

## **Il fenomeno del suicidio: comprensione, approcci teorici, approcci comportamentali e proposte di intervento in ottica DBT**

Barbara Cesarelli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia Cognitiva

### **Riassunto**

Questo lavoro nasce dall'esperienza clinica con una paziente che ha tentato il suicidio, fortunatamente senza riuscire nell'intento. Il trattamento di pazienti con disturbo depressivo e con disturbo di personalità pone spesso di fronte a sfide e difficoltà, tra cui il rischio suicidario che, se presente, deve rappresentare il primo target di trattamento per impostare qualsiasi percorso terapeutico. A partire da una cornice teorica, facendo riferimento ad alcuni aspetti della suicidologia, disciplina scientifica che si interessa del suicidio e della sua prevenzione, seguirà un focus sugli interventi in ambito cognitivo-comportamentale e infine, più in particolare, le modalità di intervento secondo il modello di Terapia Dialettico Comportamentale (Linehan, 1993) per la gestione del rischio suicidario.

Parole chiave: *Suicidio, Disturbo di Personalità, Disturbo Depressivo, CBT, DBT, gestione del rischio suicidario.*

### **The Suicide phenomenon: understanding, theoretical approaches, behavioral approaches and proposals for intervention according to the DBT**

### **Summary**

This work starts from clinical experience with a patient who attempted suicide, fortunately without succeeding. The treatment of patients with Depressive Disorder and Personality Disorder often faces challenges and difficulties, including the suicidal risk which, if present, must represent the first treatment target to set any therapeutic pathway. Starting from a theoretical framework and making reference to some aspects of suicidology, a scientific discipline that is interested in suicide and its prevention, then will follow a focus on interventions in the cognitive-behavioral approach and finally, more specifically, the methods of intervention according to the Behavioral Dialectic Therapy model (Linehan, 1993) for the management of suicidal risk.

Barbara Cesarelli, Il fenomeno del suicidio, N. 24, 2019, pp.77-105

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

## Introduzione

L'idea di approfondire questo argomento nasce dall'esperienza vissuta con una paziente (S.) di 20 anni, che nel corso di uno stato depressivo tenta il suicidio, senza fortunatamente avere esito positivo. Prima di introdurre l'argomento, descriverò brevemente il suo caso.

Al primo colloquio S. presentava umore deflesso, mancanza di energia, stanchezza, difficoltà nello studio, ipersonnia, difficoltà ad alzarsi al mattino e marcato isolamento sociale.

In particolari momenti di stress/agitazione si manifestavano sintomi somatici quali: mal di testa, nausea, stomaco chiuso. Lo stile di pensiero pessimistico, sia per quanto riguardava sé stessa che le prospettive future, con la presenza di ideazione suicidaria.

Fin dai primi incontri S. appariva una ragazza molto difesa e poco fiduciosa, ma anche molto più matura rispetto alla propria età. Tali aspetti iniziarono ad assumere sempre più significato una volta conosciuta la sua storia di vita. Genitori da sempre molto dediti al lavoro, prioritario rispetto a tutto, compreso il nucleo familiare. Un padre invalidante, critico e giudicante e una madre distante emotivamente, passiva e remissiva nei confronti del marito. A prendersi cura di S., insieme alla sorella maggiore, era la nonna materna, ad oggi ancora un punto di riferimento importante, ma da sempre disapprovata da entrambi i genitori, in quanto vista come figura troppo protettiva. L'insegnamento familiare appreso è che bisogna farcela con le proprie forze, andare sempre avanti, non piangere, non lasciarsi influenzare da nessuno.

S. è cresciuta infatti con alte pretese da parte del padre, alti standard prestazionali, poche amicizie e iperinvestimento nello studio. Entrambe le sorelle si ritrovarono, fin da piccole, a dover portare avanti l'attività lavorativa dei genitori.

Lo scompenso è avvenuto in seguito alla difficoltà nel conseguire alcuni esami universitari, allo scioglimento graduale del gruppo di studio con il quale S. aveva molto legato e al licenziamento come cameriera, percepito come impossibilità di potersi svincolare dal lavoro in ufficio con il padre (lavoro divenuto sempre più logorante e privo di ogni soddisfazione). In seguito ad approfondimenti da un punto di vista della personalità, con la somministrazione dell'intervista SCID II, erano emersi diversi tratti significativi di personalità: passivo-aggressivi, evitanti, narcisistici e borderline, che hanno condotto ad un quadro generale di Disturbo di Personalità NAS.

Visto i forti aspetti depressivi e la presenza di ideazione suicidaria, in accordo con una psichiatra, si era ritenuto che un trattamento farmacologico avrebbe potuto aiutare S. nel tollerare lo stato di sofferenza. Verso fine settembre 2017, le viene prescritta una terapia in basso dosaggio di Sertralina, Trilafon e Melatonina per dormire.

Dopo qualche settimana, il miglioramento del tono dell'umore, aveva esposto la paziente anche a maggiore vulnerabilità e reattività. Fino a quel momento non era mai emerso un piano suicidario chiaro ed esplicito; ero a conoscenza che S. frequentasse dei forum online di persone che soffrivano di depressione, ma non avevo indagato in merito alle successive "ricerche", che l'avevano interfacciata anche sui possibili modi per "uccidersi" e che la paziente non riferiva.

Non vedendoci per una settimana e pur avendo dato, da contratto terapeutico, la mia disponibilità telefonica, S. progettò di dar fine alla propria vita la sera di Halloween, nell'ufficio del padre verso tarda sera, dopo l'acquisto di una corda e dopo essersi anestetizzata con alcool. Non aveva richiesto

il mio aiuto per il timore di disturbare, ma contattò il suo migliore amico. Fortunatamente S. non riuscì nel proprio intento, ma attese la settimana successiva, in colloquio, per riferirmi l'accaduto, minimizzando il tutto.

In seguito ad un colloquio con i genitori, la sera successiva il nostro incontro, la paziente dichiarò che i pensieri suicidari erano diventati intollerabili e decise volontariamente di effettuare una visita di valutazione in Pronto Soccorso, con successivo ricovero di circa 3 settimane presso il *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* (SPDC) che le confermò un disturbo depressivo. Concordammo insieme alla Psichiatra del servizio e in accordo con la paziente di effettuare un ricovero successivo presso la *Clinica Privata di Villa Margherita*, nel servizio Disturbi di Personalità. In regime di ricovero S. seguì gruppi di *Skills training e strategie DBT*, *Abilità Relazionali* e gruppi di *Mindfulness*.

Dall'ulteriore approfondimento effettuato nella struttura di Villa Margherita, venne emessa diagnosi di Disturbo di Personalità NAS, confermando l'episodio di Depressione Maggiore.

Il trattamento di pazienti con disturbo depressivo e con disturbo di personalità pone spesso di fronte a sfide e difficoltà, tra cui il rischio suicidario che, se presente, deve rappresentare il primo target di trattamento per impostare qualsiasi percorso terapeutico.

Questo approfondimento inizierà quindi con il delineare una cornice teorica, facendo riferimento ad alcuni aspetti della suicidologia, disciplina scientifica che si interessa del suicidio e della sua prevenzione. Farò riferimento quindi ai dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e ad alcuni studi e approcci teorici riguardanti il fenomeno suicidario. Seguirà un focus sugli interventi in ambito cognitivo-comportamentale e infine, più in particolare, le modalità di intervento secondo il modello di Terapia Dialettico Comportamentale (Linehan, 1993) per la gestione del rischio suicidario. L'idea di approfondire il fenomeno suicidario, sulla base di questa mia esperienza, vuole essere un tentativo di maggiore comprensione riguardo a cosa accade nelle persone che, in un intollerabile momento di sofferenza, decidono di porre fine alla propria esistenza, ormai diventata priva di speranza e prospettive. Il tentativo successivo quindi, di poter offrire un aiuto quanto più possibile adeguato e opportuno.

Ringrazio prima di tutto S. per avermi mostrato la propria sofferenza e per aver accolto un aiuto e un sostegno in un momento così difficile.

Ringrazio la mia collega Barbara, con la quale avevo inizialmente intrapreso un percorso di supervisione e di co-terapia e che ad oggi segue la paziente. Ringrazio tutto il Team di colleghi esperti, per il supporto in questo caso. Ringrazio i miei Trainer per la formazione ricevuta e per la consapevolezza di dover procedere sempre con umiltà e saggezza, riconoscendo i miei limiti ma anche i punti di forza, da rinsaldare e migliorare.

### **Riferimenti alla suicidologia e prevenzione del suicidio**

Il termine e il concetto di suicidologia fu introdotto ufficialmente da Edwin Shneidman nel 1964, diventando sia parte di una rivista scientifica (*Bulletin of Suicidology*, 1968), sia parte di un'organizzazione (*American Association of Suicidology*, 1968). La suicidologia è la disciplina che si interessa dello studio scientifico del suicidio e della sua prevenzione. Il focus di questa scienza non è necessariamente il suicidio, ma anche tutti i comportamenti suicidari (Pompili).

Nel corso di una vita trascorsa a studiare il suicidio, Shneidman conclude che l'ingrediente base del suicidio è il dolore mentale insopportabile (1993), chiamato *psychache*, ossia "tormento nella

*psiche*". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un insopportabile dolore mentale, allora il compito principale di colui che si occupa di un individuo che soffre a tal punto, sarà quello di alleviare quel dolore (Shneidman 2004, 2005).

Shneidman considerava che le fonti principali del dolore psicologico, ovvero vergogna, colpa, rabbia, solitudine e disperazione, avessero origine da bisogni psicologici frustrati e negati. La frustrazione di questi bisogni nell'individuo suicida e il dolore che ne consegue, viene considerata una condizione insopportabile per la quale il suicidio è visto come l'unico rimedio adeguato. Potremmo dire che questi bisogni psicologici includano il bisogno di raggiungere qualche obiettivo, come affiliarsi ad un amico o ad un gruppo di persone, ottenere autonomia, opporsi a qualcosa, imporsi su qualcuno, essere accettati e compresi, il ricevere conforto. Si propone la seguente definizione di suicidio: "*Attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che, alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione*" (Shneidman, 1985).

La suicidologia classica considera quindi il suicidio come un tentativo, sebbene estremo e non adeguato, di porre fine al dolore insostenibile dell'individuo. Tale dolore converge in uno stato chiamato comunemente stato perturbato, nel quale si ritrova l'angoscia estrema, la perdita delle aspettative future, la visione del dolore come irrisolvibile.

Nel Congresso del 1997 il Senato degli Stati Uniti dichiara la prevenzione una priorità nazionale. Il Surgeon General, il servizio sanitario pubblico degli Stati Uniti, divulga il *Call to Action to Prevent Suicide* (1999), un vasto documento che rappresenta la pietra miliare dell'allarme che il fenomeno suicidario desta nel mondo, incoraggiando sempre più lo sviluppo scientifico di strategie per valutare gli interventi di prevenzione del suicidio. In particolare, viene incoraggiata la valutazione di interventi neurobiologici e psicosociali per individui a rischio di suicidio (ad esempio pazienti con disturbi mentali).

Secondo una revisione nell'intervento con adulti e anziani, effettuata da Gregory K. Brown (Università della Pennsylvania, 2001), lo stabilire strumenti di valutazione che misurino i cambiamenti sul suicidio, diventa sempre più necessario per determinare l'efficacia dei trattamenti o trarne un effettivo beneficio in merito ai programmi di prevenzione.

Per un assessment della valutazione suicidaria con bambini e adolescenti è disponibile una revisione dettagliata e completa negli studi di Goldston (2000). Per quanto riguarda gli adulti, gli strumenti si concentrano sui comportamenti suicidari o altri comportamenti strettamente associati al rischio. Gli strumenti di valutazione solitamente riguardano le seguenti categorie:

- ideazione e comportamento suicidario,
- letalità dei tentativi di suicidio,
- brevi misure di screening,
- disperazione,
- ragioni per vivere,
- atteggiamenti e conoscenze del soggetto in merito al suicidio,
- valutazione delle misure ancora in fase di sviluppo.

