

TRENDS IN SUICIDE PREVENTION

CONVEGNO INTERNAZIONALE DI SUICIDOLOGIA E SALUTE PUBBLICA

17-18 SETTEMBRE 2019

GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

N° 2 - 2019



SAPIENZA, UNIVERSITÀ DI ROMA

2 10 ANNI DALLA MORTE
DI EDWIN SHNEIDMAN

4 NETFLIX: 13 REASON
WHY E AUMENTO DEL
NUMERO DI SUICIDI

6 LA RELAZIONE
MEDICO - PAZIENTE

8 ADOLESCENTI E
RISCHIO DI SUICIDIO

10 LA VALUTAZIONE DEL
RISCHIO DI SUICIDIO

Redazione a cura di
Salvatore Sarubbi e Elena Rogante



Durante il Convegno Internazionale di Suicidiologia e Salute Pubblica

**Giacomo Rizzolatti riceve il
*Lifetime Achievement Award***



Con grande piacere formulo il benvenuto all'edizione 2019 del Convegno Internazionale di Suicidiologia e Salute Pubblica. Anche quest'anno l'evento si annuncia ricco di contributi scientifici e culturali che, come da tradizione, contraddistinguono questo appuntamento.

L'evento vede il riconoscimento al Prof. Giacomo Rizzolatti del *Lifetime Achievement Award*, un gesto con firma congiunta del Magnifico Rettore di Sapienza Università di Roma, Prof. Eugenio Gaudio e del sottoscritto.

Il Prof. Rizzolatti, con i suoi studi e la scoperta dei neuroni specchio, ha aperto la strada alla comprensione dell'empatia e dell'intersoggettività, elementi cardine nella comprensione del dramma che si svolge nella mente suicida. Partecipa all'evento un

panel di relatori internazionali che tratteranno argomenti di grande impatto per la salute pubblica e per la gestione clinica di soggetti a rischio. L'evento promuove la multidisciplinarietà al fine di comprendere i molteplici aspetti del rischio di suicidio, scardinando dunque i vecchi paradigmi altrimenti poco utili nella corretta gestione dei soggetti a rischio. L'evento inoltre, ospita un gran numero di rappresentanti delle sedi universitarie della psichiatria, veicolando dunque peculiarità e specificità tipiche dei singoli contesti. Sono lieto inoltre, anche quest'anno, di aver potuto realizzare una sessione con giovani ricercatori che ricevono l'opportunità di presentare temi tipici delle loro attività cliniche e di ricerca. Non manca la nostra attenzione alla popolazione dei *survivors*, ossia coloro che hanno perso un caro per suicidio. Negli anni abbiamo dato voce alla loro sofferenza in diversi modi (testimonianze, monologhi, interpretazione da parte di attori, registi, ecc.); quest'anno daremo spazio al loro vissuto grazie alla realizzazione di fotografie che ritraggono alcuni elementi salienti delle storie di coloro che hanno perso un caro per suicidio e che hanno deciso di aprire il loro

cuore a questa esperienza. Si tratta del lavoro di un fotografo professionista che ha raccolto le storie e ha traslato le parole in immagini emblematiche.

Mi piace inoltre ricordare il lavoro del Servizio per la Prevenzione del Suicidio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea.

L'attività quotidiana, caratterizzata dai molteplici connotati del rischio di suicidio di quanti si rivolgono a noi, riempie di soddisfazioni ogni qualvolta riusciamo a dare sollievo al dolore mentale. Si tratta di un costrutto ormai parte integrante del nostro lessico per approcciarci al rischio di suicidio. Infatti, indipendentemente da diagnosi psichiatrica, vicissitudini di vita, eventi avversi o altro, la sofferenza dell'individuo è la chiave di lettura per ridurre il desiderio di morire. Fatto questo, il desiderio di continuare a vivere primeggia ed elementi di cambiamento si prospettano per l'individuo in crisi.

Come in altre occasioni, ringraziare tutti coloro che durante l'anno assunto hanno apportato il loro prezioso aiuto alle nostre attività, compreso questo evento, richiederebbe molto più spazio di quanto concesso.

Mi piace ringraziare la Dott.ssa Denise Erbuto per il prezioso lavoro nelle numerosissime attività alle quali contribuiscono anche i nostri collaboratori.

Last but not least, un vivo ringraziamento al Magnifico Rettore per la preziosa ospitalità presso il rettorato e per l'ausilio del Cerimoniale e dell'Ufficio Stampa ai quali formulo i miei sinceri ringraziamenti.

Auguro a tutti voi un proficuo e piacevole convegno!

Maurizio Pompili



Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio
Lavorare insieme per prevenire il suicidio
10 settembre 2019



Dieci anni dalla morte di Edwin Shneidman



A 10 anni dalla scomparsa di Edwin Shneidman (1918 - 2009), padre della suicidologia, è doveroso ricordare l'enorme contributo che ha fornito alla prevenzione del suicidio. Dedicando la sua vita allo studio del suicidio, Shneidman giunse a identificarne il dolore psicologico insopportabile – *psychache* – come l'ingrediente fondamentale. Un tormento nella mente a causa del quale l'individuo, non riuscendo a trovare sollievo, giunge suo malgrado e, dopo molte incertezze, a ritenere il suicidio come unica via di salvezza.

Con l'avvento della suicidologia, il suicidio inizia a essere studiato in termini psicologici, proponendo una visione allargata del fenomeno e prendendo le distanze dai sintomi. L'originalità del pensiero di Shneidman risiede nell'aver focalizzato l'attenzione sulla difficoltà di comprendere la mente suicida: egli presuppone che la sofferenza degli individui in crisi non sia immediatamente comprensibile dall'interlocutore e che esista un divario tra la sofferenza del potenziale suicida e la capacità da parte dell'«altro» di comprendere appieno tale stato. La necessità di comprendere fino in fondo le sfumature della sofferenza psicologica degli individui a rischio di suicidio porterà Shneidman a postulare che il dolore mentale insopportabile è l'ingrediente base del suicidio.

Al di là della sintomatologia tipica della clinica psichiatrica, il dolore mentale assume piuttosto connotati che minano i fondamenti della persona, le sue credenze, le sue aspirazioni e la possibilità di credere nel futuro. Secondo l'accezione dell'autore, la suicidologia nasce come disciplina che integra altri approcci di prevenzione del suicidio. La vera novità del-

la suicidologia consiste nell'aver introdotto un sapere che non si ferma all'evento suicidio né al rischio di suicidio: essa invece propone un dialogo con l'individuo teso a esplorare la natura della sua sofferenza, la quale rappresenta il motore del desiderio di morte. In questo caso il rischio di suicidio viene elencato al pari di altri sintomi come: la tendenza al pianto, l'umore depresso, la difficoltà a compiere le azioni quotidiane ecc.

La grandezza del pensiero di Shneidman, inoltre, risiede nell'aver proposto una classificazione psicologica di tutti i comportamenti coinvolti nella morte. Egli si riferisce a tali comportamenti in base a due gruppi di concetti chiave (Shneidman 1963b): il primo gruppo comprende concetti quali cessazione, terminazione, interruzione e continuazione; il secondo gruppo include i concetti di intenzionale, subintenzionale, non intenzionale e controintenzionale (per approfondimento cfr. Pompili, 2013).

Nel corso della sua vita Edwin Shneidman ha coniato diversi termini tuttora in uso nel linguaggio della suicidologia. Senza dubbio *psychache* («tormento nella psiche») è il termine più emblematico di tutto il suo pensiero. Egli si riferisce al dolore psicologico insopportabile che è spesso foriero di rischio di suicidio. Il termine denota la sofferenza estrema delle ferite, delle angosce e dell'inquietudine che si formano nella mente ed è spesso associata alla vergogna, alla colpa, alla paura, all'ansia, alla solitudine e alla miseria umana in genere. Sebbene Shneidman ammetta che ogni suicidio è un evento multifattoriale con diversi elementi contributivi, egli suggerisce anche che l'essenza della natura del suicidio è psicologica, ossia che per ciascun

individuo si realizza un dramma suicidario specifico e unico. Shneidman fonda il suo pensiero sugli aspetti «mentalistici» del suicidio e propone uno studio fenomenologico. Egli sottolinea che il concetto di *psychache* può essere ben distinto dalla depressione e da altri disturbi psichiatrici per l'unicità della sofferenza percepita dal soggetto e per il fatto che egli non riesce più a sopportarla; inoltre l'individuo non vede via di uscita oltre che porre fine alla sua vita.

Per Shneidman la parola chiave nella trattazione del suicidio non è «morte», piuttosto «dolore psicologico» che se alleviato permette all'individuo di vivere. Nel pensiero di Shneidman il suicidio appare funzionale nell'abolire una sofferenza che quel preciso individuo vive come insopportabile. In questo senso, il suicidio non è un movimento di avvicinamento alla morte, bensì un'azione per fuggire da emozioni insopportabili e inaccettabili. Lo stato di *psychache* è associato ad una condizione nella quale l'individuo non riesce più a padroneggiare la situazione che sta vivendo e dunque gli è impedito di poter valutare possibili opzioni alternative al suicidio (costrizione psicologica).

