

SALUTO AI LETTORI

Ripenso alle mie giornate passate a studiare questo enigmatico argomento e prendo coscienza del duro lavoro che ci attende per correggere i miti e le false credenze sul fenomeno. Come referente italiano dell'*International Association for Suicide Prevention* (IASP) ho il compito di organizzare eventi che sensibilizzino l'opinione pubblica. Il 10 settembre di ogni anno si celebra la **Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio**. Il motto di quest'anno è "**la prevenzione del suicidio nel mondo: rafforzare i fattori protettivi ed infondere speranza**". Il suicidio si può prevenire e la miseria umana può essere compresa. A noi spetta il compito di cimentarci con le emozioni negative degli individui suicidi e di come trovare quel ponte immaginario che può condurci alla vera comprensione del loro dramma interiore.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Gioventù

Anno 2012 NUMERO II

RESPONSABILE: prof Maurizio Pompili

Prof. Maurizio Pompili
Direttore del Servizio per la Prevenzione del Suicidio
Referente italiano IASP
Ricercatore universitario Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Via di Grottarossa, 1035
00189 Roma
Tel: 06/33.77.56.75
Email: maurizio.pompili@uniroma1.it

I A S P

International Association for Suicide Prevention



10 ° anniversario

10 settembre 2012

Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio

La Prevenzione del Suicidio nel Mondo: rafforzare i fattori protettivi e infondere speranza

Il 10 e l'11 settembre 2012 si celebrerà il 10° anniversario della **Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio**: dieci anni di ricerca, prevenzione, formazione e informazione. L'obiettivo più importante di questa iniziativa, organizzata dalla Associazione Internazionale per la Prevenzione del Suicidio (IASP) in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in Italia coordinato dal Servizio per la Prevenzione del Suicidio dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, è di aumentare la consapevolezza nella comunità scientifica e nella popolazione generale che il suicidio può essere prevenuto. Il tema della Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio di quest'anno è "la prevenzione del Suicidio nel mondo: rafforzare i fattori protettivi e infondere speranza".

Le campagne di prevenzione svolte in questo decennio si sono spesso concentrate sul ruolo giocato dai diversi fattori che possono condurre a comportamenti suicidari, proponendo strategie di prevenzione volte a ridurre i fattori di rischio per il suicidio ma anche potenziando i fattori protettivi, con l'obiettivo di prevenire la vulnerabilità al suicidio e rafforzare le risorse delle persone a rischio.

Coinvolgere sempre più individui nella prevenzione del suicidio attraverso attività di varia natura come convegni, conferenze, appuntamenti sportivi e campagne pubblicitarie è l'obiettivo che ci siamo posti di portare avanti nei prossimi anni, attraverso il Servizio per la

Prevenzione del Suicidio, afferma il Prof. Pompili — uno sforzo coordinato può permettere di sfruttare l'alleanza tra coloro che si occupano della salute e quanti hanno acquisito competenze sul tema del suicidio. Coloro che hanno perso un caro per suicidio possono farsi portatori di importanti messaggi preventivi, condividendo la loro tragica esperienza. I ricercatori, i volontari, gli operatori della salute mentale e i parenti delle vittime dovrebbero essere i depositari di informazioni da divulgare per una sempre più efficace prevenzione del suicidio — continua Pompili.

La sfida della prevenzione del suicidio dovrebbe essere intrapresa dalla collettività. Gli addetti alla salute mentale e tutti gli operatori in contatto con la popolazione generale che forniscono servizi di assistenza, consulenza e supporto, dovrebbero veicolare informazioni chiare e precise su come riconoscere e gestire il soggetto suicida. Campagne di sensibilizzazione a livello nazionale proposte dalle autorità competenti dovrebbero essere estese a tutta la popolazione rispettando le *guidelines* proposte ai mass-media per la diffusione di servizi e reportage riguardanti il fenomeno suicidario.

La prevenzione del suicidio è possibile e riguarda tutti

Il suicidio è attualmente un grave problema di salute pubblica nella maggior parte delle nazioni ed è una delle prime cause di morte nel mondo, in particolare rientra tra le prime tre cause di morte nella fascia di età tra i 15 e i 34 anni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS,1999) considera il suicidio come un problema complesso determinato da una molteplice interazione di fattori, tra i quali quelli biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali e ambientali. L'OMS stima che ogni anno nel mondo siano circa un milione gli individui che commettono suicidio e stando a questi dati, da un'analisi dei tassi di morte per suicidio nel corso degli anni, nel 2020 le vittime potrebbero salire fino a un milione e mezzo. In particolare, nel 2000 circa un milione di individui ha perso la vita per suicidio, mentre un numero variabile di soggetti da 10 a 20 volte maggiore ha messo in atto un tentativo di suicidio. Ciò rappresenta, in media, una morte per suicidio ogni 40 secondi e un tentativo di suicidio ogni 3 secondi. Questo ci porta a concludere che muoiono più persone a causa del suicidio che per i conflitti armati di tutto il mondo; tre volte la perdita di vite umane registrata nella tragedia dello Tsunami nel sud-est Asiatico nel dicembre del 2004. Inoltre, ogni giorno muore per suicidio l'equivalente delle vittime causate dall'attacco alle torri gemelle di New York l'11 settembre del 2001.

Sempre secondo i dati dell'OMS (2002), il suicidio riguarda maggiormente i paesi europei, soprattutto i nuovi stati indipendenti dell'Europa dell'Est. I governi di tutte le nazioni del mondo sono impegnati nella lotta contro il suicidio promuovendo la consapevolezza, migliorando gli interventi e le tecniche di prevenzione.

È dunque un fenomeno che non può essere ignorato e vi è la necessità di infrangere quel silenzio e quel deleterio sviamento dal tema attuato quotidianamente.

È difficile spiegare perché alcuni individui decidano di suicidarsi mentre altri, in situazioni simili o persino peggiori, non lo attuino. Sappiamo però che la maggior parte dei suicidi può essere prevenuta.