Nonostante alcune misurazioni non valutino direttamente il comportamento suicidario, come la mancanza di speranza o le ragioni per vivere, queste variabili si mostrano sempre più associate al

suicidio e potenzialmente modificabili grazie al trattamento. L'obiettivo principale della ricerca di Gregory Brown sul suicidio (2001) si fonda sulla prevenzione di tale fenomeno. Secondo la sua revisione, i ricercatori dovrebbero adottare grande cautela sia nell'utilizzare valutazioni sull'ideazione del comportamento suicidario, sia nel valutare l'efficacia degli interventi clinici, dal momento che la validità predittiva per la maggior parte di queste misure non sembrava del tutto stabilita, vista la complessità del fenomeno.

### *Alcuni dati significativi*

I dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indicano che nel mondo ogni anno i suicidi sono un milione. Pari a un tasso di 16 su 100.000. Un suicidio ogni 40 secondi, 90 in un'ora, 2.160 in un giorno. Il suicidio è la terza principale causa di morte per adolescenti e giovani adulti (età 15-24 anni) e la quarta causa principale per gli adulti (età 25-44 anni).

I metodi impiegati per togliersi la vita variano nelle diverse parti del mondo a seconda della disponibilità dei mezzi letali. In alcune aree geografiche è molto frequente il suicidio con ingestione di pesticidi, mentre in altre aree prevale l'intossicazione da farmaci e con gas di scarico di automobili. Gli uomini solitamente utilizzano metodi più letali anche se negli ultimi anni si registra un analogo orientamento tra le donne (Pompili, 2014).

Ci si uccide in un rapporto maggiore rispetto agli omicidi. In Italia ci si uccide con la frequenza di 7 volte superiore a quella con cui avvengono gli omicidi (M. Barbagli 2009).

I tassi di prevalenza del suicidio variano tra i diversi paesi e tra i diversi gruppi socioeconomici e di età. L'OMS individua, nella popolazione generale, le seguenti categorie a rischio: i giovani maschi, i militari attivi, gli anziani e le persone affette da patologie mentali croniche (tra cui disturbi dell'umore, psicosi, alcuni disturbi di personalità e disturbo post traumatico da stress), le persone socialmente isolate, i soggetti con problemi di abuso di sostanze psicoattive e i soggetti con precedenti suicidari. Nonostante quasi tutti i principali disturbi psichiatrici siano associati a un rischio di suicidio maggiore, la depressione è la causa principale in più della metà dei casi.

L'OMS ha previsto che nei prossimi 2 anni la depressione sarà la principale causa di disabilità a livello globale. Le attuali raccomandazioni per adolescenti e adulti che soffrono di depressione, secondo il *The U.S Preventive Services Task Force*, prevedono il bisogno di sistemi appropriati per garantire diagnosi, trattamenti e follow-up adeguati.

Maurizio Pompili (medico, psichiatra e suicidologo), nel libro *“la prevenzione del suicidio”*, riconosce che grazie alla promulgazione di leggi che bloccano il consumo di alcol, il tasso di suicidio si è notevolmente ridotto. Programmi di educazione pubblica che incoraggiano la moderazione nell'assunzione di alcolici possono quindi svolgere, a livello della popolazione, un ruolo importante nella prevenzione.

Il suicidio è stato a lungo considerato un peccato o un crimine e riconoscerlo come risultato di una malattia mentale lo ha forse reso più accettabile. Questo ha fornito una presa di distanza, attribuendo una certa rilevanza, ma considerandolo comunque un fenomeno che riguarda solo una certa categoria di persone. Il suicidio è ancora oggi per più di qualcuno un argomento tabù, nonostante siano stati molti gli sforzi per cambiare la visione di questo fenomeno.

Il suicidio è stato da sempre stigmatizzato e il ruolo dello *stigma* rimane uno dei principali problemi nell'esecuzione degli interventi preventivi. Gli atteggiamenti culturali influenzano il giudizio nei confronti della malattia mentale, infatti le persone soggette a stigma evitano di cercare aiuto. Sono

doverosi quindi sempre più programmi e interventi di valutazione, volti a promuovere la consapevolezza e la comprensione dei disturbi mentali (Pompili 2013).

L'ideazione suicidaria non è rara: può presentarsi in qualsiasi individuo sano e può rientrare nel normale processo di crescita, una fase in cui si cerca di capire la vita, la morte e il significato dell'esistenza. I giovani hanno bisogno di confrontarsi su questi temi con gli adulti; i pensieri sul suicidio divengono preoccupanti solo quando si presentano come possibile e unica soluzione dei problemi. Il miglior approccio per la prevenzione è senz'altro quello che parte dalle scuole, con il

coinvolgimento, oltre che dei ragazzi, anche degli insegnanti.

Di enorme aiuto anche le linee telefoniche di ascolto in caso di rischio suicidario, che hanno lo scopo di offrire un momento di ascolto empatico e competente che accolga il vissuto della persona in difficoltà. Le linee telefoniche di ascolto hanno inoltre contatti con la polizia e con i servizi di emergenza, se si ritiene necessario un intervento immediato – volontario o involontario – con l'obiettivo di poter mettere in sicurezza la persona a rischio.

Il 10 settembre di ogni anno si celebra la Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio, coordinata dall'International Association for Suicide Prevention.

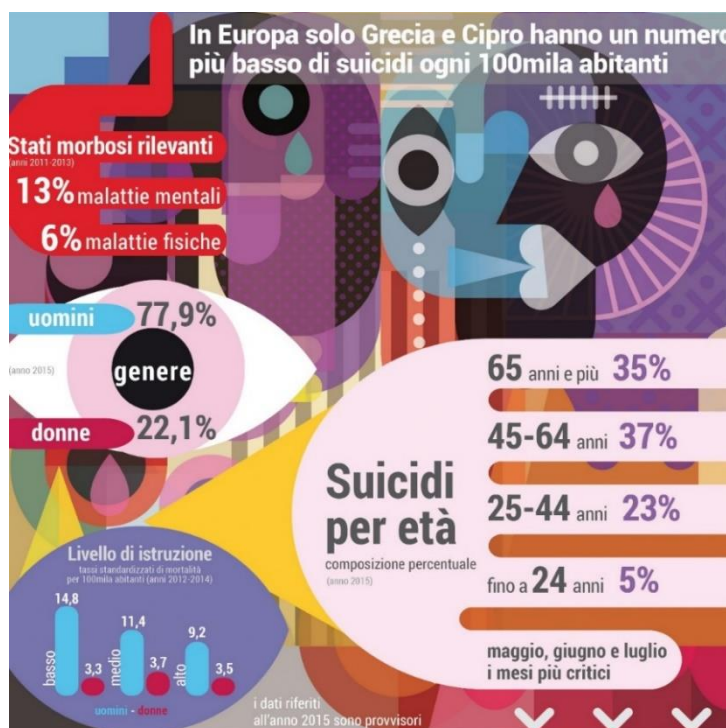


Figura 1 - Infografica, editing e progetto grafico Tabarella e Squillante, 2017

È importante comprendere che avere un solo fattore di rischio ha un valore predittivo piuttosto limitato; appare necessario quindi tenere in considerazione l'intero quadro clinico (Bhimji, Dulebohn, *Suicide Screening and Prevention*, 2018).

Secondo diverse ricerche, l'aumento dell'utilizzo di Internet aggiunge inoltre una nuova dimensione in merito al rischio di suicidio. Per esempio, Padmanathan, Biddle, Carroll, Derges, Potokar, Gunnell (2018), hanno condotto di recente uno studio su agiti suicidari/autolesionistici correlati all'utilizzo di Internet. L'indagine ha preso in considerazione 1.198 pazienti adulti e 315 tra bambini e adolescenti che si presentavano in ospedale, in una città nel sud ovest dell'Inghilterra, a seguito ad autolesionismo. Lo studio ha rilevato associazioni tra l'utilizzo di Internet e le caratteristiche sociodemografiche e cliniche, utilizzando modelli di statistica multivariata.



### *I principali fattori di rischio*

- **Fattori di rischio generici:** età compresa tra 45-55 e 65-75, sesso maschile, stato civile (essere divorziati, vedovi o single), occupazione (essere disoccupati o in pensione).
- **Fattori di rischio genetici, biologici ed evolutivi:** storia familiare caratterizzata da suicidi, alcolismo e problemi di salute mentale, esperienze negative precoci (come la perdita di un genitore in tenera età, abusi sessuali o negligenza). Lunga storia di bullismo; discriminazione per essere gay, lesbica, transessuale o bisessuale.
- **Caratteristiche psicopatologiche e di personalità:** rigidità del pensiero (pensiero dicotomico, poco modificabile), perfezionismo, impulsività-aggressività, bassa autostima, senso di inutilità personale, disperazione-pessimismo, stati misti e instabilità affettiva, scarsa capacità di adattamento.
- **Fattori di rischio a breve termine:** pregressi tentativi di suicidio, avere accesso a mezzi letali, problemi di sonno cronici, fattori ambientali (divorzio, separazione, vedovanza, pensionamento, vivere soli o essere socialmente isolati, disoccupazione), malattie psichiatriche (depressione, disturbi di personalità), abuso di alcool, abuso di droghe, esordio acuto di patologie mediche gravi, dolorose o croniche invalidanti.
- **Fattori precipitanti** come eventi di vita stressanti, separazione coniugale, lutto, problemi familiari, lavorativi o economici, rifiuto da parte di una persona significativa, senso di vergogna legato al fatto di essere o sentirsi considerati colpevoli di qualcosa, essere detenuti in carcere, gravidanza non desiderata, violenze, traumi, migrazione, mobilità sociale, ambienti particolari (es. caserme).

La prevalenza dell'uso di Internet correlato a Suicidio/Autolesionismo è stata dell'8,4% per le dichiarazioni date dagli adulti e del 26,0% tra bambini e adolescenti. In entrambi i campioni, l'uso di Internet correlato a Suicidio/Autolesionismo è stato associato a livelli più alti di intenti suicidari. Per lo più, i medici hanno ritenuto accettabile chiedere informazioni sull'uso di Internet durante le valutazioni psicosociali, ipotizzando che questo potesse informare riguardo alle percezioni sul rischio e sul processo decisionale. Gli autori arrivano a concludere che più l'utilizzo di internet sarà rilevante nelle nuove generazioni, più diventerà un forte indicatore di rischio per l'intento suicidario.

#### *Disturbo da comportamento suicidario nel DSM-5*

Il *disturbo del comportamento suicidario* e l'*autolesività non suicidaria* sono stati recentemente inclusi all'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come condizioni che necessitano di studi ulteriori. Entrambe le condotte sono state per la prima volta inquadrate in un sistema nosografico al fine di migliorare le future ricerche nel campo, tuttavia non sono state ancora riconosciute formalmente.

Alcuni risultati del lavoro di Gargiulo, Plener, Baus, Brunner, Kaess, Kapusta, mostrano quanto sia limitata la comparabilità delle ricerche dal momento che sono stati di volta in volta utilizzati criteri

differenti per lo studio dell'autolesività non suicidaria e del disturbo del comportamento suicidario, negli anni precedenti all'inclusione nel DSM-5.

La loro introduzione come diagnosi potrebbe condurre ad una migliore comparabilità nelle ricerche future. Nello specifico, il riconoscimento dell'autolesività non suicidaria quale entità diagnostica, permetterebbe anche di evitare la prematura classificazione di pazienti adolescenti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Inoltre, si suppone che il riconoscimento di quadri clinici come diagnosi indipendenti, possa condurre a considerarli anche come fattori prognostici di altri disturbi psichiatrici, così come fattori di rischio per il suicidio.

In un'ottica di prevenzione, gli autori sottolineano che l'introduzione e la condivisione di definizioni chiare, per entrambe le condotte, possano favorire la ricerca anche per sviluppare trattamenti terapeutici mirati verso adolescenti e adulti con autolesività non suicidaria e disturbo del comportamento suicidario (Gargiulo, Plener, Baus, Margherita, Brunner, Kaess, Kapusta, 2014).

