood;
- Feelings of hopelessness or pessimism;
- Irritability;
- Feelings of guilt, worthlessness, or helplessness;
- Loss of interest or pleasure in hobbies and activities;
- Diminished energy or fatigue;
- Slowness in movements;
- Feeling irritable or having trouble sitting still;
- Difficulty in concentrating, remembering, or making decisions;
- Sleeping difficulty, early-morning awakening, or oversleeping;
- Appetite and/or weight changes;
- Thoughts of death or suicide attempts;
- Aches, or pains, or problems with digestion without a clear physical cause, and/or resistant to treatment.

Depression does not mean feeling all of the above symptoms at the same time (NIMH, 2019). There is an individual difference among people, such that many suffer from few symptoms and others may experience many. Moreover, severity, frequency and duration of symptoms and the symptoms themselves change within people and/or during the stage of illness.

It is possible to identify many different forms of depression and/or they may advance under particular conditions, as it follows.

The Persistent Depressive Disorder or dysthymia: “is a depressed mood that lasts for at least two years” (NIMH, 2019). A person diagnosed with this condition may experience events of major depression and less severe symptoms.

The Postpartum Depression occurs after giving birth by many women (NIMH, 2019). These women suffer from Major Depression during pregnancy or after delivery. The symptoms associated with this condition, such as extreme sadness, exhaustion and anxiety, make it hard for mothers to engage in their daily life activities and caring for their babies.

The Psychotic Depression is identifiable when a person has severe depression and, in addition, suffers from delusions and hallucinations, which involve negative themes, such as delusions of guilt, illness, or poverty (NIMH, 2019).

The Seasonal Affective Disorder occurs during winter, because of less sunlight interacting with physiological mechanisms, and it improves during spring and summer (NIMH, 2019). The symptoms of winter depression are social withdrawal, augmented sleep, and weight gain.

This condition may recur every year during the same period.

The Bipolar Disorder is a diverse condition from depression, since it affects personality, but it is worth mentioning because patients may develop symptoms of Major Depression (NIMH, 2019). Other symptoms associated with it include mania or hypomania.

It is possible to identify, in the diagnostic classification of DSM-V (APA, 2013), new forms of depression, such as Disruptive Mood Dysregulation Disorder in children and adolescents, and Premenstrual Dysphoric Disorder.

1.b Risk Factors

According to NIMH (2019), depression is one of the most common mental disorders in the U.S. and, according to the Swiss Health Monitoring Center (2016), depression is one of the most frequent diseases in Switzerland. Specifically, in Ticino, almost 38,4% of people declares to show depressive symptoms, and the 29% of the population has mild to moderate symptoms. Research show that the causes of depression include genetic, biological, environmental, and psychological factors. Any age category is susceptible to depression, even though the onset of it is more frequent during adulthood. Depression sometimes occurs with more conspicuous irritability than low mood in children and adolescents. High levels of anxiety in children may develop in chronic mood and anxiety disorders in adult age (NIMH, 2019). In older adults or in midlife, depression can coexist with and aggravate other chronic illnesses, such as cancer, heart disease, diabetes, and Parkinson's disease. Medical treatments may be the cause of the arising of depression. Hence,

the main risk factors of depression include: family history of depression, important life changes, stress or trauma, genetics, and some physical illnesses and medications (NIMH, 2019).

1.c Habits and Depression

“There are a number of things people can do to help reducing the symptoms of depression. For many people, regular exercise helps creating positive feeling and improves mood. Getting enough qualitative sleep on a regular basis, eating a healthy diet, and avoiding alcohol (a depressant) can also help reducing symptoms of depression” (APA, 2019).

A person's habits have a major impact on mental health (Velten et al., 2014). The rapid spread of unhealthy lifestyles in Western countries has been facilitated by the economic growth during 20th century, and by the lack of appropriate national health policies at the time, but in the 60s the relevance of prevention has begun to be explored (Lachat, 2013).

The habits of a depressed patient often concern smoking, alcohol consuming, and physical inactivity, caused by the behavioral tendency to withdraw and attempting to medicate one's self (Strine et al., 2008. Breslau et al., 1998). These relationships may be reciprocal: depression might have an impact on unhealthy lifestyles, eliciting and exacerbating them, or being facilitated by these risk factors. Smokers (Bakhshaie et al., 2015) and excessive drinkers (Van Gool et al., 2007) are more prone to become depressed over time, and in parallel, the chronic form of the disease is associated with an increase in cigarettes smoking (Van Gool et al.,

2003) and smoking depressed people (Bakhshai et al., 2015) are more likely to be depressed over time.

On the contrary, exercise can have a positive impact in preventing the disease (Babyak et al., 2000. Wang et al., 2011), since it has great influence on mood and self-esteem and, by a physiological point of view, it elevates your body temperature, resulting in a calming effect on the central nervous system, and it releases neurotransmitters such as endorphins, which have a positive impact on the immune system (Herman et al., 2002).

Healthy sleeping is also protective against depression. Some sleep hygiene rules consist in avoiding digital displays exposure before going to bed, meditating, sleeping in a comfortable site, avoiding caffeine and other excitants, and refrain from working where you sleep (Taylor, 2018).

Also an unhealthy diet can intensify depression, having similar effects as chronic distress and depriving the body of nutritionals that keep the person physically and mentally balanced (Taylor, 2018). Specifically, an healthy nutrition means: eating balanced meals, lean protein, fruits and vegetables, reduce fat foods, avoid processed food, and prefer food with omega-3s. Overweight is also related to depression through low self-esteem, probably because of social critiques. The relationship is bidirectional: “depressed people are more likely to gain weight and obese and overweight people are more likely to become depressed” (Kubzansky, et al., 2012).

Stress is another factor associated with depression, since their physiological pathways overlap significantly (Lingsweiler et al., 1987).

1.d Treatments and Therapies

“Depression, even in the most severe cases, can be treated” (NIMH, 2019). The earlier the treatment begins, the more effective it is likely to be. Medications, psychotherapy, or a combination of the two are the most frequent treatments for depression, but there are other options, such as electroconvulsive therapy (ECT) and other brain stimulation therapies.

The most popular medications to treat depression are antidepressants (NIMH, 2019). They may have an impact on the way the brain deploys certain chemicals related to mood and stress control. The person and his/her doctor may need some trials before finding the best one for the symptoms and side effect concerned. Physicians are used to take into account a medication that has helped the person or a close family member in the past. Antidepressants’ effect is not immediate. They usually need 2 to 4 weeks to work and may impact not only on mood but also on other factors such as sleep, appetite, and concentration. Patients should never stop taking antidepressants without consulting a doctor, although not uncommon; it is the doctor’s task helping the patient in slowly reducing and stopping the medication (usually after a course of 6 to 12 months) so that he/she can avoid withdrawal symptoms.

Depression can also be treated through several types of psychotherapy (NIMH, 2019), such as cognitive-behavioral therapy (CBT), interpersonal therapy (IPT), and problem-solving therapy. If these options do not show effectiveness, electroconvulsive therapy (ECT) is usually taken into consideration. In some severe cases

which need a rapid response or medications are not a safe treatment.

Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) and vagus nerve stimulation (VNS) are other types of brain stimulation therapies (NIMH, 2019).

2. The Stigma as a Barrier to Help-Seeking Behavior according to the TPB

The present project will join the concept of stigma with the Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991), in order to explain and work on the seek of help in our Swiss Italian target: young adults at risk, the ones who do not know the disease, and the ones who are supporting a sick person. Here we give an idea about the definition of stigma, then a theoretical outline of TPB, and finally we hypothesize how these may fit together in order to explain the seek of help.

2.a Stigma Formation

The stigma is shaped, according to Corrigan (2004), by four social-cognitive steps: cues elaboration, stereotype formation, prejudice creation, and behavioral discrimination.

The cues from which people infer mental illness are psychiatric symptoms, social-skills deficits, and physical appearance. From this cues stigmatizing social labeling can occur, although very prone to misattribution: these signs can in fact bring to false positives of mental illness (i.e. being persuaded that a person is sick when he/she actually is not, based on appearance). Nevertheless being able to conceal the illness may confound as well, bringing to a false negative (i.e.

excluding sickness when it is present): denying a disease is a strategy for avoiding to be labeled and escape prejudices and discrimination.

The process of labeling happens because human cognition is built on stereotypes, defined as the general public knowledge about a social group, collectively agreed, and very efficient for categorizing (they enable people to quickly generate impressions and expectations of individual who belong to a certain group). The most common stereotypes for mental illness concern violence, incompetence, permanence (“they will never recover”), and blame (they are blamed as guilty of their disease). Corrigan (2004) states that stereotyped labels be elicited in two ways: by others (e.g. by the psychologist’s diagnosis, from which we make use of the label “sick person”), or by associations (e.g. a person in the psychologist’s office is associated to the label “mentally ill”).

Stereotypes are strongly linked to prejudice, as they entail a negative evaluative components, and negative emotional reactions - a cognitive and affective process. The final behavioral reaction is the discrimination, which can either be an exclusive positive reaction towards the ingroup, or a negative reaction towards the outgroup. In mental health, outgroup discrimination appears as avoidance.

In general, humans are motivated to stigmatize because of the mechanism of group enhancement, which promotes survival: they view the opposition group as incompetent instead of admitting their own shortcomings, defending themselves or their own group. People with mental illness are

seen as deficient in this sense, and some of them avoid being labeled as mentally ill in attempting to escape the beliefs that lessen their self-esteem and self-efficacy - that is, avoiding the stereotyped label (Corrigan, 2004).

2.b Public, Perceived, and Self-Stigma in Help-Seeking

According to Barney, et.al. (2006), one of the major characteristics of people with depressive symptoms is that they are reluctant to search for help. This is especially evident with respect to seeking help from mental health professionals. The research shows that the main barrier for them are indeed the stigmatized beliefs, mainly the stigma towards oneself, the public stigma, and the perceived one.

The self-stigma concerns the negative beliefs towards one's self that are created from the internalization of blaming ideas from society, such as thinking that depression may be caused by a weak personality, from a lack of self-care, or by little willpower (Barney, et.al., 2006). The stigmatization can be seen as a harm to self-esteem, to the extent to which people believe that they are less valuable due to their psychiatric disorder. This self-prejudice is linked to emotional reactions, such as the decrease in self-esteem (less personal worth and shame) and self-efficacy (demoralization and failure). As a consequence of wanting to defend themselves from this, people may hide their own flaws from others (label avoidance), which prevents them from seeking help and to active participate in their own treatment.

We can say that what is defined as self-stigma is strongly

influenced by the public stigma, which is a negative belief towards the others, and these two constructs are more useful if seen as dynamically interacting (Corrigan, 2004). In fact, social stereotypes, prejudice, and discrimination can prevent mentally ill people from many opportunities that are essential for achieving life goals, such as obtaining a job or a house. Public stigma makes people with mental illness receive fewer medical services than those not labeled in this manner. Thus, the public stigma impedes both help seeking and receiving. In fact, people may decide to hide their stigma, or to deny their status (label avoidance) and not to seek the institutions that mark it (i.e., mental health care). People who show this kind of stigma are also less likely to seek care for themselves, and to adhere to therapeutic treatments (Corrigan, 2004).

Finally, another kind of stigma is the perceived one. It refers to being persuaded that other people hold stigmatized beliefs or negative attitudes about your condition. The stigmatized beliefs attributed to the others derive from a person's own stigma towards the public. People who show depressive symptoms may think that the others will respond negatively if they realize that they are seeking help, either from them or from thirds. In this sense, significant others acquire great importance in supporting the sufferer (Barney, et.al., 2006).

Figure 1 displays how the steps of stigma formation affect help-seeking according to these three kinds of stigmas, as an instance of thought processing.

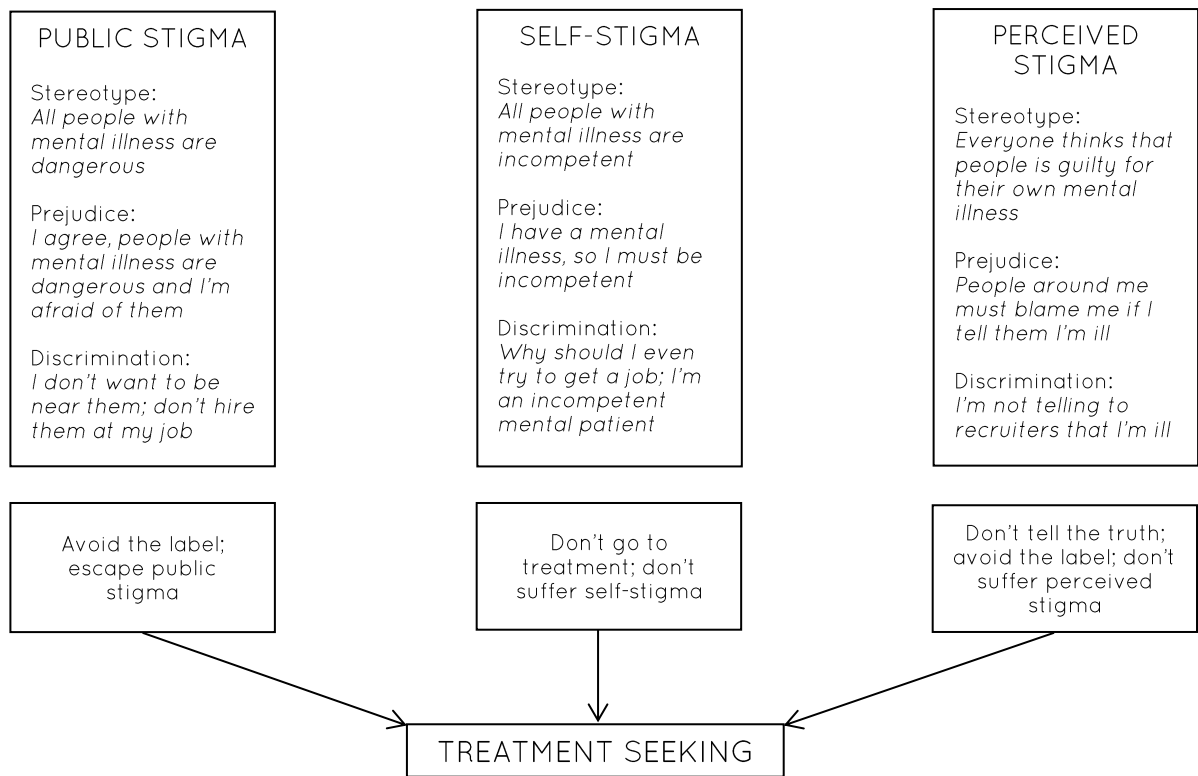


Figure 1. Public, Self-Stigma, and Perceived Stigma formation in Help-Seeking. Adapted from Barney et al., 2006.

2.c Help-seeking Intentions and the Theory of Planned Behavior

The Theory of Planned Behavior from Ajzen (1991) is a well-known model for explaining the help-seeking intention across various populations, including people with mental health problems. According to Damghanian and Alijanzadeh (2019), the theory classifies as the best predictor of any behavior the intention for it, which is determined by three constructs, namely attitude, subjective norm, and perceived behavioral control, as represented in Figure 2. The attitude that arises from behavioral beliefs indicates the appreciation for the target behavior (e.g. thinking that teeth brushing is good); the subjective norm instead, defined on normative beliefs, shows the perceived social pressure to perform an action (e.g. the whole family thinks that brushing teeth is the right thing

to do); finally, the perceived behavioral control, generated by control beliefs, expresses the difficulty to engage in that behavior (e.g. having no external barriers and full control on brushing teeth). According to this model, the individual's knowledge about the target disease or behavior plays the role of moderating the relationship between the intention and the final behavioral performance: for this reason the intervention will focus on informing, sensitizing, and disproving false beliefs related to depression and seeking mental help.

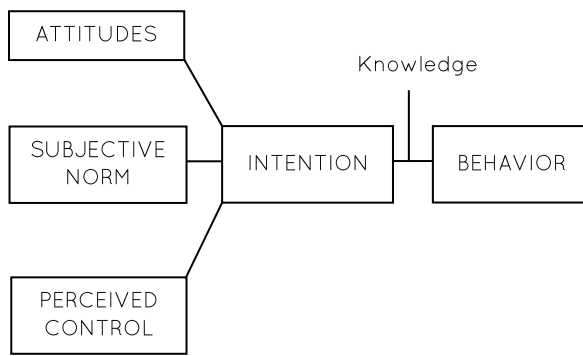


Figure 2. The Theory of Planned Behavior (Fishbein and Ajzen; 1991)

Here it follows a potential application of what we have explained so far, combining the TPB constructs (attitudes, subjective norm, control, intention, behavior) with the different types of stigma (self, perceived, public), our target population (your adults risking depression and the ones who should gain knowledge on the disease), and the aforementioned stigmatized beliefs about help seeking specifically (Barney, et.al., 2006. Corrigan, 2004).

Considering the attitudes construct, people who have a blurred knowledge of depression may express negative attitudes related to their public stigma which can reduce the intention for their own seeking behavior, e.g. they may maintain that seeking help is for fools, and therefore they will never go to a psychologist.

Referring to the other target, namely people who are manifesting the first depressive symptoms, their help seeking intention may be undermined by distorted attitudes that stem from believing that seeking help may be a too heavy commitment for a weak person like them. In fact, depressed people show a substantial self-stigma, even in early times.

Looking at the construct of the social norms, which underpins a perceived assumption about what significant others define as acceptable or not acceptable, the perceived stigma may emerge to the ones who do not have a clear vision of depression in terms of being persuaded that people may think that they are weak if they go to therapy, thus having a negative impact upon their intentionality.

The perceived stigma may affect the social norms regarding seeking help among depressed people as well. The willing to avoid the label of mentally sick person may lead them to not ask for help because they do not want to be discriminated by the people around them, who they presume they will display avoiding behaviors.

This target may display also self-stigma in relation to the control beliefs about seeking help in depressive conditions, to the extent to which they may be convinced that calling a psychologist makes no sense if they are presumably not going to have the willpower for beginning visits and adhering to therapies.

PROBLEM DEFINITION: INTERVIEW FINDINGS

The present study aims to examine the factors associated with perceived, public, and self-stigma beliefs regarding seeking-help for depression in Italian-Swiss young adults, in order to provide insights on how to operationalize the theory into the intervention. Perceived stigma was conceptualized as how an individual believed others would see and treat him/her if he/her was to seek for therapies, while public stigma referred to how the individual him/herself would see and treat others seeking for treatment, and self-stigma concerned the beliefs about their own condition and seeking. We explored the discrepancies between these kinds of stigmas among participants. The constructs of the Theory of Planned Behavior (attitudes, social norms, perceived control and intention) were assessed in order to understand and explain the factors behind depression and help-seeking behavior stigmas. Determining if and to what extent perceived stigma, public stigma and self-stigma are misperceived by young people can inform future research and intervention efforts with youth.

1. Participants

Participants that decided to take part in the study were 24 Swiss-Italians from 18 to 35 years old ($M= 24.58$; $DS= 3.47$), 11 females and 13 males. Participants came from Lugano, Locarno, and Mendrisio. Three of them declared they had suffered depression in the past. Participation was on voluntary basis.

2. Instruments and Procedure

Participants responded to a semi-structured interview (see the Appendix) individually. The interviews were conducted in Lugano, Locarno, and Mendrisio. Participants were asked to answer to questions organized in the following five sections, which explored (see Figure 3):

- I. General socio-demographic data;
- II. Knowledge of depression;
- III. Relation between constructs of TPB and the help-seeking behavior;
- IV. Perceived, public, and self-stigma about depression;
- V. Communicative, psychological, and social solutions to prevent depression.