Nella teoria di Shneidman (1993a; 1993b; 1998; 2001), un ulteriore concetto fondamentale riguarda lo stato perturbato (come derivazione del dolore mentale) che fa riferimento principalmente all'essere sconvolti emotivamente, inquieti interiormente e in molte occasioni presenta i connotati di uno stato che prelude ad un'azione. In particolare, in riferimento all'atto suicidario, lo stato perturbato implica una riduzione delle capacità cognitive: Shneidman sostiene che l'alto rischio di suicidio caratteristico di alcune crisi emotive è una derivazione di questo stato. Il soggetto perde i normali punti di riferimento che governano la sua vita e si trova in una condizione di smarrimento, sfiducia, disperazione e grande instabilità emotiva, da cui consegue la perdita delle possibilità di valutare opzioni alternative e di far leva su sicurezze precedentemente acquisite. In questo stato di sovvertimento emotivo vi è un facile deterioramento delle capacità di *problem solving* del soggetto, con un'inevitabile drastica riduzione del

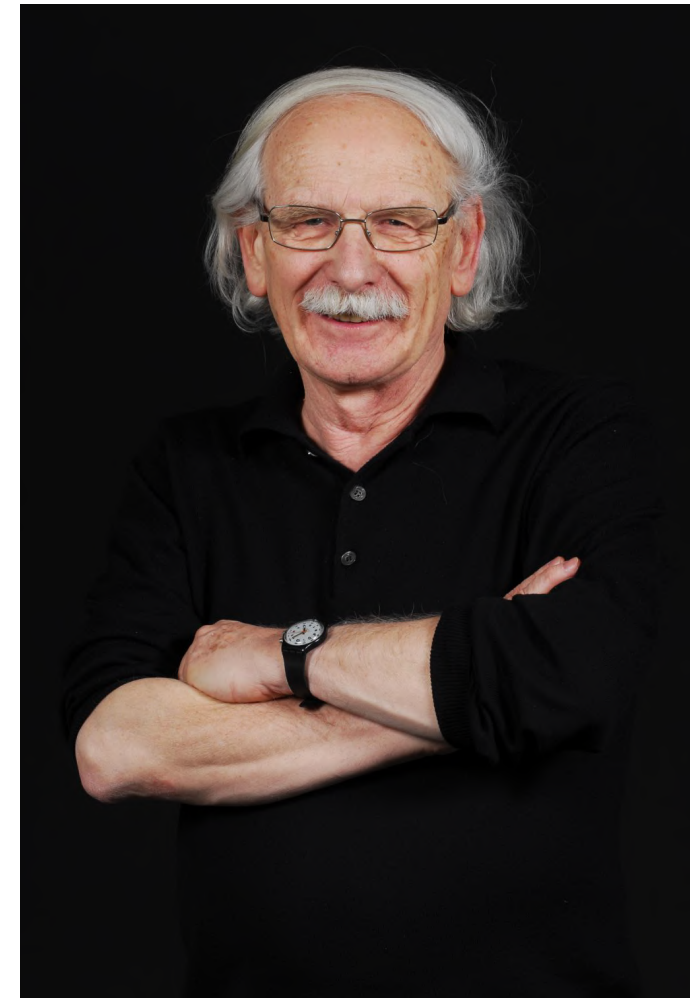
range delle opzioni disponibili per un certo problema: si tratta del cosiddetto «pensiero dicotomico», nel quale il *range* delle opzioni si restringe a due: risolvere immediatamente il dolore (ipotesi magica) oppure suicidarsi (ipotesi reale). È in questi frangenti che diventa inestirpabile la convinzione di non poter essere aiutati e che il proprio dolore sia unico. L'autore ritiene che l'elemento centrale nell'origine del dolore mentale insopportabile sia la frustrazione di bisogni psicologici vitali: infatti, se la persona arriva a pensare che quei bisogni rimarranno insoddisfatti e che continuerà a soffrirne è pronta a morire.

Per comprendere interamente il suicidio è necessario focalizzarsi su cosa fa scorrere la vita, cosa dà motivazioni, gioie, soddisfazioni, speranze per giungere dunque alla verifica di cosa manca all'individuo che desidera la morte.

Shneidman ha contribuito in maniera puntuale e scientifica a fornire indicazioni su come approcciarsi all'unicità del dolore mentale di un individuo a rischio di suicidio, come comprenderlo, come valutarlo, come trattarlo e in generale come prevenirlo; ha contribuito altresì alla divulgazione delle sue ricerche e dei suoi studi sia attraverso la fondazione del primo centro di prevenzione del suicidio, il Los Angeles Suicide Prevention Center (che oltre al contributo di Shneidman e Farberow, ebbe quello di Robert Litman) sia attraverso la fondazione dell'American Association of Suicidology e del principale giornale americano sugli studi per il suicidio, *Suicide and Life Threatening Behavior*. L'immensa eredità che Edwin Shneidman ci ha lasciato ha permesso, anche in questi ultimi 10 anni, da un lato di continuare a studiare il fenomeno suicidario ponendo maggiore attenzione sulla comprensione della sofferenza che accompagna l'individuo a rischio, dall'altro a rafforzare l'idea che il suicidio si può prevenire.

Per una trattazione esaustiva si rimanda a: Pompili, M. (2013). La prevenzione del suicidio. Il mulino.

Giacomo Rizzolatti: Neuronmi Specchio ed Empatia



Giacomo Rizzolatti nasce a Kiev nel 1937. Nello stesso anno, in seguito all'espulsione dall'Unione Sovietica, si trasferisce con la famiglia in Friuli, regione natia del nonno Pietro. Frequenta il Liceo Classico Stellini a Udine e successivamente si iscrive all'Università di Medicina di Padova, ottenendo, nel 1964 la specializzazione in Neurologia. In seguito, si trasferisce a Pisa, all'Istituto di Fisiologia, sotto la guida del Prof. Giuseppe Moruzzi. Nel 1967 diventa assistente e poi Professore Ordinario di Fisiologia Umana all'Università di Parma fino a diventare, nel 2002, direttore del Dipartimento di Neuroscienze. Tra gli anni '80 e '90 è coordinatore del gruppo di ricerca che effettua una delle scoperte più importanti nel campo delle neuroscienze e non solo: i neuronmi specchio. Inizialmente studiati nelle scimmie, in seguito è stata constatata la loro presenza anche in altre specie animali e nell'essere umano: si tratta di una classe di neuronmi motori che si attiva sia quando un individuo esegue un'azione sia

quando lo stesso individuo osserva la medesima azione compiuta da un altro soggetto. La concezione delle aree motorie come deputate a compiti meramente esecutivi, privi di valenza percettiva e cognitiva viene superata da una rappresentazione più complessa, in cui la percezione

risulta collegata alla dinamica dell'azione. "Il cervello che agisce è anche e innanzitutto un cervello che comprende. Questa comprensione si riflette anche nell'attivazione dei neuronmi specchio". Il sistema dei neuronmi specchio risulta quindi decisivo nel creare le basi delle nostre azioni, sia come individui che come attori sociali. Durante alcune interviste il neuroscienziato ha spiegato come: "I neuronmi specchio non codificano il movimento in sé, ma lo scopo dell'azione, che viene generalizzato al di là dei singoli movimenti. Quando vedo un'azione fatta da un'altra persona, ho un modello interno che capisce cosa sta succedendo, sulla base di tutta una serie di azioni che abbiamo già archiviate nel nostro cervello". Tale scoperta ha permesso di comprendere il ruolo decisivo di queste cellule sia nell'apprendimento per imitazione, in quanto "l'imitazione è alla base della cultura, se non sono in grado di imitare, non ci può essere progresso", che nel fenomeno dell'empatia: infatti, il gruppo di ricerca del prof. Rizzolatti si è reso conto che il meccanismo specchio è presente non solo nelle aree motorie ma anche in quelle emozionali, diventando "un meccanismo globale di comprensione dell'altro" che travalica i processi logico-inferenziali con i quali l'uomo decifra le situazioni in cui si imbatte. Da ciò, si può comprendere come nella nostra specie i neuronmi specchio svolgano una funzione naturale "che ci rende sociali, ci porta a considerare l'altro come noi stessi creando un campo comune di esperienza". Le scoperte

del prof. Rizzolatti ci portano a comprendere che "il meccanismo specchio che inizialmente sembrava interessare solo il sistema motorio, invece, interessa anche i meccanismi emozionali. Precisamente, quando sentiamo un'emozione la trasmettiamo anche agli altri. Questo processo è innato, ma può essere modificato con l'educazione o tramite la società. Se modificato, ad esempio, il bambino inizia a non sentire più empatia per l'altro. Si tratta di un vantaggio per noi, continua il neuroscienziato, in quanto abbiamo un meccanismo biologico che ci fa sentire vicino agli altri e ci fa capire l'altro come se fossimo noi stessi. Allo stesso tempo però, questo meccanismo è a rischio in quanto la società può modificarlo." Queste scoperte hanno un impatto su tutto il sistema sociale che ha il potere di modificare l'empatia accrescendola o distruggendola. Uno dei campi in cui, secondo il prof. Rizzolatti, sarebbe utile approfondire il ruolo dei neuronmi specchio è quello della psichiatria, concentrandosi in particolar modo sulle patologie in cui l'empatia è deficitaria, come accade per il disturbo narcisistico di personalità, in cui il soggetto non si rende conto dell'esistenza dell'altro, lo vede come un avversario o si sente incompreso. In conclusione, le implicazioni delle ricerche sui neuronmi specchio sono vastissime e comprendono moltissime aree, anche in ambito psicologico e psichiatrico. Non a caso il prof. Ramachandran afferma che: "I neuronmi specchio diventeranno per la psicologia ciò che il DNA è stato per la biologia".