Di seguito riporto lo schema dei criteri sul *disturbo da comportamento suicidario*, attualmente presente nel DSM-5, nella sezione "condizioni che necessitano di ulteriori studi":

<i>Disturbo da comportamento suicidario</i>
<p><b>Criteri proposti:</b></p> <p>A. Negli ultimi 24 mesi l'individuo ha compiuto un tentativo di suicidio</p> <p><b>Nota:</b> Un tentativo di suicidio è una sequenza di comportamenti intrapresa volontariamente da parte di un individuo che, al momento dell'avvio, si aspettava che il complesso delle sue azioni l'avrebbe condotto alla morte. ("Il momento dell'avvio" è il momento in cui ha avuto luogo un comportamento che ha coinvolto il metodo utilizzato.)</p> <p>B. Il gesto non soddisfa i criteri per l'autolesività non suicidaria – cioè non comprende atti di autolesività alla superficie corporea compiuti per indurre sollievo da uno stato emotivo o cognitivo negativi o per raggiungere uno stato d'animo positivo.</p> <p>C. La diagnosi non è applicata all'ideazione suicidaria o alle azioni preparatorie.</p> <p>D. Il gesto non ha avuto inizio in un momento di delirio o confusione.</p> <p>E. Il gesto non è stato messo in atto esclusivamente per un obiettivo politico o religioso.</p> <p>Specificare se:</p> <p><b>Corrente:</b> Non più di 12 mesi dall'ultimo tentativo.</p> <p><b>In remissione precoce:</b> 12-24 mesi dall'ultimo tentativo.</p>

In merito agli specificatori, il comportamento suicidario è spesso categorizzato in rapporto alla violenza del metodo seguito. In generale, l'overdose di sostanze illegali o legali è considerata un metodo non violento, mentre defenestrazione, ferite d'arma da fuoco e altri metodi sono considerati violenti. Un'altra dimensione utilizzata per la classificazione è rappresentata dalle conseguenze mediche dell'atto, secondo la quale i tentativi che richiedono un ricovero medico, in aggiunta alla visita al pronto soccorso, vengono definiti ad alta letalità. Un'ulteriore dimensione da considerare riguarda il grado di pianificazione versus l'impulsività del tentativo, caratteristica che potrebbe avere conseguenze sull'esito medico del tentativo di suicidio.



La manifestazione essenziale del disturbo da comportamento suicidario è un *tentativo di suicidio*, ovvero un comportamento che l'individuo mette in atto con almeno una certa intenzione di morire. Il comportamento potrebbe portare o non portare a lesioni o a conseguenze mediche gravi. Diversi fattori possono influenzare le conseguenze mediche del tentativo di suicidio, tra cui bassi livelli di intenzionalità o ambivalenza, o intervento casuale da parte di altre persone nel momento in cui il comportamento viene intrapreso. Tali fattori non dovrebbero essere considerati nel porre diagnosi (APA).

I marker di rischio comprendono il grado di pianificazione, tra cui la scelta del tempo e del luogo adatti a ridurre la possibilità di soccorso o di interruzione; lo stato mentale della persona al momento dell'atto, in cui è particolarmente preoccupante l'agitazione acuta; una recente dimissione da un reparto ospedaliero; oppure una recente sospensione di uno stabilizzatore dell'umore (es. Litio) o di un antipsicotico (es. Clozapina) nel caso della schizofrenia (APA, 2014).

### Comprendere la mente suicida attraverso il vissuto del paziente

La letteratura attuale sostiene con sempre maggiore enfasi che una storia di avversità infantili costituisce uno dei fattori di rischio più significativi.

Le ricerche più recenti confermano che gli abusi fisici e sessuali infantili possono avere ripercussioni epigenetiche, mettendo in luce gli effetti che l'ambiente ha sul genoma (Pompili, Innamorati, Venturini, Serafini, Lester, Girardi - 2011). Uno scarso supporto sociale, abusi infantili e avversità possono modificare lo sviluppo del sistema nervoso centrale dei bambini (come ad esempio la funzione serotoninergica), conferendo una maggiore vulnerabilità in età adulta. Molte evidenze si riferiscono anche all'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, e del sistema noradrenergico. Risposte allo stress che non seguono i ritmi fisiologici sono documentate nella depressione e nel rischio suicidario. Pertanto, emerge che l'eccessiva metilazione delle sostanze che regolano il DNA (cromatina e istoni) sia coinvolta nel suicidio, così come in diverse psicopatologie.

Gli studi riscontrano l'ipermetilazione del gene del recettore glucocorticoide tra le vittime di suicidio con una storia di abuso infantile, al contrario dei gruppi di controllo o delle vittime di suicidio che non avevano subito abusi in infanzia. Questo indica come l'ambiente possa influenzare i meccanismi di regolazione dei geni (Pompili, Innamorati, Venturini, Serafini, Lester, Girardi, 2011).

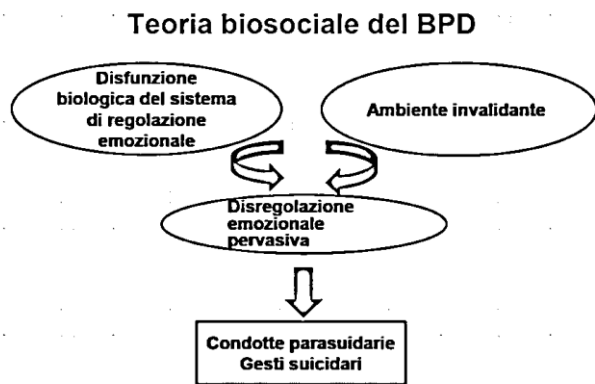


Figura 2 - DBP: il Modello di M. Linehan. Teoria bio-psicologica, Linehan 1991.

Il trauma psichico è legato a quello fisico e ha effetti deleteri soprattutto quando è ripetuto. Anche il non avere a disposizione risorse sufficienti, essere costretti a vivere in condizioni di trascuratezza, non ricevere cure genitoriali adeguate o crescere in generale in un ambiente invalidante, costituiscono forme di abuso. *Marsha Linehan* (1993) sostiene che deficit di tipo biologico, l'aver subito traumi e la mancata acquisizione di modalità adattive per tollerare e gestire le emozioni

negative, contribuiscono nel complesso ad aumentare il rischio di suicidio. Linehan parla di *ambiente invalidante*, facendo riferimento a qualsiasi ambiente che alla comunicazione delle proprie esperienze interne, contrappone risposte estreme, inappropriate e imprevedibili. L'attivazione emozionale può risultare ingiustificata e non comprensibile alla luce della situazione, con conseguente tendenza alla semplificazione, alla banalizzazione e alla critica. L'ambiente invalidante contribuisce quindi alla *disregolazione emotiva* poiché non riesce a insegnare al bambino a denominare e modulare la propria attivazione, a tollerare il disagio o a dare fiducia alle proprie risposte emotive come valide interpretazioni degli eventi. Insegna inoltre al bambino a invalidare le proprie esperienze, inducendo la necessità di analizzare il proprio ambiente alla ricerca di quei segnali indicatori che suggeriscano come sentirsi o agire.

La *Teoria Bio-Sociale*, genesi della personalità borderline, si compone di una vulnerabilità biologica (disregolazione emotiva) in interazione con un ambiente invalidante. Il circolo vizioso che si instaura, porta a una *autoinvalidazione* e di conseguenza un rischio maggiore di incorrere in *condotte parasuicidarie o gesti suicidari*.

I fattori di vulnerabilità a breve termine assumono moltissima importanza quando legati alla vulnerabilità storica della persona. Questi fattori, infatti, riducono ulteriormente le capacità di coping e quindi anche la capacità di regolare quel dolore mentale che può diventare sempre più insopportabile, tale da desiderare di mettere fine alla propria vita.

Qualsiasi vicenda di grande impatto e in grado di minare la speranza nel futuro, di ridurre l'autostima, di intaccare la qualità di vita o causare perdite nelle relazioni significative, se combinata con una vulnerabilità pregressa, espone l'individuo a un più elevato rischio di suicidio.

Grazie alla nostra memoria noi facciamo predizioni sul futuro e anche il nostro senso di autostima ne è influenzato, poiché essa dipende dai nostri passati successi o fallimenti e dalle capacità che abbiamo dimostrato nel gestire le difficoltà; la memoria ci fornisce inoltre la chiave di lettura per capire quando ci sentiamo sotto pressione o in trappola. Diversi studi hanno dimostrato che l'umore condiziona in modo determinante la scelta dei ricordi positivi o negativi, rispetto a un certo stimolo generico. L'umore depresso, per esempio, da una parte favorisce il recupero di ricordi negativi e dall'altra spinge ad evitare la rievocazione di momenti positivi (Lloyd e Lishman, 1975).

Un esperimento ha dimostrato che pazienti a rischio di suicidio hanno bisogno di più tempo per rievocare eventi positivi (Williams e Broadbent, 1986), sembra ci sia una sorta di "blocco" che impedisce di attingere alla memoria più profonda. Secondo gli autori, le persone con rischio suicidario, a partire da uno stimolo con connotati negativi, come "*mi dispiace*", generano una serie di descrizioni collegate allo stimolo, piuttosto che un ricordo specifico, (ad es. "*discussioni, ferisco sempre le persone*", ecc). Questo blocco mnemonico può di conseguenza portare a una saturazione di autovalutazioni negative. Tale processo può verificarsi a causa di eventi traumatici, oppure può essere un tentativo di difesa nei confronti del dolore provocato dal ricordare. Alla fine, comunque, questi individui si trovano immersi in un flusso di continua autocritica fine a sé stessa, che attivata sulla base degli stimoli che si presentano, li intrappola in un circolo vizioso senza sbocchi (Moore, Watts e Williams, 1988). Nella concettualizzazione di Shneidman il suicidio è proprio il risultato di un dialogo interiore, in cui la mente passa in rassegna tutte le opzioni possibili. Se la mente rifiuta in prima battuta l'idea del suicidio, valutando di conseguenza altre possibilità, essa rimane

intrappolata in un loop di insopportabile dolore, tale da percepire, infine, il suicidio come unica soluzione e opzione disponibile.

### *Credenze, motivazioni e fantasie legate al suicidio*

Per l'individuo suicida il gesto letale può apparire come un atto magico, tale da concepire il suicidio come l'appagamento di un desiderio con connotati e finalità irrealistici, per esempio come punizione conseguente l'aver solo immaginato la morte di un caro (i suicidi che vengono messi in atto in occasione di una ricorrenza). Oppure può attuare un'identificazione cosmica con il suicidio stesso in quanto atto che uccide: 1) la persona, 2) la figura negativa da punire e 3) il mondo nella sua interezza. O, ancora, ritenere che il suicidio non comporti la morte, bensì una traslazione in un'altra forma di esistenza nella quale potrà stare meglio (Pompili, 2013).

Dal punto di vista psicologico, chi si uccide muove guerra contro sé stesso; è un gesto estremo e disperato, in cui solitudine, buio, angoscia, odio verso la vita e verso sé stessi ne sono protagonisti. Ma tutto questo non ha a che fare solo con il proprio mondo interiore, diventa anche un messaggio per gli altri. Il gesto suicida può essere anche considerato infatti la conseguenza di relazioni interpersonali diventate intollerabili, velenose, oppressive (Polito, 2016).

L'intenzione suicidaria, a questo punto, può acquisire una *valutazione di vendetta e punizione*. L'individuo spesso può intrattenere fantasie inerenti il dolore dell'altro, magari immaginandolo piangente sulla propria bara, tanto da provare un senso di soddisfazione. L'illusione di vedersi come un osservatore invisibile, per godere dell'angoscia di coloro che vedono quel suo corpo morto, può essere vissuta con tale intensità da sostituire la realtà dal punto di vista emotivo e fungere da base per un agito suicidario (Maltzberg e Buie, 1980).

La perdita di ogni entusiasmo per le passioni e le esperienze della vita, portano talvolta a provare una sorta di *anestesia emotiva*, fonte di enorme sofferenza per l'individuo, che non ha solo la percezione di non riuscire più a divertirsi in questa vita, ma ritiene soprattutto che tale difficoltà sia assurda e intollerabile. È come una grande ferita narcisistica, inferta da un mondo, da una personalità e da uno stile di vita che costringono la persona in una dimensione ormai priva di ogni gioia e fiducia. Spesso questi soggetti vorrebbero un aiuto dai loro cari, i quali però, non riescono a intaccare lo stato di anestesia provato (Pompili, 2013).