La formazione di operatori della salute in generale e mentale in particolare, rappresenta un obiettivo importante per identificare, valutare e gestire la persona con intento suicida nella comunità. Nonostante la complessità e la gravità del problema, la prevenzione del suicidio non può essere vista solo come responsabilità degli esperti, ma dovrebbe riguardare tutti.

Ognuno può far qualcosa per aiutare a ridurre il numero di quanti tentano di risolvere il loro dolore con il suicidio. Molti sono i fattori che, interagendo

tra loro, causano il suicidio; altrettanti i modi per poterlo combattere. È necessario che ognuno di noi condivida una parte di responsabilità nella prevenzione del suicidio attraverso un'informazione corretta che dia a tutti strumenti pratici per riconoscere, gestire o indirizzare all'esperto un individuo con crisi suicidaria. Shneidman (1985), padre della suicidologia, definisce il suicidio 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*. Secondo lo stesso autore, il suicidio è meglio comprensibile se considerato non come un movimento verso la morte ma come un movimento di allontanamento da qualcosa che è sempre la stessa: emozioni intollerabili, dolore insopportabile o angoscia inaccettabile, in breve *psychache*. Shneidman (1985) individua tra le fonti principali di dolore psicologico la vergogna, il senso di colpa, la rabbia, la solitudine, la disperazione, aspetti questi che hanno origine da bisogni psicologici frustrati e negati. Nell'individuo suicida è la frustrazione di questi bisogni con il dolore che ne deriva ad essere considerata una condizione insopportabile per la quale il suicidio è visto come il rimedio più adeguato. Ci sono bisogni psicologici con i quali l'individuo vive che definiscono la sua personalità e bisogni psicologici che, quando frustrati, inducono l'individuo a scegliere di morire. Spesso il soggetto a rischio di suicidio si presenta con pensieri identificabili con le seguenti espressioni: "Vorrei essere morto", "Non riesco a fare nulla", "Non posso più andare avanti così", "Sono un perdente", "Gli altri staranno meglio senza di me". Inoltre, minaccia o desidera di farsi male o di uccidersi, cerca mezzi come armi da fuoco, farmaci o altro, parla della morte.

Un alto rischio di suicidio è, inoltre, associato al sentimento di disperazione e di rabbia incontrollabile, alla ricerca di vendetta, all'agire in modo imprudente o rischioso, al sentirsi intrappolati.

Il consumo di alcol e droga, l'allontanamento dalle amicizie, dalla famiglia, e dai contatti sociali, l'ansia, l'agitazione, i cambiamenti marcati del tono dell'umore e i disturbi del sonno sono altri fattori di rischio determinanti. Parlare del suicidio non induce nell'altro un proposito suicidario; al contrario, l'individuo in crisi e che pensa al gesto si sente sollevato ed ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico. Shneidman (1993), a tal proposito, suggerisce alcune domande chiave che possono essere rivolte a una persona che vuol commettere il suicidio quali: "Dove senti dolore?" - "Come posso aiutarti?". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine a un insopportabile dolore mentale, allora il compito

principale di colui che deve occuparsi di tale individuo è quello di alleviare questo dolore attraverso l'ascolto efficace. Scopo ultimo è creare un contatto capace di ridurre la sfiducia, la disperazione e dare speranza alla persona riguardo alla possibilità di cambiare in meglio le cose. Per facilitare la comunicazione è richiesto un approccio calmo e accogliente, privo di giudizio. Se, infatti, si ha successo in questo compito, quell'individuo che voleva morire sceglierà di vivere.

Abbiamo riassunto di seguito alcune caratteristiche dello stato mentale della persona suicida e alcuni segnali di allarme che dovrebbero essere riconosciuti dagli operatori della salute mentale, e non solo, per identificare i soggetti a rischio.

Riteniamo importante sottolineare che la diffusione di semplici ma decisive nozioni può rappresentare il primo traguardo verso la prevenzione (Pompili et al. 2008):

1. Ambivalenza: la maggior parte delle persone ha sentimenti contraddittori circa l'idea di suicidarsi. Il desiderio di vivere e quello di morire si alternano nell'individuo suicida. C'è sempre il bisogno di risolvere il dolore psicologico, sotto il quale si nasconde il desiderio di vivere. Molte persone suicide in realtà non vogliono morire, ma sono afflitte da un tormento psichico che, se risolto, fa allontanare i pensieri e i propositi suicidari.

2. Impulsività: il suicidio è un atto impulsivo. Come ogni altro impulso, quello di commettere il suicidio è transitorio e dura da minuti ad ore. È generalmente innescato da eventi negativi nella vita di tutti i giorni. La risoluzione di queste crisi apre la strada alla possibilità di poter risolvere alla base l'impulso suicida.

3. Rigidità: quando gli individui sono suicidi, il loro pensiero, i loro sentimenti e le loro azioni sono ristretti. Pensano costantemente al suicidio e non sono in grado di considerare altre soluzioni al problema. Hanno pensieri drastici, comunicano il loro intento, spesso inviano segnali e affermano di "voler morire", "sentirsi inutili" o cose simili. Tutte richieste di aiuto queste che non devono essere ignorate.

Porre attenzione ai segnali che denotano rischio di suicidio imminente:

parla del suicidio o della morte;
dà segnali verbali come "Magari fossi morto" o "Ho intenzione di farla finita" oppure segnali meno diretti come "A che serve vivere?", "Ben presto non dovrai più preoccuparti di me" e "A chi importa se muoio?";

si isola dagli amici e dalla famiglia;
esprime la convinzione che la vita non abbia senso
dice di non avere speranza;
si disfa di cose care;
mostra un miglioramento improvviso e inspiegabile dell'umore dopo essere stato depresso.