Netflix: 13 Reason Why e aumento suicidi tra i giovani, quale relazione?

Il 31 Marzo 2017 usciva la serie televisiva "13 Reasons Why" creata da Brian Yorkey, basata sul romanzo "13" di Jay Asher e prodotta dal servizio di video on demand Netflix. Protagonista della *fiction* è la diciassettenne Hannah Baker, la quale prima di togliersi la vita decide di illustrare i motivi che l'hanno spinta al gesto registrandoli su audiocassette. Ognuno dei 13 episodi della prima stagione esplora i motivi che hanno portato Hannah a scegliere il suicidio, enfatizzando soprattutto l'ambiente e le relazioni interpersonali come fattori causali principali. La serie ha avuto una diffusione globale, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti, suscitando critiche immediate da parte della *Mental Health Organization*. In modo particolare la scena esplicita della tragica morte della protagonista è stata ritenuta violare le linee guida inerenti la rappresentazione del suicidio tramite i media. Le preoccupazioni circa un possibile aumento di atti autolesivi tra gli spettatori più vulnerabili ha indotto organizzazioni come l'American Foundation for Suicide Prevention e la *Suicide Awareness and Voices of Education* a fornire risorse in supporto dei genitori e delle scuole. Comportamenti "imitativi" della protagonista, come il taglio di capelli, l'applicazione di smalti blu e l'incisione di simili cassette, sono stati rinvenuti tra studenti liceali (Rosman K. 2017). Anche le ricerche Google sul suicidio sono aumentate in seguito

all'uscita della serie televisiva (Ayers JW et al. 2017). Secondo uno studio recente pubblicato dal *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Bridge JA et al. 2019), un mese dopo l'uscita della serie in questione vi sarebbe stato negli Stati Uniti un incremento del tasso di suicidio tra i maschi di età compresa tra i 10 e i 17 anni, registrando ad aprile 2017 il più alto tasso di suicidio per questa fascia di età degli ultimi cinque anni. A dispetto di quanto avrebbe fatto presagire l'identificazione con la protagonista, il suicidio tra le ragazze della stessa fascia di età non ha mostrato un aumento significativo. Lo studio non tiene conto dei tentativi di suicidio, notoriamente più frequenti nel sesso femminile, ma prende in considerazione esclusivamente i suicidi completati, prevalenti nel sesso maschile ed è ipotizzabile che l'analisi della variabile "tentativi di suicidio" avrebbe potuto presentare uno scenario diverso. Il team guidato da Jeffrey A. Bridge, ha analizzato i dati riguardo il suicidio provenienti dal *Center for Disease Control* tra gennaio 2013 e dicembre 2017. Dopo averli corretti in base ai trend e agli effetti stagionali, è risultato che il tasso di suicidio del 2017 non superava il tasso atteso per la popolazione che aveva compiuto più di 18 anni. I dati riguardo i ragazzi di età compresa tra i 10 e i 17 anni mostravano invece un incremento di circa il 30% ad

aprile 2017 [incidence rate ratio [IRR], 1.29; 95% CI, 1.09-1.53] ed una riduzione nei mesi successivi, senza mai tornare ai livelli precedenti. Questa ricerca ha stimato, in base ai trend statunitensi attuali, un numero pari a circa 195 suicidi in eccesso rispetto alle previsioni nelle età suddette. Gli autori stessi riportano che, nella popolazione in questione, altre variabili esterne possono essere state misconosciute o sottostimate. Un ulteriore studio pubblicato su JAMA nel 2019 (Niederkröth et al. 2019) ha indagato l'associazione tra il numero di suicidi e la fascia di età più giovanile, in particolare tra i 10 e i 19 anni, evidenziando un incremento del numero di morti per suicidio del 12.4% nei maschi e del 21.7% nelle femmine. In merito a tali preoccupazioni Netflix ha consultato la *JED Foundation*, un gruppo di prevenzione del suicidio e nella seconda stagione ha incorporato numerose raccomandazioni proposte da questo gruppo, tra cui la creazione di un canale di comunicazione tra l'*audience* della serie ed esperti di salute mentale. Uno studio condotto presso l'Università della Pennsylvania e pubblicato nell'aprile 2019 (Arendt F et al. 2019) esplora gli effetti della seconda stagione di "13 Reasons Why". I visualizzatori della serie che hanno interrotto la stagione senza terminarla sembrano manifestare un maggior rischio di suicidio, ed un minore ottimismo riguardo al futuro ri-

spetto a coloro che l'hanno terminata. Inaspettatamente tra gli studenti che hanno visto l'intero programma si è registrata una diminuzione dell'ideazione suicidaria ed autolesiva rispetto a chi non ha affatto visto la serie ($p < 0.01$) e chi ha concluso la stagione si è dimostrato essere più interessato nell'aiutare persone a rischio di compiere un suicidio di quanto non lo fosse chi non aveva visto la serie. I risultati recenti suggeriscono che contenuti inerenti il suicidio presentati dai media possono avere, dunque, un duplice effetto: da un lato, con un presunto effetto Werther (fenomeno per cui la notizia di un suicidio pubblicata dai mezzi di comunicazione di massa provoca nella società una catena di altri suicidi), si possono favorire gli atti autolesivi, dall'altro il superamento di una crisi suicidaria può incrementare la resilienza tra i membri dell'*audience* (Scherr et al. 2019). Ulteriori studi sono auspicabili per approfondire la complessità della relazione tra il fenomeno mediatico ed i cambiamenti dei trend suicidari tra i più giovani.

Benedetta Montalban
Benedetta Imbastaro

Suicidio e stigma

Il termine stigma deriva dal greco (στίγμα) e denota un carattere peggiorativo associato ad un uomo, si riferisce infatti a segni, come tagli o bruciature, fatti sul corpo allo scopo di rendere pubblico un aspetto negativo riguardo il suo status morale (Pompili, 2006). Il suicidio è uno dei principali problemi di salute pubblica in tutto il mondo, in particolare nella fascia di età 15-34 anni (WHO, 2014). Di conseguenza, si dovrebbe prestare particolare attenzione al suicidio, non solo in considerazione della sua rilevanza epidemiologica, ma soprattutto in quanto è uno dei comportamenti e delle condizioni umane a più alto rischio di stigmatizzazione, al pari dei disturbi mentali, con cui il suicidio è generalmente associato (Carpiniello, 2017). Non solo lo stigma nei confronti delle malattie mentali e del suicidio implica un'ingiustizia che mina la dignità dell'uomo, ma esso può essere una delle cause che possono condurre un individuo a commettere un gesto suicidario (Pompili, 2003a). Lo stigma agisce inoltre come un forte fattore anti-terapeutico, sia nella componente prodotta dalla società, sia in quella elaborata dall'individuo con disturbo psichiatrico sulla base dei modelli sociali (Corrigan, 2004). Rappresenta infatti un segno indelebile dal quale l'individuo con patologia psichiatrica si sente contrassegnato, e lo induce a sottrarsi a tale segno peggiorativo, e di conseguenza anche alle terapie, sia attraverso il fenomeno della mancata terapia, sia nel fallimento di questa una volta iniziata (Pompili, 2006). Non solo quindi la stigmatizzazione della malattia mentale impedisce ai pazienti di ricevere una terapia adeguata, che poi li espone a un maggior rischio di suicidio, ma il suicidio stesso può anche apparire come la migliore soluzione per risolvere lo stigma (Pompili, 2006). Un sempre maggiore numero di iniziative si rivolgono alla sensibilizzazione della relazione tra stigma, malattie mentali e suicidio. Un forte segnale in quest'ottica fu la pubblicazione nel 1999 di un resoconto da parte del *Surgeon General* degli Stati Uniti che aveva l'intento di abbattere il suicidio a livello nazionale e che contemplava proprio la riduzione dello stigma associato al suicidio come una delle strategie. Possono essere riconosciuti vari ambienti nei quali avviene questo processo di

stigmatizzazione, come la famiglia, i luoghi di cura e i *mass media*. Partendo proprio da tali ambienti, se i fattori che conducono allo stigma sono l'ignoranza, la paura e l'ostilità, allora gli antidoti debbono essere l'informazione, la rassicurazione e campagne antidiscriminazione (Pompili, 2006). La famiglia rappresenta uno dei componenti principali nella prevenzione dei comportamenti auto-distruttivi e delle condotte suicidarie; lo stigma agisce in questo contesto impedendo la possibilità di fornire elementi di prevenzione quando, al contrario, il ruolo dei genitori dovrebbe avvalersi della possibilità di discutere del suicidio e di fornire spiegazioni adeguate su tale fenomeno. La stigmatizzazione può inoltre comprendere l'intera famiglia quando questa ospita un membro con una grave patologia psichiatrica, tanto da indurre i familiari a sviluppare un sentimento di ostilità verso quest'ultimo, che diviene stigmatizzato dalla famiglia stessa la quale, attraverso una serie di messaggi inconsci, può indurre il paziente a ritenere il suicidio come la migliore soluzione per una situazione divenuta insostenibile (Pompili, 2003b; Pompili, 2004a). Occorre prendere in esame anche lo stigma sperimentato dai familiari di un individuo morto a causa del suicidio, che genera sentimenti di vergogna e senso di rifiuto (Harwood, 2002). Questo implica una loro mancata richiesta di aiuto e di interventi