Comprendere lo stato mentale del paziente, le credenze e le fantasie legate al suicidio, possono aiutare il terapeuta ad individuare quei bisogni insoddisfatti e i valori ad essi correlati, con la finalità di costruire quella via alternativa, necessaria per uscire dal circolo vizioso in cui è intrappolato. Il suicidio non è la soluzione che mette fine ai problemi, è il problema che impedisce di trovare nuove soluzioni.

### **Modelli teorici sul fenomeno suicidario**

Il suicidio è un evento multifattoriale nel quale, come già detto, convergono il ruolo della vulnerabilità genetica e biologica, il dolore psicologico, le patologie mentali e fisiche, l'abuso di sostanze, i disturbi di personalità, precedenti comportamenti suicidari così come l'accesso a mezzi letali. L'osservazione clinica, gli studi epidemiologici, le autopsie psicologiche e la neuroscienza, inclusa la genetica, la neurochimica e l'imaging cerebrale hanno dato importanti risultati che contribuiscono a una migliore comprensione del suicidio. I dati provenienti dalle neuroimmagini segnalano alterazioni strutturali o funzionali di alcune parti dell'encefalo. Si è osservato, ad esempio, che la presenza di ipofunzione di aree della corteccia cerebrale frontale e di ridotta

responsività alla serotonina, distingueva i soggetti a rischio dai soggetti non a rischio (Oquendo et al. 2003).

Oggi il suicidio viene studiato in modo approfondito attraverso diversi approcci: attraverso modelli neuropsicobiologici o genetici; tramite i costrutti del dolore mentale e dell'hopelessness; oppure analizzando l'emarginazione sociale e l'alienazione. Il limite di questi modelli è che raramente vengono integrati tra loro, a causa della complessità del fenomeno, tanto da non riuscire a spiegarne in modo esaustivo tutte le sfaccettature.

Tradizionalmente il suicidio è stato ricondotto alla *visione scientifica*, alla *visione fondata sul Cry For Help* e alla *visione basata su un aspetto sociale*.

La visione *scientifica* è quella che viene definita visione deterministica del suicidio e che include il modello medico, ovvero il suicidio come risultato del disturbo psichiatrico (Battin 1995). Una parte dei suicidologi sostiene il modello medico, si considera cioè il suicidio come l'esito di fattori sui quali l'individuo non ha controllo e dunque non assegna giudizi di valore etico. Il suicidio è qualcosa che accade alla vittima, un sintomo della sua malattia, una disfunzionalità che l'individuo non può controllare.

Nella visione fondata sul *Cry for Help* il suicidio si configura come modalità comunicativa. È una strategia dell'individuo non necessariamente connessa al morire, quanto al voler apportare un cambiamento immediato nell'ambiente, stimolando l'attenzione delle persone di riferimento alle quali è rivolta la comunicazione. Spesso, questo gesto è descritto grossolanamente ed erroneamente come "suicidio dimostrativo"; una terminologia che pone l'accento sulla colpevolezza del soggetto e sulla bassa letalità del gesto. In realtà, si tratta di un gesto estremo di un individuo alle prese con una sofferenza mentale insopportabile. Questi individui sperimentano un'ambivalenza tra il voler morire e il voler vivere e dovrebbe essere fatto qualunque sforzo per portarli verso la scelta della vita. Nella visione del suicidio legato alla *società*, vengono richiamate le tipologie di suicidio elaborate da Durkheim (1897), secondo il quale il suicidio sarebbe il risultato della posizione dell'individuo in un certo contesto sociale. Secondo questa prospettiva si pone l'accento su come l'individuo sia vittima della società e dunque il gesto suicida sia una risposta rivolta al sistema sociale, sul quale non si ha controllo (suicidio altruistico, egoistico, anomico e fatalistico).

A offrire un'altra chiave di lettura ci sono i **modelli cognitivo-comportamentali**, a partire da *Aaron Beck* che ha dimostrato attraverso solide prove scientifiche che l'*hopelessness*, ossia la disperazione intesa come mancanza di prospettive future, consenta di prevedere il suicidio molto più efficacemente di una diagnosi di depressione. Aaron Beck, con il proprio gruppo di ricerca, elabora la *Beck Hopelessness Scale* (BHS) – Beck e Steer 1988; Beck et al. 1974; Beck, Schuyler e Herman 1974. La BHS aderisce fedelmente alla concezione di Stotland (1969) dell'*hopelessness* riferita a degli schemi cognitivi, nei quali il nucleo centrale è l'aspettativa negativa verso il futuro, sia a breve che a lungo termine. Gli individui che presentano queste aspettative negative ritengono:

- che nulla si rivelerà a loro favore;
- che non avranno mai successo in ciò in cui si cimenteranno;
- che i loro obiettivi importanti non verranno mai risolti.

Questa definizione di hopelessness corrisponde alla terza componente della triade negativa del modello cognitivo di Beck sulla depressione (1967), ossia visione negativa di sé, visione negativa degli altri, visione negativa sul futuro.

La maggior parte degli studi sulla BHS si occupa del comportamento suicidario e parte di essi si riconduce a uno studio prospettico a lungo termine sul rischio suicidario, iniziato nel 1970 da Beck e dal suo gruppo al Center for Cognitive Therapy del Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Pennsylvania e conclusosi nel 1982.

La letteratura sul suicidio indica che la *Beck Hopelessness Scale* (BHS) si è dimostrata un migliore predittore del comportamento suicidario più di quanto lo fosse la depressione misurata con la *Beck Depression Inventory* (BDI). La BHS è stata inoltre utilizzata per stimare la relazione tra ideazione e intenzione suicidaria in diverse popolazioni cliniche considerate a rischio, come coloro che abusano di sostanze e con i malati cronici. Per esempio, nello studiare la relazione tra hopelessness, depressione, tentativi di suicidio e ideazione suicidaria, Beck, Steer e McElroy (1982) usarono l'analisi di regressione multipla, trovando che la BHS contribuiva per il 42% alla spiegazione dell'intenzione suicidaria misurata con la *Suicide Intent Scale* (SIS) – Beck, Herman, Schuyler, 1974.

### *Suicidio, disturbi di personalità e terapia dialettico comportamentale*

Si riscontra una stretta associazione tra disturbi di personalità e suicidio/tentativi di suicidio (Stanley & Jones, 2009). Le ricerche hanno dimostrato che nel Disturbo Borderline di Personalità (DBP) il suicidio si può verificare anche nel 10% dei casi e che pazienti con DBP possono presentare una media di tre tentativi di suicidio lungo il corso della propria vita (O'Connor et al., 2011). Le persone con DBP presentano una marcata disregolazione emotiva, fattore determinante i comportamenti impulsivi, come frequenti gesti autolesivi e/o uso di sostanze, nel tentativo di regolare le emozioni, le oscillazioni dell'umore e le relazioni interpersonali caratterizzate da instabilità. Molti studi riscontrano una stretta associazione tra suicidio e presenza di condotte autolesive precedenti, circa un quarto dei giovani che commettono il suicidio aveva già messo in atto comportamenti che non erano stati fatali (Hawton e James, 2005).

Una delle caratteristiche del DBP risulta infatti una cronica ideazione suicidaria (Paris, 2008). Pensieri suicidari e comportamenti suicidari rappresentano dei tentativi di risposta alle emozioni dolorose e ai rapidi cambiamenti di umore, che si legano agli stressors ambientali (Russell et al., 2007). Il paziente con DBP può prendere in considerazione il suicidio quasi quotidianamente, per un periodo che può durare anche per diversi anni, come se provasse un dolore emotivo percepito come inarrestabile e inconfessabile. A differenza delle persone con disturbi dell'umore, che manifestano tendenze suicidarie solo in fase depressiva.

Chi presenta un Disturbo di Personalità Borderline ha spesso una lunga e complessa storia di trattamento, caratterizzata da percorsi di psicoterapia, ospedalizzazioni ripetute (spesso a seguito di tentativi di suicidio falliti) e numerose prescrizioni farmacologiche.

L'approccio cognitivo-comportamentale è ormai di comprovata efficacia e la ricerca ha dimostrato che il protocollo DBT (*Dialectical Behaviour Therapy*, Linehan et al., 2015) è particolarmente indicato per i pazienti suicidari.

Marsha Linehan pubblica il primo manuale sulla Terapia Dialettico Comportamentale (*Dialectical Behavior Therapy - DBT*) nel 1993, a partire dalla propria esperienza clinica. Da allora la DBT, originariamente pensata per soggetti con Disturbo Borderline di Personalità, caratterizzati soprattutto da problematiche suicidarie, è diventata il trattamento maggiormente sottoposto a ricerca, dimostrando la sua validità ed efficacia sia nel contesto americano che europeo. La Terapia

Dialettico Comportamentale standard, nata per il disturbo di personalità Borderline, si è evoluta infatti verso forme adattate per altre condizioni psicopatologiche (disturbi alimentari, dipendenze da sostanze, comportamento suicidario e impulsivo in genere) basandosi su una solida base di ricerca empirica.

Il complesso sistema delle emozioni, in cui l'elemento della valutazione è fondamentale nel determinare disfunzioni del sistema regolatorio, può risultare compromesso per la presenza di alcuni fattori temperamentali, che comportano una particolare vulnerabilità emotiva. Tale vulnerabilità si manifesta nella forma di una marcata tendenza a vivere le emozioni in maniera estrema e intensa, con la conseguente difficoltà nel modularle. Il vissuto emotivo di questi pazienti può essere paragonato alla sensibilità dovuta a un'ustione (*Alta Sensibilità*). La mancanza di protezione, di una pelle emotiva, che possa filtrarne l'impatto emotivo, espone il soggetto a stimoli troppo forti e ai quali risponde con elevata reattività (*Alta Reattività*). I fattori temperamentali comportano una bassa soglia di arousal, che si esprime in una reattività immediata alla stimolazione emotiva e alla successiva difficoltà a tornare allo stato di partenza (*Lento ritorno alla base*).

La disregolazione emotiva si lega a una instabilità nella regolazione (affettività instabile, rabbia); allo scarso controllo degli impulsi (disregolazione del comportamento); alle relazioni interpersonali (paura dell'abbandono, relazioni caotiche); all'immagine di sé (disturbi dell'identità, senso di vuoto) e a livello di disregolazione cognitiva (dissociazione, ideazione paranoide).

La DBT consiste in una combinazione di psicoterapia individuale, skills training di gruppo, consultazione telefonica e un team di consultazione tra terapeuti. Lo Skills Training DBT mira in modo specifico a questi modelli disfunzionali, con l'obiettivo principale di aiutare i pazienti a cambiare i propri pattern comportamentali, emotivi e interpersonali. Lo scopo principale del trattamento non è infatti solo di cercare di ridurre e regolarizzare le condotte malsane e gli aspetti impulsivi, spesso a rischio di vita, ma è anche e soprattutto cercare di costruire obiettivi sani e concreti, per poter vivere una vita degna di essere vissuta.

### **Interventi clinici sul rischio suicidario**

Una delle difficoltà di uno psicoterapeuta alle prime armi, può essere quella di muoversi in punta di piedi di fronte a un paziente davvero sofferente, così il parlare del suicidio può, di conseguenza, divenire un argomento delicato, che si teme di indagare.

Non esiste però alcuna prova a sostegno dell'affermare che indagare sul suicidio ne aumenti il rischio, è vero piuttosto il contrario. Diversi studi (ad es. Cukrowicz, Smith e Pointdexter 2010; Mathias et al., 2012) hanno accertato che indagare su idee e propositi suicidari non aumenta il rischio di suicidio nei mesi o anni successivi l'intervista clinica. La maggior parte dei soggetti inclusi negli studi riportava piuttosto una riduzione del rischio suicidario.

Secondo gli studi, la maggior parte dei pazienti fornisce dei segnali chiari sulle proprie intenzioni suicide, ma gli altri possono talvolta essere incapaci di coglierne il significato oppure non sanno come rispondere alla richiesta di aiuto (Pompili). Parlare di suicidio non induce un proposito suicidario nell'altro; al contrario la persona se ne sente sollevata e ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico.

Si riportano di seguito alcune indicazioni e i punti chiave tratti dalle linee guida dell'American Psychiatric Association (APA) per il rischio suicidario. Per riconoscere i *fattori di allarme* e identificare i soggetti a rischio è necessario valutare:

- la situazione clinica attuale (fattori di rischio)
- la storia personale (pregressi tentativi e fattori precipitanti)
- la storia familiare
- la situazione contingente (fattori protettivi)
- l'ideazione, la progettualità e l'intenzione suicidaria.

*Per identificare un profilo di rischio è necessario definire i fattori di rischio e i fattori protettivi, che possono aumentare o diminuire la probabilità che una persona consideri l'idea del suicidio, che lo tenti o lo commetta. Questi fattori hanno un effetto cumulativo, un ruolo e un peso diversi a seconda delle varie fasi e dei periodi evolutivi, degli eventi scatenanti ("life-events"), delle caratteristiche di personalità e del particolare ambiente di vita di una persona.*

*Le caratteristiche per un buon colloquio clinico sono:*

1. *Prestare attenzione all'anamnesi personale e familiare* della persona con l'obiettivo di indagare in modo approfondito i precedenti episodi di suicidio in famiglia, specialmente se familiari più stretti quali genitori, figli e fratelli, oltre che indagare su precedenti tentativi di suicidio messi in atto da parte della persona stessa.
2. *Ricerca attivamente le informazioni:* è essenziale non ignorare o negare il rischio. La ricerca di informazioni andrebbe svolta con delicatezza ma al tempo stesso attivamente – con domande esplicite – poiché le persone tendono a non riferire questi aspetti della propria storia personale, quasi sempre per pregiudizio e vergogna, o anche per via della difficoltà di esprimere e affrontare un dolore così forte.

Ecco una *serie di domande*, suggerite dall'APA, che possono aiutare ad approfondire le intenzioni suicidarie, partendo da questioni più generali, per poi raggiungere progressivamente il centro del problema, al fine di evidenziare eventuali idee suicidarie e valutarne l'entità e l'intenzionalità:

- *Come si sente? Si sente giù di umore? Si è mai sentito così in precedenza?*
- *È successo qualcosa recentemente che l'ha turbata?*
- *Si è sentito oppresso da un grande peso in maniera insopportabile?*
- *Si sente in colpa per qualcosa? Anche per errori commessi in passato? Ci pensa spesso?*
- *C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto in questo periodo?*
- *La sua mente si sofferma in modo ripetitivo su preoccupazioni senza riuscire a trovare una via d'uscita?*
- *Le è capitato di pensare che la vita non ha senso o che non valga la pena di essere vissuta? Le capita di pensare che sarebbe meglio morire, piuttosto che sopportare tutto questo?*
- *Ha mai desiderato di essere morto? Ha mai pensato seriamente al suicidio?*
- *Con che frequenza ha pensieri di questo tipo?*
- *Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo?*  
(identificatore dei fattori protettivi)

- *Ha mai fatto qualcosa di concreto per realizzarlo? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo?* (identificatore del rischio effettivo di morte).
- *Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?*
- *Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?*
- *Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari?*

**Se il rischio di suicidio è basso** (labile ideazione, assenza di pianificazione, assenza – o lieve presenza – di psicopatologia e abuso di sostanze) può bastare mettere in atto un ascolto empatico, dare supporto e lavorare sul tema della morte come aspetto non risolutivo. È inoltre utile valutare le risorse a disposizione nell'ambiente vicino alla persona, in particolare la presenza di familiari, amici o altri di riferimento da coinvolgere nell'assistenza.

**Se il rischio è medio** (idea stabile, assenza di una chiara pianificazione, assenza – o lieve presenza – di psicopatologia e abuso di sostanze, situazione psicologica instabile o di crisi) è consigliabile iniziare fin da subito un trattamento farmacologico, generalmente antidepressivo, accompagnato da un intervento psicoterapico. È utile, soprattutto all'inizio del trattamento, che il terapeuta garantisca contatti più frequenti e ravvicinati, anche eventualmente con la disponibilità di essere raggiunto telefonicamente. Se ciò non fosse possibile, è necessario esplicitarlo al paziente e indicargli fin da subito un altro terapeuta di riferimento. Infine, è necessario prevedere colloqui con i familiari con i quali identificare strategie di supporto condivise e gestione del rischio. Inoltre, è importante rimuovere qualsiasi mezzo che possa essere utilizzato per compiere gesti autolesivi.

**Se il rischio è elevato** (ideazione fissa, pianificazione, psicopatologia o abuso di sostanze, situazione psicologica instabile, accesso a mezzi autolesivi, comportamenti a rischio e isolamento sociale) è necessaria l'ospedalizzazione volontaria o, in situazioni estreme, il ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) se viene rifiutato il trattamento.

#### *Quali sono gli obblighi deontologici dello specialista?*

Il Codice Deontologico dello Psicologo stabilisce il segreto professionale (art. 11), ovvero l'obbligo di non rivelare le informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, ma in caso di situazioni che prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi (art. 13) e se lo psicologo dovesse valutare una minaccia come concretamente possibile, dovrà riferirlo alle autorità competenti. La giurisprudenza italiana si è pronunciata più volte sulla responsabilità dello psichiatra in tema di colpa medica, rilevando condotte omissive, oppure la condotta colposa, imprudente o negligente ricostruendone il suo operato. Nel caso delle condotte omissive, è stato ribadito il principio che *“il sanitario che ha in cura un paziente infermo di mente rimane titolare dell'obbligo della protezione del bene della vita e dell'incolumità individuale del medesimo, per lo meno quando questi risulti pericoloso per sé, come quando sia ad alto rischio suicidario”* (Cass. Pen. sent. n. 13241, 2005). Pertanto, si ha l'obbligo di mettere in atto le misure cautelari appropriate, personali e ambientali, al fine di proteggere il soggetto da condotte auto ed etero-lesive. Nel caso delle condotte colpose, la documentazione clinica ha il ruolo cruciale di fonte di dati, per poter riesaminare tutti i passaggi tecnici: ciò significa che una cartella clinica accurata nelle annotazioni può costituire elemento di prova a favore, mentre una cartella clinica lacunosa, contraddittoria, che non consenta la ricostruzione della logica sequenziale dei provvedimenti adottati, può diventare elemento probatorio di accusa.



### *Test di valutazione per un corretto approfondimento del rischio suicidario*

Somministrare una scala per la valutazione del rischio di suicidio può essere un'opportuna integrazione al colloquio clinico per quantificare lo stato di mancanza di speranza (*hopelessness*), di depressione e di intenzione suicidaria; oppure si possono utilizzare i vari punti della scala in forma discorsiva per completare l'indagine.

La valutazione permette di individuare lo stato di rischio suicidario e, di conseguenza, le operazioni migliori per il trattamento del paziente.

### *Gli strumenti di valutazione per un corretto approfondimento del rischio possono essere:*

- **BHS – Beck Hopelessness Scale** (Beck AT & Steer RA, 1988) La perdita di speranza, che è stata definita come un insieme di aspettative negative per sé e per la propria vita futura, oltre a essere un sintomo comune a molte condizioni psicopatologiche, è certamente un elemento fondamentale nella dinamica suicidaria. Per valutare quantitativamente le aspettative negative dei soggetti, Beck e collaboratori misero a punto questo strumento di autovalutazione, i cui 20 item riflettono diverse sfaccettature degli atteggiamenti negativi verso il futuro, così come sono generalmente verbalizzati dai pazienti. Gli item hanno una risposta dicotomica, Vero/Falso.
- **SSI – Scale for Suicidal Ideation** (Beck, Brown, & Steer, 1997; Beck, Kovacs, & Weissman, 1979) utile durante l'intervista clinica. Questa scala valuta le aree chiave, tra cui il desiderio di vita e di morte, la storia dei tentativi, la paura della morte e altri fattori protettivi, così come l'eventuale pianificazione di un suicidio. Tale valutazione ha dimostrato una valida previsione del suicidio nei pazienti ambulatoriali (Beck, Brown, Steer, Dahlsgaard e Grisham, 1999). La valutazione può essere somministrata sia per l'ideazione suicidaria corrente, sia per l'ideazione nel suo momento peggiore, quest'ultimo presagio più forte di successivi tentativi di suicidio (Beck et al., 1999).
- **SASII - The Suicide Attempt Self-Injury** (Linehan, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, 2006), intervista strutturata attraverso una serie di domande sul metodo, sui fattori precipitanti, sulle conseguenze e sulle funzioni dell'autolesionismo.
- **L-SASI – Lifetime Suicide Attempt Self-Injury Count** (Comtois & Linehan, 1999; Linehan & Comtois, 1996), una versione più breve del SASII, esamina invece la gamma di comportamenti suicidari nell'arco della vita (o in un periodo di tempo recente). *L-SASI* è una valutazione iniziale piuttosto efficiente, che può essere completata dai tre ai venti minuti (a seconda del numero di comportamenti suicidari). Inizia con alcune domande sul primo, il più recente e sugli agiti autolesionistici più severi, raccoglie inoltre in modo efficace il numero totale dei tentativi di suicidio e non suicidari auto-lesionisti, per metodo, letalità e trattamento medico.
- **LRAMP – Linehan Risk Assessment & Management Protocol** (Linehan, 2014) è un protocollo empiricamente supportato e completo utilizzato per valutare il rischio di suicidio e i fattori protettivi. Questo protocollo include una checklist strutturata per valutare, gestire e documentare il rischio di suicidio, fornendo una guida per il terapeuta per valutare opzioni ragionevoli per l'intervento sui comportamenti suicidari. Inoltre, struttura la documentazione

per descrivere in modo chiaro la presentazione, la valutazione, gli interventi in sessione, il processo decisionale e il follow-up degli altri membri del Team di trattamento.

- **C-SSRS – Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio** (Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo, Mann, 2008). La scala C-SSRS valuta i tre aspetti più importanti correlati al rischio:
  1. *Ideazione suicidaria*: Desiderio di essere morto; pensieri suicidari attivi non specifici; ideazione suicidaria attiva senza l'intenzione di agire (nessun piano); ideazione suicidaria attiva con qualche intenzione di agire, senza un piano specifico; ideazione suicidaria attiva con un piano specifico e con intenzione.
  2. *Intensità dell'ideazione*: frequenza, durata, controllabilità, deterrenti, motivi dell'ideazione.
  3. *Comportamento suicidario*: Tentativo concreto; Tentativo interrotto; Tentativo fallito; Comportamenti o atti preparatori. Nel caso di tentativi concreti l'effettiva letalità/danni fisici e letalità potenziale.
  - 4.

#### *Gestione e trattamento della crisi suicidaria secondo una prospettiva comportamentale*

Quando si affronta il suicidio in terapia, ci sono due percorsi da seguire: la gestione del rischio di suicidio e il trattamento delle variabili di controllo per risolvere il rischio suicidario. La gestione comprende i passaggi necessari per ridurre al minimo il rischio acuto di suicidio e di autolesionismo, compresa la gestione dei mezzi letali, lo sviluppo di un piano di sicurezza e infondere un senso di speranza. Sebbene la gestione del rischio sia importante, i terapeuti spesso lo scambiano per un trattamento di prevenzione del suicidio. Il trattamento è un processo collaborativo e spesso a lungo termine, tra terapeuta e paziente, per cambiare le variabili di controllo, l'autolesionismo e i fattori che rendono la vita non degna di essere vissuta, come il dolore, l'isolamento o la mancanza di significato.

Questa confusione, tra la gestione e il trattamento del suicidio si pone spesso perché i terapeuti vedono il suicidio e l'autolesionismo solo come sintomi o fattori causati dal disturbo o dal problema che stanno trattando. Talvolta l'aspettativa è che il rischio suicidario si risolva in concomitanza con il disturbo o il problema e che non richieda alcun trattamento di per sé.