Suggerimenti per la gestione della crisi suicidaria

Come comunicare:

- ascoltare attentamente, con calma;
- comprendere i sentimenti dell'altro con empatia;
- emettere segnali non verbali di accettazione e rispetto;
- esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi;
- parlare onestamente e con semplicità;
- esprimere la propria preoccupazione, l'accudimento e la solidarietà; concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi.

Come NON comunicare:

interrompere troppo spesso;
esprimere il proprio disagio;
dare l'impressione di essere occupato e frettoloso;
dare ordini;
fare affermazioni intrusive o poco chiare;
fare troppe domande.

Domande utili:

ti senti triste?
senti che nessuno si prende cura di te?
senti che non valga la pena di vivere?
pensi che vorresti suicidarti?

Indagine sulla pianificazione del suicidio:

ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?
hai idea di come farlo?

Indagine sui possibili metodi di suicidio:

possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio?
sono facilmente accessibili e disponibili?

Indagine su un preciso lasso di tempo:

hai deciso quando porre fine alla tua vita?
quando hai intenzione di farlo?

Che cosa NON è utile:

ignorare o liquidare il problema : "Oh, parliamo di qualche altra cosa", "Incontrerai un'altra ragazza e dimenticherai quella persa", "Sei un ragazzo in gamba";
agire con imbarazzo e paura: "Non starai pensando veramente al suicidio, vero?"
sfidare e dibattere: "Guarda avanti vedrai che le cose andranno di sicuro meglio", "Non sai che è una sciocchezza togliersi la vita?";
dare consigli dannosi del tipo : "Andiamo ad ubriacarci e dimentichiamo tutti i problemi".

Emergenza suicidi in tempo di crisi: l'effetto Werther. "Il suicidio è un rimedio permanente a un problema temporaneo".

Ogni anno in Italia si verificano circa quattromila casi di suicidi. La cronaca recente racconta episodi di suicidio legati alla crisi economica con un aumento statisticamente significativo dei casi, una tragedia umana che impone il massimo rispetto. La crisi economica, seguita da un forte aumento della disoccupazione, aumenta il rischio di suicidio per i disoccupati 2-3 volte maggiore rispetto agli occupati. Sebbene questo fenomeno sia legato alla presenza di disturbi psichiatrici, persone che non mostrano nessun tipo di disturbo, in seguito alla perdita di lavoro, mostrano un livello di rischio di suicidio del 70% più elevato rispetto al resto della popolazione. Ricerche longitudinali riferiscono che la disoccupazione è spesso associata ad un aumento esponenziale del fenomeno. Il suicidio, infatti, è più di un problema psichiatrico, è una sofferenza che può colpire chiunque. Di fronte a sconfitte, umiliazioni, angosce estreme, l'individuo, che non trova una via d'uscita, vede in questo gesto estremo l'unico modo per porre fine alla propria sofferenza mentale. Sappiamo che un fattore di rischio importante è una perdita, non solo economica, ma di status, di immagine. Anche la responsabilità che ci si deve assumere, per esempio, verso i propri dipendenti, con cui magari c'è un rapporto decennale di stima e amicizia, e verso le loro famiglie può essere veramente grande. Spesso ci si interroga se, ai fini della prevenzione, la diffusione continua da parte dei mass media, di notizie di suicidi, giochi un ruolo preventivo o provochi invece una scia emulativa. C'è la possibilità, infatti che messaggi come questi possano creare il cosiddetto effetto Werther, eroe romantico del libro di Goethe che si suicidava. Il romanzo provocò un'ondata di suicidi. Noi sappiamo che quando si uccide una rockstar c'è il rischio che i fan possano emulare il gesto. Il suicidio è un rimedio permanente a un problema temporaneo. Ed è proprio questo che andrebbe ricordato, che si può uscire dai problemi, si può cercare aiuto, ci sono alternative che la persona, resa miope dalla sofferenza, non è in grado di vedere.

A questo si aggiungono modelli clinici che cercano di far luce sul fenomeno per meglio prevenirlo.

Le strategie di sostegno per coloro che hanno tentato il suicidio sono di grande valore, primo fra tutte incontri programmati con follow-up regolari; deve inoltre esserci una valida rete di collegamento tra i servizi psichiatrici in modo tale da riconoscere e gestire questi individui globalmente.

Tipo di prevenzione	A chi si rivolge	Programmi di intervento
Prevenzione universale	Tutta la popolazione	campagne dei mass media; necessità di ridurre l'accesso ai mezzi letali; la creazione di centri di crisi; programmi di informazione nelle scuole; contratti antisuicidio.
Prevenzione selettiva	Gruppi a rischio e che hanno più probabilità di diventare suicidi	Istruzione agli insegnanti; programmi diretti ai medici di base; protocolli di intervento durante le crisi.
Prevenzione indicata	Individui che hanno segni precoci di alto rischio di suicidio	Giovani con risk-behavior; anziani a rischio; pazienti psichiatrici; autolesionisti.

Istituzione di una linea telefonica nazionale e di comitati regionali per la prevenzione del suicidio