terapeutici in caso di bisogno, con un conseguente maggior rischio di cronicizzazione e più alto rischio di suicidio. I medici di base dovrebbero costituire un punto di forza nel processo di destigmatizzazione e di prevenzione del suicidio in questi pazienti, in quanto sono coloro che interagiscono maggiormente con il paziente e la sua famiglia (Pompili, 2002a). In ambito medico è stata attestata l'esistenza di vari elementi che ostacolano il riconoscimento del rischio suicidario da parte del personale medico, come per esempio le problematiche personali, la paura verso il paziente, l'accettazione del suicidio del paziente come soluzione ai problemi o la mancanza delle abilità necessarie per trattare il comportamento auto-distruttivo. Interagire con un paziente suicidario infatti non è semplice, il rischio di commettere errori che possono facilitare il gesto può compromettere la relazione terapeutica; tuttavia una larga quota di timore deriva dallo stigma associato al suicidio, che è frutto della paura della morte. Infatti, nella pratica clinica si interagisce con i pazienti che lottano per guarire e vivere. Al contrario, i pazienti suicidari lottano contro gli sforzi sanitari per evitare la morte (Pompili, 2005c). In tale contesto, fornire istruzioni, ai membri dello staff medico che si confrontano con pazienti suicidari correla positivamente con la qualità dell'assistenza che i pazienti ricevono, indicando una

riduzione dello stigma (Crawford, 1998). In particolare, tale istruzione dovrebbe mirare a ridurre l'attitudine negativa dello staff (Pompili, 2005a) e favorire il contatto empatico (McGaughey, 1995; Raingruber, 2002; Pompili, 2002b). Un ulteriore ambito in cui il suicidio e ancor più la patologia mentale sono ancora legate allo stigma è la trattazione attraverso i *reportage* dei *mass media*, che possono significativamente influenzare l'opinione pubblica. Tuttavia, attenendosi alle linee guida elaborate per evitare il fenomeno dell'imitazione, i *mass media* possono validamente contribuire alla riduzione dello stigma legato al suicidio (Tatarelli, 2003; Pompili, 2003c). L'esperienza statunitense suggerisce appunto che i professionisti della salute, i pazienti e le loro famiglie, nonché le organizzazioni di supporto, possono lavorare insieme nella collaborazione con i *media* che dovrebbero presentare il suicidio come gesto frutto di una sofferenza estrema la quale però può essere gestita in modo adeguato con l'aiuto di personale qualificato e sfruttando le risorse disponibili per i pazienti a rischio (Pompili, 2006).

Gaia Anibaldi
Martina Mastrangelo





La relazione medico-paziente

Il trattamento del paziente che ha messo in atto un tentativo di suicidio si può suddividere in due momenti: ricovero e dimissioni. Durante il ricovero, vengono messe in atto tutte quelle procedure e quei protocolli, che non richiedono una particolare aderenza del paziente poichè si tratta di un momento critico in cui il paziente segue le cure somministrate senza porsi il problema delle alternative. Una volta che si programmano le dimissioni, la situazione si fa più complessa, sia per le differenti organizzazioni della cura e della riabilitazione del paziente suicida sul territorio, sia per la non prevedibilità dell'aderenza del paziente, chiaro indice di quanto il fenomeno suicidio sia esclusivamente soggettivo, legato alla persona e, così come la persona, anche il trattamento deve essere diverso da individuo a individuo e difficilmente può essere inquadrato in categorie predefinite.

Gli unici elementi comuni sono il dolore mentale, "psychache", e la mancanza di speranza, *hopelessness*. Tenendo in considerazione l'unicità di ciascun individuo, la psicoterapia con i pazienti che presentano ideazione o tentativi di suicidio si configura come una *self-centred-therapy*, incentrata sulla persona. Il punto di partenza per qualsiasi tipo di approccio psicoterapeutico con tali pazienti è una buona ed efficace relazione (Dyck, 1984).

L'alleanza terapeutica è uno dei fattori più significativi nella valutazione

del rischio di suicidio e nel predire l'andamento del trattamento terapeutico.

Linehan, nel 1993, ha distinto 3 elementi principali necessari all'instaurarsi di un'efficace alleanza terapeutica: l'accettazione, con cui si intende l'accogliere il paziente in sé, per come è e per le narrazioni e i vissuti che porta, il *problem solving*, cioè la discussione attiva sui problemi che emergono in terapia riguardo la relazione terapeutica stessa, e la generalizzazione, cioè il rinforzo dei comportamenti volti a stringere relazioni al di fuori del *setting* terapeutico. L'alleanza terapeutica si deve, perciò, considerare prima di tutto come uno scambio umano, un rapporto affettivo dinamico rivolto ad abbassare il livello di perturbazione del paziente. I sentimenti di colpa, rabbia, vergogna, mancanza di speranza, senso di perdita dell'aiuto da parte del mondo circostante, vengono accolti senza pregiudizio o sentimenti di prevenzione per sviluppare nel paziente la fiducia nei confronti del terapeuta, in modo che diventi possibile mettere in pratica gli elementi attivi della psicoterapia.

Il contesto all'interno del quale viene gestita la situazione è caratterizzato da profonda ansia: per il dolore mentale, per la mancanza di speranza, per la vergogna di un gesto già messo in atto, per la paura di una nuova delusione. L'ansia mette in moto dei meccanismi di difesa forti da parte del paziente come la regressione, l'aggressività, la sfida continua nei

confronti del terapeuta che viene messo di fronte alla provocazione del "non mi stai aiutando, quindi posso uccidermi di nuovo". Provocazione, aggressività, regressione, mettono a dura prova la stabilità e la sicurezza del terapeuta che si trova continuamente a confrontarsi con la volontà del paziente di morire e quindi con il rischio di fallire nel suo obiettivo terapeutico.

Il lavoro che si affronta in terapia è di conoscenza del mondo del paziente, delle narrazioni, dello stile utilizzato per affrontare i pensieri e le vicissitudini quotidiane. Le narrazioni, inoltre, diventano un utile strumento per conoscere lo stile e la modalità cognitiva del paziente: come pensa, come costruisce il pensiero e su che cosa si basa, i presupposti di colpa, di vergogna alla base del pensiero suicida e, quindi, pur non condividendo tali pensieri, bisogna lasciare loro spazio all'interno della relazione terapeutica.

La strategia da utilizzare è volta a tradurre quel dolore così insormontabile sperimentato dal paziente in un dolore forte, ma a cui si può resistere. Per questo Shneidman (2001) ha messo a punto la psicoterapia del dolore o *Anodyne Psychotherapy* che si basa sul presupposto che il suicidio sia il risultato del dolore psicologico insopportabile sperimentato dal soggetto che lo ha portato all'atto letale. Il tentativo di porre fine a questo tormento induce il soggetto a ricorrere al suicidio come rimedio estremo, inadeguato e aberrante, ad uno stato che non riesce più a tollerare. In questo quadro il terapeuta diventa un'agente che allenta lo *psychache*, l'insopportabile pressione della sofferenza, non cercando di convincere magicamente il paziente che possa finire, ma facendogli presente che ci sono dei modi tollerabili di lavorarci insieme per ridurre il dolore.

È necessario far comprendere al paziente che ci possono essere risorse affettive da sfruttare e valorizzare. In terapia si rafforzano i legami validi nella vita del paziente, oppure si cerca di costituire con lui una rete efficace che possa essere di supporto esterno nel momento critico. Lo scopo della psicoterapia, orientata alla riduzione del dolore mentale, è, quindi, quello di trattare la sofferenza dell'individuo prima ancora di occuparsi del rischio di suicidio che è un prodotto dello stato perturbato.

Al fine di comprendere la sofferenza del paziente suicida il terapeuta deve prestare particolare attenzione all'unicità del soffrire, portato come movente primario dell'intenzione di suicidarsi.

Shneidman (1985) suggerisce le seguenti caratteristiche tipiche del suicidio che possono essere utili per aiutare i soggetti a rischio:

- Stimolo: dolore insopportabile che la terapia ha lo scopo di ridurre;
- Stressor: bisogni frustrati da soddisfare;
- Scopo: trovare una soluzione, fornire una risposta alternativa;
- Fine: cessazione della coscienza. Si può meglio comprendere il suicidio se lo si considera come un atto che abolisce la coscienza dell'individuo dove alberga il dolore mentale e, perciò, si propone come la migliore soluzione per l'individuo
- Emozioni: hopelessness-helplessness;
- Attitudine interna: ambivalenza;
- Stato cognitivo: costrizione;
- Atto interpersonale: comunicare l'intenzione;
- Azione: messa in atto
- Compatibilità: vanno rievocati meccanismi di *coping* di successo usati in precedenza.

La maggiore introspezione psicologica del paziente, si può realizzare solo quando il momento critico è stato superato e il dolore mentale e la mancanza di speranza siano diminuiti di intensità, così da essere almeno compatibili con la vita.