Un'alternativa più potente è quella di lavorare sulla suicidarietà sia con la gestione che con il trattamento. Questo metodo può aiutare a risolvere i sintomi e i problemi immediati, mentre quelli che persistono dopo che l'aspetto suicidario è stato risolto possono essere trattati senza la preoccupazione che il paziente possa tentare il suicidio prima della loro risoluzione.

#### *La gestione del rischio suicidario*

Secondo i principi e le linee guida del protocollo di terapia dialettica comportamentale (DBT, Linehan, 1993, 2015), la gestione del rischio suicidario comprende una serie di compiti: la valutazione del rischio, il processo decisionale, la pianificazione delle risposte alle crisi e la messa in sicurezza. La gestione del rischio suicidario inizia con una comprensione condivisa con il paziente su ciò che lo ha portato, in passato, al comportamento suicida e all'attuale ideazione suicidaria. L'obiettivo include il proprio comportamento e quello altrui, così come le emozioni, gli stati cognitivi, le sensazioni corporee e gli impulsi associati al suicidio.

Può essere utile raccogliere le informazioni necessarie grazie a una *scala di valutazione*, tra quelle già nominate. È fondamentale raccogliere la storia di tutti i tentativi di suicidio e non suicidari auto-

lesionistici (NSSI). Ad esempio, la combinazione tra l'intervista L-SASI e il SASII sui tentativi di suicidio più recenti e sui tentativi peggiori, fornisce una cronologia completa del comportamento su cui basare poi le decisioni di gestione.

Oltre a raccogliere la cronologia, è importante osservare qualsiasi schema sia presente a livello del contesto ambientale, del quale il paziente potrebbe non essere consapevole. *L'ambiente del paziente* può infatti rinforzare l'azione suicidaria, i tentativi non suicidari auto-lesionisti e le comunicazioni suicidarie. Ad esempio, dei genitori potrebbero avere forti reazioni e/o fornire l'aiuto necessario nel momento in cui il proprio figlio adolescente volesse ferire sé stesso; ma se l'adolescente non mette in atto agiti autolesionistici, i genitori potrebbero trascurare o addirittura punire i tentativi di richiesta di aiuto, senza riuscire a prendersene cura o a essere responsivi, se non fino all'emergere di comunicazioni o di azioni suicidarie. Quindi, in questo caso si presenterebbe un rinforzo limitato per un comportamento adattivo, una invalidazione in merito alle espressioni di dolore e di richiesta di aiuto e un rinforzo del comportamento suicida.

Per poter prevenire il suicidio è fondamentale che queste contingenze non vengano ignorate, ma piuttosto che siano comprese e modificate.

Sono molto importanti a tal fine i *fattori di protezione* del paziente, ovvero: immagine positiva di sé; adeguate abilità di problem solving; comportamento volto alla ricerca di aiuto; supporto sociale e/o familiare: flessibilità cognitiva; forte senso di speranza; assenza di eventi traumatici durante l'età evolutiva; trattamento adeguato di eventuali disturbi psichiatrici e il non utilizzo di alcol e sostanze. Sarà importante rinforzare tali aspetti, laddove già presenti, oppure lavorare in funzione di poterli acquisire e potenziare.

Nel momento in cui fattori di rischio e di protezione saranno noti, il passo successivo sarà quello di determinare il livello di rischio e il trattamento immediato di risposta. Il chiaro supporto empirico suggerisce che i trattamenti psicosociali ambulatoriali sono tra i più efficaci nel ridurre l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio (Brown & Green, 2014; Comtois & Linehan, 2006; Hawton et al., 2000).

I trattamenti con evidenza scientifica raccomandano di basare il *processo decisionale clinico* non solo sui fattori di rischio, ma anche sulle variabili di controllo del rischio e sull'impegno del paziente in un piano di trattamento ambulatoriale. I pazienti ad alto e imminente rischio suicidario, che sono disposti e in grado di agire per ridurre il loro rischio nel breve termine, possono essere trattati in ambiente ambulatoriale, mentre i pazienti con basso rischio, ma che non sono motivati o in grado di impegnarsi in trattamenti ambulatoriali, possono richiedere il rinvio ai servizi di emergenza o di ricovero.

*La conoscenza delle variabili di controllo per il comportamento suicida è la chiave per il processo decisionale.* Per ogni variabile di controllo, è fondamentale valutare la capacità dell'individuo e la motivazione al cambiamento. Se i pazienti sono in grado di cambiare la variabile di controllo in autonomia o con l'aiuto della famiglia, o con altra rete di supporto, allora il trattamento ambulatoriale è più fattibile. Nelle psicoterapie comportamentali che lavorano con individui a rischio suicidario, è fondamentale l'insegnamento di competenze/skills e di strategie di coping, allo scopo di intervenire sulle variabili di controllo.

Non esiste un intervento che possa dirci se un determinato paziente tenterà o meno il suicidio, se trattato in ambiente ambulatoriale. Si tratta di una questione di giudizio clinico che si basa sulla

migliore valutazione possibile. Basandosi sulla valutazione delle capacità individuali, dell'impegno al cambiamento e sul significato di costruire una vita degna di essere vissuta, il clinico e il paziente possono determinare quale dovrebbe essere la risposta di trattamento iniziale.

A tal fine gli psicoterapeuti traggono maggior utilità nel prendere tali decisioni in consultazione con un *Team* o, almeno, con un collega che abbia esperienza e familiarità con questi pazienti. Ciò di cui hanno bisogno i clinici, la famiglia e gli amici, quando un paziente tenta il suicidio, è la convinzione che tutti abbiano fatto davvero il possibile lavorando con il paziente (Sung, 2016).

Il clinico riesce a ottenere il migliore intervento possibile solo quando c'è consultazione e collegialità nelle decisioni, esponendo le variabili di controllo, la valutazione della capacità e l'impegno del paziente a cambiare, in modo che il Team possa offrire nuove prospettive, in cui la messa in discussione, rispettosa e senza giudizio, possa offrire nuove domande di valutazione e aiutare a migliorare il piano di trattamento. Questo parere sarà quindi documentato in cartella medica (clinica). Il rischio di negligenza, ovvero la base di un'azione legale contro il terapeuta, si riduce quando il processo decisionale appare chiaro e il Team concorda sul piano, aumentandone il senso di fiducia, attenuando l'insicurezza e/o la colpa che potrebbe presentarsi a seguito di un suicidio.

Il *piano di sicurezza o di risposta alle crisi* include due componenti: cosa il paziente può fare da solo e come può raggiungere efficacemente un aiuto. Ad esempio, nel piano di sicurezza sviluppato da Greg Brown, Barbara Stanley e colleghi (Kayman, Goldstein, Dixon e Goodman, 2015; B. Stanley et al., 2015), il clinico e il paziente identificano:

- i segnali attivanti l'ideazione suicidaria (triggers), così da poter intervenire il prima possibile,
- strategie di coping e skills da utilizzare,
- le persone e i luoghi che il paziente può adottare come fattori di distrazione, fino a quando la crisi suicidaria sia superata.

Queste strategie sono progettate per promuovere l'azione da parte dei pazienti e insegnare loro come autogestire la loro suicidalità. Il piano di sicurezza include anche il supporto sociale a cui il cliente può chiedere aiuto, incluso un aiuto professionale.

Il terapeuta, come previsto secondo la DBT, offre coaching telefonico al paziente, concordato preventivamente come richiesta di aiuto, *prima* di mettere in atto qualsiasi gesto impulsivo e/o suicidario. Il coaching telefonico è di gran lunga preferibile piuttosto che un invio immediato al Pronto Soccorso, poiché offre una breve consulenza sulle possibili abilità (skills) da utilizzare per regolare lo stato emotivo nel momento di crisi.

Nel trattamento psicosociale ambulatoriale, è fondamentale per i pazienti rendere il proprio ambiente libero da ogni mezzo che possa renderli più impulsivi, vulnerabili e quindi più a rischio.

La rimozione dei mezzi letali sarebbe lo scenario ideale. Tuttavia, quando un paziente non vuole o è riluttante a farlo, si affronta il dilemma se muoversi assertivamente per ridurre l'accesso ai mezzi e il rischiare un drop out dal paziente.

Così come per il processo decisionale suicida in generale, non vi è alcuna regola da seguire quando si prendono decisioni sulla sicurezza dei mezzi. Ancora una volta, la strategia più efficace è trovare consenso in un Team di consultazione, per considerare alternative e concordare sulla strategia più efficace, visti i limiti della situazione (Comtois K., Landes S. 2018).

*Interventi comportamentali a confronto: CBT e DBT*

Sono due i principali interventi comportamentali per il comportamento suicidario, attraverso studi clinici controllati e randomizzati: la **DBT** (Linehan, 1993; Linehan, Comtois, Murray et al., 2006; Stoffers et al., 2012) e la terapia cognitivo comportamentale (**CBT**) per la prevenzione del suicidio (Brown et al., 2005; Rudd et al., 2015; Wenzel, Brown, & Beck, 2009). Entrambi gli interventi hanno diverse aree comuni che i clinici possono utilizzare nel proprio lavoro:

- un'attenzione sul suicidio piuttosto che sulla diagnosi;
- un focus sull'impegno attivo e sul mantenimento del trattamento;
- una valutazione funzionale dei fattori precipitanti e del controllo delle variabili del comportamento suicidario;
- problem solving;
- una posizione attiva e direttiva per aiutare i pazienti a sviluppare modi diversi di pensare e di comportarsi durante i momenti di intensa angoscia emotiva, evitando di ricorrere in comportamenti suicidari;
- infondere speranza per il futuro.

Il primo fattore in comune è l'attenzione al suicidio come *obiettivo primario* del trattamento.

Ciò significa che, mentre si affrontano durante il trattamento la depressione, l'uso di sostanze o altre diagnosi, il suicidio non è considerato un sintomo o una complicazione della diagnosi, che sarà necessariamente risolta man mano che migliorerà la condizione diagnostica. È infatti considerato non solo un problema indipendente, ma una questione primaria di trattamento che rimarrà scopo principale fino alla sua risoluzione.

Svolgere un trattamento di prevenzione al suicidio, richiede un impegno da parte del paziente e sia la DBT che la CBT adottano strategie esplicite per coinvolgere il paziente nel trattamento, prevenirne l'abbandono e la risoluzione dei problemi e il superare i comportamenti interferenti la terapia. Un elemento fondamentale di entrambi gli interventi comportamentali è una valutazione funzionale del pensiero e del comportamento suicida per determinare le variabili di controllo.

Una volta identificati i problemi, il problem-solving è una strategia terapeutica di rilievo per risolvere le variabili di controllo che sono risolvibili. Contemporaneamente, il terapeuta insegna delle strategie per tollerare ciò che non può essere risolto o per affrontare i problemi ancora da risolvere. L'obiettivo è collaborare con i pazienti per trovare le soluzioni più efficaci per i problemi scatenanti le crisi suicidarie e sviluppare una sempre maggiore motivazione per mettere in pratica le soluzioni trovate – persino quando le emozioni sono molto intense e la prospettiva è limitata – come nei momenti di rischio suicidario.

Infine, ai fini della prevenzione del suicidio, è importante creare una visione e una speranza per il futuro. Questo guiderà la persona verso una *vita degna di essere vissuta*, alternativa rispetto al suicidio. Il principio fondamentale del trattamento della DBT è ottenere una vita degna di essere vissuta e una buona qualità di vita, di modo che il suicidio non sia più un problema; proprio per questo la DBT è un trattamento a lungo termine.

Nella DBT il rischio di suicidio viene generalmente sostituito da abilità di coping e di fronteggiamento nei primi quattro mesi, equivalente per la CBT e altri interventi comportamentali. Nel resto della terapia (sei mesi, un anno o più) ci si concentra sulla risoluzione della qualità dei comportamenti che interferiscono con la vita e che impediscono al paziente di raggiungere una vita degna di essere vissuta.