In the first section, participants were asked to define their gender and age. In the second section, participants answered to questions regarding the definition of depression for them, if it can be cured and how, and the risk factors related to the development of symptoms. In the third section that explored the constructs of the TPB, participants were asked to answer to questions regarding their attitudes about help-seeking behavior, the social norms affecting their intention to visit a mental health professional, the perceived control on their decisions, and the intention to visit a doctor. In the fourth section, participants were asked to answer to the same questions from two different perspectives, namely if they were depressed versus if a friend of them was, in order to assess the different types of stigmas. In the last section, participants were asked to propose effective communicative, psychological, and social solutions for

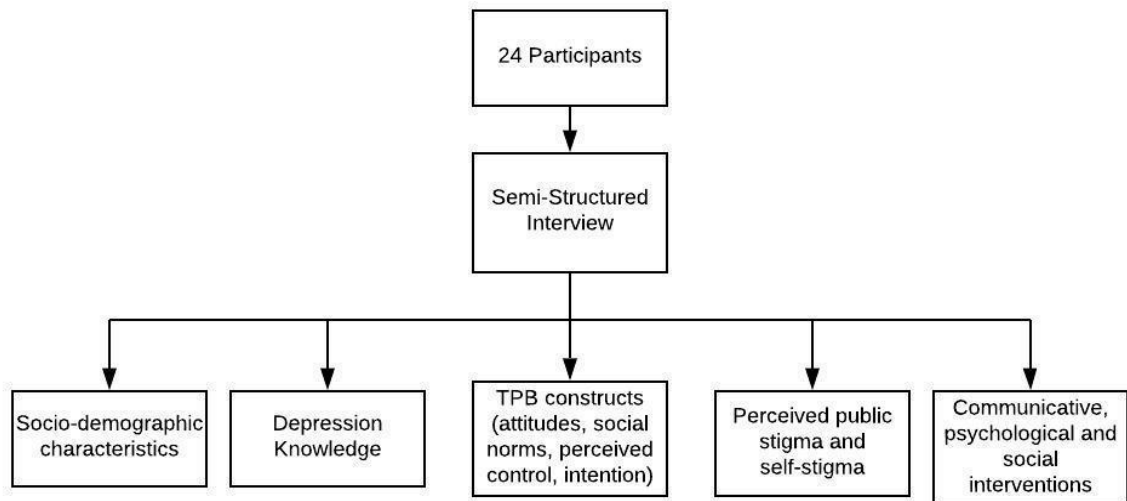


Figure 3. Interview Structure.

reducing stigma among the Swiss-Italian population.

After having completed the interview, participants were thanked for their contribution to the campaign.

3. Data Analysis and Results

The interviews lasted for 30 minutes for each participant and were transcribed. The analysis of the interviews were conducted by exploring and analyzing the main recurrent themes, following the structure, and analyzing data section by section.

3.a First section: Socio-Demographic Characteristics

Participants defined their gender, age and the city where they came from.

3.b Second Section: Depression Knowledge

Depression Definition

Participants considered depression as a state of loneliness, sadness, powerlessness, and loss:

“La depressione è un modo di sentirsi, quasi un sentimento, di solitudine, in cui si è persi, senza sapere cosa fare in un momento della vita, nonostante sai di avere familiari che ti amano, ma tu ti senti perso comunque, e impotente riguardo a un evento che ti demoralizza” (F. 22).

“La depressione è uno stato d’animo negativo e la persona si sente sola, persa, non compresa” (F. 26).

Treatments

About the methods and treatments for dealing with depression, the social support by family, friends, and health professionals, together with the willpower, seemed to be necessary to face the condition properly:

“Parlandone con amici e genitori soprattutto, magari qualcuno di professionale, si guarisce” (M. 23).

“Si guarisce, bisogna fare un percorso psicologico, ma anche per chi non si affida allo psicologo importantissima è la rete sociale, perché non se ne esce da soli, è difficile o impossibile” (M. 30).

The majority of participants were aware of the efficacy of medical and psychological treatments.

“Non sono certo che si possa curare completamente, ma attenuare abbastanza da poter avere una vita normale sì, e ci sono diversi metodi in base alla gravità: cura farmaceutica, o psicoterapia, o entrambe” (M.28).

Five of them did not believe in the possibility of recovery from depression.

“Te lo porti dietro tutta la vita, medicinali, psicologo. Non si può guarire. C'è un flusso, non finisce” (F. 21).

Risk Factors

Low income, poor education, traumatic events, and especially work-related stress were considered the main risk factors for depression.

“Tutti possono ammalarsi, possono esserci tanti fattori, lutto, lavoro, tutti i problemi della vita generale” (M.26).

“Il ceto sociale può fare tantissimo, insieme all'istruzione e allo stile di vita. E' l'ambiente in cui si cresce” (F.28).

Only 4 participants mentioned the genetic predisposition as a contributor.

“I fattori genetici ti rendono predisposto, ma in realtà tutti possono esserne colpiti” (F.26).

The majority of participants maintained that everybody can become depressed, especially adolescents, young adults and women.

“Magari è uno stereotipo, ma forse di più le donne, o chi è stressato o troppo concentrato su studio o lavoro, o chi si sente inferiore e inadatto” (F.24).

“Studenti! Oggi è la società che è troppo veloce e stressante, pretende troppo, osserva sempre

di più, si è perso di vista l'essere umano e siamo ingranaggi di una macchina” (M.29).

3.c Third section: Attitudes, Social Norms, Perceived Control and Intention (from TPB)

Positive Attitudes

Participants considered an optimal choice visiting a mental health professional if a person needed support.

“Io penso che uno si renda conto di avere un problema, e io lo spronerei perché fa sempre bene andare dallo psicologo. Sono per gli psicologi” (M. 30).

Moreover, participants would have supported and listened to friends/family in that situation.

“Lo appoggierei, mi farebbe piacere se ne parlasse con me come amica, anche se certe cose io non posso dirle come uno psicologo, lo ascolterei” (F.22).

“Lo sosterrai, non c'è niente di male, è un bene che abbia l'iniziativa” (M.22).

Participants did not consider the mental help-seeking behavior as a synonymous of “madness”, observing a change in the vision of depression between the old and the new generation:

“La vecchia generazione pensa che la depressione sia da pazzo, ma non la nuova generazione” (M. 26).

The lack of a proper education about the psychologist's role and depression was considered as a reinforcement of the stereotypes developed by the old generations:

“E' perché non c'è abbastanza comunicazione da parte delle figure del campo, e c'è l'idea che andare dallo psicologo significhi

che sei pazzo, però penso che non abbiano ricevuto le spiegazioni necessarie, e necessitino di più informazioni per uscire da questo mindset” (M. 28).

For participants, the main reasons why people do not visit a mental health professional were: pride, lack of support by family and friends, lack of information, no acceptance of their own condition because they are independent personalities, fear to be judged as mad and weak by others, and fear to share their own problems to an unknown person, such as the psychologist.

“E’ più una questione di orgoglio nei confronti della società, perché nel momento in cui chiami uno psicologo riconosci di avere un problema, e non è facile ammetterlo per tutti, magari per chi prima era più orgoglioso. Se hai persone accanto che ti sostengono, vacci!” (F.22).

“Pensano che la gente li giudichi, ma al giorno d’oggi non è così, se fosse un familiare lo spingerei ad andare” (F. 24).

“Lo stigma sociale è che l’altra gente penserà che sei pazzo, e l’aver paura di aprirti con uno sconosciuto” (M. 26).

“Perché magari è sempre stato indipendente tutta la sua vita e fa fatica a farsi aiutare, oppure va perché sente che proprio non ce la fa più e non si sente capito” (F. 25).

Social Norms

Family and friends were considered as the main supporters of the person that decides to seek mental help. Some participants figured out a difference between the point of view of family and friends: friends would be more sympathetic than family, which in turn would consider

depression as an inexistent condition in their children and would not understand how they could have “gone wrong”:

“Per i miei genitori e mia nonna già il nome li manderebbe in paranoia, invece i ragazzi della mia età si renderebbero conto che non sono pazzo. La famiglia, comunque, si sentirebbe di non essere riuscita come genitori, e starebbero male” (M. 30).

“I miei non lo vedono benissimo, mentre nel mio gruppo di amici c’è una che ha avuto questi problemi, quindi siamo aperti e ne parliamo, ma a volte pensiamo che potrebbe parlare di più con noi. I miei non mi darebbero della sfigata ma sarebbero più cauti, gli amici sarebbero più coinvolti ad aiutarmi” (F. 24).

Moreover, family and friends, in their opinion, would adopt a different behavior toward the person in need of mental help, such as becoming more attentive, understanding, and warm.

“Molto positivo e senza giudizio negativo. Allo stesso modo, forse più preoccupati se davvero avessi un problema, si interesserebbero. Forse un po’ sì ma non totalmente, magari farebbero più attenzione quando mi chiedono come sto” (F. 21).

“Non la vedono male, sarebbero d’accordo. Sarebbero preoccupati per me, cercherebbero di essere più comprensivi” (F. 26).

Perceived control

15 participants would have felt influenced by family and friends in seeking psychological help:

“L’unica influenza sarebbe famiglia e amici stretti, gli altri no” (M. 29).

“Molto, perché su queste cose il giudizio pesa, e pensare di essere

giudicati mentre sei vulnerabile è terribile” (M. 28).

Therefore, most of them would share their control over the decision to seek for help. The remaining part of the participants had an internal locus of control, considering themselves responsible for their decision.

“Io me ne fregherei e cercherei aiuto senza problemi” (F. 28)

“Non mi interesserebbe il loro giudizio se dovessi cercare supporto” (M. 22)

Moreover, ten of the participants did not know precisely where to find psychological help: they stated they would turn to family doctor, friends that already visited a professional, family, hospital, online information, and phone books.

“Penso che cercherei su internet. Non conosco nessun centro in Ticino, non so dove dovrei cercare.” (F. 21).

“Esattamente no, so che le persone a cui chiedere aiuto sono psicologi ma non sono stra informato in materia. E’ difficile riuscire a trovare un contatto in cui trovare informazioni.” (M. 20).

“Se ne parlo con dei conoscenti lo trovo di sicuro, e andrei da qualcuno che so già che è bravo. Chiederei anche in ospedale o sull’elenco telefonico.” (F. 28).

“Non conosco psicologi eccetera, cercherei tramite conoscenze.” (F. 21).

“Onestamente no, cercherei online o tramite amici che sono già andati.” (M. 26).

Intention

On one hand, most of the participants declared to be

motivated to seek for help in the conditions that follow. They would have had the willingness to understand their condition and feeling better:

“La voglia di capire e di uscire da una situazione che sento che non mi fa stare bene, un passo verso lo stare meglio e ricominciare una vita degna di essere chiamata vita, e comunque ti porta a maturità e consapevolezza che consiglio a tutti, è importante per accettare critiche e affrontare vita, ti rafforza” (F. 22).

There would have been either a loss of control or a feeling of discomfort, difference from others, and from how one was before:

“Nel momento in cui la mia vita non funziona più come vorrei, perdita di controllo” (M. 28).

“Una difficoltà che sento io o che si osserva al di fuori, anche se sono gli altri a notarlo, o se mi faccio domande su di me a cui non trovo risposte” (F. 19).

They would have been aware of not feeling well:

“Mi invoglierebbe vedere che sto male, che sono diversa. Mi impedirebbe il giudizio degli altri” (F. 21).

There would have been no alternatives, support from family, and friends:

“Il fatto di non esserci alternative, anche se non so quando inizi a capire se sei depresso” (F. 24).

“Se vedo che non ci sono altre soluzioni e so che sto davvero male, anche se parlare con amici e famigliari non mi sembra abbastanza” (F. 29).

New positive events would have occurred, such as the beginning of a relationship:

“Il fatto che magari sto avendo una relazione complicata e ho qualcosa da smuovere che mi consente di migliorare la situazione” (F. 25).

On the other hand, participants declared that the barriers to seek for help were the ones below.

Prejudice by family and work colleagues:

“Il non appoggio da parte della famiglia” (F. 24).

“La paura di pregiudizi soprattutto sul luogo di lavoro. Potresti avere delle limitazioni anche ingiuste” (M. 30).

The fear of being diagnosed with a mental disease:

“La paura di avere diagnosi che mi compromettono le attività che faccio quotidianamente, ad esempio lavorare con i bambini, oppure avere bambini in affido, questo mi frenerebbe” (F. 22).

“Mi da fastidio il fatto di essere aiutata, voglio farcela da sola, non ammetto di avere bisogno” (F. 25).

Not being supported enough and being left alone:

“Il non appoggio da parte della famiglia” (F. 24).

The financial issue was also considered as a significant barrier :

“Quel che ha a che fare col denaro, perché non è coperto necessariamente dalla cassa malati e essendo uno studente non potrei permetterlo. Questo è quello che so io. Se si tratta di depressione che non ti permette di lavorare e necessariamente ne hai bisogno di aiuto la cassa

malati ti aiuta. Penso invece che uno psicologo non sia pagato con speciali accordi con i servizi della cassa malati” (M. 28).

3.d Fourth section: Public, Perceived, and Self-Stigma

Public Stigma

According to participants, a person who needs psychological help should feel listened to, understood, reassured, encouraged, welcomed, not feeling different and judged by others.

“Ascoltato e compreso, non diverso, non mi piace il concetto di normalità ma non dovrebbe aver problemi a farlo, dovrebbe essere come scegliere un medico per un braccio rotto” (M. 30).

“Non sentirsi giudicato, che uno psi lo faccia sentire accolto, protagonista, che non gli chiedo tutta la sua vita, valorizzato e non diverso” (F. 22).

“Alla nostra età ce la tendenza ad ingigantire i problemi, ma se è ostacolato, triste solo un aiuto penso sia necessario. Deve essere rassicurato e compreso se no non chiederebbe aiuto, e un minimo di informazione è necessaria” (M. 20).

If a person suffers from depression, the participants believed that they would not change their behavior towards them, if not in a supportive way, without invading the spaces and the will of the other person

“Credo che inizialmente gli lascerei dello spazio, ma non mi staccherei da lui, senza essere invasivo. Cercherei di stargli accanto” (M. 28).

“Nulla non cambia niente” (F. 21).

Perceived Stigma

Participants inferred that the depressed person could experience anxiety and fear knowing that they are not well, although seeking psychological help was considered the normal choice and the right thing to do.

“Spaventata perché può essere la soluzione ma non è detto che lo sia, speranzoso” (F. 21).

“Ansia iniziale, ma poi anche grazie ai film ti passa, magari un po’ ansia e un po’ curiosità” (F. 24).

Most of the participants also thought that the reputation of a person living with depression would not be damaged by the closest circle of friends and relatives, but could be damaged by the wider social context, such as by work colleagues.

“La reputazione dipende dal contesto, con parenti e amici spero che non venga danneggiata, in altri contesti dipende, i datori di lavoro non apprezzano la depressione” (M. 29).

Self-stigma

Participants thought that if they would have suspected for depression, they wouldn’t have known what to do; they would have felt scared:

“Mi spaventerebbe perché non sai a cosa vai incontro, e cercherei supporto” (F. 28).

They would have also searched for advice from friends and relatives before deciding to visit a psychologist.

“Chiederei a qualcuno cosa ne pensa, se è veramente così o se è

solo un periodo no. Prima gli amici e famiglia” (M. 24).

“Prima ne parlerei con la mia famiglia, mia mamma; se mi rendo conto con loro che sono depressa mi farei aiutare prima di arrivare al momento peggiore” (F. 21).

In general, participants did not think their reputation would be damaged if they need psychological help.

“No, io stessa ho influenzato positivamente gli altri quando ho detto che andavo” (F. 25).

However, 3 participants would have kept secret their decision to other people from the family and the closest friends:

“Si io non lo direi in giro che sono andato dallo psicologo. lo direi solo a poche persone, fratello, amici stretti” (M. 30).

Some showed concern about losing their jobs or being seen as weaker.

“In parte sì, perché c’è l’idea che se chiedi aiuto sei più debole, da parte della famiglia prevalentemente, o anche un datore di lavoro. Ma gli amici non lo penserebbero” (M. 20).

3.e Fifth section: Communicative, Psychological, and Social Interventions.

According to the participants, the best channels for preventing depression and encouraging people in need to seek psychological help were as it follows:

- Friendly phone lines and anonymous chats to keep the privacy at least in early times, while understanding and accepting depression;
- Billboards, leaflets, banquets, and educational campaigns that communicate positive messages about depression rather than stigmatizing;

- Online information, social media (Facebook, Instagram, Snapchat), and websites to reach young adults faster;
- An app that encourages a healthy lifestyle, with virtual support groups;
- Creating partnerships with youth and sports associations;
- Health insurance coverage for young people who do not have a job and need psychological help;
- Informative programs on television aimed at parents to help them understand and accept their children's depression;
- Parasocial interaction within the schools, through famous testimonials that share their own experience.

4. Discussion

“Credo che non vorrei mi vedessero in giro, perché se una persona mi dice che va dallo psicologo sono felice per lei, ma se ci vado io non voglio che si sappia” (F. 21).

Interviews showed that young Swiss-Italian adults generally have a lacking knowledge about depression and how to seek psychological help, considering support from friends and relatives as enough to address their condition. The new generation, unlike the old one, believes to be subjected to fewer stereotypes, seeing help seeking as normal and reasonable when needed. Nevertheless, when thinking for themselves, they perceive the cultural boundaries and feel subjected to the old generation common sense. Therefore there is a clear difference between when the suffering subject is not the

participant and when he is (perceived stigma versus self-stigma).

The decision to seek psychological help is greatly influenced by friends and relatives. In fact, according to the Theory of Planned Behavior, social norms affect the intention to make a decision. Consequently, the decision to seek psychological help is partly controlled from the outside (low perceived control), and it depends from several factors, such as the impossibility of making it alone and the social prejudice. No differences between males and females were found.

The data collected are useful for defining and developing a preventive campaign for depression that aims to defeat the stigma of the old common sense that is still perceived. Therefore, young people seem to require a deeper education about depression, through psychoeducation and sharing stories of peers and others, that they would welcome without preconceptions.

INTERVENTION STRATEGY

Up to this point we have targeted with the theory the concepts of stigma and help-seeking in depression. Then we have designed a questionnaire aimed at obtaining answers related to the operationalization of the types of stigma and the TPB constructs. Now, with those contents, we are developing a communicative strategy to reach our objectives of stigma reduction and awareness development. These are the most simple and measurable interventions that we can implement in the short term to the 7'000-8'000 CHF budget agreed.

1. Leaflet

1.a Instruments and Procedure

Contents

The interviews that we performed brought us many insights about which beliefs should be tackled in the intervention. Models related to message framing and self-categorization will also be adopted for shaping the contents of the leaflet and the other messages.

Usually the application of specific framing strategies when developing health messages helps attentive processing and positive outcomes likelihood: a message can either underline the benefits of engaging in the promoted behaviors, or the negative consequences of not engaging. According to the Prospect Theory (Kahneman & Tversky, 1979), positive gain framing is suited for obtaining the best from low-risk prevention behavior, while negative loss-framing adapts to high-risk disease detection behaviors. In the

case of depression, help-seeking may be considered as a risky one, hence the message should enhance the negative consequences of not seeking help, in order to be persuasive (Lueck, 2017).

Referring to the target of people at risk for depression, Lueck (2017) maintains that paying attention to message contents is vital to understanding and observing positive outcomes, but people with depressive symptoms are difficult to attract. The negativity of depressed people (i.e. negative thoughts, emotions, reasoning) and the avoidance of risks or punishments, should be considered. Some kinds of messages may provoke unintended negative effects, activating stigmatized beliefs, decreasing intentions of seeking help, and bringing to reactance (refusing to seek help for establishing freedom of choice). Depressed cognition may also prevent positive messages to be processed fully, and favor the processing when negativity is salient (i.e. strong facts about the disease) because of mood congruency (Lueck, 2017). Hence, the health promotion messages will be purposely tailored both to healthy audience, and to an audience which displays avoidance motivation.