Una proposta di legge per prevenire i suicidi in tempo di crisi

Una linea telefonica nazionale con operatori qualificati, insieme a comitati regionali che lavorino in rete per aiutare chi è a rischio di suicidio. Sono le novità previste dalla proposta di legge presentata da Antonio Mazzocchi e Giuseppe Palumbo (Pdl), illustrata durante una conferenza alla Camera dei Deputati, lo scorso 16 maggio. "Ogni giorno ci sono notizie di cittadini e imprenditori che si sentono oppressi dai debiti e dalla pressione fiscale, e decidono di togliersi la vita. La politica ha il dovere di intervenire con la massima urgenza, l'intento della proposta di legge è proprio quello di creare un pacchetto di misure da adottare per prevenire questo fenomeno in espansione anche nel nostro Paese. In letteratura è stato ampiamente dimostrato il legame tra crisi economica e aumento dei suicidi - spiega Maurizio Pompili, responsabile del Servizio di prevenzione al suicidio dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma "Anche se è ancora presto per avere un dato preciso sui decessi per suicidio a causa della crisi, in ogni caso, sappiamo che in Italia si verificano circa 4.000 suicidi l'anno, di cui un terzo legati a motivi economici. La proposta di legge presentata "punta a prevenire queste morti e aiutare le persone fragili e a rischio ad uscire dall'isolamento, dalla vergogna e dalla disperazione che possono portarle a mettere in atto comportamenti suicidari. Si tratta di un progetto storico per l'Italia - sottolinea Pompili - perché per la prima volta si organizza un sistema di prevenzione dei suicidi a livello nazionale. Con la nostra linea telefonica al Sant'Andrea ci siamo resi conto dell'importanza di offrire alternative a chi vede il suicidio come l'unica soluzione. Tutte queste persone in realtà vogliono vivere, a patto che qualcuno le aiuti". La proposta di legge prevede l'istituzione di una linea telefonica nazionale, attiva 24 ore su 24, e di comitati per la

prevenzione dei suicidi da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, "stanziando a tali fini la somma di 500.000 euro per il biennio 2012-2013. La linea telefonica "sarà gestita da personale qualificato nel settore psichiatrico-psicoterapeutico", e per la sua organizzazione "il ministero della Salute si avvarrà della collaborazione del Servizio per Prevenzione del Suicidio che opera all'Ospedale Sant'Andrea di Roma, nonché di altri soggetti che possano dimostrare comprovata esperienza nel settore". L'iniziativa sarà accompagnata da una campagna informativa e da un monitoraggio annuale del fenomeno da parte dello stesso Ministero della Salute. Misure che sono definite "una pietra miliare per lo sviluppo di un programma ancor più ambizioso - commenta Diego De Leo, fondatore dell'Associazione italiana per la prevenzione del suicidio - mirato a combattere l'isolamento. Inoltre sarebbe utile diffondere linee guida per la stampa allo scopo di contrastare l'effetto imitativo, che rischia di travolgere le persone più fragili.

Programma di Intervento ai Survivors 2012

Chi sono i survivors?

Dove c'è un suicidio c'è un survivor anzi, secondo Colt (1991) per ogni suicidio ci sono, più o meno, 6 o 10 survivors, ovvero parenti o amici della vittima che hanno sperimentato l'evento traumatico della morte di un proprio caro per suicidio. I survivors sono candidati ad uno stress che avrà pesanti conseguenze sul funzionamento individuale, relazionale, sociale e lavorativo.

Un suicidio porta con sé un non detto, un segreto, una sofferenza che potrà essere ereditata dai loro cari. *Psychache* è il termine utilizzato da Shneidman (2004) per definire il tormento della psiche, un tormento figlio del dolore mentale che sappiamo essere l'ingrediente base del suicidio. Questo dolore psicologico insopportabile della vittima viene poi "ereditato" dai familiari e dagli amici. In alcuni casi gli stessi familiari possono essere a rischio di suicidio se non adeguatamente supportati da specifici programmi di assistenza (Pompili *et al.*, in press; Farberow, 2005).

Lo stigma

Il dolore per la perdita di un caro a causa del suicidio sembra avere delle caratteristiche peculiari che lo distinguono dal dolore per la perdita dovuta ad altre cause (Barrett e Scott, 1990; Bailey et al, 1999; Harwood et al, 2002). La perdita di un caro per suicidio è inaspettata, violenta, traumatica e lascia le persone che conoscevano il suicida con la convinzione che qualcosa poteva essere fatto per evitare la sua morte.

Uno dei problemi più grandi legati al suicidio è lo stigma, ossia un marchio peggiorativo, associato a coloro che hanno tentato il suicidio o alle persone che hanno perso un caro per suicidio.

La storia insegna che in passato veniva applicata ogni tipo di punizione a coloro che si suicidavano e ai loro cari. Oltre a sottoporre il corpo del suicida a pubblica umiliazione, spesso si negava anche il rito funebre e la sepoltura nei cimiteri. La famiglia veniva privata degli averi del defunto o subiva addirittura ripercussioni legali (Alvarez, 1973; Pompili e Tatarelli, 2007). Una possibile interpretazione di queste usanze si riferisce alla necessità di mostrare pubblicamente la gravità del gesto scoraggiando ulteriori suicidi, che aveva tuttavia effetti deleteri sui sopravvissuti.

Attualmente, sebbene non vi siano più ripercussioni altisonanti, vi sono sottili processi di emarginazione nei confronti dei sopravvissuti. Si assiste dunque alla riduzione dei contatti sociali, al silenzio sia intra- che extra-familiare e alla sofferenza spesso negata nelle manifestazioni più comuni ma presente nel quotidiano in modo mascherato e inaspettato.

"Il suicidio è un atto personale, ma tutti ne sentono gli effetti". Così recita uno slogan diffuso da una grande associazione statunitense (Quale?) che si occupa di prevenzione del suicidio. Secondo le stime di questa associazione, ogni anno 180.000 individui divengono *survivors*, ossia individui che hanno perso un caro per suicidio. Il termine *survivor* o sopravvissuto descrive le difficoltà che devono affrontare quotidianamente le persone che hanno perso un loro caro a causa del suicidio.

Negli Stati Uniti ci sono circa 31.000 suicidi ogni anno, per ognuno dei quali almeno sei sono le persone colpite da questo evento – e si tratta di una sottostima del fenomeno. Da questi calcoli risultano, dunque, cinque milioni di americani divenuti sopravvissuti negli ultimi 25 anni.

La perdita di una persona cara per suicidio è scioccante, dolorosa e inaspettata. Questa esperienza è un processo individuale molto complesso che si svolge in tempi diversi; il dolore non segue sempre un percorso lineare e non necessariamente progredisce e si risolve. Non ci sono indicazioni sul momento in cui esso si risolverà; questi individui, pur non aspettando di tornare alla vita normale precedente l'evento, devono adattarsi alla nuova vita senza la persona cara.