Gli approcci nella CBT nell'affrontare il suicidio sono invece molto brevi – non più di sedici sedute – che hanno lo scopo di affrontare il suicidio e prevenirne la ricaduta. I pazienti possono perseguire ulteriori terapie altrove per una qualità generale della vita. Quindi, in queste terapie più brevi, l'attenzione si concentra sulla speranza piuttosto che sul raggiungimento di una vita degna di essere vissuta. Una strategia chiave nella CBT è il "*kit della speranza*", una scatola o un altro contenitore che contiene oggetti e ricordi, come fotografie e lettere, che servono come promemoria delle ragioni per vivere. Il kit della speranza funge da richiamo potente e personale del legame che un paziente ha con la vita e che può essere utilizzato quando emergono sentimenti suicidari. I pazienti spesso trovano il processo di costruzione di questo kit molto gratificante, in quanto li guida a scoprire o riscoprire le ragioni per vivere.

*La conversazione sulla vita degna di essere vissuta nella DBT*

Il paziente che inizia un trattamento DBT è possibile che abbia considerato il suicidio e che forse l'abbia persino tentato, benché senza successo. Ha senza dubbio fatto innumerevoli sforzi per migliorare la propria vita, probabilmente ottenendo solo effimeri risultati e come un funambolo si ritrova a camminare in bilico, nell'incapacità di trovare una via d'uscita: il porre fine alla propria vita, oppure costruirne una migliore. Linehan (1993) introduce il tema dell'atmosfera emotiva secondo cui gli interventi del clinico curante devono svolgersi nel costante bilanciamento tra validazione e accettazione dell'esperienza emotiva, volta a proteggere il paziente da un'eccessiva critica nei confronti di sé stesso. Il trattamento deve favorire un clima emotivo che per analogia possa essere paragonato a una palestra riabilitativa per grandi ustionati, mostrando attenzione alla forte reattività agli stimoli del soggetto, con la comprensione della difficoltà e del dolore con cui affronta il quotidiano e mostrando fermezza e decisione nel proporre nuove abilità e strategie.

Secondo il Professore *Charles Swenson*, formatosi con Marsha Linehan e poi a sua volta formatore autorizzato nella conduzione di training intensivi DBT, la terapia è come una danza e rimanere immobili a considerare quale sia la migliore strategia da adottare porta a perdere opportunità preziose e a creare fratture nella seduta e nella relazione. Il terapeuta deve imparare ad avere la saggezza di valutare in che direzione andare, chiedendosi quale dei tre paradigmi seguire: accettazione, cambiamento o dialettica.

Il *paradigma di accettazione* prevede di essere lì, in quel preciso istante, motivato ad ascoltare, fare domande, validare, trasmettere oggettività e aiutare a far chiarezza con atteggiamento compassionevole e non giudicante.

Il *paradigma del cambiamento* promuove una motivazione verso un cambiamento comportamentale, definendo obiettivi e comportamenti target, valutando i possibili ostacoli e incoraggiando soluzioni ragionevoli.

Il *paradigma dialettico* si focalizza sull'equilibrio, la sintesi e il movimento tra i diversi interventi (accettazione e cambiamento), cercando la saggezza e la verità nelle posizioni opposte o contraddittorie.

Nei pazienti con rischio suicidario diventa fondamentale, in fase di pre-trattamento, la conversazione su una vita degna di essere vissuta che dovrà assolvere quindi tre compiti:

- il *compito dialettico*, in prima battuta, interviene sull'ambivalenza del paziente fra il voler costruire una vita degna da una parte e il voler morire dall'altra, accogliendo la saggezza e la verità di entrambe le posizioni.

- Il secondo *compito* è *comportamentale*, in cui il terapeuta lavora per rafforzare la capacità del paziente di immaginarsi in modo vivido una vita degna e di trasformare questa immagine in un insieme di scopi realistici e target terapeutici.
- Il terzo *compito* è *relazionale* nella misura in cui il terapeuta cerca di stabilire un solido e al contempo flessibile, legame di attaccamento fra paziente e terapeuta, legame che in terapia sarà continuamente rafforzato dall'affrontare e risolvere insieme le criticità che emergeranno durante la fase di pretrattamento. Lo scopo è quello di aiutare il paziente a fare esperienza di un'atmosfera terapeutica che incoraggi l'apertura, l'onestà, il coraggio e il tollerare il disaccordo e il conflitto.

Pur continuando a perseguire con tenacia una vita degna di essere vissuta e mantenendo un'attitudine speranzosa che supporti il percorso, il terapeuta deve lasciare al paziente spazio e tempo per comunicare pensieri, emozioni e desideri connessi al suicidio, non avallandoli come un piano. Linehan sostiene che il terapeuta DBT ha sia il compito di “*scendere all'inferno*” con il paziente, vedere com'è e come si sta in quell'enorme sofferenza, sia aiutare il paziente a “*trovare una via d'uscita dall'inferno*”.

È una metafora dialettica nella misura in cui viene riconosciuta la validità di entrambe le parti: quella che vuole morire e quella che vuole trovare una via di fuga dalla morte. Il primo passo per trovare quella via di uscita dall'inferno è provare a immaginare, nel modo più concreto e obiettivo possibile, una vita degna di essere vissuta che vada bene per il paziente (Swenson, 2018).

*I livelli di Intervento nella Terapia Dialettica Comportamentale sono:*

#### LIVELLO 4: “Incompletezza”

→ **Gioia e Libertà** - Amore e interdipendenza, personalizzazione della mastery, “avere una prospettiva”, auto-gestione, evoluzione del senso di sé

#### LIVELLO 3: “Problemi di vita quotidiana”

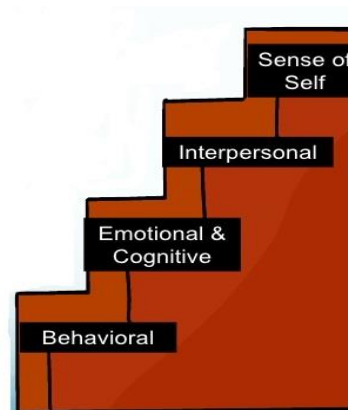
→ **Ordinaria Felicità e Infelicità** – Ricostruire una vita degna, generalizzare le abilità nelle relazioni e nel contesto di lavoro, crescita di vita

#### LIVELLO 2: “Superamento della Calma Disperazione”

→ **Esperienze emotive**: Entrare in contatto con la paura delle emozioni, capire i fattori scatenanti la disregolazione

#### LIVELLO 1: Grave comportamento disfunzionale

→ **Controllo comportamentale**: ridurre gli agiti autolesivi, ideazioni suicidarie, dipendenze, vuoto e disperazione...



(Marsha Linehan – stages of DBT, 2004)

In ottica DBT vi è una fase di pre-trattamento e una successiva fase di trattamento. Nella fase di pre-trattamento l'obiettivo è aumentare l'impegno, sia rafforzando il focus su una vita degna di essere vissuta, sia rafforzando l'impegno nel piano di trattamento. Il primo obiettivo da raggiungere è quello di aumentare il controllo e la stabilità comportamentale, attraverso la *diminuzione dei comportamenti suicidari o che mettono a rischio la vita del paziente*.

Secondo il *protocollo di gestione della crisi*, il primo importantissimo obiettivo è quello di sintonizzarsi con la persona e validare le sue emozioni; è fondamentale rivolgersi all'emozione piuttosto che ai contenuti. È un momento dove non è utile rivangare il passato, ma piuttosto

esaminare il problema nei qui e ora. Bisogna concentrarsi sulla tolleranza emotiva (vs. cambiamento emotivo) e mostrarsi flessibili in modo dialettico nell'esaminare le alternative di risposta (Linehan, 2011; Swenson, 2018).

Può essere utile esprimere accettazione e rispetto mediante segnali non verbali e far sapere al paziente che si ha rispetto per le sue opinioni e i suoi valori e che non si vuole giudicare l'intenzione suicida. In DBT si considera il comportamento suicidario come la soluzione di un problema, si parla apertamente del suicidio, pur mantenendo l'opinione che esso non sia un'alternativa valida.

Solo dopo la validazione, si può procedere con il problem solving, cercando di:

- Inquadrare le possibili soluzioni in termini di competenze.
- Prevedere le conseguenze future dei piani di azione.
- Affrontare direttamente le idee e comportamenti disadattivi.
- Rinforzare le risposte adattive.
- Mettere in risalto l'uso di comportamenti competenti.

*Nella prevenzione del rischio suicidario, come target primario di pre-trattamento è necessario:*

- Condividere accordi e impegno con il paziente per mezzo di un *contratto antisuicidario*.
- Creare un piano di gestione delle crisi, attraverso una gerarchia di interventi e abilità, sulla base dell'intensità dell'emozione del momento.
- Lavorare sulla motivazione della richiesta di aiuto.
- Individuare gli stati problematici attraverso *analisi della catena comportamentale*, prima tappa fondamentale del processo di problem solving.
- Incrementare quindi abilità di tolleranza alla sofferenza e di regolazione emotiva per la gestione delle crisi.
- Dare disponibilità di coaching telefonico, breve e mirato, in cui il paziente si impegna nel chiamare *prima* di mettere in atto qualsiasi azione impulsiva; capire quindi cosa il paziente sta chiedendo e come vuole essere aiutato, per trovare poi le abilità e le strategie più funzionali in quel momento.

L'analisi della catena comportamentale mette in luce una spiegazione del comportamento suicidario o disfunzionale, in generale. Grazie alla collaborazione e alla narrazione del paziente, si può comprendere cosa sta succedendo e cosa può essere cambiato. Emergono non solo gli aspetti di vulnerabilità e i triggers specifici (eventi scatenanti) che attivano il comportamento maladattivo, ma anche e soprattutto i fattori di mantenimento che alimentano la sofferenza stessa.

La narrazione dettagliata del paziente e guidata dal terapeuta, deve consentire di dare forma a un quadro preciso ed esaustivo della sequenza degli eventi interni o esterni; offrire una lettura e al contempo fornire una risposta alternativa, grazie all'incremento e all'utilizzo di skills necessarie per produrre un cambiamento positivo. Tale cambiamento avrebbe potuto allontanare le condizioni che hanno portato al comportamento problematico, da qui l'importanza di suggerire metodi che possano aiutare a monitorare il proprio comportamento tra una seduta e l'altra.

Per svolgere una buona analisi comportamentale è necessario:

- Definire il comportamento problematico, "scegliere il focus" che dovrà costituire l'oggetto primario dell'attenzione, *comportamenti suicidari*, comportamenti che interferiscono con la



terapia, (nella prima fase del processo terapeutico, con quest'ordine di priorità) comportamenti che interferiscono con la qualità della vita, deficit nelle abilità comportamentali, risposte da stress post-traumatico, (nella fase finale) carenze di autostima e difficoltà nel raggiungimento dei propri obiettivi.

- Il terapeuta aiuta il paziente a definire il comportamento problematico in termini comportamentali e a descriverlo in modo specifico in base a: frequenza, durata, intensità, natura effettiva.
- Si svolge un'analisi delle catene comportamentali selezionando insieme con il paziente, un episodio specifico nel quale si è manifestato il problema da analizzare. Si chiede di descrivere la parte iniziale (antecedenti), le parti intermedie (il problema stesso) e la parte finale (le conseguenze), tenendo in forte considerazione tutte le piccole unità comportamentali (anelli della catena). Si analizzano ogni volta: le emozioni, i pensieri e le immagini, le sensazioni corporee, i comportamenti manifesti e i fattori ambientali.
- Si formulano insieme con il paziente *ipotesi* sulle variabili che influenzano o condizionano il comportamento considerato.

La DBT ha il grande vantaggio non solo di avere un protocollo ben strutturato per la terapia individuale, ma si avvale anche di una terapia di gruppo per l'insegnamento delle abilità (skills) e di un Team di supporto e consultazione. Di fronte alla complessità di pazienti a rischio di vita è molto importante offrire un modello di cura che presti attenzione su più fronti. La necessità del doppio setting (individuale e di gruppo) come esperienza correttiva, diventa quindi fondamentale per la riduzione del drop-out e il mantenimento della psicoterapia.