Taking into account our whole target, we will create challenging titles that make use of the effects of self-categorization, as theorized by Tajfel (2010). The validity of a message is particularly processed when group membership is taken into question while receiving it. If the message makes a person feel part of a group and opposed to a contrast group, attention is triggered in response to the threat represented by the opposition, and the boundaries of the validity of this

messages would be thoroughly explored. This mechanism happens because people tend to categorize themselves into social groups, because belonging to groups is able to shape our self-worth, and defining clearly what discriminates ourselves from the others establishes our social identity. This processing can be achieved by providing compelling message cues that help setting out the category identification processes.

After making sure that the audience is able to process the message in depth, psychoeducational contents will be provided according to what has been exposed in the Background section, giving risk information as clearly as possible (namely providing relative and absolute risks to prevent any misunderstanding), together with a detailed action plan about how to act for seeking help. In fact, when the intention is elicited, the action plan is supposed to ease the way for the target behavior, either in the short term or in the long run, according to the purpose (Tajfel, 2010).

Based upon this evidence and the results of our interviews, the two leaflets provided in the Appendix refer to negative facts and risks about avoiding to treat depression, and the main appealing sentence will recall to two social categories (one for each target). The first one includes belonging to the group of “smart people”, in order to motivate the audience to think beyond the most immediate stereotypes about depressed people, as an obligation towards being able to think profoundly. In fact this leaflet is addressed to the ones who are not acquainted to the disease, and to those who are called to support a depressed person, who have shown

to be influenced by the public stigma. The second social category in a broad sense, aimed at compelling the early depressed target, makes reference to “not being guilty”: it actually seeks to refute the self-stigma that usually persuades people that they are responsible for their own depression because of their personal weakness and lack of willpower.

Design

The communicative efficacy of a promotional leaflet consists in its ability to work at social and perceptual level.

The Multimodal Social Semiotic Framework by Adami (2015) provides an approach for analyzing visuals and writing in relation to other modes by a social point of view. By deriving social attributes from aesthetic features, we can determine a text’s social positioning and salience towards its addressed audience. The adjective labels utilized to define style and aesthetics depend on the values that exist within a society, expressed as “taste”, that project a series of social identity features onto author and audience: life-style, gender, age, profession, and education. Hence, differences in taste, or aesthetic preferences, are regularly distributed among social group, and each of us has an internalized aesthetic taxonomy to identify the style of an artefact at first glance.

Although the attributed social identity features may be hyper-real or result from stereotypes (generally concerning power relationships), we suggest the layout of the leaflet to be designed around the following evocative characteristics.

- Work and leisure social features: in order to reflect the

reliability of its contents, the overall style should look professional rather than amateur. This can be achieved by manipulating colors of the background: green and blue are good for their potential, according to our society, to convey openness, truthfulness, and serenity, without exaggerating (yellow would be too playful for the topic). Then, in order to address how update contents are, it should appear more sophisticated than traditional. The effort should be directed to icons, choosing more high tech ones (like graphs and arrows, to represent scientific research, that means freshness and truth to many), and pictures instead of less professional illustrations. Moreover, the layout orientation should be landscape, which recalls more recent designs, and consequently more social desirability. Then the same font type, color, size, bold, and caps should be adopted for all the elements that fulfil the same function. This is supposed to be interpreted as a more expert use of fonts, that conveys an expert-learner trustworthy relationship. This power asymmetry should be mitigated by colors that convey a taste of cohesiveness to the writing, like nuances of grey and white, and a warmer cursive heading.

- Education social features: in order to be suited to the target, the message should convey expertise, as it is important to display cues that lead people to trust the author. Nevertheless expertise should not mean that the writer knows something that others cannot understand: to many, an expert becomes trustworthy if he knows how to explain his field of expertise to others. In fact, everyday language is recommended to make the reader feel understood (a too complex

lexicon may result intimidating and little welcoming): the more personal it is, the more credibility is attributed (Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B., 1995). However the expression should result structured and succinct, as an effortless simplicity common to professional writers. We would also advise the use of real life pictures portraying simple acts of love and care, as pictures of pleasant natural scenes are known to engage attention reflexively (motivated attention) (Ferrari, V., Mastria, S., & Bruno, N., 2014). This is particularly true in improving comprehension to low literate people (Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J., 2006).

- Gender social features: the power of blue and green to evoke a sense of nature would make the leaflet acceptable to all gender roles, as nature is supposed to be equal to everyone, free from cultural superstructures. It would also help in overcoming the stigma related to depression as a mainly female pathology. In addition, blue and green can be seen as continuous colors in the palette, conveying a sense of cohesion.

- Lifestyle and group membership features: to make sure that the leaflet elicits positive emotional reactions beyond the stigma related to mental care, we suggest again to portray loving and careless scenes, whose lightness should be easily associated to the benefits of seeking help. In addition, we would also take into account item categorization in space and density of contents: a regular and spaced framing that reminds of minimalism and quiet (filling blank and saving all the space available results cheaper and confusing), which can be compensated by denser line spacing

within paragraphs (since the young target is not the most liable to visual problems, we can allow ourselves to make these variations between frames and paragraphs, considering that it conveys movement and dynamicity, which is generally accepted as a positive feature). These strategies are also supported and integrated by evidence about perception.

- Background: the contrast between blue/green background and white/grey text is relevant to make the leaflet readable, hence easy to scan. Contrast ensures readability, and too little contrast makes reading very tiring. Noisy background images can also decrease the salience of the text, hence it is preferable to make it uniform and avoid ambiguity, that happens when a single image results in multiple unstable interpretations (Zimbardo, P.G. & Gerrig, R. J. (2012)).

- Writing: changes at the edges are determining in defining shapes. In the living world this strongly depends on shadows, while in printed bi-dimensional material it only depends on text tint and shape. We would advise different colors and larger size for the headlines to make it pop out, with both capital and lowercase letters. As headlines are short, we would use a creative font here.

For text body we would rather adopt a uniform serif font, to create even more oriented discontinuity, that is readability (we always prefer invariance and stability in the long). As concerns lists and keywords (one or two per paragraph), we would opt for them because of attentional capture at first glance. Lists, especially if numbered, are also very useful to suggest how different items relate to each other (Zimbardo & Gerrig, 2012).

- Layout: We would approve short paragraphs to allow readers to quickly go through contents by scanning one paragraph at a time. If there are no relevant keywords included, they can simply continue to the next one. When paragraphs and background are sufficiently different from one another so that there are limited number of ways to combine them, people do not need great attentive resources to spend in decoding how things are placed, and are able to focus on the contents of the message. Paragraphs should appear as unities by themselves, and dense line spacing does foster this (Zimbardo, P.G. & Gerrig, R. J. (2012)).

- Pictures: images are very salient among visual stimuli, and salience is relevant because it is where the audience will begin their processing path. Pictures, when compared to text alone, markedly increase attention to and recall of health education information (Houts, et.al, 2006). Images require a great amount of focused attention as they are made of many conjoint features, and it is renown that attentional processing is correlated to understanding and recall. Hence the pictures are supposed to be meaningful to our campaign goal, with bright colors, that also help pictures to stand out.

In deciding how to place elements, we would take into consideration the reading paths, which are culturally assumed. Italia speaking readers will read a page from left to right, from up to down. We would choose to place the logo on the bottom right corner of the page, as it is the last place that the eyes look when they are reading a visual text, favoring memorization to the recency effect.

1.b Partnerships

Already existing partnerships with drugstores would be useful for offering the leaflets on their desks. Schools and universities should be asked for permission as well.

2. Website Redesign

2.a Instruments and Procedure

From the interviews we understood that the internet plays a very important role in addressing people who are seeking help, thanks to its anonymity and non-judgment (hence no perceived stigmatization). We decided to start from the website, since it builds a great portion of an association's credibility. In fact, as described for the leaflets section, the appearance is able to convey most of the social identity of the communicator.

According to Gehrke and Turban (1999), the current website contents are made properly. In fact the description of the association is clear and concise, it provides free useful information about the diseases treated, and regular changes are made to keep it up to date (i.e. conferences and mutual help groups).

The slogan is also very powerful, in accordance to Kohli and colleagues (2007). Since the brand name cannot often say much about the company, the slogan is able to depict the most of the imagery linked to the association, building the actual identity of ASI-ADOC, and making possible to communicate what it actually is and, most importantly, where it is going. This identification is able to enhance the awareness related to what this association does and its own image, through

recognition, recall, and favorable associations, thanks to the benefits that are evoked through the statement "libera la mente". Keeping the slogan consistent from ad to ad would make it memorable and even more useful in times of mental help need.

Nevertheless, there are several changes we would like to suggest. It would be better to place internal links before getting the users away from the website, giving an overall view of what the association offers and placing the external links away from the homepage. Also, the contacts should be displayed on each page, in order not to drive users away, and "mail-to" links on each page may be an interesting method for nudging people to seek help, with an autoresponder that keeps the user aware that ASI-ADOC cares. Moreover, for reducing the possible amount of correspondence while fostering the understanding of what ASI-ADOC offers, a Frequent Asked Questions section seems reasonable to create. In addition, when the number of contents will develop, a search engine will be appropriate for not getting lost in information.

Creating a domain name which is easy to remember and consistent is vital for the association, just as the examples provided at the end of this section, whose domains are actually the company name rather than the slogan. Liberalamente.ch does not make clear who the website belongs to; it rather recalls to a website about general psychology, such as Psychologytoday.com. Finally, together with the development of a payment platform, adding the opportunity to donate will be strategic for the support of the association.

From a graphical point of view, we suggest the website to be redesigned following the graphical instructions provided for the leaflet. Moreover, we advise to keep a moderate page loading speed in order not to bore the audience. The web designer may keep the graphics simple and meaningful, limit the plug-ins, use thumbnails, and let the text to load before the graphics. To our knowledge and opinion, the following websites are successful examples:

- Verywellmind.com is a general mental health website, with a layout that fulfills all our suggestions;
- Dbsalliance.org and Mooddisordermanitoba.ca are the websites of two mental health associations that clearly address users to ask for help, and give the opportunity to make donations.

3. Social Networks

3.a Instruments and Procedure

Social networks represent another extremely viable resource for offering help and psychoeducation against the stigma. Since our young target has definitely integrated their use into their daily routines, it offers the greatest achieving likelihood.

Boulos and colleagues (2016) claim that knowledge now resides in the network as well as in the minds of those who use it. Hence, since learning is amplified and knowledge becomes more widely available, it becomes also more scrutinized, making Instagram a particularly useful platform for establishing meaningful communication with the publics, also in an interactive way (Guidry, Jin, Orr, Messner, & Meganck,

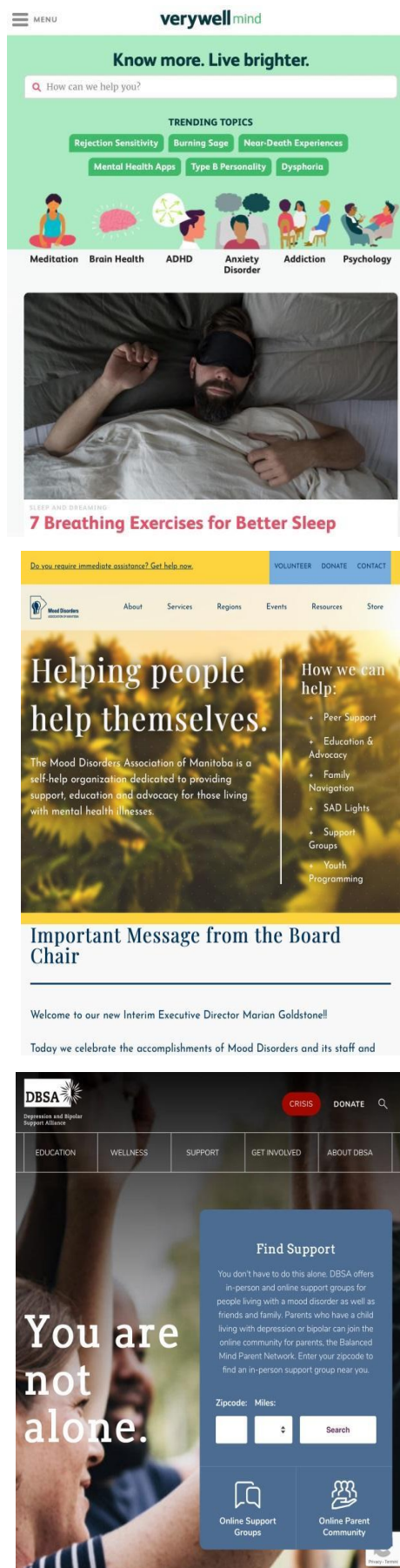


Figure 4. Screenshots of the websites verywellmind.com, mooddisordersmanitoba.ca, dbsalliance.org

2017). In fact many millions of users worldwide prefer this platform over many others, since it fulfills five primary psychological needs: social interaction, archiving, expression, escapism, and peeking (Boulos, et.al, 2016).

Instagram uses are mainly educational and motivational/supportive: this enables health organizations to disseminate public health messages to millions of users. This platform benefits from ease of use and fast loading speed. Moreover, being free to use, it is generally suitable for cost-effective interventions (Boulos, et.al, 2016).

From our firsthand experience, we suggest the Instagram page to be developed as it follows. The profile should be a business account, in order to monitor the statistics regarding spreading and interactions, with a detailed "biography" (namely the contact information and the slogan). In order to make it the less burdensome as possible, and cost/time effective as well, we would utilize the feed in the beginning for posting simple pictures related to psychology (cartoons, charts, impacting words), with thematic hashtags from broad to narrow topics, and a more complex description below, reprocessed from older posts on the website, newspaper articles, radio interviews, etc. This because of two main reasons: to get the ASI-ADOC attendant familiar with the platform in a smooth way; to be able to join in with a consistent and continuous involvement (made easy by already prepared contents), that enables you to be more visible to the users. We have no reason to think that the contents would be redundant in any way, since until now

the channels of the association have been tailored to older users. The descriptions should contain psychoeducational information as described in the interviews and in the leaflet section, and the most important storytelling from the former newspaper partnership: the first person insight of a person with mental illness has shown to be critical in the success of many mental health campaigns (Vaughan & Hansen, 2004).

Instagram also offers the use of "stories": written, picture, or video contents that last for 24 hours on the top of the follower's homepage, that can be recovered and permanently saved into titled collections that pop out at the beginning of every profile page who created it. This tool favors the greatest followers' engagement, nevertheless creating remarkable posts frequently can be very demanding. Thus, we advise to use the stories at least for advertising ASI-ADOC events, mutual help groups dates, conferences, and linking to YouTube videos when created.

The page will take advantage from the seminars and conferences that are naturally and automatically organized by the association through the Instagram live transmissions IGTV: it is a streaming mobile broadcast that can be saved into thematic collections with no time constraint. Hence people can enjoy all the educational messages of the conferences, which are demanding to attend personally, and it cost an almost non-existent effort for the professionals that are meant to manage the event and the transmission (they will only need to start the video from the mobile).

Finally, Instagram allows to invest in sponsorships that can be targeted on the basis of the characteristics of the population (i.e., Ticino or more specific locations, age, gender, personal preferences, etc.). It will be possible to advertise the page itself or one or more specific posts, and the costs of the advertising can be freely chosen by the social media manager.

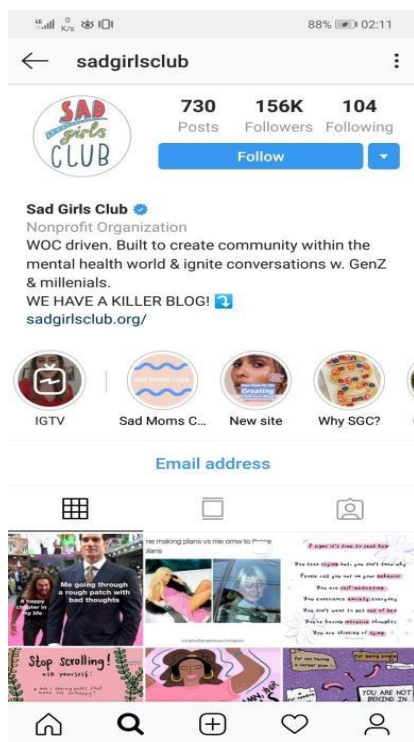


Figure 5. Sad Girls Club profile screenshots.

Beyond Instagram, different platforms will often have different but also overlapping demographics: this is the reason why we suggest the same posting strategy for the Facebook page, although addressed to an older target, namely over 30 adults, as many statistics suggest (Boulos, et.al, 2016).

It always remains the association's responsibility to protect the patients' privacy and consent.

3.b Partnerships

No partnership is required so far, as we designed it to be non-burdensome for the association. Nevertheless it may be interesting for the future to develop ad hoc video contents and systematic feeding, when a reasonable amount of people has been reached, the engagement has grown, and the existing contents have already been published. We will be available for working with the social networks in the future.

3.d Evaluation and Monitoring

Since the business Instagram page and sponsorship provide all the statistics about the follower's engagement and the outreach, it will be very automatic and easy to evaluate the effectiveness of the efforts related to the creation of the profile. Since it does not exist an objective standard of success, we will adopt the statistics of Ticino region to figure out the objectives in numbers. According to UrbiStat, the total population from 18 to 35 years old in Ticino is almost 65 thousands people, therefore we aim to reach the 7% of them within one year of Instagram activity, namely 4'500 followers.

FUTURE STRATEGY

These are more complex ideas that could be implemented within a larger budget in a longer period of time.

1. The MindBodyFit App

1.a Instruments and Procedure

In today's society, health professionals aim to monitor and improve the health of their patients objectively and effectively, especially as the time of a visit is short (Higgins, 2016). Physical inactivity is one of the major risk factors for depression (Cabello et al., 2017) and lack of fitness (Higgins, 2016).

Fitness is achieved through proper exercise and healthy eating and sleeping habits. According to Spittaels, Bourdeaudhuij and Vandelanotte (2007), the motivation of patients or the healthy population to achieve well-being and improve adherence to treatment is guaranteed by the use of internet-based systems. Therefore, given the increased use of smartphones by people, the use of effective technological tools to monitor and improve the health of the population is taking shape. People, therefore, by downloading the apps on their smartphones, aim to achieve a specific goal (Higgins, 2016). The available apps are more than one million and 23490 health and wellness apps are available on iOS system and, instead, 17756 on Android system (Higgins, 2016) and the number of health apps are growing. Apps have great potential to reach people who do not have access to health information and health systems (Higgins, 2016. Pratt et al., 2012). Furthermore, health apps are

useful to support health professionals in monitoring the patient's health parameters, setting specific healthy goals for the patient and motivating patients to achieve the intended goal (Higgins, 2016).

Therefore, the significance of apps can be grouped into three macro objectives, which are (Higgins, 2016):

- Apps are useful tools to help people to monitor and manage exercise, sleep, diet and weight;
- Apps can motivate and encourage people providing daily feedback, goals and reminders to meet the goals;
- Sharing app health goals and information on social media encourages amicable competition which is useful to assist the progress of behavior change and enhance well-being.

The Role of Smartphone Apps in Changing Unhealthy Behaviors

Health apps on smartphones are programs that detect the patient's parameters through the use of special tools, such as the Global Positioning System, accelerometer, microphone, camera and speaker. In fact, this smartphone technology is able to measure a wide range of physical activities ranging from simply standing still to moving (Bort-Roig et al., 2014).

Young adults use apps to improve their eating and physical habits (Wohlers et al., 2009. Ashrafian et al., 2014) and apps are useful as they help the person promote the change in unhealthy behavior (Fanning, Mullen, and McAuley, 2012. Boulos and Yang, 2013). The apps considered most effective in preventing unhealthy behaviors and promoting healthy

behaviors are those that include the following characteristics: goal definition, rapid intention formation, self-monitoring, performance measurement, personalized feedback, goal review, and progress (Middelweerd et al., 2014. Abraham and Michie, 2008. Conn, Hafdahl and Mehr, 2011. Foster et al., 2013. Direito et al.,2014).