L'American Psychiatric Association considera il trauma derivante dalla perdita di un caro per suicidio "catastrofico", come un'esperienza in un campo di concentramento.

Coloro che hanno perso un caro per suicidio affrontano molte emozioni tipiche del lutto, ma in aggiunta provano una gamma di sentimenti unici per la loro condizione.

A differenza di altri decessi, in cui la responsabilità dei cari non è messa in discussione in quanto la morte sopraggiunge per malattia, incidente o per vecchiaia, nel caso del suicidio le persone che avevano anche un minimo contatto con il suicida si domandano se avrebbero potuto in qualche modo evitare, ostacolare e quindi prevenire l'atto letale.

Il sentimento di colpa è dunque l'elemento più importante che attanaglia i survivors.

Un'emozione di facile riscontro nei sopravvissuti è la rabbia verso la persona deceduta. In altre parole quest'ultima viene vista come omicida di se stessa, diviene dunque difficile non provare rabbia per chi è causa della perdita. Una delle più grandi difficoltà dei sopravvissuti è immaginare momenti di felicità con chi è deceduto. I survivors finiscono per credere che, scegliendo il suicidio, la persona abbia scelto di non continuare a vivere con loro, privandoli così di condivise altri momenti lieti. Questa difficoltà deriva dall'assenza di un evento in grado di giustificare la morte; il suicida, scegliendo di morire, ha scelto anche di interrompere qualsiasi rapporto con i suoi cari. I sopravvissuti riportano in molti casi shock, rifiuto della perdita, dolore, ottundimento emotivo, rabbia, vergogna, disperazione, incredulità, depressione, tristezza, solitudine, sentimenti di abbandono, ansia e irritabilità, fino ad arrivare ad un disturbo più grave.

Come agire con una persona che ha perso un caro a causa del suicidio: l'Autopsia Psicologica.

Ogni persona che commette il suicidio ha la responsabilità di essersi procurato la morte. Il suicidio è un atto egocentrico che non prende in considerazione le ripercussioni sugli altri. La cosa più importante e utile che si possa fare è l'ascolto. Ascoltare attentamente, senza giudizi, critiche o pregiudizi quanto riportato dal sopravvissuto. A causa dello stigma, i *survivors* spesso esitano ad aprirsi, a condividere la loro storia e i loro sentimenti. Per essere d'aiuto si devono mettere da parte i preconcetti che si hanno sul suicidio e sulla vittima del suicidio. Sebbene possa essere complicato discutere del suicidio e delle sue conseguenze, i cari della vittima hanno molto bisogno di essere alleviati dal loro dolore.

È necessario lasciarli parlare secondo il loro ritmo ed essere pazienti. È preferibile usare il nome del caro che ha commesso il suicidio piuttosto che dire "lui" o "lei", al fine di rendere il defunto più vicino e umano, facendo in modo che i cari ne traggano conforto.

Il viaggio nell'elaborazione del dolore è un processo individuale ed unico, e sarebbe errato forzare le tappe o suggerire cosa fare o come sentirsi, o ancor peggio anticipare che in una specifica tappa del loro processo di elaborazione potranno sentirsi meglio.

È inoltre opportuno evitare affermazioni come "*So come ti senti*", "*Ti capisco*", e simili – eccetto che l'operatore non sia egli stesso un *survivor*. Queste persone spesso lottano per comprendere le ragioni che hanno condotto il loro caro al suicidio, cercando di dare anche un senso al loro enorme senso di colpa. In alcuni casi si sentono accusati dagli altri per non aver saputo prevenire l'atto.

Le famiglie perdono i precedenti contatti sociali e sono viste come diverse, depositarie di qualcosa di alieno e terrificante per cui meritano di essere allontanati e stigmatizzati.

Il sostegno di persone addestrate a confrontarsi con questa categoria di persone diviene dunque fondamentale.

Nonostante la moltitudine di sopravvissuti, i programmi a loro diretti rimangono ancora poco diffusi. Si stima che solo un quarto di coloro che subiscono questa esperienza traumatica cerchi effettivamente aiuto. Diversi possono essere i motivi che spiegano la mancanza di coinvolgimento in attività di sostegno (Grad, 2005): 1) alcuni *survivors* sembrano non aver bisogno di aiuto al di fuori del sostegno della famiglia e degli amici; 2) altri negano sentimenti difficili da gestire, in modo da non soffrire; 3) altri ancora cercano di non farsi riconoscere dalla società per evitare giudizi, colpe, stigmatizzazione; 4) in alcuni casi questi soggetti possono vivere l'esperienza di essere aiutati come un momento di debolezza, per poi sentirsi più insicuri, ragion per cui eviterebbero di coinvolgersi in queste attività; 5) inoltre i sopravvissuti possono nutrire poca fiducia negli interventi a loro diretti; 6) infine la mancanza di servizi e strutture, oppure un ambiente particolarmente stigmatizzante nei confronti del suicidio, preclude l'utilizzo di programmi specifici.

Molti fattori contribuiscono all'elaborazione del dolore dei sopravvissuti: la personalità del soggetto, le sue credenze e i suoi valori, i precedenti vissuti di perdita, il tipo di relazione con il suicida e la rete sociale. Un altro aspetto di questo problema riguarda le modalità attraverso cui il sistema familiare vive l'evento. L'aiuto si rende necessario in due diversi momenti: 1) immediato sul posto, quando si comunica la morte: sostegno emotivo ad opera di un medico generico o legale; 2) l'aiuto a lungo termine, quando il processo di lutto diventa insopportabile per alcuni soggetti.