In questo secondo momento del percorso terapeutico, si possono meglio affrontare i sentimenti del paziente, dalla vergogna alla colpa, dal non essere degno al non valere nulla: durante la terapia è opportuno sviscerarli pienamente, prima di tutto per condividerli con il paziente in modo da non permettergli la fantasia che ci sia qualche elemento non affrontabile per la presenza del giudizio del terapeuta, inoltre, perché grazie all'esplicitazione si riesce a trovare il modo di rendere questi sentimenti meno opprimenti fino a renderli presenti ma compatibili con la vita, a differenza di come vengono presentati le prime volte in terapia.

È il momento in cui il punto di vista del paziente deve essere allargato:

quando si sposta il pensiero dall'unica via d'uscita apparentemente possibile, la morte, si deve focalizzare l'attenzione su più alternative, concentrandosi sulle relazioni affettive e sociali funzionali, le risorse, le capacità sempre presenti ed esistenti in ogni essere umano ma completamente dimenticate durante la crisi suicidaria. Se ci si trova a gestire pazienti ad elevato rischio di suicidio è necessario seguire delle pratiche più rigorose:

1. Monitoraggio continuo, preferibilmente ogni giorno, circa il *rating* di letalità del paziente.

2. Un attivo coinvolgimento, tramite la possibilità di approcciarsi ai problemi della vita quotidiana del paziente in modo aperto, amichevole e disinvolto.

3. Impiego delle risorse della comunità, tramite il coinvolgimento dei presidi sociali e della psichiatria.

4. Consultazione. Far uso regolare della supervisione e della consulenza di colleghi. Si può parlare della terapia, dei propri sentimenti, della frustrazione, dell'*hopelessness*, ecc.

5. Ricovero in ospedale. È sempre un passaggio critico per il paziente suicida, ma non deve, per tali motivi, essere evitato. Ovviamente, la qualità delle cure del personale medico è fondamentale.

6. Il coinvolgimento dei cari e degli amici. Il suicidio è spesso una forte crisi diadica. Ne consegue che il terapeuta, a differenza di ciò che normalmente fa, ossia trattare quasi esclusivamente con il suo paziente, dovrebbe prendere in considerazione l'opportunità di lavorare direttamente con gli altri significativi. Per esempio, verificare se ci sono incomprensioni rilevanti con il coniuge o se, invece, può essere utilizzato come alleato per ridurre la sofferenza del paziente. Naturalmente, la terapia resta incentrata sul paziente e il familiare può essere visto solo in alcune fasi di maggiore criticità.

7. Un'attenta modifica dei canoni usuali della riservatezza. È vero che si tratta di un punto delicato e complicato, ma il terapeuta non dovrebbe allearsi con la morte. L'infrangere il segreto professionale per salvare la vita del paziente è un atto condiviso dalla maggior parte dei professionisti. Il comunicare informazioni sul paziente a terzi dovrebbe essere avvenire riferendo al paziente la necessità di farlo per il suo bene.

8. Limitazione della propria pratica ad un ristretto numero di pazienti ad alto rischio di suicidio. È possibile vedere un gran numero di pazienti a rischio di suicidio ma solo un numero limitato di pazienti ad alto rischio. Le risorse per confrontarsi con questi individui spesso superano le reali disponibilità dei terapeuti an-

che quando si tratta di uno o due individui ad alto rischio. Nel caso di morte per suicidio di un paziente, il terapeuta si trova a dover affrontare e gestire l'evento e le emozioni che ne conseguono. Il suicidio di un paziente tende ad essere considerato, inevitabilmente, come un fallimento terapeutico e, come tale, può provocare l'irruzione di forti reazioni controtransferali. I cambiamenti generati da tale evento possono essere rintracciabili, sia nella pratica clinica, che nelle emozioni del terapeuta. La prima reazione da parte del clinico, dopo aver appreso la notizia sulla morte del paziente è l'incredulità, di conseguenza ciò che la mente gli impone è l'allontanamento dalla sofferenza; una sofferenza che non permette più nessun confronto, nessuna soluzione.

Accanto a queste emozioni altre due, cariche di conflitti interni, prendono il sopravvento: la rabbia ed il sollievo. La rabbia è un modo per proteggersi dal dolore perché il clinico prova la sensazione di essere stato rifiutato e tradito dal paziente quindi questo meccanismo di difesa, si esprime sia sul defunto, che lo ha portato a mettere in discussione le proprie abilità terapeutiche, sia sugli altri.

Dopo il suicidio, il terapeuta vive la consapevolezza di non dover più confrontare quelle parti di sé con l'ideazione suicidaria del paziente e con la continua minaccia di morte, perpetrata da quest'ultimo. Com-

prensibilmente, in seguito ad un evento così drammatico i terapeuti tendono a modificare e implementare la loro pratica clinica: ponendo maggiore attenzione a indizi riguardanti il suicidio, compilando in maniera più accurata le cartelle cliniche, fissando appuntamenti di *follow-up*, chiedendo consiglio e rassicurazioni ai colleghi e facendo ricorso alle supervisioni e ai servizi di *counseling* forniti dalla struttura.

Shneidman (2001) ha osservato che chi mette in atto un tentativo di suicidio mette il proprio scheletro psicologico nell'armadio emotivo di chi gli sopravvive, imponendo a quest'ultimo di occuparsi di sentimenti negativi e di ossessioni riguardanti il possibile ruolo nell'aver precipitato o comunque nel non aver saputo evitare il suicidio (Pompili et al., 2002). Gli studi svolti per cercare di conoscere l'impatto di tale evento su questi professionisti, hanno rilevato che il *pattern* emozionale evocato risulta sovrapponibile a quello vissuto dai familiari e dagli amici di un paziente suicida.



Adolescenti e rischio di suicidio

L'adolescenza è una fase complessa della vita che comporta una serie di cambiamenti intrapsichici e relazionali che implicano rinunce e perdite simultanee ed interconnesse tra loro. Tutto ciò deriva dalle trasformazioni del corpo, dalle nuove esigenze evolutive e dal processo di individualizzazione, inteso come ricerca dell'identità e della propria autonomia. Il carattere paradossale dell'adolescenza, che contempla contemporaneamente indipendenza/dipendenza, onnipotenza/impotenza, euforia/depressione, speranza/disperazione, progressione/regressione, ben si presta alla concettualizzazione del pensiero dicotomico.

Al tempo stesso, la necessità di sperimentare, unita al processo di individualizzazione, potrebbe spingere l'adolescente a saggiare i propri limiti ai confini delle sue possibilità di resistenza, sia sul piano delle emozioni che su quello corporeo. La dinamica suicidaria, secondo Jeammet (1996), riguarda una ferita narcisistica umiliante ed insopportabile perché fonte di profonda vergogna. Non c'è dubbio che l'aver perso fiducia nel proprio corpo sia una determinante importante del suicidio. Infatti, l'individuo deve agire contro il proprio corpo con energia sufficiente a causare la morte.

IL GIOVANE SUICIDA. MODELLI A CONFRONTO

Modello 1: la crisi suicidaria

I giovani che appartengono a questo gruppo rappresentano il numero minore di tutte le casistiche esaminate. Sono ragazzi con un funzionamento globale discreto, a volte anche buono, che in maniera repentina si ritrovano in un periodo critico, generalmente in seguito ad un evento stressante come la perdita di un parente, o per fattori interni come la perdita dell'autostima, della sicurezza di sé, etc.

L'evento determina un cambiamento molto rapido nel carattere del giovane con perdita di interesse per le cose, disorganizzazione e confusione, ostilità, aggressività e incapacità di concentrarsi per raggiungere un obiettivo, fino ad arrivare ad una crisi così violenta e immediata da portarlo a tentare il suicidio. La successione

di tali eventi avviene nell'arco di non più di 6 settimane (Peck, 1982).

Modello 2: il solitario

In genere il modello di giovane suicida riconosciuto come "solitario" è di sesso maschile e razza bianca. Il suo malessere comincia molto precocemente, all'inizio dell'adolescenza, mentre il gesto suicida tende a manifestarsi al limite con l'età adulta.

È un ragazzo molto isolato, che instaura pochi rapporti con i coetanei e gli adulti e che si sente estremamente solo. Non ha amici con cui confidarsi, confrontarsi e sfogarsi. Crescendo, aumenta la sua insicurezza nei confronti dell'altro sesso con una sensazione di completa inadeguatezza verso la possibilità di rapportarsi alle donne in futuro.

La famiglia è spesso ben funzionante, anche se si è riscontrata una scarsa autostima nei genitori che considerano quindi il figlio come la compensazione dei loro insuccessi e della loro infelicità, pretendendo, quasi, che sia impossibile per lui sentirsi solo, infelice o inadeguato. Le aspettative nei confronti del ragazzo diventano così enormi che il suo malessere e la sensazione di non potercela fare aumentano proporzionalmente nel tempo.

La spinta che lo porta al suicidio è data in gran parte dai sentimenti di mancanza di speranza e di impossibilità di essere aiutato, che investono il ragazzo in questa fase. A questi giovani viene attribuita la diagnosi di disturbo dell'umore, tratti schizoidi o, anche, disturbo di personalità di tipo *borderline*.

Il trattamento terapeutico mira a instaurare con il paziente un rapporto così forte da poter compensare tutte le mancanze che lo hanno portato alla disperazione per poterlo poi aiutare a ritrovare un'immagine di sé e un'autostima valide.