Recommended Smartphone App for Mental and Physical Health: "MindBodyFit"

Health apps generally include various activities, such as improving physical activities, sleep quality, relaxation techniques that are part of alternative medicine, healthy dietary habits and involving weight, calories and general health information (Higgins, 2016). To measure the patient's parameters and to provide a personalized health program, general patient information, such as gender, date of birth, weight and height are required when downloading the app to the patient. After that the technology underlying the app will collect all patient data during its activity or inactivity.

Many apps rely on virtual coaches, which have the role of motivating and inspiring the person using the app, guaranteeing a personalized health experience. In fact, virtual coaches can provide real data, positive feedback and encourage the person daily. Illustrations and animations within the app are useful to guarantee the person a total understanding of how to carry out a physical activity. Among the barriers that prevent a person from engaging in physical activity we find lack of encouragement and support from family and friends (Higgins, 2016). Therefore, to defeat these barriers,

an app that encourages social networking and allows you to share your achievements is essential. In fact, many health apps allow a person to share their achievements on social media like Facebook and Instagram. Many apps also include weekly summaries and suggestions for improving the quality of their performance.

Therefore, the app, that the research team proposes and recommends to the ASI-ADOC, firstly aims to promote physical health to prevent mental illness (in this case depression) by encouraging physical activity, sleep quality and a healthy diet through supportive and motivating reminders; and secondly, it aims to encourage people to seek mental-health professionals when they feel the necessity of it. This is guaranteed thanks to having provided them health information making them more aware and responsible of their mental and physical well-being.

The recommended app calls "MindBodyFit", which aims to embrace the Giovenale's latin locution "*Mens Sana in Corpore Sano*".

The app features have to respond to our purposes; therefore, the app should include:

1. A user-friendly interface;
2. Offers a free test measuring the depression;
3. It is easy to use and reliable;
4. Allows to set goals;
5. Provides a personalized intervention and real-time feedback;
6. It is personalized according to the skills and the fitness level of the user;
7. The app provides a list containing Ticino's mental health services and the

- possibility of booking visits in the center closest to them;
8. It incorporates evidence-based behavior change techniques;
 9. It should support social networking: share achievements with the “MindBodyFit” community, Facebook and Instagram;
 10. It should provide weekly summaries;
 11. It should contain a section providing mental and physical health information.

The app recommended for this project is based both on the features of the most sold and downloaded apps and on reviews that classify apps based on the criteria they have. The apps that have been taken as reference are described in Table 1, while Table 2 shows the key features of the apps that will be used to create the app that we recommend.

As it is possible to assess in the table, there are no apps providing a section containing a list of mental health services to contact to book a visit. Since the swiss-italian participants of our study claimed the difficulty to find mental health services, the research team wants to add this new feature in the recommended app to guarantee to italian-swiss people to access and to find in a easier way what they are looking for. To make it clear, we show you some examples of layouts of the above mentioned apps that contain some features of the recommended app.

APP NAME	USE	COST
Nike+ Running	Tracks indoor and outdoor running and provides time, miles, calories, elevation, average pace and number of runs	Free
Fitbit	Tracks a wide range of exercises, food intake, calories, weight and sleep and provides weekly summaries	Free
Fitocracy	Tracks workouts, supports social networking, provides track of progression	Free
Big White Wall	Supports networking and to deal with symptoms of depression or anxiety, provides health information	Free

Tab 2. Description of the apps.

App Name	Diet and Sleep Monitoring	Social Networking	Goal Setting	Progression	Tailored Feedback	Depression Test	List of Mental Health Services	Mental and Health information	Exercise Monitoring
Nike+ Running		X			X				X
Fitbit	X	X	X						X
Fitocracy		X	X	X					X
Big White Wall		X				X		X	

Tab 3. Key Features of the Apps and the recommended app.

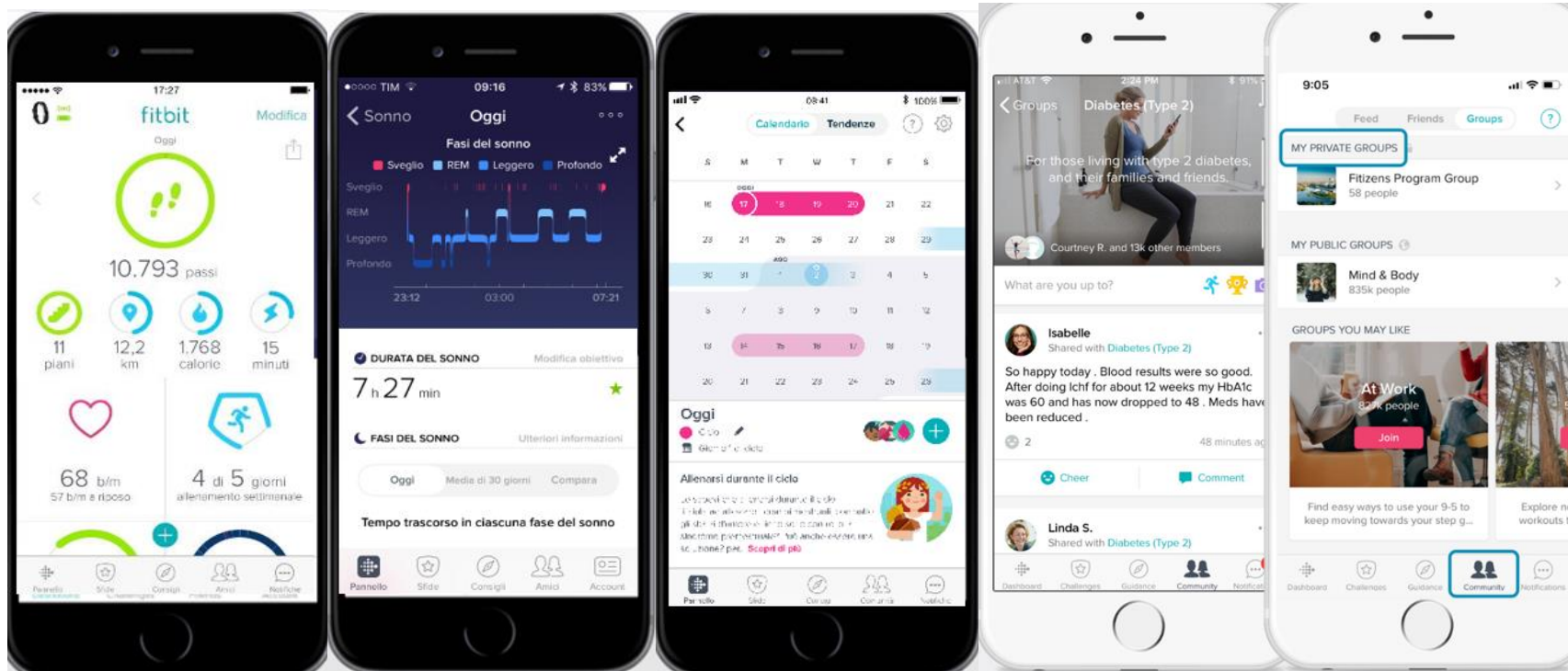


Figure 6. Some examples of the aforementioned apps.

In conclusion, Smartphone apps are increasingly becoming a health support and monitoring tool for health professionals. MindBodyFit promotes not only physical and mental health by preventing unhealthy behaviors and habits, but also an information and monitoring tool for people who have limited access to health services. It also provides the ability to find mental health centers nearby in a quick and easy way.

MindBodyFit has the potential for many uses: clinical, promoting physical and mental public health and preventing mental and physical illness. It is a new app that picks up the effective preventive functions already existing and tested from many other health apps. Moreover, MindBodyFit, differently from the other apps existing, has the unique feature to provide to people a list to access to health services.

2. School Interventions

2.a Instruments and Procedure

Since young adults are very prone to experience depression because of developmental factors, school and university programs constitute the ideal opportunity for prevention, because of their direct contact with youth (Hankin et al., 1998. Lewinsohn, et al., 1998. Masia-Warner et al., 2006). These in-presence interventions would also easily address issues such as costs, time, and location to find (Barrett and Pahl, 2006. Masia-Warner et al., 2006). Mostly, depression has been prevented in schools through three types of programs so far (Mrazek and Haggerty, 1994):

- Universal programs, to increase resiliency and general mental health (Barrett and Turner, 2004);
- Selective programs for high risk people (Mrazek and Haggerty, 1994);
- Targeted programs for people with mild or early symptoms (Mrazek and Haggerty, 1994).

School administrators usually choose universal ones because of their broad field of application and their demonstrated association with stigma reduction and time effectiveness (Horowitz et al., 2007). However, targeted programs seem to provide immediate and long-lasting effects as well (Calear and Christensen, 2010).

Since our target are young people in general (both depressive and not) we suggest intervening through universal programs, with interventions aimed at increasing knowledge and reducing the stigma. Hence, the best intervention should be structured as follows: monthly meetings with an ASI-ADOC expert, to make a cycle of seminars about specific topics (What is depression? Which are the main symptoms? Who can be affected by the disease? How many people are affected? How can you treat it? Who can help you? How can your life change?). In order to better involve students and to have a greater impact on them, interventions should be interactive and dynamic and purposely tailored to young people. We will be able to define a specific communication plan with detailed information about every single seminar as expert psychologist in health communication.

2.b Partnerships

Since young people (18-35 years old) in Ticino often attend university, we could collaborate with SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana), USI (Università della Svizzera Italiana), LUDES (Libera Università di Scienze Umane e Tecnologiche).

3. Testimonials

3.a Instruments and Procedure

The use of celebrities in advertising and campaigns today is widespread, and it increased considerably over the past 25 years (Stallen et al., 2010. Pringle and Binet, 2005). It is not necessary to underline the quality of a certain product nor to provide an explicit message about its properties when a famous face can be paired with it (Stallen et al., 2010).

Indeed, celebrity support may have an impact on message trustworthiness and recognition (Friedman and Friedman 1979. Kamins et al., 1989. Petty, Cacioppo, & Schumann, 1983). Moreover, existing evidence shows that the effect on memory and intention of a single exposure of a celebrity associated to a product is long-lasting (Klucharev et al., 2008), and that the brain develops the association very rapidly and implicitly (Klucharev et al., 2008). This enhanced memory performance cannot be explained with the attractiveness or perceived expertise of the celebrity, but only by the persuasiveness of fame itself (Stallen et al., 2010). This relationship has been analyzed by neurosciences: an increased activity in the orbitofrontal context during the exposure to a celebrity advertisement plays an important

role in the association between positive valence and neutral stimuli (Rolls and Grabenhorst, 2008). In particular, the medial part of the orbitofrontal cortex, related to the encoding of the liking stimuli, seems to have a great activation (Beer et al., 2008. Grabenhorst et al., 2008. Plassman et al., 2008. Rolls et al., 2010). However, the process does not depend on attention, and there is no difference between famous and non-famous faces for what attention-modulated areas are concerned (e.g., visual or inferotemporal cortex. Stallen et al., 2010).

Hockey is the most popular sport in Ticino. The best known team is Hockey Club Lugano SA, which is currently placed in the National League A. Since youth is fond of team players, it can be useful to engage them as representatives for the campaign both in schools interventions, TV, and radio.

3.b Partnerships

To be in touch with the team: +41 91 935 19 20, sede@hclugano.it.

4. Study Limitations & Future Research

Since the qualitative study that we performed was created specifically for confirmation of the theoretical premises for this campaign, the number of participants, their sampling, and the qualitative design of the interview may expose the results to a biased validity, making it unlikely to be generalizable. Nevertheless the results of the interviews revealed many topics that would be very useful to investigate in depth. We propose to overcome the limitations of our data collection with

a quantitative study based on the Theory of Planned Behavior and the literature about the stigma, creating a collaboration with the Communication and Health Institute of Università della Svizzera Italiana, who agreed on performing this study experimentally.

REFERENCES

- Abraham C, Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *HeaPsychol*. 2008;27:379-387.
- Adami, E. (2015). Aesthetics in digital texts beyond writing: A social semiotic multimodal framework. *Multimodality in writing: The state of the art in theory, methodology and pedagogy*. Leiden & Boston: Brill, 43-62.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ashrafian H, THiggins, J. P. (2016). Smartphone applications for patients' health and fitness. *The American journal of medicine*, 129(1), 11-19.
- oma T, Harling L, et al. Social networking strategies that aim to reduce obesity have achieved significant although modest results. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33:1641-1647.
- Babyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., ... & Krishnan, K. R. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic medicine*, 62(5), 633-638.
- Bakhshaie J, Zvolensky MJ, Goodwin RD. Cigarette smoking and the onset and persistence of depression among adults in the United States: 1994-2005. *Compr Psychiatry*. 2015;60:142-148. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.10.012.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Barrett, P. M., Pahl, K. M. (2006). School-based intervention: examining a universal approach to anxiety management. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16, 55-75.
- Barrett, P. M., Turner, C. M. (2004). Prevention strategies. In T. L. Morris, and J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents (2nd ed.)*. (pp. 371-386) New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, S. J., Paskewitz, E. A., Anderson, W. A., Bourdeaux, R., & Currie-Mueller, J. (2017). The task and relational dimensions of online social support. *Health communication*, 32(3), 347-355.
- Beer, J. S., Stallen, M., Lombardo, M. V., Gonsalkorale, K., Cunningham, W. A., Sherman, J. W. (2008). The quadruple process model approach to examining the neural underpinnings of prejudice. *Neuroimage*, 43(4), 775-783.
- Berlin, A. A., Kop, W. J., & Deuster, P. A. (2006). Depressive mood symptoms and fatigue after exercise withdrawal: the potential role of decreased fitness. *Psychosomatic medicine*, 68(2), 224-230.
- Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry*. 2010;196:440-446. doi: 10.1192/bjp.bp.109.065912
- Bort-Roig J, Gilson ND, Puig-Ribera A, et al. Measuring and influencing physical activity with smartphone technology: a systematic review. *Sports Med*. 2014;44:671-686.
- Boulos MN, Yang SP. Exergames for health and fitness: the roles of GPS and geosocial apps. *Int J Health Geogr*. 2013;12:18.
- Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. Major depression and stages of smoking: a longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:161-166. doi: 10.1001/archpsyc.55.2.161.
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's

- knowledge of depression and help seeking. *Journal of adolescence*, 29(2), 225-239.
- Cabello, M., Miret, M., Caballero, F. F., Chatterji, S., Naidoo, N., Kowal, P., ... & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The role of unhealthy lifestyles in the incidence and persistence of depression: a longitudinal general population study in four emerging countries. *Globalization and health*, 13(1), 18.
- Callear, A. L., Christenses, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33, 429-438.
- Cheng HG, Chen S, McBride O, Phillips MR. Prospective relationship of depressive symptoms, drinking, and tobacco smoking among middle-aged and elderly community-dwelling adults: Results from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) *J Affect Disord.* 2016;195:136-143. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.023.
- Conn VS, Hafdahl AR, Mehr DR. Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. *Am J Public Health.* 2011;101:751-758.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., & Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social science & medicine*, 98, 179-186.
- Damghanian, M., & Alijanzadeh, M. (2018). Theory of planned behavior, self-stigma, and perceived barriers explains the behavior of seeking mental health services for people at risk of affective disorders. *Social Health and Behavior*, 1(2), 54.
- Damghanian, M., & Alijanzadeh, M. (2018). Theory of planned behavior, self-stigma, and perceived barriers explains the behavior of seeking mental health services for people at risk of affective disorders. *Social Health and Behavior*, 1(2), 54.
- De Moor MH, Boomsma DI, Stubbe JH, Willemsen G, de Geus EJ. Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:897-905. doi: 10.1001/archpsyc.65.8.897
- Direito A, Dale LP, Shields E, et al. Do physical activity and dietary smartphone applications incorporate evidence-based behaviour change techniques? *BMC Public Health.* 2014;14:646.
- eating and obesity. *Journal of Behavioural Medicine*, 10, 287-300.
- Fanning J, Mullen SP, McAuley E. Increasing physical activity with mobile devices: a meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2012;14:e161.
- Ferrari, V., Mastria, S., & Bruno, N. (2014). Crossmodal interactions during affective picture processing. *PLoS one*, 9(2), e89858.
- Foster C, Richards J, Thorogood M, et al. Remote and web 2.0 interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(9):CD010395.
- Friedman, H. H., Friedman, L. (1979). Endorser effectiveness by product type. *Journal of Advertising Research*, 19, 63-71.
- Gehrke, D., & Turban, E. (1999). Determinants of successful website design: relative importance and recommendations for effectiveness. In *Proceedings of the 32nd Annual Hawaii International Conference on Systems Sciences*. 1999. HICSS-32. Abstracts and CD-ROM of Full Papers (pp. 8-pp). IEEE.
- Grabenhorst, F., Rolls, E. T., Parris, B. A. (2008). From affective value to decision-making in the prefrontal cortex. *European Journal of Neuroscience*, 28(9), 1930-1939.
- Guidry, J. P., Jin, Y., Orr, C. A., Messner, M., & Meganck, S. (2017). Ebola on Instagram and Twitter: How health organizations address the health crisis in their social media engagement. *Public Relations Review*, 43(3), 477-486.
- Hanking, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*. 107, 128-140.
- Higgins, J. P. (2016). Smartphone applications for patients' health and fitness. *The American journal of medicine*, 129(1), 11-19.

- Hiles SA, Baker AL, de Malmanche T, McEvoy M, Boyle M, Attia J. Unhealthy lifestyle may increase later depression via inflammation in older women but not men. *J Psychiatr Res.* 2015;63:65-74. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.02.010
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 693-706.
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient education and counseling*, 61(2), 173-190.
- Jennifer A. Lueck (2017): Matching Message Design and Depressed Cognition: An Exploration of Attention Patterns for Gain- and Loss-Framed Depression Help-Seeking Messages, *Journal of Health Communication*.
- Jerončić Tomić, I. (2017). Stigma-mitovi i predrasude depresivnog poremećaja-uloaga videa kao medija u psihoedukaciji (Boli me-video za promociju mentalnog zdravlja). In *medias res: časopis filozofije medija*, 6(11), 1689-1693 (English abstract).
- Kamel Boulos, M., Giustini, D., & Wheeler, S. (2016). Instagram and WhatsApp in health and healthcare: an overview. *Future Internet*, 8(3), 37.
- Kamins, M. A., Brand, M. J., Hoeke, S. A., Moe, J. C. (1989). Two-sided versus one-sided celebrity endorsements: The impact on advertising effectiveness and effectiveness and credibility. *Journal of Advertising*, 18, 4-10.
- Klucharev, V., Smidts, A., Fernández, G. (2008). Brain mechanisms of persuasive communication: How "Expert Power" modulates memory and attitudes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, 353-366.
- Kohli, C., Leuthesser, L., & Suri, R. (2007). Got slogan? Guidelines for creating effective slogans. *Business horizons*, 50(5), 415-422.
- Kohli, C., Thomas, S., & Suri, R. (2013). Are you in good hands?: slogan recall: what really matters. *Journal of Advertising Research*, 53(1), 31-42.
- Kubzansky, L. D., Gilthorpe, M. S., & Goodman, E. (2011). A prospective study of psychological distress and weight status in adolescents/young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 219-228.
- Lachat C, Otchere S, Roberfroid D, Abdulai A, Seret FMA, Milesevic J, Xuereb G, Candeias V, Kolsteren P. Diet and physical activity for the prevention of noncommunicable diseases in low-and middle-income countries: a systematic policy review. *PLoS Med.* 2013;10:e1001465. doi: 10.1371/journal.pmed.1001465
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Lingsweiler, V. M., Crowther, J. R. & Stephens, M. A. P. (1987). Emotional reactivity and eating in binge
- Lueck, J. A. (2018). Examining determinants of seeking help for depression: implications for effective health promotion messages. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(1), 19-29.
- Masia-Warner, C., Nangle, D. W, Hansen, D. J. (2006). Bringing evidence-based child mental health services to the schools: general issues and specific populations. *Education and Treatment of Children*, 29, 165-172.
- McCarty CA, Kosterman R, Mason WA, McCauley E, Hawkins JD, Herrenkohl TI, Lengua LJ. Longitudinal associations among depression, obesity and alcohol use disorders in young adulthood. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31:442-450. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.05.013.
- Middelweerd A, Mollee JS, van der Wal C, et al. Apps to promote physical activity among adults: a review and content analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11:97.
- Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press.
- Muntigl, P. (2016). Storytelling, Depression, and Psychotherapy. In *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health* (pp. 577-596). Palgrave Macmillan, London.

- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;380:2197–2223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918.
- Pedersen, E. R., & Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry research*, 219(1), 143-150.
- Petty, R. E., Cacioppo, J. T., Schumann, D. (1983). Central and peripheral routes to advertising effectiveness: The moderating role of involvement. *Journal of Consumer Research*, 10(2), 135-146.
- Plassman, H., O'Doherty, J., Shiv, B., Rangel, A. (2008). Marketing actions can modulate neural representation of experienced pleasantness. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(3), 1050-1054.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213.
- Pratt M, Sarmiento OL, Montes F, et al. The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. *Lancet*. 2012;380:282-293.
- Pringle, H., Binet, L. (2005). How marketers can use celebrities to sell more effectively. *Journal of Consumer Behavior*, 4(3), 201-214.
- Reece, B. B., Van den Bergh, B. G., & Li, H. (1994). What makes a slogan memorable and who remembers it. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 16(2), 41-57.
- Rolls, E. T., Grabenhorst, F. (2008). The orbitofrontal cortex and beyond: From affect to decision-making. *Progress in Neurobiology*, 86(3), 216-244.
- Rolls, E. T., Grabenhorst, F., Parris, B. A. (2010). Neural system underlying decisions about affective odors. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(5), 1069-1082.
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 31-37.
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4-11.
- Serdula, M. K., Ivery, D., Coates, R. J., Freedman, D. S., Williamson, D. F., & Byers, T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive medicine*, 22(2), 167-177.
- Shelley E Taylor. (2018). *Health Psychology*. 10th Edition. New York: McGraw-Hill Education
- Shelley E Taylor. (2018). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill Education.
- Sontag, J. M. (2018). Visual framing effects on emotion and mental health message effectiveness. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(1), 30-47.
- Spittaels H, De Bourdeaudhuij I, Vandelanotte C. Evaluation of a website-delivered computer-tailored intervention for increasing physical activity in the general population. *Prev Med*. 2007;44:209-217.
- Stallen, M., Smidts, A., Rijpkema, M., Smitt, G., Klucharev, V., Fernández, G. (2010). Celebrities and shoes on the female brain: The neural correlates of product evaluation in the context of fame. *Journal of Economic Psychology*, 31, 802-811.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 113, 117.
- Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, Manderscheid R, Kroenke K. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:127-137. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.12.008.
- Tajfel, H. (Ed.). (2010). *Social identity and intergroup relations*(Vol. 7). Cambridge University Press.

Teo K, Lear S, Islam S, Mony P, Dehghan M, Li W, Rosengren A, Lopez-Jaramillo P, Diaz R, Oliveira G. Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle-and low-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *JAMA*. 2013;309:1613–1621. doi: 10.1001/jama.2013.3519

Van Gool CH, Kempen GI, Bosma H, Van Boxtel MP, Jolles J, Van Eijk JT. Associations between lifestyle and depressed mood: longitudinal results from the Maastricht Aging Study. *Am J Public Health*. 2007;97:887–894. doi: 10.2105/AJPH.2004.053199.

Van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT, Van Eijk JT. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing*. 2003;32:81–87. doi: 10.1093/ageing/32.1.81.

Van Reedt Dortland, A. K., Vreeburg, S. A., Giltay, E. J., Licht, C. M., Vogelzangs, N., Van Veen, T., ... & Zitman, F. G. (2013). The impact of stress systems and lifestyle on dyslipidemia and obesity in anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 38(2), 209–218.

Vaughan, G., & Hansen, C. (2004). 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 113–117.

Velten J, Lavallee KL, Scholten S, Meyer AH, Zhang X-C, Schneider S, Margraf J. Lifestyle choices and mental health: a representative population survey. *BMC Psychol*. 2014;2:1. doi: 10.1186/s40359-014-0055-y.

Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*, 378(9793), 815–825.

Wohlers EM, Sirard JR, Barden CM, et al. Smartphones are useful for food intake and physical activity surveys. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2009;2009:5183–5186.

World Health Organization . Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009

World Health Organization . Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO Press; 2014.

World Health Organization . Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO press; 2010. Reducing risks and preventing disease: population-wide interventions

World Health Organization . mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: WHO press; 2008

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO Press; 2014.

Zimbardo, P.G. & Gerrig, R. J. (2012). Perception. In D.J. Levitin, *Foundations of Cognitive Psychology - Core Readings*. Cambridge, MA: MIT press. pp.133-175.

Website List

<https://liberalamente.ch/>

<https://www4.ti.ch/dss/dsp/depressione/home/>

<https://www.tio.ch/ticino/attualita/1123370/i-ticinesi-sono-i-piu-depressi-della-svizzera-ma-non-si-suicidano>

<https://www.rsi.ch/rete-uno/programmi/intrattenimento/millevoci/%E2%80%9CMi-sento-depresso%E2%80%9D-uno-sguardo-alla-salute-mentale-dei-ticinesi-11392419.html>

<https://www.tio.ch/ticino/attualita/1349089/un-ticinese-su-10-ha-sintomi-depressivi-non-abbiate-paura-parlatene>

<https://www.mayoclinic.org/>

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

<https://www.tio.ch/svizzera/attualita/1168444/obesita-i-bambini-svizzeri-se-la-cavano>

<https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

APPENDIX

1. Semi-Structured Interview

APERTURA

Ciao, siamo tre studentesse dell'Università della Svizzera Italiana, e stiamo conducendo delle interviste riguardo la salute mentale. Ti va di rispondere a qualche domanda sulla depressione? Ti ruberemo solo 15 minuti.

PARTE INIZIALE: CONOSCENZA DELLA DEPRESSIONE

Ci piacerebbe sapere:

1. Cos'è per te la depressione?

Dopo la sua risposta, fornire una breve definizione: la depressione è una patologia che colpisce l'umore; non si tratta di semplice tristezza, ma di sconforto e angoscia che vanno oltre una normale reazione ad un evento negativo. E' la malattia che colpisce la forza di volontà, e porta a ritirarsi dalla vita sociale. Comporta perdita di energia, piacere, concentrazione, problemi del sonno, dell'appetito, affaticamento, isolamento sociale; possono presentarsi per qualche settimana, o per periodi più lunghi.

2. Come pensi che si curi la depressione? Si può guarire?

Dopo la sua risposta, specificare che la depressione può essere curata mediante la psicoterapia e/o una terapia farmacologica, e prevenuta con uno stile di vita sano, attivo, ricco di relazioni sociali di qualità.

3. Sapresti dirmi come e chi si ammala di depressione, secondo te?

Dopo la sua risposta specificare: ci si ammala per predisposizione genetica, eventi familiari e sociali particolari durante fasi critiche dello sviluppo, ed eventi difficili della vita, quali un lutto familiare o serie difficoltà economiche. La depressione può colpire tutti, in particolare prevale tra i 15-45 anni, in chi ha malattie gravi o dolorose, e le donne e gli anziani ne sono leggermente più colpiti.

PARTE 1A: COSTRUTTI DELLA TPB E RICERCA D'AIUTO

ATTITUDINI RIGUARDO LA RICERCA D'AIUTO

4. Cosa penseresti se un tuo amico o conoscente ti dicesse che ha intenzione di andare dallo psicologo? (PUBLIC STIGMA)

5. Cosa pensi delle persone che non riescono ad andare dallo psicologo perché temono di sentirsi pazze? (PUBLIC STIGMA) (PUBLIC STIGMA)

6. Per quali cause, secondo te, qualcuno riesce a chiedere aiuto e qualcuno no? (PUBLIC STIGMA)

NORME SOGGETTIVE CIRCA LA RICERCA D'AIUTO

7. Come pensi che la tua famiglia o i tuoi amici vedano la depressione e il cercare un aiuto psicologico presso un servizio di salute mentale? (PERCEIVED STIGMA)

8. Immaginando che tu ne abbia bisogno, cosa credi che penserebbero, se sapessero che vuoi cercare aiuto? (PERCEIVED STIGMA)

CONTROLLO PERCEPITO

9. Se avessi bisogno di aiuto psicologico, quanto ti sentiresti influenzato dagli altri nel cercarlo?

10. Sapresti dove cercare aiuto e a chi rivolgerti?

INTENZIONE DI CERCARE AIUTO

11. Cosa ti spingerebbe a cercare aiuto, dei motivatori?

12. Cosa ti impedirebbe di cercare aiuto, delle barriere?

PARTE 1B: STIGMA PUBBLICO, PERCEPITO, E SELF-STIGMA

STIGMA PUBBLICO

Ti chiediamo di pensare ad una persona della tua età, simile a te per interessi.

13. Come sarebbe giusto che si sentisse una persona della tua età se dovesse chiedere un aiuto psicologico?

14. Secondo te la reputazione del tuo amico verrebbe danneggiata se andasse da uno psicologo?

15. Come ti comporteresti con lui e cosa penseresti?

SELF-STIGMA

16. Quale sarebbe il tuo primo pensiero, se tu stesso iniziassi a sospettare di avere la depressione?

17. Pensi che, se chiedessi aiuto, la tua reputazione ne risentirebbe? Pensando alla tua sfera di conoscenze

CONCLUSIONE

18. Cosa pensi che sarebbe utile fare per aiutare chi, alla tua età, ha bisogno di chiedere aiuto per la depressione? Che canali potremmo usare? Cosa potrebbe fare il sistema sanitario?

Le domande sono terminate. Ti ringraziamo moltissimo per la tua disponibilità e il tempo che ci hai dedicato. Ti auguriamo una buona giornata!

2. Interview Script

PARTE INIZIALE: CONOSCENZA DELLA DEPRESSIONE

1. Cos'è per te la depressione?

f22: modo di sentirsi, quasi un sentimento, di solitudine, persi, senza sapere cosa fare in un momento della vita, nonostante sai di avere familiari che ti amano, ma tu ti senti **perso** comunque e **impotente** riguardo a un evento che ti demoralizza (temi: stato d'animo, solitudine, non saper cosa fare, impotenza, demoralizzato, famiglia, evento traumatico)

f25: stato in cui non riesci a fare nulla e sei chiuso nei tuoi pensieri senza forza di reagire (temi: **impotenza**, pensieri)

M23: sentirsi soli, abbandonati a se stessi senza nessuno dalla propria parte, aver paura di esternare le proprie emozioni (temi: **solitudine**, paura, emozioni)

M29: tristezza perenne, mancanza di speranza, no prospettive future, pessimisti, negativi (che non vuol dire per forza essere depressi), buco nero che non capisci come tornare su (temi: tristezza, mancanza di speranza, no futuro, pessimismo, non saper cosa fare, **impotenza**)

F26: stato d'animo negativo e la persona si sente **sola, persa**, non compresa (stato d'animo, solitudine)

F19: Stato d'animo in cui una persona si sente **sola** o in difficoltà da cui non può uscire (temi: stato d'animo, solitudine, difficoltà, **impotenza**)

M22: è uno stato nella quale uno non si sente a suo agio, cali emotivi, un momento in cui ha bisogno di sostegno (temi: non a proprio agio, tristezza, bisogno di sostegno)

F24: malattia con sbalzi di umore, può essere successo qualcosa in famiglia o nella vita che gli dà tristezza (temi: patologia, sbalzi d'umore, tristezza, famiglia, evento traumatico)

M24: È quando non hai a disposizione un sostegno morale e sei costretto a passare le giornate solo con i tuoi pensieri per troppo tempo (temi: bisogno di sostegno, **solitudine**, pensieri)

M28: una cosa brutta, seria (temi: cosa brutta)

F21: Un disturbo che può arrivare a qualsiasi fascia d'età che provoca tristezza, una serie di sensazioni negative che influiscono sia sul corpo che sulla mente (temi: patologia, età, tristezza, stato d'animo, corpo, mente)

F21: uno stato mentale di completa negatività in cui le persone cadono dopo un trauma o un evento negativamente importante (temi: stato d'animo, mente, negatività, evento traumatico)

M26: estrema sensazione di **tristezza interna**, che si accumula, un peso che ti porti dietro (temi: tristezza, stato d'animo)

F21: è uno stato mentale a cui si arriva dopo una situazione di stress, insoddisfazione e **tristezza** (temi: stato d'animo, mente, stress, insoddisfazione, tristezza)

M22: quando sei triste e non vedi via d'uscita da una situazione di stress (temi: **tristezza, impotenza**, stress)

F21: uno stato d'animo a livello patologico (temi: stato d'animo, patologia)

M28: è uno stato di inabilità. è una situazione, malattia che non ti permette di vivere completamente. e che ti abbatte (temi: inabilità, patologia, **impotenza**)

m30: un malessere nascosto che porta la persona a chiudersi in se stessa (temi: stato d'animo, **solitudine**)

f22: è un disturbo a livello dell'umore che parte dalla psiche ma influisce su fattori fisici e sociali (temi: umore, patologia, mente, corpo, fattori sociali)

M20: è una patologia mentale che comporta malessere fisico alle persone (temi: patologia, mente, corpo, malessere)

M30: è quando uno non è felice, lo diagnosticano quando uno non esce di casa (temi: tristezza, patologia, solitudine)

F29: è una malattia e va curata e presa sul serio, essere molto triste e non avere voglia di fare niente (temi: patologia, cosa seria, **tristezza**, malessere)

F28: è una malattia che ti condiziona la vita in tutto, quella quotidiana (temi: patologia, quotidiano)

F29: una malattia (temi: patologia)

2. Come pensi che si curi la depressione? Si può guarire?

f22: sì, ma è un processo lungo, perché è difficile riconoscerlo, e non da soli, ci vuole aiuto e consapevolezza (temi: guarigione, tempo, bisogno di sostegno, consapevolezza)

f25: facendo attività sportiva, stando con gli amici, lavorando anche se sembra pesante ma aiuta (temi: sport, bisogno di sostegno, amici, lavoro)

M29: Non c'è un percorso standard, servizio x aiutare e ascoltare, dare la possibilità di aiutare a dare prospettiva diverse, CHI È PIÙ FORTE CE LA FA, sicuro ci sono farmaci che aiutano a equilibrare il corpo, ma non è la soluzione x tutti. Parte della soluzione è dare prospettiva diversa. C'è chi guarisce e chi no, non credo tanto nei farmaci, è personale e dipende dalla situazione (temi: personalizzato, bisogno di sostegno, essere forte, medicinali, corpo, guarigione, non guarigione)

M23: Parlandone con amici e genitori soprattutto, magari qualcuno di professionale si guarisce (temi: famiglia, amici, bisogno di sostegno, figura professionale, guarigione)

F26: Si può curare e guarire (temi: guarigione)

F19: Sostegno psicologico, anche se ci vuole la volontà di farsi aiutare. Si può guarire (temi: bisogno di sostegno, mente, volontà, guarigione)

M22: Sicuramente tanto può essere fatto dai parenti e poi professionisti, si può guarire con la forza di volontà (temi: famiglia, figura professionale, guarigione, volontà)

F24: Aver qualcuno alle spalle che lo renda felice, tipo amico o familiare. Anche però gli psi, ma più qualcuno che sia come un amico, e so che si sono anche medicinali. Spero si guarisca (temi: bisogno di sostegno, felicità, amici, famiglia, figura professionale, medicinali, guarigione)

M24: trovando sostegno morale tra amici conoscenti gruppi, dandosi forza di volontà x entrare anche in gruppi esterni dalla sua bolla, si può guarire (temi: bisogno di sostegno, amici, volontà, guarigione)

M28: sicuramente si può, sicuro non è facile (temi: guarigione)

F21: Medicinali e psicofarmaci o con sedute dallo psicologo, si può guarire (temi: medicinali, figura professionale, guarigione)

F21: si può trattare con aiuti esterni o magari famiglia o magari medicinali. Si può attenuare, ma guarire boh (temi: bisogno di sostegno, famiglia, medicinali, non guarigione, guarigione)

M26: secondo me si può guarire, ma non c'è una cura specifica, lavorare con lui dove non c'è più stress, liberargli la mente per superarla, non c'è una cura istantanea. un esperto, psicologo, psichiatra però non solo una figura medica, ma anche la società intorno famiglia e amici, gente sul lavoro che possono aiutarla (temi: guarigione, stress, mente, pensieri, figura professionale, famiglia, amici, lavoro)

F21: te lo porti dietro tutta la vita, medicinali, psicologo. non si può guarire. ce un flusso, non finisce (temi: tempo, medicinali, figura professionale, non guarigione)

M22: sì, pastiglie (temi: guarigione, medicinali)

F21: a livello farmacologico, supporto psicologico. Penso di sì, sicuramente migliora molto la cosa (temi: medicinali, bisogno di sostegno, mente, guarigione)

M28: non sono certo che si possa curare completamente, ma attenuare abbastanza da poter avere una vita normale e ci sono diversi metodi in base alla magnitudine: cura farmaceutica o psicoterapia o entrambe (temi: guarigione, non guarigione, medicinali, figura professionale)

m30: si guarisce, bisogna fare un percorso psico, ma anche chi non si affida allo psi, importantissima è la rete sociale xk non si esce da soli, è difficile o impossibile (temi: guarigione, figura professionale, fattori sociali)

f22: sì, ci lavoro e li ho visti guarire, con gli specialisti si può, anche se parte dalla persona e non può essere imposto (temi: guarigione, figura professionale, volontà)

M20: processo di aiuto duraturo qualcosa si può ma non guarisce da un giorno all'altro (temi: tempo, guarigione)

M30: si può guarire ma deve essere la persona stessa a tirarsi fuori dalla depressione anziché prendere dei farmaci cambi la tua vita e non che vai dallo psicologo (temi: guarigione, volontà, medicinali, figura professionale)

F29: si si può guarire, ma è necessario essere seguito da medici con farmaci e parlarne non basta (temi: guarigione, medicinali, figura professionale)

F28: non si può guarire del tutto, se lo porta sempre. non so dirti come si può guarire, andando da uno psicologo o medico ma non so se medicinali sì o no (temi: non guarigione, tempo, figura professionale, medicinali)

F29: farmaci, psicologi o psichiatri. Ni, nel senso che penso di sì, ma sta nel paziente mettere la forza di volontà (temi: medicinali, figura professionale, guarigione, volontà)

3. Sapresti dirti come e chi si ammala di depressione, secondo te?

f22: persone anziane che hanno perso il coniuge, chi da bambino ha vissuto separazioni e divorzi, o magari chi

stesso deve affrontare un divorzio magari non per colpa loro, anche motivi lavorativi, al di là del lavoro stesso, il non trovarci bene diventa pesante, o le malattie gravi (temi: perdita, famiglia, evento traumatico, lavoro, patologia)

F25: gli **adulti ai 60**, si vedono più deboli e devono abbandonare certe attività, lavori, guida, è una privazione (temi: età, debolezza, lavoro, privazione)

F24: Magari è uno stereotipo, ma forse di più le **donne**, o chi è stressato o troppo concentrato su studio o lavoro, o chi si sente inferiore e inadatto (temi: sesso, donne, stress, studio, lavoro, studio, inferiore, inadatto)

M24: specialmente chi è **solo**, perso la famiglia, amici, non hanno una cerchia o sostegno (temi: solitudine, famiglia, amici, bisogno di sostegno)

M22: **Tutti**, dipende dal periodo (temi: periodo)

F19: Non riuscirei a chiuderla in una categoria (temi: no categoria)

F26: **Fattori genetici** ti rendono predisposto, ma in realtà **tutti** possono esserne colpiti (temi: fattori genetici, no categoria)

M23: Chi non è molto agiato o ha situaz familiari difficili, dipende dal **carattere** (temi: non agiato, famiglia, carattere)

M29: **Studenti!** Oggi è la società che è troppo veloce e stressante, pretende troppo, osserva sempre di più, si è perso di vista l'essere umano e siamo ingranaggi di una macchina (temi: studio, stress, società, tempo, pretese)

m28: **giovani donne** (temi: età, sesso, donne)

F21: Forse soprattutto **adolescenti** ma generalmente chiunque (temi: età, adolescenza, no categorie)

F21: le persone poco sicure di sé, con limiti a livello interiore (temi: non sicuri di sé, limiti interiori)

M26: **tutti** possono ammalarsi, possono esserci tanti fattori, lutto, lavoro, tutti i problemi della vita generale (temi: no categoria, lutto, lavoro, problemi)

F21: **tutti** possono ammalarsi, dopo stress da lavoro, lutto, delusione lavorativa o scolastica (temi: no categoria, stress, lavoro, lutto, lavoro, studio)

M22: disoccupati, **poveri**, chi lavora troppo (temi: lavoro, povertà)

F21: se ti succede un evento abbastanza traumatico o qualcosa di abbastanza grande, anche nei giovani si sente spesso (temi: evento traumatico, età, giovani)

M28: credo che sia dovuto a una questione sociale che ad una questione **genetica** (temi: fattori sociali)

m30: le **donne** sono più colpite, più i **giovani** fino 50 (temi: sesso, donne, età, giovani, fino ai 50)

f22: tutti si possono ammalare, è difficile pensare a una categoria, può capitare sia al povero che al ricco, magari la **genetica** predispone e si interseca con altre patologie, magari anche tanti giovani che non si accettano con questa società di influencer e di modelli in cui la gente non si riflette (temi: no categoria, fattori genetici, patologia, età, giovani, società, modelli di riferimento)

M20: evento che sconvolge la persona o situazione precaria a livello finanziario. potrebbe essere chiunque, persone più fragili (temi: evento traumatico, lavoro, fragili)

M30: tutti sono soggetti che possono essere depressi e deriva dalla scuola, da famiglia e lavoro (temi: no categoria, studio, famiglia, lavoro)

F29: in parte **genetico** e chi affronta situazioni difficili nella vita (lutto, lavoro, no soldi). tutti possono soffrirne (temi: fattori genetici, evento traumatico, lutto, lavoro)

F28: il ceto sociale può fare tantissimo, l'**istruzione e lo stile di vita**. l'ambiente in cui si cresce (temi: ceto sociale, istruzione, stile di vita, fattori sociali)

F29: sì, già dall'adolescenza o persone arrivate ad una certa età, è definita un po' anche dallo **stato sociale** (temi: età, adolescenza, fattori sociali)

PARTE 1A: COSTRUTTI DELLA TPB E RICERCA D'AIUTO

ATTITUDINI RIGUARDO LA RICERCA D'AIUTO

4. Cosa penseresti se un tuo amico o conoscente ti dicesse che ha intenzione di andare dallo psicologo?

(PUBLIC STIGMA)

f22: lo **appoggerai**, mi farebbe piacere se ne parlasse con me come amica, anche se certe cose io non posso dirle come uno psicologo, lo **ascolterai**

f25: sei sicuro? allora vai, ti fara bene

F24: Se non mi avvisano chiedo perché non me ne hanno parlato, ma non essendo esperta glielo **consiglierei**

M24: Nulla di grave, ha tutto il diritto, è una scelta sua e va benissimo

M22: Lo **sosterrei**, **non c'è niente di male**, è un bene che abbia l'iniziativa

F19: Ottimo, se ne hai bisogno. Io l'ho fatto
 F26: Fa bene, se sta male è un medico come un altro
 M23: Lo sosterrai se se la sente
 M29: Se gli serve, perché no? Dipende da chi va!
 m28: ne sarei molto interessato, vorrei aprirmi se vuole aprirsi anche lui
 F21: che è una buona scelta e una cosa interessante da fare anche se non hai un problema evidente
 F21: che ha un problema, però non la giudico come una cosa negativa o sbagliata
 M26: non direi niente, ben venga. chiaro che indagherei per vedere se riesco ad aiutarlo io prima. **la vecchia generazione pensa che la depressione sia un pazzo ma non la nuova generazione.**
 F21: niente, nessun problema
 M22: Fa bene
 F21: sarei contenta perchè non è una cosa facile accettare un supporto psicologico perchè ci sono degli stereotipi, non è facile andare a parlare con uno sconosciuto
 M28: gli chiederei come mai, da cosa è nata questo suo desiderio e non credo che lo dissuaderei. mi dispiacerebbe per lui perche si sente di aver bisogno di aiuto, mi verrebbe voglia di aiutarlo. cosa positiva insomma
 m30: complimenti, è forte
 f2: sarei la prima a sostenerlo, è la cosa piu giusta
 M20: sei preoccupato perche ti chiedi cosa potrebbe avere e sta facendo la cosa piu giusta per lui.
 M30: io penso che uno si rende conto di avere un problema e io lo spronerei perche fa sempre bene andare dallo psicologo. sono per gli psicologi.
 f29: penserei che è un ottima idea e che deve andarci
 F28: niente di male, fa bene. io lo sosterrai
 F29: nulla di male sicuramente, penserei anche a qualche problema che lo affligge e non sa come risolvere o con chi parlarne

5. Cosa pensi delle persone che non riescono ad andare dallo psicologo perchè temono di sentirsi pazzi? (PUBLIC STIGMA)

f22: è più una questione di **orgoglio** nei confronti della società, perchè nel momento in cui chiami uno psi riconosci di avere un problema, e non è facile ammetterlo per tutti, magari per chi prima era piu orgoglioso. se hai persone accanto che ti sostengono, vacci!
 f25: è un blocco perchè non hanno il **coraggio** di chiedere aiuto, si **vergognano**, o magari vogliono fare da soli
 F24: **Pensano che la gente li giudichi**, ma al giorno d'oggi non è così, se fosse un familiare lo spingerei ad andare
 M24: Forse vanno troppo dritte al punto e giudicano in fretta senza pensare a cosa ha passato, ognuno è libero di andare da chi vuole
 M22: Per me è naturale, sono un passo avanti e non ho nessun giudizio
 F19: **Mala informazione**, **pregiudizio** con la pazzia
 F26: stereotipo vecchio dello strizzacervelli che sta cominciando a diventare un dottore normale
 M23: Peggiorano la situaz perchè aprirsi può aiutare
 M29: Non per forza gli altri devono saperlo, dipende poi dal tipo di terapeuta, possono essere tanti
 m28: è una forma infantile di pensare
 F21: è sciocco ma anche comprensibile perché non penso sia facile
 F21: che non vogliono farsi aiutare, ma in realtà un problema c'è, devi volerlo tanto
 M26: tutto lo stigma sociale che ce intorno. mi da fastidio che pensano a cosa pensare gli altri. non posso cambiarlo. fargli cambiare idea e andare.
 F21: un **idea che viene dal passato**, se uno ha bisogno di sfogarsi ben venga.
 M22: se lo fanno spero che hanno qualcuno vicino che gli da lo stesso aiuto dello psicologo
 F21: è perchè non c'è una buona conoscenza, lo psicologo è ancora visto come la persona dalla quale vale se hai gravi problemi. non giudicherei tanto male perchè anche io ho avuto bisogno ma inizialmente non ci sono andata
 M28: è perche non ce abbastanza comunicazione da parte delle figure del campo e ce l'idea che andare dallo psicologo significa che sei pazzo, pero penso che non abbiano ricevuto la comunicazione necessaria e necessitano di piu info per uscire da questo mind set
 m30: non sono affatto pazzi, ma le capisco perchè non è facile parlarne, soprattutto in una società dove l'immagine conta tantissimo

f22: non ne si puo fare una colpa xk è una cosa che riguarda loro e devono sentirsi pronti, se capitasse a un amico gli direi che è una ricerca di te stesso, lo psi non ti giudica, è una scoperta, gli porterei la mia esperienza

M20: la gente si autoconvince di stare bene con se stessi per non andare dallo psicologo. importante per affrontare l'idea di andare dallo psicologo

M30: cercare di fargli cambiare idea

F29: a me dispiace per loro e chiedo che probabilmente non ce abbastanza informazione e credo che è quindi una cosa negativa.

F28: è tristissima sta cosa, ma da una parte oggi ce piu informazione ma da una parte ci si sente piu giudicati.

F29: sono persone non direi limitate ma magari arrivano da culture che vedono lo psicologo come qualcuno che cura i pazzi

6. Per quali cause, secondo te, qualcuno riesce a chiedere aiuto e qualcuno no? (PUBLIC STIGMA)

f22: chi non riesce è perchè ignora di avere un problema, si sente perfetto/orgoglio, non ammette di avere bisogno di aiuto, chi ci riesce magari è perche lo riconosce e decide di chiedere aiuto, o magari l'ha capito parlando con i cari. io non ci vedo nulla di male, è un blocco individuale nell'ammettere a se stesso e agli altri il problema, paura di essere compromesso

f25: perchè magari è sempre stato indipendente tutta la sua vita e fa fatica a farsi aiutare, oppure va perche sente che proprio non ce la fa piu e non si sente capito

F24: Magari è la forza, e chi hai dietro, se ti senti solo sei sopraffatto e magari non riconosci neanche il problema

M24: Non riescono perchè magari hanno situazioni a casa

M22: La Sicurezza, c'è chi è più aperto e ha meno paura dei giudizi, mentre c'è chi si chiude in se stesso

F19: Sia per la famiglia, che può sminuire, o dai pregiudizi che ci sono nel suo contesto, più che dal singolo

F26: Fattori culturali, alcuni lo vedono male, famiglia e amici lo vedono male, dipende da chi li circonda

M23: Riuscire o no dipende dal carattere, c'è chi è portato a parlare

M29: Orgoglio, c'è chi ha paura di farsi vedere debole, c'è chi capisce che chiedere aiuto è una cosa buona, oggi ci sono tante cose dietro l'orgoglio, anche tipo chi chiede troppo aiuto o chi è troppo testardo

m28: ognuno è diverso, chi non va puo magari pensare che ce la puo fare da solo, magari chi va invece si rende conto che da solo non ce la fa, dipende anche dal tipo di aiuto che riesce a trovare, non è detto che lo psi in campo medico sia l'unica soluzione

F21: molti fattori: avere qualcuno esterno con cui parlarne e che ti possa indirizzare da qualcun altro

F21: forse alcuni sono circondati da persone che vogliono aiutarti

M26: Lo stigma sociale che l'altra gente penseera che sei pazzo, e aver paura di aprirti con uno sconosciuto (psicologo)

F21: timore che la gente pensi che sia un pazzo/che abbia problemi. Non è una moda ma ormai è una cosa normale andare dallo psicologo.

M22: dipende dalla personalità: se uno è timido non esterna.

F21: per difficoltà ad aprirsi con sconosciuti, per stereotipo, carattere o vissuto personale

M28: quanto sappia una persona e una questione di orgoglio. o hanno informazioni sufficienti (non possono trovare un aiuto) oppure è orgoglio (faccio tutto da solo, non credo in queste pratiche)

m30: tante le cause, quello che ti porta ad andare sono amici e famiglia che cerca di essere aperta e normalizzare la questione, ma anche la persona, che fa seminari e si informa; chi non ci va invece è xk probabilmente si sente giudicato o cmq non sa quanto è diffuso il problema, non trova coraggio e forza, e non ha relazioni che lo aiutano

f22: uno riesce a chiedere xk ha elaborato il suo stato e ha preso coscienza in modo superiore rispetto a chi non riesce, che invece ha paura di essere giudicato, magari non ha scoperto fino in fondo i suoi problemi e teme che qualcun altro glieli dica

M20: chi chiede aiuto è perche puo avere persone vicine mentre chi no ha timore e paura

M30: perche la gente possa prenderli per pazzi o per motivo di orgoglio (se vado sono debole, voglio risolvere le cose da solo). forse quelli che riescono hanno meno orgoglio di quelli che non vogliono andare.

F29: puo essere per educazione, grado di formazione, e anche le persone che hanno intorno (supporto amici e famiglia)

F28: fa tanto le persone che hai intorno, se uno mi fa sentire pazzo allora non ci vado, se invece hai delle persone che ti sostengono è piu facile trovare la forza di andare

f29: magari qualcuno ha qualcuno che lo spinge o dei motivi più forti della “paura” di dover andare dallo psicologo mentre qualcun altro è più debole di carattere e non osa chiedere aiuto e probabilmente anche per il costo

NORME SOGGETTIVE CIRCA LA RICERCA D’AIUTO

7. Come pensi che la tua famiglia o i tuoi amici vedano la depressione e il cercare un aiuto psicologico presso un servizio di salute mentale? (PERCEIVED STIGMA)

f22: mia madre ci è stata e ha funzionato, quindi non penso sia sfavorevole, gli amici non lo so

f25: appoggerebbero in pieno soprattutto genitori, si preoccuperebbero perché si chiedono xk non vado da loro direttamente, ma sanno che andare dal professionista può far bene

F24: I miei non lo vedono benissimo, mentre nel mio gruppo di amici c’è una che ha avuto questi problemi, quindi siamo aperti e ne parliamo, ma a volte pensiamo che potrebbe parlare di più con noi. non mi darebbero della sfigata ma sarebbero più cauti, gli amici sarebbero più coinvolti ad aiutarmi

M24: Non cambierebbe più di tanto, eviterebbero domande personali perché magari non hai molta voglia di parlare, magari fai passare un po’ di tempo e poi gli spieghi che ci sei andato perché avevi bisogno di essere ascoltato

M22: Sono abbastanza fortunato perché ho amici aperti, la pensano come me, forse non tutti ma tanti di loro. Nessun giudizio, se non magari qualcuno di non vicino a me. Magari mi darebbero più sostegno, comunque in modo positivo

F19: Sono molto disponibili, mia mamma è psicologa, anche i miei amici lo sono. Se lo scoprissero ci rimarrebbero male, ma sarebbero felici perché vedrebbero un passo avanti..io ho assorbito da loro queste cose! Starebbero più attenti a me

F26: Non la vedono male, sarebbero d’accordo. Sarebbero preoccupati x me, Cercherebbero di essere più comprensivi

M23: Pronti ad aiutare, aperti. Magari all’inizio ci scherzi ma poi tranqui

M29: Tutti abbastanza aperti, andrebbe bene, poi dipende da chi vai, se vai da scientology anche no. Andrebbe bene, a meno che non salta fuori che ci vado perché mi drogo pesantemente, forse madre vizierebbe di più.

m28: come tanti purtroppo giudicano, e il giudizio x queste cose è il male. potrebbero avere una visione distorta di me, e spererei che si prendessero il tempo x capire, forse in qlc aspetto mi tratterebbero diversamente

F21: molto positivo e senza giudizio negativo. allo stesso modo, forse più preoccupati se davvero avessi un problema, si interesserebbero. forse un po’ sì ma non totalmente, magari farebbero più attenzione quando mi chiedono come sto

F21: la depressione come una grande problematica, lo psicologo un po’ come me. debole e bisognosa di aiuto. starebbero più attenti

M26: niente di male, anzi se io avessi problemi di depressione loro sarebbero contenti che io vada da uno psicologo se non riesco a parlare con loro. non lo so, probabilmente no. non ne sono sicuro onestamente. magari sarebbero più vicini ai miei comportamenti.

F21: chiedere aiuto serve che sia specialista. siamo in una rete sociale e la famiglia mi ha influenzata. la mia famiglia e i miei amici mi spronerebbero.

M22: sono sicuramente favorevoli. spero nella bontà dei miei amici, se gli faccio pena ho paura.

F21: famiglia penso che vedrebbe abbastanza bene il supporto psicologico, amici dipende perché alcuni coetanei la pensano come me mentre altri dicono “ah no io non ho gravi problemi”. sicuramente ci sarà differenza in famiglia perché per esempio mia nonna direbbe “ma smettila dai”, mia mamma penso che potrebbe accettare questa cosa e mi sarebbe vicina o anche lei potrebbe essere in bilico, da parte di mio padre sicuramente cercherebbero di starmi vicini. un pochino tratterebbero diversamente perché appena hai qualcosa di diverso dal solito ti guardano diversamente

M28: lo vedono come una malattia e lo psicologo come medico che ti aiutano a vivere meglio (per la mia famiglia). i miei amici hanno una conoscenza abbastanza buona e non sminuirebbero la depressione e si rivolgerebbero anche loro a un esperto. non mi tratterebbero in nessun modo particolare, cercherebbero di mantenerne invece la normalità e uno spazio sicuro. anzi sarebbero felici per sapere che ho un conforto. parecchio dopo mi tratterebbero diversamente se dovessi peggiorare.

m30: i miei lo vedono bene xk sono seguiti da psi, non è un tabù, all’inizio non era facile ma se ne è parlato ed è diventato normale

f22: al giorno d’oggi magari utilizzano il termine per tutto e ha perso credibilità, dunque ci si immagina il

depresso come uno in un osp psichiatrico rispetto alle persone che vediamo quotidianamente, ma è un mito da sfatare, xk ne soffrono tutti, secondo i miei “tante cose ce le mettiamo in testa noi, impossibile sei giovane come fai ad essere depresso”, non vedo pero motivo x cui dovrebbero dire di no all’andare. un pochino si, compassione, cercare di trattarmi in modo diverso in modo inconscio, si fa sempre quando sappiamo che qualcuno ha un problema, è automatico, lo facciamo x il suo bene anche se lo facciamo sentire diverso

M20: ci sono opinioni contrastanti: la famiglia ha **mentalita arretrata**, che pensa che la depressione sia una **scusa** e ritiene la persona debole; gli amici si preoccupano e capiscono. amici mi tratterebbero diversamente tipo dispiacere, mentre la famiglia è tutto diverso, si allontanerebbero perche ti vedono diverso e debole.

M30:credo che qui ci sia una differenza di generazione. miei genitori e mia nonna gia il nome gli manderebbe in paranoia, invece i ragazzi dell mia eta si rendono conto che non sono pazzo. la famiglia poi comunque si sente “noi non siamo riusciti come genitori” e si sentono male

F29: loro la vedono apertamente, ma alcune persone invece pensano che sia per pazzi.

F28: famiglia e amici mi sosterebbero. qualcuno che giudichera e non capisce ci sarà sempre.

F29: i miei amici sicuramente bene, i giovani crescono con la consapevolezza che la depressione c’è, mentre per le generazioni un po’ più vecchie non lo so, magari non lo capiscono sul momento, ci mettono di più ad accettare la cosa

8. Immaginando che tu ne abbia bisogno, cosa credi che penserebbero, se sapessero che vuoi cercare aiuto? (PERCEIVED STIGMA)

f22: mi è capitato di essere molto tesa per esami e lavoro, e i miei mi hanno **incoraggiato** ad andarci, e con gli amici non lo so, non ne parliamo spesso, siamo giovani, non penso pero sia un problema

f25: ho la conferma che mi appoggiano in pieno

F24: Familiari direbbero prima di svegliarti e fare qualcosa tu, gli amici incoraggerebbero

M24: lo ho intorno fortunatamente persone aperte che non giudicano in fretta, dipende da situazione, conoscenze, famiglia, i miei penso che non si farebbero troppe domande, vorrebbero che si risolverebbe

M22: Dipende dalla persona

F19: Mi è capitato, mi hanno sostenuto, anzi, ci siamo andati assieme dopo situazione di malattia in famiglia grave

F26: **Preoccupati** xk capirebbero che sto male, ma non credo che lo vedrebbero male, non sarebbe un problema

M23: Aiuterebbero, perché se uno ha un problema va sostenuto

M29: lo ne ho avuto bisogno, non è un problema, è andata bene e ho avuto bisogno del mio tempo e niente

m28: mi potrebbero giudicare, però mi sosterebbero

F21: mi indirizzerebbero verso qualcuno di conoscenza

F21: che ho fatto bene se cerco io aiuto, però che c’è un problema da risolvere

M26: non mi interessa cosa pensano gli altri. niente di male penserebbero. è una societa in cui si parla sempre di piu sulla salute mentale quindi non si pens niente di male.