La terapia di *Gruppo Skills Training* DBT, composta da due terapeuti cognitivo – comportamentali (leader e co-leader), consente di apprendere nuove abilità organizzate in 4 moduli: mindfulness, tolleranza della sofferenza, regolazione emotiva, efficacia interpersonale. Il trattamento di gruppo stimola la generalizzazione delle abilità in relazione alle richieste ambientali, all'interno di una prospettiva di cambiamento, permettendo al paziente di sperimentare un'esperienza relazionale correttiva.

La DBT conferisce fondamentale importanza al lavoro d'equipe in quanto il *Team* è l'elemento imprescindibile per la strutturazione di un valido intervento (Linehan, 1993).

Nel caso di pazienti a rischio suicidario, ancor di più il terapeuta non deve porsi come “salvatore onnipotente” e per questo è opportuno mantenere contatti con il team, i colleghi, lo psichiatra di riferimento. Il terapeuta sentirà il bisogno di controllare le proprie risposte emotive e, per rappresentarsi la mente del paziente con i suoi bisogni, la necessità di supporto e visioni alternative. Il Team aiuta infatti ciascun terapeuta nella programmazione del piano di intervento o nella risoluzione dei problemi a esso correlati, monitora l'aderenza al modello teorico di riferimento, assicura il progresso nell'acquisizione di competenze DBT e offre supporto in caso di difficoltà.

### **Conclusioni**

Ogni persona ha bisogno di attribuire senso e valore agli eventi della propria esperienza, costruire un progetto di vita e sviluppare la capacità di realizzarsi e di espandere il proprio benessere. Quello che manca alla persona con ideazione suicidaria è l'attesa di una vita degna di essere vissuta, perché

a primeggiare è il desiderio immediato o l'aspettativa magica di ricominciare da zero. L'attesa e l'impegno per ricostruire nuovi progetti appare insostenibile e intollerabile.

Quando non è più sufficiente la spinta biologica per vivere, è necessario accogliere e validare l'infinita sofferenza della persona, affrontare quell'inferno, starci dentro e iniziare a tollerarlo. Solo dopo sarà possibile il tentativo di attribuire un significato positivo a quella vita e a ritrovare la motivazione esistenziale perduta. Il pilastro della terapia e del cambiamento sta proprio nel recuperare le risorse seppellite dalla disperazione e la speranza di trovare cose buone per il futuro.

La Terapia Dialettica Comportamentale si è dimostrata efficace nella riduzione degli agiti suicidari e autolesivi; nella riduzione dei drop-out e nel ricorso all'ospedalizzazione; oltre che un incremento delle abilità psicosociali e una riduzione del burn-out degli operatori (Linehan et al. 1993, 1994, 2006).

La DBT è una terapia manualizzata che offre una forte componente contrattuale tra terapeuta e paziente, in cui vengono stabilite la modalità del trattamento, le regole del setting, la durata della terapia e soprattutto l'impegno da parte del paziente in un piano di azione.

Essa comprende strategie di cambiamento, strategie per l'accettazione e la validazione e strategie dialettiche. Ha una forte componente psicoeducativa e si occupa di suggerire e inquadrare soluzioni possibili in termini di competenze; di prevedere le conseguenze future dei piani di azione e di affrontare direttamente i pensieri e i comportamenti maladattivi del paziente, rinforzando le risposte più funzionali e adattive.

Offrire un aiuto il più possibile adeguato e competente è il compito di ogni terapeuta, che non deve aver timore di fare un passo indietro, validare la saggezza del proprio paziente e con fermezza orientarsi verso la posizione concordata, in funzione del cambiamento desiderato.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. APA, (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- American Psychiatric Association. APA, *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*, (2010).  
[https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/suicide.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf)
- Associazione Psychiatry on line Italia, (2018) *la valutazione del suicidio*:  
<http://www.psychiatryonline.it/node/3673>
- Barbagli, M. (2009) *Concedarsi dal mondo. Il suicidio in occidente e in oriente*, Edizioni il Mulino, Bologna.
- Battin, M.P. (1995). *Ethical issues in suicide*. Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs. New Jersey.
- Beck A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, Harper & Row, New York.
- Beck A.T. et al (1974). *Development of Suicidal Intent Scales*, in Beck, Resnik, Lettieri (a cura di), *The prediction of suicide*, Charles Press, Philadelphia.
- Beck A.T. et al (1979). *Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47/2. American Psychological Association, United States.
- Beck A.T. et al. (1985). *Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*, American Journal of Psychiatry, 142, United States.

- Beck A.T. & Steer R.A. (1988). *Beck Hopelessness Scale, Manual*. San Antonio, Tex., Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck A.T. et al. (1997). *Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients*, Behaviour Research and Therapy, 35/11, Elsevier.
- Beck A.T. et al. (1999). *Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 29/1, Washington.
- Behavioral Research & Therapy Clinics, University of Washington, Center for Behavioral Technology, Linehan, 2018, *Assessment Instruments*: <http://depts.washington.edu/uwbtrc/resources/assessment-instruments/>
- Bhimji & Dulebohn, *Suicide Screening and Prevention*, (2018). StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Sep 26.
- Brown G.K. & Green K. L. (2014). *A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: Where do we go from here?* American Journal of Preventive Medicine, 47/3, Supplement 2, Elsevier.
- Buccione I. (2016) *Rischio suicidario: suggerimenti pratici per valutarlo e gestirlo*. Internet: <https://psiche.cmsantagostino.it/2016/11/22/rischio-suicidario-suggerimenti-pratici/>
- Cáceda R., et al. (2012) *Progressi nella neuropsicobiologia del suicidio*, Minerva Psichiatrica March 53, Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Comtois K.A. & Landes S. (2018). Central Arkansas Veterans Healthcare System: *Crisis Management and Treating Suicidality from a Behavioral Perspective*. Cap. 28 del Manuale: *Process-Based CBT, The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*, edited by Hayes C.S. & Hofmann G.S., Context Press.
- Cukrowicz, K. et al. (2010) *The effect of participating in suicide research: Does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide ideation and attempts?* - in *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Wiley-Blackwell (American Association of Suicidology)
- Corte di Cassazione (2005) *Sezione IV penale - Sentenza 12 aprile n. 13241*.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: a study in sociology*, The Free Press, New York.
- Eisenlohr-Moul, Miller, et al. (2018). *HPA axis response and psychosocial stress as interactive predictors of suicidal ideation and behavior in adolescent females: a multilevel diathesis-stress framework*, Neuropsychopharmacology, Sep 6, Nature Publishing Group.
- Gargiulo A., et al. (2014). *Autolesività non suicidaria (NSSI) e disturbo da comportamento suicida (SBD) nella recente pubblicazione del DSM-5*. Minerva Psichiatrica 2014 June; 55, Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, et al. (2006) *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy*. Archives of General Psychiatry, 63, JAMA Psychiatry, American Medical Association, United States.
- Gregory K. Brown, Ph.D., (2001). *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults*, University of Pennsylvania.
- Gunderson, J.G. & Links P.S., (2008). *Borderline Personality Disorder: A clinical Guide*, 2nd ed., DC: American Psychiatric Press, Washington.
- Hawton K. & James A. (2005). *Suicide and deliberate self harm in young people*, British Medical Journal, 330, Regno Unito.
- Hawton K., Townsend E., et al. (2000) *Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2 (CD001764).
- Kayman D.J., Goldstein M.F., et al (2015). *Perspectives of suicidal veterans on safety planning: Findings from a pilot study*. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 36/5, American Psychological Association, Washington.

- Infografica – Giornata mondiale per la prevenzione dei suicidi (Editing e progetto grafico Bruna Tabanella, Daria Squillante), 2017.
- Istituto A. T. Beck Terapia Cognitivo-Comportamentale, approfondimenti: *Disturbo Borderline di Personalità, Suicidalità* <https://www.istitutobeck.com/disturbi-di-personalita/disturbo-borderlinepersonalita/suicidalita>
- Linehan M.M. & Comtois, K.A., (1996). *Lifetime Suicide Attempt and Self-Injury Count (L-SASI)*. Formerly Lifetime Parasuicide History, SASI-Count. Seattle: University of Washington.
- Linehan M.M., Comtois K.A, et all., (2006). *Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review*. Journal of Clinical Psychology, 62/2, Wiley Online Library.
- Linehan M.M., et all. (2006) *Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury*. Psychological Assessment.
- Linehan M.M., (2011) *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: Il modello dialettico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Linehan, M.M., (2014) *Linehan Risk Assessment and Management Protocol (LRAMP)*. Behavioral Research and Therapy Clinics, Seattle.
- Linehan M.M., (2015) *DBT Skills Training Manuale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Linehan M.M., et all. (2015) *Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder*. A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. JAMA Psychiatry.
- Lloyd G.G. & Lishman W.A., (1975). *Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences*, Psychological Medicine 5, Cambridge Core.
- Maltsberg J.T. & Buie D.H., (1980) *The devices of suicide: revenge, riddance and rebirth*, International Review of Psychoanalysis 7.
- Moore R.G., Watts F.N. e Williams J.M., (1988). *The specificity of personal memories in depression*, British Journal of Clinical Psychology 27(pt.3), Wiley Online Library.
- O'Connor, R., Platt, S. & Gordon, J. (2011). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice, First Edition*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Oquendo M.A., Placidi G.P., Malone K.M., et all. (2003) *Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression*. Archives of General Psychiatry, 60/1, JAMA Psychiatry, American Medical Association, United States.
- Padmanathan P., Biddle L., Carroll R., et all. (2018). *Suicide and Self-Harm Related Internet Use*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29848080> - Epub, May 31.
- Paris J., (2008) *Treatment of Borderline Personality Disorder: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press, New York.
- Pompili M., (2008) Department of Psychiatry, *Suicidio e suicidologia*, Psychomedia Telematic Review.
- Pompili M., Innamorati M., Venturini P. et all. (2011). *Abuso infantile come fattore di rischio per il suicidio: dettagliato resoconto*, Minerva Psichiatrica March 52, Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Pompili M. (2013). *La prevenzione del suicidio*, Società editrice il Mulino, Bologna.
- Pompili M., Girardi P. et all. (2006) *Stigma e rischio di suicidio. Overview*, <https://www.fioritieditore.com/stigma-e-rischio-di-suicidio-overview/> n.1. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Polito M., (2016) *Suicidio: la guerra contro sé stessi. Cause e prevenzione*, Educational Psychology Vicenza.
- Posner, Brent, Lucas, et all. (2008). *C-SSRS – Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio*.

- Russell, J.J., Moskowitz, D.S. et al. (2007). *Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder*. Journal of Abnormal Psychology 116, American Psychological Association, Washington.
- Ryberg, W., Fosse, R., et al. (2016). *Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to treatment as usual (TAU) for suicidal patients: study protocol for a randomized controlled trial*. Trials 17.
- Shneidman E.S. (1985). *Definition of suicide*, Aronson, Northvale, N.J.
- Shneidman E.S. (1993). *Suicide as psychache*, The Journal of Nervous and Mental Disease 181.
- Shneidman E.S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*, Oxford University Press.
- Stanley, B. & Jones, J. (2009) *Risk for suicidal behaviour in personality disorders*. In: Wasserman D, Wasserman C. (a cura di), Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective. Oxford University Press, Oxford, New York.
- State of Mind, il giornale delle scienze psicologiche, Nuzzo C. e Regazzoni Z., *Suicidio*: <https://www.stateofmind.it/tag/suicidio/page/2/>
- Stotland, E.T. (1969). *The psychology of hope*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Swenson Charles, (2018). *I principi della DBT in azione. Accettazione, cambiamento e dialettica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Sung, J.C. (2016). *Sample individual practitioner practices for responding to client suicide*, Suicide Prevention Resource Center.
- Williams J.M & Broadbent K. (1986). *Autobiographical memory in suicide attempts*, Journal of Abnormal Psychology 95, American Psychological Association, Washington.

Barbara Cesarelli, Psicologa, Psicoterapeuta, Socio  
SITCC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Verona  
E-mail: [b.cesarelli@hotmail.it](mailto:b.cesarelli@hotmail.it)

Per comunicare con la rivista o con gli autori potete  
scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della  
rivista: [psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di  
formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e  
SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro  
Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su  
[www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)