La terapia di sostegno per la famiglia, molto spesso si trasforma in una vera e propria terapia di coppia o in una terapia individuale del singolo genitore maggiormente problematico (Peck, 1968).

Modello 3: l'acting-out

In questo caso si parla soprattutto di ragazze di varie etnie. Queste ragazze hanno tipicamente comportamenti illegali, pericolosi, violenti e aggressivi. Nella maggior parte dei casi sono ribelli ed abusano di sostanze stupefacenti o alcolici.

Il problema si verifica all'inizio dell'adolescenza, con l'instaurarsi di sintomi depressivi a cui non riescono inizialmente a far fronte e a cui reagiscono spontaneamente con l'agito violento. Quando però l'agito non è più sufficiente a contenere l'angoscia, subentra una crisi profonda che mette queste ragazze a rischio di suicidio.

Spesso le famiglie sono poco presenti, disorganizzate ed è presente l'abuso di sostanze.

Inizialmente, l'approccio terapeutico può essere frustrante, in quanto spesso ci si trova di fronte a disturbi gravi di personalità. Ci si deve focalizzare sul forte sentimento di angoscia che vivono queste ragazze e, non di rado, è necessario il ricovero ospedaliero o in centri di disintossicazione, soprattutto, quando l'abuso di sostanze diventa eccessivo.

COME IDENTIFICARE GIOVANI IN DIFFICOLTÀ E CON POSSIBILE RISCHIO DI SUICIDIO

In numerosi studi si è evidenziata la predittività della condotta suicidaria nell'adolescenza, che risiede



nell'individuazione e nell'attenta considerazione dei fattori di rischio: vi sono, in genere, una serie di segnali che possono allarmare chi ha più stretti rapporti con il giovane in questione (genitori, insegnanti, amici). Fondamentale per la valutazione dell'imminenza del rischio suicidario è l'analisi della comunicazione, dei segnali verbali, comportamentali, situazionali (Sanchez, 2001).

Qualunque cambiamento repentino o drammatico che danneggi le attività di un bambino o di un adolescente, la sua frequentazione della scuola o il suo comportamento personale deve essere considerato seriamente. È il caso di:

- Mancanza di interesse nelle attività quotidiane;
- Persistente stato di noia, difficoltà di concentrazione, diminuzione del rendimento scolastico;
- Continue lamentele somatiche legate alla sfera emotiva, come mal di pancia, mal di testa, segnali di affaticamento;
- Comportamento inadeguato in classe;
- Assenze non giustificate, ripetute o senza permesso;
- Uso di alcool e droghe (compreso cannabis);
- Scarsa cura della propria persona;
- Autolesionismo;
- Disturbi alimentari;
- Tentativi di suicidio/desiderio di morire;
- Disturbi dell'umore (ad es. depressione), disturbi psichiatrici, disturbi di personalità;

- Avvisi di intenzione di suicidio inclusi i seguenti comportamenti: Verbalizza: "voglio uccidermi" o "mi suicido" o dà segnali verbali come: "Non sarò un problema ancora a lungo" o "Se mi succede qualcosa voglio che sappiano che..." o regala i suoi oggetti più cari; butta le sue cose più care;
- Scrive una o più note di suicidio.

Tali fattori aiutano ad identificare i giovani a rischio di sofferenza mentale e sociale che possono pensare al suicidio o che mettono in atto comportamenti suicidari. Se questi fossero identificati da un componente dello staff scolastico, dovrebbe essere allertato il corpo docente e ovviamente la famiglia. Questo dovrebbe comportare una coscienziosa valutazione dello studente, dato che spesso questi sintomi sono indicazioni di una sofferenza severa che può condurre, in alcuni casi, al comportamento suicida. Per gli adolescenti già sottoposti a cure psichiatriche, una sensibilizzazione dei familiari ai problemi psichiatrici può risultare efficace, per aiutare questi ultimi a comprendere meglio i problemi dei loro figli.

Lo scopo di tale sensibilizzazione è di migliorare l'accettazione delle cure ed instaurare un rapporto, in modo da consentire loro di tenere sotto osservazione i propri figli, con un particolare riguardo nel cogliere i sintomi ricorrenti e specifici. Molti dei segnali di rischio sopraelencati, oltre ad indicare possibili desideri suicidi sono anche sintomi di depressione e sappiamo che i disturbi depressivi ricorrono con una percentuale che oscilla tra il 49% e il 64% negli adolescenti vittime di suicidio, rendendola quindi la principale condizione (Shaffer D, Gould MS, Fisher P, 1996), seguita poi dall'assunzione e dall'abuso di sostanze, in quanto è stata rilevata un'elevata prevalenza di comorbilità tra stati d'ansia ed abuso di sostanze in giovani adolescenti vittime di suicidio (Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, 1991).

In tal senso il riconoscimento di entrambe le condizioni risulterebbe essere il metodo più efficace per prevenire il suicidio. Vari studi hanno infatti dimostrato che i programmi di prevenzione con più possibilità di successo sono quelli orientati all'identificazione e al trattamento dei disturbi mentali e dell'abuso di so-

stanze, al controllo dell'effetto dello stress e dei comportamenti aggressivi.

SCUOLA E FAMIGLIA

La famiglia è certamente il luogo di prevenzione primaria per il suicidio: forti legami familiari, genitori attenti, supportivi, sempre disponibili all'ascolto, capaci di insegnare modalità non violente di risoluzione dei conflitti e che favoriscano solidi legami di amicizia con i coetanei, sono unanimemente riconosciuti tra i più importanti fattori protettivi, indipendentemente dall'etnia di appartenenza dell'adolescente.

Occorre che un genitore sia sempre attento a quanto accade al proprio figlio adolescente, prestando particolare attenzione a quelli che secondo la letteratura internazionale sono i principali fattori di rischio di comportamenti suicidari, e che invece sono frequentemente sottostimati, senza dimenticare che l'adolescenza è uno "stato normale" e che in questo periodo una bassa autostima, problemi di concentrazione, affaticamento, pensieri negativi sono estremamente comuni.

LA COMUNICAZIONE

- Invariabilmente, il primo passo della prevenzione del suicidio è ottenere la fiducia nella comunicazione. Durante lo sviluppo del processo suicida, la reciproca comunicazione tra i giovani suicidi e quelli che si trovano nelle loro vicinanze è di importanza cruciale.
- La mancanza di comunicazione e la rottura della rete che ne deriva dà luogo a:
- Silenzio e aumento della tensione nella relazione. La scelta del silenzio e l'assenza di dialogo spesso sono causati dalla paura dell'adulto di spingere il giovane a commettere l'atto suicida discutendo con lui o lei riguardo ai propri pensieri sul suicidio.
- Ovvio ambivalenza. Comprensibilmente il confronto dell'adulto con una comunicazione di intenti suicidi di un bambino o di un giovane mette in primo piano i propri conflitti psichici. La tensione psicologica di un incontro con un giovane con intenzioni suicide è, generalmente, molto intensa e comporta un ampio spettro di reazioni emotive. In alcuni casi, i problemi emotivi non risolti dell'adulto



che è a contatto con un giovane suicida, affiorano alla superficie. Questi problemi possono accentuarsi dentro lo staff istituzionale/scolastico, la cui ambivalenza – di volere ma allo stesso tempo non desiderare o non essere capace di aiutare il giovane suicida – può comportare l'eludere il dialogo.

• Aggressione diretta o indiretta. La scomodità dell'adulto è talmente grande che la reazione finale di fronte al giovane sofferente o con intenzione suicida è di aggressione verbale o non verbale.

• È importante comprendere che il docente/genitore non è solo in questo processo di comunicazione, e che l'imparare ad ottenere una buona comunicazione è fondamentale. Il dialogo deve essere creato e adattato a ogni situazione. Il dialogo implica, prima di tutto, il riconoscimento dell'identità dei bambini e degli adolescenti e anche la loro necessità di aiuto.

• Molte volte, i giovani che soffrono o che sono a rischio di suicidio sono ipersensibili rispetto allo stile di comunicazione delle altre persone. Questo è dovuto al fatto che spesso hanno sofferto di carenza di relazioni di fiducia con le famiglie o con gli amici durante la loro crescita e pertanto, hanno sperimentato assenza di interesse, di rispetto e anche di amore. L'ipersensibilità dello studente suicida emerge tanto nella comunicazione verbale quanto in quella non verbale. Qui il linguaggio corporeo gioca un ruolo importante tanto quanto la comunicazione verbale. Tuttavia, gli adulti, docenti e familiari, non devono scoraggiarsi per la rinuncia a parlare con loro da parte dei giovani. Invece, devono ricordare che l'attitudine al rifiuto è spesso un segnale di sfiducia verso

gli adulti.

• Gli adolescenti a rischio di suicidio mostrano anche una marcata ambivalenza sul farsi aiutare o rifiutare tale aiuto, oltre che riguardo al vivere o al morire. Questa ambivalenza ha evidenti ripercussioni nel comportamento del giovane suicida, che può mostrare cambiamenti rapidi che vanno dalla ricerca di aiuto fino al rifiuto più totale, il che può essere facilmente male interpretato da altre persone.