F21: è normale e gli altri non mi giudicherebbero

M22: Spero che vogliano il meglio per me, spero la vedano bene.

F21: famiglia: mia mamma vedrebbe la cosa in modo positivo anche perchè è successo ed è stata lei a dirmi di andare, amici dipende dalle persone: alcuni sarebbero di supporto, altri la penserebbero un po’ male

M28: credo che cercherebbero di capire il mio bisogno e considerando quello che so mi spronerebbero a provare e cercare un consulto e avere conferme.

m30: non vedrebbero nulla di male, si preoccuperebbero chiedendomi come sto e il xk, ma sarebbero quasi tutti comprensivi, anche se dipende, alcuni si sorprenderebbero e non capirebbero

f22: i miei sarebbero favorevoli e non ci vedrebbero nulla di male xk mi direbbero che loro non sanno aiutarmi xk non sono formati, sarebbero contenti dello specialista. i miei amici ragionano come me e ci troviamo d’accordo

M20: i miei genitori si preoccuperebbero e mio padre la vedrebbe come una delusione (ti abbatti, sei debole) mentre i miei amici sono persone comprensibili e che non invento di stare male.

M30: non credo che lo saprebbero perche non glielo direi, non vorrei preoccuparli o fargli credere che hanno sbagliato o che non riescono a darmi aiuto

F29: credo che sarebbero d accordo, specialmente la mia famiglia

F28: causerebbe della tristezza, mia madre si chiederebbe **dove ha sbagliato** ma mi incoraggerebbero a fare la scelta giusta e a farmi curare.

F29: non penso penserebbero male

CONTROLLO PERCEPITO

9. Se avessi bisogno di aiuto psicologico, quanto ti sentiresti influenzato dagli altri nel cercarlo?

f22: **parecchio**, xk magari vedono atteggiamenti e cambiamenti che io non noto e possono darmi segnali utili

f25: **non tanto**

F24: Abbastanza, perché magari anche gli altri mi direbbero che mi vedono diversa

M24: Magari 3/4 anni fa avrei chiesto aiuto tante volte ad amici e famiglia, ma ora me ne sbatto e non mi sento influenzato

M22: **non mi interesserebbe** il loro giudizio se dovessi cercare supporto

F19: Mamma ha dato una mano, sto anche facendo una formazione in casa famiglia, quindi sono influenzata ma in modo positivo

F26: Facile dirlo così, ma credo che mi influenzerebbe abbastanza

M23: In Positivo, perché comunque chiedo aiuto indirettamente e mi aiuterebbero

M29: L'unica influenza sarebbe famiglia e amici stretti, gli altri no

m28: molto, perché su queste cose il giudizio pesa, e pensare di essere giudicati mentre sei vulnerabile è terribile

F21: non saprei

F21: un po' perché gli altri ti condizionano

M26: sarei molto influenzato se uno mi dice che uno è bravo. non mi sentirei bloccato però se mi dicesse che lo psicologo è un pazzo.

F21: no devo pensare al mio bene. l'aiuto psicologico è importante, più dei farmaci.

M22: dipende quanto i miei amici e famiglia possono darmi aiuto. zero, decido io.

F21: inizialmente ho tenuto la cosa molto per me, poi ho capito che mi poteva essere molto d'aiuto e ne ho parlato ma non è una cosa che riferisci a tutti, solo al cerchio dei ristretti

M28: io credo che un minimo di influenza ci sia anche solo chiedere un aiuto. non è completamente individuale, che può essere positiva o negativa. hai bisogno sempre di conferme e naturale chiedere agli altri, nel mio caso non mi sento stigmatizzato e chiederei loro la loro opinione però in minima parte, perché la maggior parte della decisione spetta a me.

m30: non avrei nessun sentimento, sarebbe più un confronto x capire dai miei amici se conoscono qualcuno di competente, è un confronto trasparente

f22: se tutti quelli con cui ne parlo mi dicono vai, è un incentivo in più. se fossi sola contro tutti influirebbe, ma se lo sento lo porterei avanti fino alla fine

M20: di principio è una decisione che una persona fa, ma la famiglia fa tanto e spingere la persona a non chiedere aiuto

M30: lo farei di testa mia.

F29: io penso di avere il controllo.

F28: io me ne fregherei e cercherei aiuto senza problemi

F29: so già chi mi direbbe fallo e chi invece mi direbbe "prova questo o quello" prima di, quindi andrei mirata con chi parlarne per avere aiuto e conforto

10. Sapresti dove cercare aiuto e a chi rivolgerti?

f22: **non direttamente**, sarei andata dal **medico di base** e avrei chiesto, anche per andare sulla fiducia che mi dà il medico anziché internet, o chiederei ad amici

f25: sì

F24: Psi non ne conosco neanche uno, ma **tramite conoscenze** ci arriverei

M24: Oggi sì, magari prima avrei dovuto chiedere ai miei

M22: Non lo so realmente, cercherei come si fa su **internet o chiederei a famiglia** e a chi è già stato dallo psi

F19: Sì, lo so

F26: Chiederei alle **amiche** che sono state dallo psi

M23: Sì parlerei con amici e conoscenze

M29: Sì, almeno per me. Inizialmente dai miei parenti, e in base vedo da chi andare, l'ultima volta sono andato da uno psicologo sul lavoro

m28: sì, perchè ho un'amica psi, ma ce la potrei fare a trovarlo con ricerca

F21: non conosco psicologi ecc., cercherei tramite **conoscenze**

F21: no, magari chiedi il contatto al medico curante

M26: onestamente no, cercherei **online** o tramite amici che sono già andati.

F21: penso che cercherei su internet. non conosco nessun centro in ticino. non so dove dovrei cercare.

M22: sì chiedo a mio padre che è uno psichiatra.

F21: sì

M28: ho casi in famiglia quindi sì e so che l'usi ha un servizio psicologico per gli studenti che poi ti indirizza verso professionisti.

m30: ho una rete di conoscenti che sanno aiutarmi, conosco servizio psicosociale, gli assistenti sociali pubblici..però andrei più sul privato, e su internet per trovare qualche indirizzo e orientamento (con le pinze)

f22: sì, perché avendo studiato sociale ho conoscenze sia di privati che di associazioni, anche se mi informerei

M20: esattamente no, so che le persone a cui chiedere aiuto sono psicologi ma non sono stata informata in materia. è difficile riuscire a trovare un contatto in cui trovare informazioni.

M30: no, mi rivolgerei a google. è come un po' andare dal medico di famiglia, il medico di famiglia ti ci portano da bambino, se dovessi cercare uno psicologo e la mia famiglia non ce mai stata dovrei cercarlo per conto mio. servirebbe un sito tipo booking con tutti gli psicologi e recensioni da chi andare.

F29: sì cercherei sul sito in cui ce un elenco di numeri che abbiamo in ticino

F28: se ne parlo con dei conoscenti lo trovo di sicuro e andare da qualcuno che sai già che è bravo. io chiederei in **ospedale o sull'elenco telefonico**.

F29: sì

INTENZIONE DI CERCARE AIUTO

11. Cosa ti spingerebbe a cercare aiuto, dei motivatori?

f22: il sentire di **toccare il fondo**, e gli altri ti possono aiutare a capirlo

f25: il fatto che magari **sto avendo una relazione complicata** e ho qualcosa da smuovere che mi consente di migliorare la situazione

F24: Il fatto di **non esserci alternative**, anche se non so quando inizi a capire se sei depresso

M24: Magari conoscere l'esperienza di qualcun altro o avere a disp mezzi di comunicazione tipo **flyer o pubblicità**, qualcosa di esterno che mi spinge a chiedere o a trovare un posto

M22: Un periodo di **debolezza**, un evento tragico, una perdita

F19: Una **difficoltà** che sento io o che si osserva al di fuori, anche se sono gli altri a notarlo, o se mi faccio domande su di me a cui non trovo risposte

F26: La **ricerca di voler stare meglio**

M23: Prendere **consapevolezza** che non sto bene

M29: Il non riuscire da solo

m28: il fatto di non riuscire a farcela

F21: il fatto di vedere che **non riesco a uscire da sola**, essere supportata da altre persone che non ti giudicano e di cui ti puoi fidare

F21: mi invoglierebbe vedere che sto male, che sono **diversa**. mi impedirebbe il giudizio degli altri

M26: se dovessi cadere in una depressione che dura da mesi o settimane e non riesco ad uscirne, se non riesco a trovarne la causa da solo.

F21: il mio stato di **malessere**

M22: sensazione di non stare bene dentro e bisogno di esternare

F21: l'**incitamento della mamma**, era una situazione molto particolare ero arrivata al limite ed era l'ultimo modo per vedere se la situazione poteva migliorare, cercavo di recuperare qualcosa per andare d'accordo con mia mamma perchè era una cosa grave.

M28: nel momento in cui la mia vita non funziona più come vorrei, **perdita di controllo** e ingestione.

m30: conoscere meglio me stesso, vivere con più serenità le situazioni della vita, elaborare il mio passato, affrontare meglio la situa ed elaborare le criticità

f22: la **voglia di capire** e di uscire da una situazione che sento che non mi fa stare bene, un passo verso lo stare meglio e ricominciare una vita degna di essere chiamata vita, e cmq ti porta a maturità e consapevolezza che consiglio a tutti, è importante x accettare critiche e affrontare vita, ti rafforza

M20: comprensione e sostegno delle persone vicine e il fatto di non riuscire ad andare avanti

M30: andrei sulle mie sensazioni, ne parlo prima con gli amici più stretti, con delle persone fidate.

F29: se vedo che non ci sono altre soluzioni e so che sto davvero male, anche se parlare con amici e famigliari

non mi sembra abbastanza

F28: il momento che ti rendi conto che la vita ti sfugge di mano, e non hai una vita più normale.

F29: sicuramente se avessi qualche problema del quale non riesco a parlare con nessuno e qualche idea strana penso, anche se uno si sente ansioso

12. Cosa ti impedirebbe di cercare aiuto, delle barriere?

f22: la paura di avere diagnosi che mi compromettono le attività che faccio quotidianamente, ad esempio lavorare con i bambini, oppure avere bambini in affidamento, questo mi frenerebbe

f25: mi dà fastidio il fatto di essere aiutata, voglio farcela da sola, non ammetto di avere bisogno

F24: Il non appoggio da parte della famiglia

M24: I giovani all'inizio della scuola che hanno nuovi giri di amicizie ci stanno molto attenti e vanno in crisi, magari loro fanno fatica a trovare aiuto per i giri di amicizie che hanno e pregiudizi vari

M22: Il volerlo prima risolvere da solo, magari prima riesco a trovare un supporto in chi mi è vicino e non ho più bisogno di aiuti esterni, ma comunque se non funziona non esito, non mi chiudo e comunico

F19: Mi ha impedito il fatto che le persone dell'ambiente perché si conoscevano, anche se hanno sempre rispettato il segreto professionale

F26: La paura di essere giudicata

M23: Visione eccessiva del problema, mi stresso da solo e dico che non ne ho bisogno, molti usano il termine in modo improprio

M29: Impedirebbe non lo so, il fatto di farcela da sola, il non avere persone di cui fidarmi

m28: paura di giudizio, di dover ammettere di non farcela, di andare dallo psichiatra e chissà che cosa scopro!

F21: me stessa principalmente, paura di tirare fuori tante cose

F21: sicura di sé, dovrebbe cercare di non fare caso ai giudizi altrui

M26: non lo so. situazione finanziaria forse, ma se hai bisogno li trovi i soldi per andare almeno una volta.

F21: non saprei, niente di specifico

M22: la sensazione di non stare bene può essere allo stesso tempo un impedimento

F21: il raccontare le cose ad una persona sconosciuta, il fatto di non sapere cosa dire e cosa fare, il sentirsi sotto giudizio

M28: quel che ha a che fare col denaro, perché non è coperto necessariamente dalla cassa malati e essendo uno studente non potrei permetterlo. questo è quello che so io. se si tratta di depressione che non ti permette di lavorare e necessariamente ne hai bisogno di aiuto la cassa malati ti aiuta penso invece che uno psicologo non sia pagato con speciali accordi con i servizi della cassa malati.

m30: la mia testa, il mio pensare che non ne ho bisogno e che ricorro ad altre risorse

f22: se ti rivolgi a psichiatri privati la questione economica, xk non sono riconosciuti dalla cassa malati, e se sei giovane e non conosci associazioni ha un costo che spesso non si riesce a sostenere, ma anche la paura di non sapere cosa aspettarti, l'incognito

M20: visione da parte di un familiare che mi giudica se dovessi averne la necessità.

M30: la paura di pregiudizi soprattutto sul luogo di lavoro. potresti avere delle limitazioni anche ingiuste.

F29: espormi e parlare delle mie cose intime con qualcuno che ha un'età e mentalità diversa dalla mia.

F28: non vedo una barriera. anche se dovesse costare miliardi ci vado. il problema è che costa tantissimo andare.

F29: niente, magari prima dello psicologo proverei prima parlando con un amico o in famiglia e poi se la cosa non migliorasse andrei

PARTE 1B: STIGMA PUBBLICO, PERCEPITO, E SELF-STIGMA

STIGMA PUBBLICO

13. Come sarebbe giusto che si sentisse una persona della tua età se dovesse chiedere un aiuto psicologico?

f22: siamo giovani, può essere successo qualsiasi cosa, a scuola, lutto, famiglia, è naturale che le cose brutte succedano, fanno parte della vita, deve sentirsi normale, però deve superarlo, quindi è giusto farsi aiutare

f25: che è una cosa normale, a qualsiasi età ognuno ha bisogno di aiuto, in misura diversa, sempre bisogno di qualcuno con cui parlare

F24: Ansia iniziale, ma poi anche grazie ai film ti passa, magari un po' ansia e un po' curiosità

M24: no, però dipende sempre da se hai gente intorno che giudica e parla, magari in testa si sente ostacolato, ma è perché la gente non ha una visione ampia

M22: Benissimo, non sarebbe un problema

F19: Non si sente bene, però il fatto di prendere coscienza chiederlo è una cosa bella

F26: I disturbi e malattie mentali prima erano poco curate, ma ora si possono curare, perché comunque il cervello è l'organo meno conosciuto..quindi dovrebbero vederla come curare un organo, che ora è poco conosciuto

M23: Se è simile a me non so se ci arriverebbe perché comunque io mi apro con le persone che mi sono vicino

M29: **Non bene**, dovrebbe ponderare la scelta e capire se ne ha veramente bisogno, e poi capire da chi andare e non andare dal primo che passa

M28: quando si chiede aiuto ci si dovrebbe poter sentire bene, poi di fatto dipende da molti fattori, perché comunque si sente debole

F21: **spaventata** perché può essere la soluzione ma non è detto che lo sia, speranzoso

F21: no

M26: ansia, perché lo psicologo è una persona sconosciuta però è un esperto quindi aiuta nonostante i famigliari e amici. si l ansia, ma come se un sasso che cadesse dal petto.

F21: niente

M22: che può migliorare, ottimista

F21: se arrivi a cercare aiuto è perché capisci che ne hai bisogno e vorresti uscire dalla situazione quindi è un po' un incentivo per darti forza e buttarti nel farti aiutare

M28: deve essere aggiornato e sapere le statistiche. qualcosa che rassicuri loro è giusto che cerchi aiuto. avere certezze. possa peggiorare la sua situazione la depressione e pressione sociale di sentirsi malato, rischia di cadere nell'isolamento.

m30: **ascoltato e compreso, non diverso**, non mi piace il concetto di normalità ma non dovrebbe aver problemi a farlo, dovrebbe essere come scegliere un medico per un braccio rotto

f22: **non sentirsi giudicato**, che uno psi lo faccia sentire accolto, protagonista, che non gli chieda tutta la sua vita, valorizzato e non diverso

M20: alla nostra età ce la tendenza ad ingigantire i problemi, ma se è ostacolato, triste solo un aiuto penso sia necessario. deve essere **rassicurato** e compreso se no non chiederebbe aiuto e un minimo di informazione è necessaria.

M30: sentirsi ascoltata, capita, sentire consigli costruttivi.

F29: dovrebbe sentirsi compresa e **accolta** e che le informazioni che da non escano, sentirsi a proprio agio

F28: deve sentirsi capita e **incoraggiata**

F29: sicuramente prima di tutto riconoscere con se stesso che qualcosa non va e ha bisogno di aiuto professionale

14. Secondo te la reputazione del tuo amico verrebbe danneggiata se andasse da uno psicologo?

f22: **non penso**, confido nell'intelligenza delle persone, anche se dipende tanto, se è un boss del gruppo che si ammala è normale che ci siano delle compromissioni nel suo gruppo

f25: da un lato sì, perché io stessa prima pensavo che c'è qualcosa che non va in queste persone, ma andandoci ho capito il punto di vista e lo trovo normale, a seconda di se la persona che giudica ha già avuto qst esperienza o no

F24: lo no, però dipende da chi ha attorno, se è intelligente

M24: no

M22: No, dipende però da chi parla con lui, so che il giudizio pubblico è severo, ma comunque penso che nell'immediato non gli interessa il giudizio altri perché è più importante risolvere. Magari sono quelli più distanti da lui che possono giudicarlo

F19: È questione di contesto, qui non avrei problemi, ma dipende tanto, perché a un mio amico hanno fatto storie

F26: nn piu

M23: no

M29: Reputazione dipende dal contesto, con parenti e amici spero di no, in altri contesti dipende, i datori di lavoro non apprezzano

m28: purtroppo potrebbe essere, spero cmq non tra gli amici

F21: no, non credo

F21: lo motiverei

M26: assolutamente no, anzi. nonostante avesse avuto problemi e alla fine va gli fa onore.

F21: no

M22: no non dovrebbe

F21: io penso di no a livello della cerchia dei ristretti però ci sono sempre quelle persone che per qualsiasi cosa ti danneggiano ulteriormente

M28: non credo, non in modo importante

m30: dipende, non tutti sono comprensivi, dipende da datore di lavoro, famiglia, amicizie, dalla sua rete e dalle idee che hanno della psicoterapia. "perchè tutti voi ticinesi mi tirate fuori il datore di lavoro?" perchè qui è tutto molto incentrato sul rendimento, e se hai tipo l'hiv è tabu, è un segnale che indica che non sei produttivo o presagio di malattia, ci sono lavori dove ti sostituiscono facilmente

f22: no, ma tante volte scherzando puoi offenderlo sottilmente e farlo sentire matto, e se non sei pronto a sostenerlo puo farti male, sentirti diverso, essere una barriera anche se non dovrebbe capitare

M20: è sbagliato fare pregiudizi, nei piu vecchi ce la tendenza nel vedere male lo psicologo, mentre noi giovani abbiamo piu comprensione.

M30: non credo, no secondo me no. io capirei pero le persone non ragionano tutte come me, magari alcuni lo vedrebbero come una debolezza. penso ci sia piu pregiudizio con la generazione di prima, anche ora ma sono un po meno.

F29 Lisa: non penso

F29: per me personalmente no, ma credo che per altre persone si

F28: potrebbe si. gli altri ignoranti lo vedrebbero come un povero depresso e pazzo

15. Come ti comporteresti con lui e cosa penseresti?

f22: mi dispiacerei, cercherei di ascoltarlo, lo sosterrai nelle tappe

f25: bravo che hai avuto il coraggio, lo appoggerai

F24: Normalmente, evitando argomenti pesanti

M24: Ti prendo in macchina e ti porto dallo psi xD

M22: Cercherei anche io di aiutarlo a risolvere nei limiti del possibile, non è che mi devo prendere io la responsabilità, e se non riesco lo indirizzo dallo psi

F19: io ho sempre sostenuto, anche accompagnato dallo psicologo, ti accompagno da chi va oltre al mio limite di aiuto ma io sono qui con te

F26: Ho chiesto che consigli hanno dato, cerchi di osservare e di imparare tramite i racconti degli altri, perché potrebbe succederti la stessa cosa, x questo mi sono informata x stare vicino

M23: Normale

M29: Non cambia niente, se avesse problemi più gravi o ha vissuto cose pesanti proverei ad aiutarlo anche io

m28: se volesse dirmi questa cosa sarei onorato di far parte di qualcosa di importante per lui

F21: proverei a sostenerlo senza giudicare

F21: lo motiverei

M26: mi comporterei normalmente è giusto che vada.

F21: nulla non cambia niente

M22: aspetterei di vedere se ci sono miglioramenti e se no dire di fare altro

F21: farei qualsiasi cosa per essere di sostegno e aiutarla a proseguire la cosa, incoraggiarla ad andare a prendere contatto e anche una volta effettuata la seduta se ha voglia di parlare cercherei di essere presente

M28: credo che inizialmente gli lascerei dello spazio ma non mi staccherei da lui ma senza essere invasivo. cercherei di stargli accanto.

m30: penserei che è una persona forte e che fa bene se lo ritiene giusto

f22: chiedergli come si sente, di cosa ha bisogno, come aiutarlo, senza insistere xk è lui che deve aprirsi e non devo bombardarlo, gli consiglieri un aiuto psico, e se lo rifiuta non saprei cosa fare, direi di pensarci e cmq di parlarne con qualcuno

M20: ho diversi amici che soffrono di depressione e vanno dallo psicologo, e non voglio invadere i suoi spazi ma mi metto a disposizione e presente e un punto di riferimento.

M30: cercherei di comportarmi come ho sempre fatto, ma senza volerlo sarei piu apprensivo e fare piu attenzione a cosa dire.

F29: la vedrei come una persona coraggiosa perchè cerca di risolvere i propri problemi con una persona che ha studiato e sa cosa dirti e cosa no

F29: non gli cheiderei troppe info ma solo se sta vedendo qualcuno e si trova bene con questa persona

F28: lo mi comporterei normalmente, dedicherei a lui piu tempo e non penserei nulla di male

SELF-STIGMA

16. Quale sarebbe il tuo primo pensiero, se tu stesso iniziassi a sospettare di avere la depressione?

- f22: dipende dalla causa, vedi il **mondo che ti casca addosso**, potresti morire quel giorno stesso, andare avanti sembra faticosissimo
- f25: che devo uscire di casa!
- F24: Perché ci sono capitata? Anche se forse saprei già le cause
- M24: **Chiederei a qualcuno cosa ne pensa**, se è veramente così o se è solo un periodo no. Prima gli amici e famiglia
- M22: Non te ne rendi conto finché non sei immerso, cercherei di **non chiudermi** in me stesso
- F19: Se gli altri non se ne siano accorti prima di me..!
- F26: Andrei ad **informarmi sui libri o su internet** x capire cosa mi sta succedendo, se è quello o è un momento di tristezza
- M23: Parlare e aprirsi
- M29: Vortice nero, ed ora come esco? Analisi della situazione e capire cosa fare in modo analitico, paura a seconda dell'ambiente
- m28: che mi sono già auto diagnosticato un sacco di malattie e potrebbe non essere vero
- F21: **paura, spaventata** perché non conosco i sintomi
- F21: "cosa devo fare?"
- M26: cercare di capire la causa, perché ho la depressione.
- F21: prima ne parlerei con la mia famiglia, mia mamma; se mi rendo conto con loro che sono depressa mi farei aiutare prima di arrivare al momento peggiore.
- M22: direi managgia, mi chiederei come sono finito in questa situazione
- F21: inizio a pensare a tante cose, se potevo vederla prima, se in tante situazioni era la depressione a prendere il sopravvento e magari potrei pensare "ok allora ho un motivo per stare così male" e più in là "caspita stavo proprio male, era una cosa abbastanza grave"
- M28: cercherei di vedere quanto questo ha impatto sulla vita che ho, farei un bilancio emotivo. se vedo che le mie emozioni vanno a toccare aspetti della mia vita cercherei aiuto.
- m30: l'ho già sospettato varie volte, è una costante, mi farebbe paura pensare all'apatia forte, all'ansia. l'ho valutato varie volte lo psi, anche a lavoro, non l'ho mai fatto finora xk ho provato in altri modi a crescere interiormente, ma mi rendo conto parlando con gli amici che mi farebbe bene, anche se non ha a che vedere troppo con la depressione
- f22: non mi capaciterei del xk è accaduto a me, me ne farei una **colpa**
- M20: ho bisogno di un aiuto e poi penserei cosa ne penserebbero i miei se fossi davvero depresso.
- M30: credo di essermi avvicinato alla depressione anni fa e mi sono licenziato e cambiato lavoro perché era quella la causa. non ho chiesto aiuto perché sapevo dove andare a lavorare per salvare la mia situazione.
- F29: penserei che ho bisogno di aiuto e ne parlerei subito con mia mamma.
- F28: mi spaventerebbe perché non sai a cosa vai incontro e cercherei aiuto.
- F29: penso che gli altri avrebbero paura per me, però sicuramente il fatto che vado da uno psicologo mi aiuterebbero e mi starebbero accanto. sì, cercherebbero di evitare certi discorsi o certe domande

17. Pensi che, se chiedessi aiuto, la tua reputazione ne risentirebbe? Pensando alla tua sfera di conoscenze

- f22: no, perché sono sia sensibile che forte, mi accollo tante cose, sono emotiva, e quella volta che mi succede quella cosa pesante lo capirebbero, sarebbe quasi normale, per quanto sono emotiva, ce lo potevamo aspettare
- f25: no, io stessa ho influenzato positivamente gli altri quando ho detto che andavo
- F24: no
- M24: Non lo so, magari prima sì, oggi poco
- M22: no
- F19: No, perché chi mi sta vicino è aperto, però dipende perché a **lavoro** mi sospenderebbero (casa famiglia)
- F26: no
- M23: no
- M29: no
- m28: no, perché non credo che lo direi molto in giro
- F21: non saprei, dipende con chi, di base non credo. **Credevo che non vorrei ci vedesse in giro perché se una persona mi dice che va dallo psicologo sono felice per lei ma se ci vado io non voglio che si sappia**
- F21: no
- M26: no

F21: No

M22: no

F21: sicuramente c'è questa paura, questo pensiero quindi non riferisci a tutti e magari all'inizio sminuisci ("vado solo ogni tanto da una terapeuta") poi con la migliore amica no

M28: No

m30: bella domanda, non penso, xk comunque sono educatore sociale, se decidessi di andare dallo psi guardo al nord italia, dove per forza non ho gente che conosco intorno, x mantenere la mia privacy. e alcuni datori si fanno delle domande x il lavoro che faccio, dovremmo essere sanissimi, anche se nessuno lo è

f22 : no

M20: in parte si, perche ce l'idea che se chiedi aiuto sei piu debole da parte della famiglia prevalentemente o anche un datore di lavoro. ma gli amici non lo penserebbero.

M30: si io **non lo direi in giro** che sono andato dallo psicologo. lo direi solo a poche persone (fratello, amici stretti).

F29: no non credo.

F28: no non penso.

F29: no

CONCLUSIONE

18. Cosa pensi che sarebbe utile fare per aiutare chi, alla tua età, ha bisogno di chiedere aiuto per la depressione? Che canali potremmo usare? Cosa potrebbe fare il sistema sanitario?

f22: **telefono amico**, **manifesti**, **gente nelle scuole che spiega**, perchè la scuola è un posto dove sicuramente si trovano persone depresse

f25: oggi è esaltata la perfezione, la magrezza, quindi messaggi improntati verso la salute, che danno speranza sul lavoro xk a me ha buttato giù. **internet**, **pubblicità sui social**, **sito**

F24: Social, facendo vedere che non è il primo che ha bisogno di una mano, magari con un testimonial, anche se forse è un po' scontato, anche un' **app**, non più i numeri verdi, magari una chat con persone depresse, **gruppi di sostegno virtuali** che incoraggiano a parlare con i tuoi amici stessi, magari anche con contenuti x i familiari

M24: **Fondazioni giovani e sport**, il midnight ad ascona aveva collegamenti esterni con specialisti che parlavano di cannabis alcol depressione, e sono state utili perché colpiscono tanti giovani in una serata sola che arrivano dal ticino

M22: Pubblicizzare in modo meno negativo e feel free, nelle scuole con lo psicologo scolastico, magari con i social in maniera indiretta, non "venite dallo psicologo", ma con propaganda tipo "parlarne è utile", sfatando il mito che sei pazzo se ci vai, anche un' app magari

F19: Telefoni anonimi perché il primo passo non è mai facile, mette tranquillità, l'app è un po' spersonalizzato, fin troppo anonimo e non coinvolge, poi i telefoni sono violabili, vedono che hai scaricato l'app e ti giudicano. Secondo me comunque è meglio a livello verbale, pro juventute ha numeri su whatsapp tra peer dove non sai con chi stai scrivendo, ma non lo amo. Magari è un inizio, e poi chi si sente va agli incontri, tipo alla filanda di mendrisio con l'alzheimer

F26: **Chat anonime**, dato che si usano molto, applicazione, l'anonimato è importante per chi non ha il coraggio, e dopo un po' fidandosi potrebbe andarci di presenza, la chat potrebbe essere un primo approccio

M23: Social, agenzie, perché tanti si basano molto sui social e ne trovano un rimedio perché magari non si aprono direttamente ma è più facile farlo così, e sensibilizzare

M29: Social che sono rapidi, numero azzurro nah, un instagram perché fb sta andando a morire, snap, pubblicità sul social, **partnership con psi affidabili** x presa in carico, garanzia di anonimato. **Sistema sanitario potrebbe dare spazi**, **finanziamenti**, **personale**, **promozione**, **promozione sport**. Riviste ancora le prendono. App x confrontarsi perché no, con moderatori però! Psi che fanno test nell'app x diagnosticare

m28: cartelloni, che espongano questa questione che sembra taboo, come le campagne di aids, opuscoli, internet, diffusione di impatto, xk tutti si iniziano a confrontare con la questione x forza di cose

F21: prevenzione nelle scuole, app buon metodo se messo in piazza nel modo giusto

F21: creare dei gruppi di supporto o con altre persone che ci sono passate e danno consigli

M26: social media, facebook, instagram, pubblicità e **campagne informative** dove cercare aiuto e a chi rivolgersi. non so se c'è una **cassa malati**, **magari esserne coperti** per invogliare la gente ad andare. perche ce il problema finanziario. televisione, radio ma non hanno molto effetto sui giovani, perche ormai i giovani guardano quello che vogliono guardare e non le pubblicità su cui non fa attenzione. instagram con le pubblicità e se ti interessa tu lo guardi, è piu efficace di tv e radio.

F21: una campagna che spiega ai giovani che la depressione non significa essere pazzo. farsi curare è un bene e

non una vergogna. canali: social, persone che si espongono che portino la loro esperienza, e la **televisione solo per far capire anche ai genitori che i figli non sono pazzi**.

M22: il sistema sanitario fa abbastanza tramite cartelloni. si potrebbe fare pubblicità online e web. le istituzioni ci sono, manca solo come raggiungere i giovani attraverso il web.

F21: non sai dove cercare aiuto quindi riuscire ad avere più in chiaro a chi poterti rivolgere. un numero di telefono, che chiami senza andare là, più nascosto. potrebbe avere senso anche l'app, però potrebbe essere anche una questione di "hai questa app allora hai problemi", mentre con il numero di telefono non è palese che stai chiamando

M28: social network, io vedo pubblicità di ogni tipo ma di psicologia non ho visto nulla e penso che sia utile includere i social e anzi è necessario. gli altri approcci mi sembrano insufficienti. **interazione parasociale (parasocial interaction):** uso di figura di una persona che fa hockey e cercare chi di loro ne ha sofferto di depressione e farli raccontare la loro esperienza (hockey perché è lo sport più ambito in ticino).

m30: giornate informative, anche se ce ne sono così tante... una delle risorse più presenti è internet, anche se non è facile da usare xk il confronto diretto sarebbe la cosa migliore, e nn penso che comunque in tanti vadano agli incontri, ma che siano i soliti. ci vuole più sforzo, tipo lo iosi a mendrisio parla di ansia e depressione, cose così, rendere "più pubblici possibile" le cose che già ci sono e accordarsi con chi lo sa già, xk ognuno prende la sua direzione, ma mettersi d'accordo con le altre associazioni può essere utile. asi adoc è la più presente!

f22: parlarne nelle scuole, **giornate informative** è la cosa più utile, non solo x chi è del campo psicosociale, tipo liceali con persone che ne vanno a parlare, o anche depliant

M20: social network, avere un sito o sponsorizzare lì tutte le informazioni che si possono trovare. il principale problema è se i familiari ne sono a conoscenza, quindi farlo in anonimato in modo che i genitori non dovessero saperlo. la percezione della famiglia magari potrebbe essere cambiata attraverso una migliore informazione attraverso la televisione. il servizio sanitario potrebbe inserire i consultori psicologici per non avere spese eccessive e invogliare ad andare, sarebbero il top.

M30: i vecchi cartelloni per strada funzionano meglio, perché facebook o instagram se io volessi andare a vedere queste attività dovrei mettere mi piace alla pagina di asi adoc e quindi dovrei andare io a cercarlo quindi non va bene. dovrete voi arrivare ai giovani e non i giovani a voi. sarebbe utile il telefono amico, però non ce pubblicità su fb di questo. danno.ch mettono il banchetto per prevenire droghe, uso preservativi e si fanno dei test divertenti da fare... quindi ci sta **creare dei banchetti** per prevenire la depressione e fare dei test. quindi non qualcosa che cercano i giovani ma qualcosa che arriva ai giovani. mettere il like alla pagina potrebbe risultare ad altre persone che poi pensano che io sia depresso per aver messo il like. quindi io farei così: per le persone che sentono di avere il bisogno di aiuto lo cercheranno via fb, instagram; mentre per le persone che non vogliono accettare di avere il problema possono essere stimolate attraverso l'uso di cartelloni in strada o banchetti.

F29: parlarne di più. cartelloni pubblicitari e se esistono associazioni sui social network, facebook. fare dei gruppi con altre persone della stessa patologia e parlarne.

F28: un **servizio a scuola anonimo** che penso ci sia già in diverse scuole, maggiore facilità di potere accedere alle casse malati pagando di più e mettendo meno barriere. più informazione. i social non li guarda con l'idea per arricchirsi e cercare aiuto. quindi no ai social. i social sono più facili ma non so se sono i più efficaci. io apro il 20 minuti e mi informo da lì.

F29: farle sentire coinvolte nella società. social network possono essere una bella ma anche brutta piattaforma (es. cyberbullismo), però si senz'altro parlarne di più, anche in tele, e fare capire che non è nulla di cui vergognarsi.

2. Leaflets



SE IL TEMPO PASSA, NON MIGLIORA

Sentirsi tristi succede. Ma se dura per settimane, ti capita spesso, o interferisce con la tua vita, può essere depressione.

Quasi il 40% della popolazione Ticinese presenta alcuni sin tomi di depressione: in molti casi, non cercare aiuto significa peggiorare.

SEI UNA PERSONA SVEGLIA

NON DARE AIUTO FA MALE, LO SAI



QUANDO BISOGNA CHIEDERE AIUTO

- Se non smetti di sentirti: angosciato, vuoto, colpevole, indegno, senza speranza, disinteressato
- Se il tuo corpo è spesso: indebolito, rallentato, non riposato, dolente, affaticato nel digerire
- Se la tua mente fatica a: concentrarsi, ricordare, pensare in modo positivo

Non tutti coloro che hanno la depressione presentano tutti i sintomi. Molte persone ne hanno solo alcuni.



COME SI PUÒ TRATTARE

- La prima opzione è cambiare le proprie abitudini: abbandonare fumo, alcol e droghe, adottare una dieta equilibrata, un sonno regolare, e svolgere esercizio fisico in mezzo alla natura e/o in compagnia.
- Gli specialisti della salute mentale possono offrire percorsi di terapia psicologica, eventualmente abbinata a farmaci, secondo il bisogno e le preferenze dell'individuo.
- Essere circondato da relazioni di qualità, basate sulla cura reciproca e la fiducia, ti permetterà di non sentirti abbandonato durante il tuo percorso.



FATTORI DI RISCHIO

Predisposizione genetica, alcuni tipi di malattie croniche o dolorose, medicinali, traumi durante lo sviluppo, o eventi stressanti (es. lutto, perdita del lavoro...).

La depressione può colpire chiunque.



SE UN TUO CONOSCENTE NE SOFFRE, RICORDA

La depressione non è causata da carattere debole, né dal trascurarsi, né dalla mancanza di impegno. È la malattia che colpisce la forza di volontà: non è colpa sua.



COSA FARE

Se credi che sia depressione, puoi consigliare di rivolgersi:

- Al suo medico di base
- Allo psicologo, psicoterapeuta, o psichiatra
- In situazioni di emergenza puoi chiamare il pronto soccorso (144)

PER INFO E SUPPORTO

ASI-ADOC (Associazione della Svizzera italiana per i Disturbi d'Ansia, Depressivi, e Ossessivo-compulsivi)
 Viale san Salvatore 7
 6902 Lugano -Paradiso
 Tel.: 0916471417
 Email: info@liberalamente.ch
 Sito web: <http://www.liberalamente.ch>



NON SEI LA VITTIMA DI NESSUNO NON CHIEDERE AIUTO FA MALE, LO SAI

SE IL TEMPO PASSA, NON MIGLIORA

Sentirsi tristi succede. Ma se dura per settimane, ti capita spesso, o interferisce con la tua vita, può essere depressione.

Quasi il 40% della popolazione Ticinese presenta alcuni sintomi di depressione: in molti casi, non cercare aiuto significa peggiorare.

Redmond Center, Redmond, Illinois.
Documentato dalla Società Americana di Psichiatria.
Foto: by PWS/Quattrini/Contrasto





QUANDO BISOGNA CHIEDERE AIUTO

- Se non smetti di sentirti: angosciato, vuoto, colpevole, indegno, senza speranza, disinteressato
- Se il tuo corpo è spesso: indebolito, rallentato, non riposato, dolente, affaticato nel digerire
- Se la tua mente fatica a: concentrarsi, ricordare, pensare in modo positivo

Non tutti coloro che hanno la depressione presentano tutti i sintomi. Molte persone ne hanno solo alcuni.



COME SI PUÒ TRATTARE

- La prima opzione è cambiare le proprie abitudini: abbandonare fumo, alcol e droghe, adottare una dieta equilibrata, un sonno regolare, e svolgere esercizio fisico in mezzo alla natura e/o in compagnia.
- Gli specialisti della salute mentale possono offrire percorsi di terapia psicologica, eventualmente abbinata a farmaci, secondo il bisogno e le preferenze dell'individuo.
- Essere circondato da relazioni di qualità, basate sulla cura reciproca e la fiducia, ti permetterà di non sentirti abbandonato durante il tuo percorso.



FATTORI DI RISCHIO

Predisposizione genetica, alcuni tipi di malattie croniche o dolorose, medicinali, traumi durante lo sviluppo, o eventi stressanti (es. lutto, perdita del lavoro...).

La depressione può colpire chiunque.



SE HAI SINTOMI DI DEPRESSIONE, RICORDA

La depressione non è causata da carattere debole, né dal trascurarsi, né dalla mancanza di impegno. È la malattia che colpisce la forza di volontà: la colpa non è tua.



COSA FARE

Se credi di avere sintomi depressivi, puoi rivolgerti a:

- Il tuo medico di base
- Lo psicologo, psicoterapeuta, o psichiatra
- In situazioni di emergenza puoi chiamare il pronto soccorso (144)

PER INFO E SUPPORTO

ASI-ADOC (Associazione della Svizzera italiana per i Disturbi d'Anxia, Depressivi, e Ossessivo-compulsivi)
 Viale san Salvatore 7
 6902 Lugano-Paradiso
 Tel.: 0916471417
 Email: info@liberalamente.ch
 Sito web: <http://www.liberalamente.ch>