Il punto più importante nel fornire sostegno alle famiglie è la preparazione dei figure professionali che si confrontano con questo compito. I familiari possono infatti manifestare shock e reazioni estreme alla notizia del suicidio, e l'intervento dello psichiatra dovrebbe essere sempre messo in preventivo. Secondo Jordan (2001) è opportuno affrontare il periodo del lutto agevolando la partecipazione dei *survivors* a gruppi omogenei, a servizi psicoeducativi e ad attività che coinvolgono famiglie e servizi sociali. La psicoterapia individuale rimane in ogni caso un'opzione importante, offrendo al soggetto uno spazio per parlare apertamente della sua sofferenza e analizzare il sentimento di colpa.

L'*autopsia psicologica* è un metodo messo a punto per fare chiarezza sulla condizione psicologica del soggetto prima della morte, tramite la raccolta di informazioni da persone attendibili come familiari, amici, polizia giunta sul posto del suicidio, medici che hanno curato il defunto. Originariamente introdotta per far luce sulle morti equivoche, l'autopsia psicologica è stata in seguito applicata per meglio conoscere il fenomeno suicidario. Come insegna Shneidman (2004) "Nell'autopsia psicologica, i guanti vengono tolti e si deve parlare candidamente del defunto". È necessario mettere da parte il motto *De mortuis nihil nisi Bonum* (del morto non si dice niente se non di buono). Con questa modalità d'azione si è visto che oltre a ricavare importanti dati di ricerca sul suicidio è possibile fornire un utile sostegno, servendosi di domande e ascolto empatico su ciò che i survivors riferiscono. È molto importante che coloro che utilizzano il metodo dell'autopsia psicologica siano attenti a rispettare la sofferenza di questi soggetti. Nel

corso di questi incontri familiari e amici possono mostrare foto, diari, oggetti cari. Tutto questo serve a riconciliarsi con la memoria del defunto, spesso divisa tra sentimenti positivi e di ostilità. Il tema del suicidio può rimanere un argomento tabù anche per molti anni, taciuto e vissuto in silenzio, un fardello spesso ceduto in "eredità" ai membri più giovani della famiglia. La ferita della perdita è in alcuni casi mai risolta interamente, vissuta come irrimediabile e con netto decadimento della qualità di un'intera vita (Grad, 2005). Per contro, paradossalmente, la perdita, sebbene traumatica e devastante, in alcuni casi può aprire la strada a cambiamenti che migliorano la qualità di vita dei sopravvissuti. Essi si confrontano meglio con le problematiche del quotidiano, sono più attenti ai segnali di rischio di suicidio e acquisiscono maggiore indipendenza, autonomia e crescita personale. La solidarietà tra i membri li unisce per costruire nuovi e più funzionali legami. L'aver attraversato momenti di sofferenza estrema rende questi individui capaci di apportare aiuto a chi vive la stessa tragedia, e quindi di guidare associazioni o programmi dediti ad assistere le persone segnate da una perdita a causa del suicidio.

INSIEME PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Ascoltare, comprende, sostenere.

Al recente congresso *dell'International Association for Suicide Prevention (IASP)* tenutosi in Irlanda, gli organizzatori hanno distribuito un libretto contenente informazioni relative ai terapeuti sparsi sul territorio irlandese addestrati a confrontarsi oltre che con la crisi suicidaria, anche con il dolore causato dalla perdita per suicidio. In Italia, al fine di dare la possibilità ai survivors di attribuire un significato alla loro sofferenza, è attivo un progetto sull'Autopsia Psicologica realizzato dal Servizio per la Prevenzione del Suicidio dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma. Il Servizio è coordinato dal prof. Maurizio Pompili sotto la cui egida si muove una task-force costituita da medici, psichiatri, psicologi formati ad hoc per offrire un sostegno alle persone che vogliono tentare o hanno tentato il suicidio o hanno perso un caro per suicidio.

Il suicidio affligge profondamente gli individui, le famiglie, la comunità e la società nel suo complesso. Coloro che perdono un loro caro a causa del suicidio rimangono a lungo traumatizzati e sono anch'essi a rischio di suicidio.

Il suicidio si può prevenire. La maggior parte degli individui con rischio di suicidio vuole assolutamente vivere; costoro non riescono però a trovare possibili alternative ai loro problemi. La maggior parte degli individui emette chiari segnali inerenti la loro intenzione suicida, ma spesso gli altri non colgono il significato di tali messaggi, oppure non sanno come rispondere alla loro richiesta d'aiuto.

Scopo principale del Servizio è fornire uno spazio di cura capace di fronteggiare una specifica crisi della persona generata da un conflitto tra desiderio di morire e volontà di vivere.

Le attività del Servizio garantiscono un approccio diretto e continuativo con i pazienti e i loro familiari al fine di evitare l'ermagazine sociale e affettiva. A tale scopo sono attivi programmi di visite ambulatoriali, psicoterapie di sostegno e una help-line funzionali che si propongono di aiutare la persona a ristabilire un contatto con le proprie emozioni, il proprio corpo e ad alleviare il dolore mentale.

L'esperienza clinica e la letteratura evidenziano come, avvolti da un clima di attenzione e ascolto empatico, molti di coloro che decidono di morire, sceglieranno di vivere.

Il lettore interessato può contattare il Servizio per la Prevenzione del Suicidio ai seguenti recapiti: 0633777740/0633775675.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Gioventù

Il suicidio tra i giovani, nuove strategie di prevenzione: Il Teen Screen Program

L'incidenza dei suicidi nella popolazione generale secondo vari studi è di circa 12-20 casi per 100.000, quella dei tentati suicidi di 215 casi per 100.000, con alcune variazioni a seconda delle popolazioni. Il rapporto tra suicidi e tentati suicidi è di 1 a 10. Il suicidio tra gli adolescenti rappresenta il 6% di tutti i suicidi. In questa fascia di età esso rappresenta la 3a causa di morte registrata in diversi paesi. Alcuni studi indicano che negli ultimi 20 anni l'incidenza del suicidio tra gli adolescenti sia nettamente cresciuta. I casi di tentati suicidi vanno da circa 5 per 100.000 tra i 12-14 anni e 6 tra 20 e 24 anni, 15 oltre i 65 anni. Studi longitudinali hanno documentato che il 10% degli adolescenti che hanno tentato il suicidio lo ritenterà entro i 3 mesi successivi (Shaffer, et al., 1996). Il 90% dei giovani che muoiono per suicidio soffrono di un disturbo mentale diagnosticabile al momento della loro morte, e circa il 63% presentava dei sintomi almeno un anno prima della loro morte. Gli ultimi episodi di cronaca nel nostro paese dimostrano come questo fenomeno stia diventando sempre più rilevante. Attualmente in Italia esistono ancora pochi studi che mettano in evidenza l'esistenza di questo problema nella popolazione adolescenziale. Ancora meno sono i programmi di prevenzione per arginare questo problema. Il Teen Screen Program è un programma di prevenzione del disagio e del suicidio in adolescenza usato negli Stati Uniti e sviluppato nel Dipartimento di

Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, presso l'Istituto Psichiatrico della Columbia University di New York. In Italia, questo programma è in fase di validazione presso il Servizio per la Prevenzione del Suicidio, dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma e il Dipartimento di Sanità Pubblica e Biologia Cellulare, Università degli studi di Roma Tor Vergata, sotto il patrocinio del Dipartimento della Gioventù.

Il TeenScreenProgram è un programma nazionale di salute mentale per la prevenzione del disagio e del suicidio, rivolto ai giovani dagli 11 ai 22 anni di età con l'intento di dare la possibilità a tutti i giovani di essere valutati da operatori esperti della salute mentale al fine di intervenire precocemente sui fattori di rischio in adolescenza che potrebbero cronicizzarsi in età adulta.

La ricerca iniziata nel 1970, da un gruppo di ricercatori (Shaffer et al., 1996) ha continuato negli anni a migliorare la capacità degli strumenti nel rilevare soggetti a rischio. Il processo di screening può aiutare a rilevare quei giovani che sono affetti da malattie mentali non diagnosticate o che sono a rischio di suicidio, dando la possibilità ai loro genitori di conoscere questi aspetti del proprio figlio aiutandoli a metterli in contatto con i servizi di salute mentale presenti sul territorio.

Circa 1.000.000 di ragazzi negli Stati Uniti soffrono di depressione, alcuni in maniera molto grave da rappresentare un forte fattore di rischio per il suicidio (Shaffer et al, 1996). Solo il 36% degli adolescenti a rischio di suicidio riceve delle cure adeguate, mentre solo il 30% dei giovani con depressione riceve un trattamento (WHO, 1999). Il suicidio è la terza causa di morte tra i giovani di età compresa tra 10-24 anni (Anderson, 2002). Oltre ai suicidi compiuti, circa 606.500 giovani ogni anno si rivolgono ai servizi di salute mentale a causa di tentativi di suicidio (Grunbaum et al., 2003).

Le informazioni raccolte attraverso questo programma hanno contribuito ad infrangere il mito che il suicidio è un evento casuale e imprevedibile durante l'adolescenza. Questi dati ci dicono che abbiamo tutto il tempo necessario per intervenire sui giovani a rischio, inviandoli ai servizi di salute mentale che possono salvare loro la vita. Il TeenScreen è stato sviluppato in seguito alla raccolta accurata di queste informazioni ed è stato testato su circa 2.000 studenti liceali di New York. La ricerca ha rivelato che il programma ha ottime capacità di identificare giovani a rischio. È inoltre emerso che la maggior parte dei giovani identificati attraverso lo screening non erano a conoscenza dei loro problemi. Dopo la sua validazione il TeenScreen Programm, è stato proposto nelle scuole come un servizio pubblico gratuito. Tra il 1991 e il 1999, sono stati condotti 24 progetti di screening in tutti gli Stati Uniti e migliaia di studenti sono stati sottoposti a screening. Dopo questi anni ufficialmente nel 2001, il Teen Screen Program è diventato un servizio di Sanità Pubblica, previsto in tutte le scuole degli USA. Lo screening può aver luogo nelle scuole, nelle cliniche private, studi medici, chiese, gruppi giovanili, rifugi, carceri minorili e in tutte le organizzazioni giovanili. In Italia questo progetto verrà condotto su scala nazionale al fine di compiere uno screening di massa, per individuare all'interno delle scuole medie inferiori e superiori, soggetti a rischio di suicidio e valutare la possibile presenza di rischio psicopatologico relativo ad esperienze traumatiche precoci.

L'intento è quello di delineare le aree funzionali durante il periodo adolescenziale con il fine di capire quali potrebbero essere i fenomeni influenzati dalla pressione del processo di sviluppo tipico in adolescenza e quali invece dovuti a fattori traumatici esterni. Il tentativo di spiegare il ruolo giocato dai fattori di vulnerabilità, tenendo presente le caratteristiche biologiche e psicologiche del soggetto nel suo ambiente familiare e sociale, associati a fattori di vita stressanti che potrebbero interferire nel difficile processo di sviluppo durante questa delicata fase della vita, determinando in questo modo l'adattamento normale o patologico dell'individuo (Cicchetti, 1989).

Verrà, inoltre, creato un database nazionale per verificare l'incidenza nella popolazione adolescenziale italiana del fenomeno al fine di pianificare interventi mirati di sensibilizzazione e di prevenzione futuri.

L'aiuto ad un colpo di telefono: la nostra help-line

Le **help-line** sono dei servizi di ascolto telefonico, basati sul volontariato, dedicati a persone in crisi o in stato di particolare disagio emozionale. La nostra help-line è promossa sotto gli auspici dell'*International Association for Suicide Prevention*, che è la maggiore organizzazione mondiale sulla prevenzione del suicidio, la quale opera in partnership con l'OMS. Questa associazione è attiva anche in Italia e il suo rappresentante è il Prof. Maurizio Pompili, professore della facoltà di Medicina e Psicologia, coinvolto nell'assistenza dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma. Il personale impiegato, come nella più radicata tradizione delle help-line, appartiene al volontariato. Appositi corsi di formazione, tenuti da esperti, saranno forniti a coloro che daranno la loro disponibilità.

Il nostro scopo è fornire alla collettività un riferimento per i momenti di crisi con personale addestrato ad hoc. Il servizio è diretto dal Prof. Maurizio Pompili, ordinario di Psichiatria, esperto di suicidio e di strategie preventive. Questa iniziativa fa leva su un'equipe di medici e psicologi che partecipano regolarmente alle attività di formazione.

L'esperienza del Servizio prevenzione del suicidio documenta l'importanza di offrire sostegno a queste persone in difficoltà, soprattutto in questo momento di crisi economica per il nostro Paese. Per tale motivo abbiamo attivato una linea **telefonica di Help-Line** volta a sostenere ed ascoltare le persone in difficoltà.

Spesso basta un ascolto attivo per evitare un gesto altrimenti fatale. Da tutta Italia, quotidianamente riceviamo richieste di aiuto che celano una disperazione non facilmente condivisibile e vissuta in solitudine. La Help-Line vuole aprire uno spiraglio di possibilità, creando un'alternativa all'isolamento.

Il principio adottato è quello di un'offerta di sostegno e di un'accoglienza all'interno di un rapporto libero senza intromissioni reciproche.

Le nostre iniziative

Servizio per la prevenzione del suicidio:
Help-line attiva dal lunedì al venerdì dalle
ore 9.00 alle ore 16:30 al numero 06/33.77.77.40

Questa iniziativa mira a fornire un servizio di eccellenza per l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, rivolgendosi ai cittadini con un progetto di grande impatto nell'ambito della salute pubblica. Nel nostro paese vi sono solo pochissimi servizi simili e costituiscono il fiore all'occhiello per le strutture che li ospitano. Il servizio non ha la pretesa di sostituirsi a un intervento medico e psicologico, si rivolge a giovani in condizioni di disagio, soggetti a rischio di suicidio, adulti con forte vulnerabilità e stress emotivo; offre inoltre supporto a quanti si trovano in una condizione di disagio e di fragilità psichica, come i *survivor*, ovvero coloro che hanno perso un caro per suicidio.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Gioventù

"Aiutare queste persone a capire e a trovare soluzioni alternative al problema si può...basta un colpo di telefono"



Giornata Mondiale per la Prevenzione del suicidio

10° anniversario— 10 Settembre 2012

"La prevenzione del suicidio nel mondo: rafforzare i fattori protettivi ed infondere speranza".



Bibliografia

- Alvarez, A. (1971). *The savage god. A Study of suicide*. Bloomsbury Publishing Plc, London.
- Barrett, T. W., & Scott, T. B. (1990). Suicide bereavement and recovery patterns compared with nonsuicide bereavement patterns. *Suicide & life-threatening behavior*, 20(1), 1-15.
- Cicchetti, D. (1989). How research on children maltreatments has informed the study of child development: perspectives from developmental psychopathology. In CICCHETTI, D., CARLSON, V. (Eds), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge University Press, New York, pp. 377-431.
- Colt GH., The enigma of suicide. New York: Simon & Schuster, 1991. Grad, O. T. (2005). Suicide survivorship: an unknown journey from loss to gain - from individual to global perspective. In K. Hawton (a cura di) *Prevention and treatment of suicidal behavior*. Oxford University Press, Oxford.
- Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross JG, Lowry R, Harris WA, et al. (2004). Youth risk behavior surveillance in the United States, 2003. *MMWR*, 53(SS-2):1-100
- Farberow, N. L. (1992). The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. An evaluation. *Crisis*, 13(1), 23-34.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of affective disorders*, 72(2), 185-194.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide & life-threatening behavior*, 31(1), 91-102.
- Pompili, M., Lester, D., Leenars, A. A. , Tatarelli, R., Girardi, P. (2008). Psychache and Suicide: A Preliminary Investigation. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 38, pp.116-121.
- Pompili M, Tatarelli R. (2007). Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro. *Minerva Psichiatrica*, 48, 99-118.
- Scocco, P., Frasson, A., Costacurta, A., & Pavan, L. (2006). SOPROxi: a research-intervention project for suicide survivors. *Crisis*, 27(1), 39-41.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, pp. 339-348.
- Shneidman, E. S. (1972). Foreword. In A. C. Cain (a cura di) *Survivors of suicide*, pp. IX-XI. CC Thomas, Springfield.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson, Northvale.
- Shneidman E.S. (1985). *Definition of suicide*. Northvale, Aronson.
- Sibai, A.M. (2004). Mortality certification and cause-of-death reporting in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:83.
- World Health Organization. (1999). *Figures and facts about suicide (adaptation of the 1999 document)*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2002). *Suicide Prevention in Europe*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2004). Suicide huge but preventable public health problem, says WHO (World Suicide Prevention Day – 10 September 2004). Geneva: WHO.

Race For Life:

3° edizione—7 Ottobre 2012 Corsa su strada competitiva con premiazione e passeggiata per tutti alle Terme di Caracalla, Roma.

the Race for Life
"Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio"

III EDIZIONE
Corsa su strada
con Premiazione
Passeggiata per tutti

Lo CSEN, Comitato di Roma,
organizza la Race For Life
su iniziativa del Servizio
per la Prevenzione del Suicidio,
diretto da Maurizio Pompili,
con la gestione tecnica
di Romarotona Srl.

7 ottobre 2012 / Roma
Stadio Nando Martinelli

www.provenireilsuicidio.it
www.raceforlife.it
Help line: 06.3377740

Municipio di Roma
Dipartimento della Gioventù

CSEN SPS

"Scegli la vita: corri e unisciti a noi!"