IN CASO DI SUICIDIO O TENTATIVO DI SUICIDIO

• L'istituzione deve avere piani di emergenza su come informare lo staff, specialmente i docenti, e anche gli alunni compagni e genitori, quando il suicidio è stato commesso nell'istituzione, con la finalità di prevenire suicidi a catena. L'effetto del contagio proviene dalla tendenza dei bambini e dei giovani suicidi a identificarsi con le soluzioni distruttive adottate dalle persone che hanno tentato o commesso un suicidio.

• I compagni di scuola, l'équipe scolastica e i genitori devono essere debitamente informati di un suicidio o di un tentativo di uno studente, e la difficoltà causata da questo tipo di atto deve essere coscienziosamente discussa.

Rischio di suicidio: scale di valutazione

Una delle grandi sfide per chi si trova a fare una valutazione del rischio di suicidio è quella di minimizzare quanto più possibile i falsi negativi, ovvero classificare soggetti a rischio come non a rischio di suicidio. La valutazione deve comprendere l'analisi di diversi fattori di rischio, tra i quali: presenza di patologia psichiatrica, pregressi tentativi di suicidio, abuso di sostanze, familiarità per tentativi di suicidio, isolamento sociale, disabilità fisiche e accessibilità a mezzi fatali. In aggiunta, devono essere considerati l'età, il genere, la razza, la religione e l'appartenenza a gruppi di minoranza. In questo contesto, le scale psicometriche possono essere un valido aiuto per il clinico (Sullivan et al., 2006).

Di seguito sono presentate alcune scale psicometriche utilizzate per la valutazione del rischio di suicidio, oltre all'intervista semistrutturata C-SSRS che rappresenta uno degli strumenti più utili in ambito clinico.

COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

L'intervista è stata sviluppata per soddisfare la necessità di avere uno strumento che accompagni il clinico nell'esplorazione del rischio di suicidio attraverso domande mirate. La C-SSRS aumenta in modo specifico la nostra capacità di stabilire il rischio futuro di comportamento suicidario e fornisce informazioni basate su prove che consentono di valutare meglio l'intento suicidario. L'intervista è costituita da quattro sezioni: ideazione

suicidaria, in cui si valuta la presenza di desideri, pensieri e piani; intensità dell'ideazione suicidaria, in cui si valuta la frequenza, la durata e la controllabilità dei pensieri; la terza sezione riguarda il comportamento suicidario, in termini di tentativi pregressi, tentativi concreti, tentativi falliti e tentativi interrotti; l'ultima sezione riguarda la letalità effettiva o potenziale del comportamento suicidario messo in atto.

Esistono due versioni della stessa intervista: una versione *Life-time* che indaga sia il corso della vita che l'ultimo mese; una versione *Since Last Visit* che indaga lo spettro suicidario dall'ultima visita, ovvero dall'ultima valutazione del rischio di suicidio.

SCALES FOR SUICID IDEATION (SSI)

La SSI (Beck et al., 1979; Beck et al., 1988) è uno strumento di eterovalutazione composta da 19 *item* che esplorano le caratteristiche dell'ideazione suicidaria e l'atteggiamento del soggetto nei confronti di questa, e, se presenti, i dettagli dei progetti suicidari; inoltre sono valutati i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio e la sensazione oggettiva di poter controllare le spinte suicidarie (Conti, 1999).

Ogni *item* consiste di 3 opzioni a cui possono essere assegnati punteggi da 0 a 2, in modo che il punteggio totale della scala possa oscillare in un range che va da 0 a 38 e che un punteggio più alto sia associato a una maggiore gravità dei pensieri suicidari. I primi 5 *item* della scala,

che valutano il desiderio di morire, il desiderio di vivere, le ragioni per vivere/morire e il desiderio di mettere in atto un tentativo di suicidio, sono usati come *screening* e solo se il soggetto riferisce la presenza di un desiderio passivo (*item* n. 4) o attivo (*item* n. 5) di suicidarsi sono somministrati anche gli altri 14 *item* (Brown, 2002).

SUICIDE INTENT SCALE (SIS)

La SIS (Beck, 1990; Beck et al., 1974a) è una scala eterosomministrata che valuta la serietà dell'intento nel commettere un suicidio che va somministrata a quanti lo hanno già messo in atto. Gli *item* che la compongono sono 15 e a ognuno può essere assegnato un punteggio che va da 0 a 2, in modo che il punteggio totale della scala possa oscillare in un range che va da 0 a 30 e che un punteggio più alto sia associato a una maggiore gravità dell'intento suicidario.

La SIS è divisa in due sezioni, la prima, composta da 8 *item*, valuta le circostanze oggettive del comportamento investigato (sono inclusi *item* che investigano i preparativi e modi di esecuzione del tentativo in questione) e la seconda, composta da 7 *item*, valuta la percezione soggettiva di letalità del tentativo, le aspettative di essere salvato, quanto l'atto è stato premeditato e le motivazioni sottese. L'intervista è volta a valutare il tentativo di suicidio, nel caso in cui l'individuo abbia messo in atto più di un tentativo.

BECK DEPRESSION INVENTORY II (BDI - II), E LA BECK HOPELESSNESS SCALE (BHS)

La BDI - II (Beck et al., 1996) consiste in 21 *item* creati per valutare la gravità dei sintomi depressivi negli adolescenti e negli adulti.

Ciascuna domanda prevede una risposta a 3 punti, per cui lo *score* totale può variare da 0 (nessun sintomo depressivo riferito) a 63 (sintomatologia depressiva di grado severo).

Oltre a valutare il livello della sintomatologia depressiva è importante porre attenzione ad alcune domande specifiche, l'*item* sul suicidio e la domanda sul pessimismo (*item* 2). Il possibile effetto di mediazione della disperazione sulla suicidalità ha contribuito allo sviluppo della seconda

scala di Beck. La BHS (Beck et al., 1974b). consiste in 20 *item* a risposta dicotomica vero/falso che misurano tre aspetti principali della disperazione: sentimenti sul futuro, perdita di motivazione e aspettative. Beck e coll. (1985) hanno riportato che un punteggio uguale o superiore a 9 è stato predittivo di 10 su 11 soggetti depressi con ideazione suicidaria che hanno successivamente tentato il suicidio. In Italia, la BHS è stata estensivamente usata dal nostro gruppo di ricerca che ha anche studiato le caratteristiche psicometriche (Innamorati et al., 2013; Pompili et al., 2007b) e pubblicato un manuale di validazione (Pompili et al., 2009).

SUICIDE HISTORY SELF-RATING SCREENING SCALE (SHSS)

La SHSS (Innamorati et al., 2011a) è uno strumento di *screening self-report* creato all'interno del gruppo di ricerca afferente al Centro per la Prevenzione del Suicidio dell'A.O.U. Sant'Andrea di Roma. Il suo scopo era di identificare i pazienti con un elevato rischio di togliersi la vita nel breve termine.

La SHSS è costituita da 20 *item*, 18 dei quali permettono una valutazione quantitativa dei comportamenti suicidari messi in atto dall'individuo, mentre 2 ("Mi può descrivere brevemente quali strumenti o situazioni ha scelto?") sono stati aggiunti al solo scopo di permettere all'individuo di indicare quei particolari riguardanti i suoi precedenti tentativi di togliersi la vita che ritiene di dover suggerire per far meglio capire i suoi comportamenti.

Per i 18 *item* quantitativi è stato pensato un formato di risposta dicotomico. Gli *item* del questionario valutano sia la presenza d'ideazione suicidaria che quella di comportamenti suicidari. Le istruzioni chiedono al soggetto di indicare la presenza di questi comportamenti negli ultimi 12 mesi, oppure nel resto della sua vita.

La SHSS ha dimostrato di riuscire a discriminare i pazienti che avevano messo in atto un tentativo di suicidio nelle ultime 24-48 ore, da quelli che non lo avevano messo in atto.

Outstanding International Opinion Leaders



CHRISTOPH CORREL

Professor of Psychiatry at Hofstra Northwell School of Medicine, New York, USA; Medical Director of the Recognition and Prevention (RAP) program at the Zucker Hill side Hospital, New York, USA. Professor Correl's research and clinical work focus on the identification, characterization and treatment of adults and youths with severe psychiatric disorders. He has received over 30 national and international research awards and fellows for his work and was listed by Thomson Reuters in 2014 and 2015 as one of "The most influential scientific minds" and "top 1% cited scientists in the area of psychiatry".



MICHAEL BAURE

Professor of Psychiatry and Executive Chair of the Department of Psychiatry and Psychotherapy at the Medical Faculty, Technische Universität Dresden, in Germany, he is also Physician-in-Chief at the Psychiatric Hospital and Outpatient Clinics of the University Hospital Carl Gustav Carus. He is President of the International Group for the Study of Lithium-Treated Patients (IGSLI), chairs the World Federation of Societies of Biological Psychiatry's (WFSBP) Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders.



VALERIE CURRAN

Professor of psychopharmacology at the UCL, London and Principal Editor of Psychopharmacology since 2003. Her fields of interest include: using psychotropic drugs to explore neurotransmitter basis of cognitive and emotional processing, differentiating the actions of different cannabinoids on schizotypal symptoms, cognition and addiction-related processes, exploring pharmacological models of psychotic symptoms using ketamine and cannabinoids, studying users of 'recreational' drugs to examine the short- and long-term effects of these substances on cognition, emotion and the brain.



ROGER SOLOMON

Psychologist and psychotherapist specialized in the areas of trauma and grief. He is on the Senior Faculty of the EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Institute and provides basic and advanced EMDR training internationally. He currently consults with the US Senate, NASA, and several law enforcement agencies.

Dr. Solomon has provided clinical services and training to the FBI, Secret Service, U.S. State Department, Diplomatic Security, Bureau of Alcohol, Tobacco, and Firearms, U.S. Department of Justice (U.S. Attorneys). Internationally, he consults with the Polizia di Stato in Italy.



KELLY POSNER

Professor of Psychiatry at Columbia University and the Founder and Director of The Columbia Lighthouse Project. The former President of the American Psychiatric Association, Dr. Jeffrey Lieberman, noted the Columbia Protocol (or C-SSRS) and its dissemination could be "like the introduction of antibiotics." He also stated that because of her work, we "may actually be able to make a dent in the rates of suicide...that would be an enormous achievement in terms of public health care and preventing loss of life."



CARLA CANUSO

Senior Director of Neuroscience Clinical Development at Janssen Research & Development, LLC. Dr. Canuso is interested on finding treatments for patients at imminent risk for suicide, particularly young adult and adolescent populations, and much of her career has been dedicated to studying people younger than 35 years of age. Her current work includes managing a clinical trial at Janssen to study the effects of a potential new treatment for adolescents at risk for suicide.



KOEN DEMYTTENAERE

Professor at the University Hospitals Leuven, department Of Psychiatry, Leuven, Belgium. His clinical and scientific focus is anxiety and depression. He is university supervisor and responsible for the training of the assistants. He is also scientific coordinator at UPC KU Leuven and chairman of the Psychiatry Research Group within the neuroscience department of KU Leuven. He is the author or co-author of more than 250 international scientific articles.



Alcuni dei moderatori e relatori



Il Magnifico Rettore
EUGENIO GAUDIO
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica.



Il Prof. **MARIO MAJ**
durante l'introduzione magistrale dell'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica.



Il Prof. **PAOLO GIRARDI**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.



Il Prof. **ALBERTO SIRACUSANO**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.



Il Prof. **MARIO AMORE**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Studenti di medicina e dimensione suicidaria.



Il Prof. **ANTHONY BATEMAN**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: La mentalizzazione nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità.

delle ultime due edizioni



Il Prof. **MASSIMO BIONDI**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.



Il Prof. **BERNARDO CARPINIELLO**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Suicidio assistito nelle persone affette da disturbi mentali.



Il Prof. **CHRISTOPH CORRELL**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Ottimizzazione della terapia acuta e di mantenimento della Schizofrenia.



Il Prof. **SERAFINO DE GIORGI**
all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.



Il Prof. **DIEGO DE LEO**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: La difficile arte della predizione del rischio di suicidio.



Il Prof. **MASSIMO DI GIANNANTONIO**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Dal sognare al concretizzare la propria morte: riflessioni neuropsicoanalitiche.



Il Prof. **ANDREA FIORILLO** all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: 41 secondi per comprendere i survivors del suicidio.



Il Prof. **VITTORIO LINGIARDI** all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Personalità, sintomi e capacità mentali: valutare il rischio di suicidio con il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2).



Il prof. **ROGER MCINTYRE** all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute pubblica ha proposto il tema: L'importanza dei sintomi cognitivi nella terapia della depressione.



Il prof. **ZOLTAN RIHMER** all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Meglio prevenire il suicidio anziché predirlo? Aspetti controversi della prevenzione del suicidio.



Il Prof. **ALESSANDRO ROSSI** all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Resilienza e suicidalità.



Il prof. **JIM VAN OS** all'edizione 2018 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Il paradigma della Schizofrenia nell'era della salute pubblica.

L'agenzia di rating *Expertscape* è stata creata da alcuni ricercatori americani con l'obiettivo di mettere a disposizione di tutti un *database* di esperti di tutto il mondo specializzati in oltre 27.000 tematiche.

Ogni anno *Expertscape*, attraverso l'analisi di alcuni parametri obiettivi (numero di pubblicazioni, impatto del manoscritto, prestigio della rivista, etc.) stila una classifica mondiale dei massimi esperti al mondo in ciascun settore.

Per l'anno 2019 l'agenzia di rating *Expertscape* ha riconosciuto al prof. **Maurizio Pompili**, direttore della U.O.C. di Psichiatria della A.O.U. Sant'Andrea di Roma e responsabile del Servizio per la Prevenzione del Suicidio, il titolo di **primo esperto al mondo sul tema del suicidio**.

L'*expertise* del prof. Maurizio Pompili è stato calcolato sulla base degli articoli pubblicati tra il 2008 e il 2019; su più di 148 manoscritti originali sul tema del suicidio; e partendo da un *database* contenente circa 52.167 pubblicazioni prodotte da ricercatori di tutto il mondo sul tema del suicidio.



FONTE: <http://www.expertscape.com/ex/suicide>

Country	Region	City	Institution	Expert
Includes continents	Includes US states, etc.	Includes metro areas		
<ul style="list-style-type: none"> Worldwide USA Europe Asia United Kingdom Canada Australia Germany France Italy Unspecified China Latin America Sweden Japan Korea Switzerland Spain Netherlands Taiwan Brazil Denmark Norway Israel Belgium India Africa Austria Hungary Finland New Zealand Turkey Ireland Poland Iran Greece Mexico Multinational BioPharma Portugal South Africa Singapore Republic 	<ul style="list-style-type: none"> US Eastern Zone US Mid-Atlantic US Central Zone England New England New York US Pacific Zone US Federal Service Massachusetts Maryland California Pennsylvania Ontario US Mountain Zone Texas Florida Michigan Quebec Illinois Georgia Ohio North Carolina Washington Oxfordshire Colorado Connecticut Minnesota District of Columbia Scotland Hong Kong Special Administrative Region Mississippi British Columbia Rhode Island Virginia New Jersey Oregon Manitoba Alabama Tennessee Missouri Utah 	<ul style="list-style-type: none"> New York area New York City Washington area Boston US Dept of Veterans Affairs London, EN Sydney Melbourne Montreal Toronto US Dept of Health and Human Services San Francisco Bay area Baltimore Stockholm Bethesda Seoul area Rome, IT Philadelphia Los Angeles area Pittsburgh Seoul Oxford, EN Paris area Rochester, NY Research Triangle Ann Arbor Seattle Chicago Manchester, UK Brisbane Paris Denver Los Angeles Tallahassee Atlanta Taipei Washington, DC Hong Kong Copenhagen New Haven Boulder 	<ul style="list-style-type: none"> Veterans Health System Harvard University Columbia University University of London Karolinska Institute University of Melbourne University of Toronto McGill University University of Rochester University of New South Wales University of Pittsburgh National Institutes of Health Johns Hopkins University University of Michigan NIH Bethesda University of Oxford King's College London Manchester Academic Health Science Centre University of Manchester INSERM France NewYork-Presbyterian Hospitals University of Washington New York State Psychiatric Institute Florida State University Massachusetts General Hospital Sapienza University of Rome Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience University of Pennsylvania Duke University University of Sydney Douglas Mental Health University Institute University College London Yale University University of Colorado system Instituto de Salud Carlos III Ospedale Sant'Andrea UCLA CIBERSAM Instituto de Salud Carlos III Stanford University Boston University 	<ul style="list-style-type: none"> Pompili, M Hawton, K Turecki, G Brent, D Joiner, T Oquendo, M Nock, M Lester, D Gunnell, D Mann, J John Pirkis, J De Leo, D Sher, L Serafini, G Yip, P S F Conwell, Y Girardi, P Anestis, Michael Rihmer, Z Courtet, Philippe Innamorati, M Nordentoft, M Baca-Garcia, E Gonda, X Sareen, J Milner, Allison Stanley, B Hom, Melanie A Large, M Conner, K Kölves, Kairi Apter, A Bossarte, R Robinson, Jo Caine, E Stanley, Ian H Kapur, Nav O'Connor, R Wasserman, D Ilgen, Mark Jollant, F Bryan, Craig

Aiutaci a salvare coloro che
vogliono vivere...
ma sono a rischio di suicidio

Aiutaci a sostenere coloro che
hanno perso un caro per suicidio



Un dono alla prevenzione del suicidio contribuisce a finanziare la nostra azione per salvare vite e dare speranza a coloro che sono stati partecipi nel perdere un caro per suicidio.

Le nostre attività non ricevono sostegni economici e si basano spesso sul volontariato. Aiutaci a continuare ad operare nella salute pubblica, nel sociale e nella formazione scientifica di quanti partecipano ai nostri eventi gratuiti.

Ogni donazione sarà gestita dalla Onlus Sant'Andrea e può essere detratta dalle tasse con regolare ricevuta.


Puoi contribuire con una donazione libera al nostro banco iscrizione oppure seguendo le indicazioni di seguito riportate.

PER SOSTENERCI

Dona alla ONLUS SANT'ANDREA
Banca UNICREDIT - AG. 31441
IBAN: IT 43 U 02008 05312 000400007968
Causale: SPS\Pompili

GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

www.prevenireilsuicidio.it
www.giornataprevenionesuicidio.it

 Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio