

TRENDS IN SUICIDE PREVENTION

CONVEGNO INTERNAZIONALE DI SUICIDOLOGIA E SALUTE PUBBLICA

13-14 SETTEMBRE 2018

GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

DECIMO ANNIVERSARIO DEL SERVIZIO PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

SOUVENIR EDITION

N° 1 - 2018



SAPIENZA, UNIVERSITÀ DI ROMA

1 GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

4 IL SUICIDIO E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

8 I SURVIVORS: QUELLI CHE RESTANO

15 SPS: 10 ANNI DI ATTIVITÀ

Redazione a cura di
Salvatore Sarubbi e Elena Rogante
Impaginazione Studio Grafico Agostini



Everybody's Essential



Ricordo ancora con molta precisione quando, circa 10 anni fa, gettammo le basi per un servizio per la prevenzione del suicidio. Ero già stato a contatto per alcuni anni con Edwin Shneidman che negli anni '50 del secolo scorso aveva dato vita al primo centro per la prevenzione del suicidio. Mi resi conto che un discreto numero di persone, che mi circondavano come "collaboratori", non si sottraevano alla conoscenza della prevenzione del suicidio, anzi mostravano interesse e dedizione. Ciò che all'inizio sembrava una montagna impossibile da scalare divenne a poco a poco

un'impresa possibile. Iniziammo a fare propaganda sulla possibilità di prevenire il suicidio, concetto sconosciuto ai più. Iniziammo a diffondere il ruolo del dolore mentale come ingrediente base del suicidio e così mettemmo in evidenza l'individuo e la sua sofferenza piuttosto che un fenomeno carico di stigma e visto come un tabù.

Contestualmente inventammo uno spazio nel quale riunire in gruppo soggetti a rischio di suicidio. Questa esperienza unica di condivisione, non solo di emozioni negative ma della complessità di ognuno, ha rappresentato un momento formativo anche per noi operatori chiamati nel ruolo di conduttori. Dal 2005 iniziai ad organizzare

un evento seminariale come momento di riflessione nell'ambito della Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio, il 10 settembre di ogni anno. Nelle primissime edizioni eravamo poche decine di partecipanti; oggi, l'attuale evento conta migliaia di richieste.

L'edizione 2018 del Convegno Internazionale per la Prevenzione del Suicidio è connotata dalla recente decisione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di riconoscere al sottoscritto un programma infradipartimentale intitolato "Attività di valutazione e gestione del rischio di suicidio e per l'assistenza ai survivors".

È il traguardo rincorso per anni. Colgo l'occasione per dire grazie a tutti coloro che mi hanno sostenuto, hanno creduto in me

aiutandomi senza limiti di sorta, con abnegazione, gratuitamente e con la spontaneità di chi crede fermamente nella causa.

Elencare quanti sono stati importanti nel contribuire ad essa, nel tanto o nel poco, richiederebbe un intero volume; ho chiari nella stima e nella riconoscenza tutti i loro nomi. Tra tutti, la Dott.ssa Denise Erbuto è stata oltre ogni limite la persona che ha condiviso con me luci ed ombre di questo percorso, permettendo alle nostre attività di continuare sempre e comunque, con una forza e tenacia insuperabili, acume clinico e rara sensibilità umana: un grazie speciale mi piace riservarlo a lei. Auguro a tutti un proficuo convegno e invitandovi ad unirvi sempre più nella prevenzione del suicidio.

Maurizio Pompili



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

10 settembre 2018

I A S P
International
Association
for
Suicide
Prevention



Cenni sul suicidio

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima circa 880.000 morti per suicidio ogni anno nel mondo. È la tragedia umana che annualmente si consuma superando le morti per attentati terroristici, conflitti bellici e calamità naturali messe insieme.

Il suicidio è il risultato di una complessa interazione di fattori psicologici, biologici e sociali ed è sempre legato a dispiaceri, vergogna, umiliazione, paura, terrore, sconfitte ed ansia: ingredienti questi del dolore mentale che conducono ad uno "stato perturbato".

Si tratta di uno stato della mente in cui il soggetto perde gli abituali punti di riferimento. Si sente angosciato, frustrato, senza aspettative nel futuro e inaiutabile. Una miscela, questa, di emozioni che

diviene "esplosiva" quando l'individuo si rende conto che, per risolvere tale sofferenza estrema, il suicidio è la migliore soluzione. Nella trattazione del suicidio la parola chiave non è 'morte' ma 'vita', dal momento che questi individui sono fortemente ambivalenti circa la loro scelta: vogliono vivere ma senza il loro dolore mentale insopportabile.

Sebbene i contributi nella ricerca sul suicidio siano sempre più numerosi, solo una minoranza di essi apporta indicazioni pratiche e facilmente assimilabili.

La suicidologia è la scienza dedicata alla prevenzione e allo studio scientifico del suicidio; il termine è attualmente impiegato per riferirsi allo studio del fenomeno suicidario e degli interventi volti a ridurre il rischio.

EDWIN S. SHNEIDMAN: IL RICORDO

Conobbi Edwin Shneidman sul finire della sua lunga carriera di suicidologo, quando il suo fisico sentiva il peso dell'avvicinarsi dei novant'anni ma la sua mente era ancora vivace nel continuare a indagare il suicidio. La collaborazione, che seguì a quel primo incontro, durò anni caratterizzandosi per qualcosa di profondo in cui amicizia e scienza si fondevano in un legame che sembrava destinato a consolidarsi nel tempo. Non c'è dubbio che la mia ammirazione per lui, personaggio chiave della suicidologia e suo fondatore, fu il *primum movens* per lo sviluppo del nostro rapporto.

Lo avevo contattato per invitarlo a scrivere un articolo per una nuova rivista per la quale mi era stato chiesto di selezionare potenziali autori eminenti. Fui sorpreso per la sua immediata disponibilità. Nel frattempo, mi ero trasferito al McLean Hospital della Harvard Medical School di Boston per un periodo di ricerca.

Non passò molto tempo, quando, un giorno, trovai nella mia segreteria telefonica, un messaggio nel quale Shneidman in persona si offriva per una più approfondita conoscenza, annunciando, inoltre, la disponibilità ad aiutarmi nel contesto della ricerca sul suicidio. Fin dall'inizio, fu un incontro speciale in cui io, giovane, cercavo di assorbire, carpire e riconoscere tutti gli stimoli, le nozioni e le indicazioni di un saggio che godeva dell'ammirazione di molti. Nel contempo, lui vedeva in me il tramite per realizzare ciò che ormai l'età gli impediva. Si trattò di un vero e proprio passaggio di testimone.

Quando per la prima volta entrai nella sua casa di Los Angeles fu come immergermi nella realtà fino ad ora e più volte letta nei suoi libri. Le pareti erano intrise di riferimenti a Melville e a Moby Dick. Lo studio di Moby Dick, in particolare, aveva impegnato Shneidman per anni e i riferimenti ai personaggi del romanzo gli avevano permesso di descrivere la sofferenza della mente umana a partire da una chiave

fenomenologica. La sua libreria, contenente edizioni rare e introvabili dei suoi libri, era ubicata in un polveroso studiolo, dove giaceva la macchina da scrivere che lo aveva accompagnato nella stesura dei suoi saggi.

L'emozione di quell'incontro fu immensa. Mi regalò, inoltre, una copia del suo ultimo libro, *A commonsense book of death*, che riassumeva la sua carriera di esperto di tanatologia e di essere umano nell'avvicinarsi alla morte, scrivendo, nella dedica, insieme ad altre parole: "Al mio figlio italiano". Morì con accanto le mie foto e quelle della mia famiglia alla quale era molto affezionato. La mente di Shneidman era quella di un ricercatore scrupoloso e attento. La grandezza del suo pensiero risiede nell'aver offerto una risposta esaustiva al perché un individuo si suicida. Fu un privilegio per me apprendere i risvolti di oltre cinquant'anni di storia di questa disciplina. Si occupò per il National Institute of Mental Health degli Stati Uniti della prima strategia nazionale per la prevenzione del suicidio. Senza dubbio ha guidato il mio attuale modo di aiutare gli individui a rischio di suicidio.



Dolore mentale e hopelessness

Nel corso di una vita trascorsa a studiare il suicidio, Edwind Shneidman, padre della suicidologia, ha concluso che l'ingrediente base del suicidio è il dolore mentale.

Egli chiama questo dolore insopportabile "psychache"; la conoscenza di questo dolore mentale poggia su poche, semplici domande:

"Dove senti dolore?";

"Come posso aiutarti?".

Se il compito affidato al suicidio è quello di porre fine ad un insop-

portabile dolore mentale, lo scopo dell'intervento è quello di alleviarlo.

Se, infatti, si ha successo in questo compito, l'individuo che voleva morire sceglierà invece di vivere. Le fonti principali di dolore psicologico (vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione) originano nei bisogni psicologici frustrati e negati.

Esistono, infatti, bisogni psicologici con i quali l'individuo vive e

che definiscono la sua personalità, e bisogni psicologici che, laddove frustrati, inducono l'individuo a scegliere di morire.

Potremmo dire che si tratta della frustrazione di bisogni vitali; questi bisogni psicologici includono il bisogno di raggiungere qualche obiettivo, come affidarsi ad un amico o ad un gruppo di persone, essere autonomi, opporsi a qualcosa, imporsi, il bisogno di essere accettati e compresi e il conforto. È la frustrazione di questi bisogni insieme al dolore che da essa deriva, a creare la condizione insopportabile (psychache) per la quale il suicidio diviene l'unica soluzione. Il suicidio è il risultato di un

dialogo interiore in cui la mente, in cerca di soluzioni, passa in rassegna tutte le opzioni possibili.

Quando emerge l'idea del suicidio la mente la rifiuta continuando la verifica delle opzioni. Trova il suicidio, lo rifiuta di nuovo; alla fine la mente accetta il suicidio come soluzione, lo pianifica, lo identifica come l'unica risposta, l'unica opzione disponibile.

S'impone uno stato di costrizione psicologica una visione tunnel, in cui la mente è soggetta, in una dinamica dicotomica, ad un restringimento del range delle opzioni a due: avere una soluzione specifica o totale (quasi magica) oppure la fine (suicidio).

Il ruolo della disperazione

L'hopelessness accomuna la maggior parte dei suicidi; nonostante la mancanza di speranza, l'individuo a rischio desidera ancora vivere. Esiste una forte ambivalenza tra "hope" e "hopelessness".

Il sentimento prevalente è quello di sentirsi intrappolato in una situazione per la quale non si nutre alcuna speranza (hope). L'hopelessness è il fattore cardine del suicidio, persino più importante della depressione. Beck e collaboratori nel 1974 elaborarono la Beck Hopelessness Scale (BHS), una scala

autosomministrata, composta da 20 item (vero/falso) di facile compilazione.

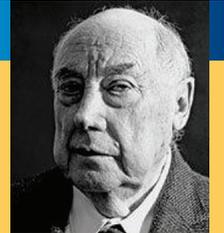
In uno studio su 1958 pazienti ambulatoriali, la valutazione dell'hopelessness misurata con la BHS era significativamente associata al suicidio (Beck, 1989). Il cut-off di 9 permise di identificare 16 dei 17 pazienti che alla fine commisero il suicidio. Il gruppo ad alto rischio riconosciuto con tale cut-off presentava un rischio di suicidio di 11 volte superiore rispetto al resto del campione.

FOCUS ON

EDWIN S. SHNEIDMAN

York, PA (USA) 1918

Los Angeles, CA (USA) 2009



Fondatore del Los Angeles Suicide Prevention Center. È considerato il padre della Suicidologia, la scienza dedicata allo studio e alla prevenzione del suicidio. Ricordiamo tra i molti lavori:

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide As Psychache: A Clinical Approach To Self-Destructive Behavior*. Northvale, NJ/London: Jason Aronson, Inc.

Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford University Press.



DENISE ERBUTO

Quando ho iniziato la mia esperienza presso l'A.O. Universitaria Sant'Andrea, nel 2007, non avevo cognizione di cosa fossero il suicidio e la sua prevenzione. Non ne avevo mai sentito parlare e l'attuale Servizio per la Prevenzione del Suicidio, da pochissimo

riconosciuto ufficialmente dall'Azienda, non esisteva. Era tuttavia già in essere l'instancabile opera di ricerca del Prof. Pompili che, fin dai primi momenti della mia permanenza in ospedale – dove ero approdata, come molti, per svolgere il tirocinio post-lauream – destò il mio interesse per il fenomeno suicidario, guidandomi verso la sua conoscenza.

I primi passi nella realizzazione del Servizio sono stati compiuti "insieme".

Ricorderò sempre le interminabili attese per po' dell'attenzione del Prof. Pompili e ricevere da lui

qualche nozione su come realizzare anche in Italia un servizio dedicato alla prevenzione del suicidio. **"Lavorare insieme per prevenire il suicidio"**, questo il titolo che quest'anno l'International Association for Suicide Prevention (IASP) ha scelto come focus della Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio, ed è in questa chiave d'azione che per tutti questi anni io e il prof. Pompili ci siamo mossi per una efficace prevenzione del suicidio. Il servizio per la prevenzione del suicidio di Roma e il Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica, come fiore all'occhiello delle sue tante ini-

ziative, infatti, non esisterebbero senza il lavoro di collaborazione di tutti coloro che in 10 anni di storia hanno lasciato traccia della propria esperienza e presenza. Sto parlando dei medici, tirocinanti-psicologi, volontari, molti dei quali hanno un posto nel mio cuore, ma soprattutto dei tentatori di suicidio, persone con pensieri di morte, survivors che hanno voluto condividere nell'ambito del mio lavoro clinico le loro storie. È grazie alle loro parole che ho potuto trovare la forza di reggere il peso di contenuti non sempre accessibili e continuare così nel lavoro di ricerca della complessità sottesa a questo fenomeno.

Valutazione del rischio suicidario



In molte occasioni non si chiede nulla sul suicidio e troppo spesso si assume erroneamente che l'indagine sul suicidio possa consistere in un maggior rischio per l'individuo in esame. Simon (2006) indaga il concetto di rischio di suicidio immediato, notando che tale rischio varia nei giorni, nelle ore e nei minuti: dunque per questi requisiti la sua valutazione deve essere un processo continuo e non un evento isolato, almeno nei casi di alto rischio. La stragrande maggioranza degli individui suicidi vuole vivere ma non è in grado di vedere alternative.



Questa ambivalenza vita-morte è il punto su cui si dovrebbe soffermare l'attenzione del clinico, a dispetto di terapie basate su specifici sintomi e poco inclini a valutare circostanze e situazioni frustranti, per le quali il soggetto sta soffrendo e non vede soluzione. La valutazione corretta del rischio di suicidio è un compito assai arduo e necessita di competenza e osservanza delle evidenze disponibili in letteratura.

Troppo spesso i provvedimenti nei confronti dei soggetti suicidari risentono delle convinzioni del singolo, e si possono così osservare decisioni assai diverse tra medici per uno stesso caso.

L'assessment del rischio deve basarsi sulla valutazione dei fattori che contribuiscono alla crisi suicidaria. Nell'ambito di questa valutazione è necessario effettuare

domande esplicite, chiedendo direttamente sul suicidio. Una prima indagine sui fattori di rischio e sull'intenzione di suicidio può già condurre a determinare l'entità del rischio come basso, medio, alto. Il livello di rischio può essere meglio accertato valutando l'hopelessness.

È indispensabile tener conto dei cambiamenti delle abitudini di vita, sonno, appetito, rendimento lavorativo o scolastico riferite dal soggetto.

L'ansia grave associata ad insonnia, attacchi di panico e hopelessness si rivela un buon predittore del rischio di suicidio a breve termine. Un'adeguata valutazione dovrebbe riguardare i rapporti sociali del soggetto, oltre ai conflitti relazionali persistenti per i quali, in molti casi, i soggetti a rischio riferiscono di non vedere soluzione.



FATTORI DI RISCHIO SOCIOCULTURALI

Mancanza di sostegno sociale e senso di isolamento
Stigma associato a necessità di studio
Ostacoli nell'accedere alle cure mediche, soprattutto relative alla salute mentale e all'abuso di sostanze
Credenze culturali e religiose (ad esempio credere che il suicidio sia una soluzione a dubbi personali)
Esposizione ad atti di suicidio (mass-media)

FATTORI DI RISCHIO BIOPICOSOCIALI

Precedenti tentativi di suicidio
Storia familiare di suicidio
Hopelessness Tendenze impulsive e/o aggressive
Storia di trauma ed abusi
Disturbi mentali (dell'umore, schizofrenia, ansia grave, disturbi di personalità)
Alcol ed altri disturbi da abuso di sostanze

FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI

Perdita di lavoro o perdita finanziaria
Perdite relazionali o sociali
Facile accesso ad armi letali
Eventi locali di suicidio che possono indurre fenomeni di emulazione



Per la produzione scientifica di rilievo internazionale il Prof. Maurizio Pompili, Responsabile del Servizio per la Prevenzione del Suicidio dell'A.O.U Sant'Andrea e Presidente del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica, ha ricevuto ad aprile del 2018 dall'agenzia di rating Expertscape il riconoscimento di:

**2° Esperto al mondo
nel campo del Suicidio**





Ci sono delle semplici regole che è importante seguire nel comunicare con gli individui a rischio di suicidio. In primis, è importante mantenere la calma ed ascoltare empaticamente. Formulando alcune essenziali domande, utili ai fini della valutazione del rischio di suicidio.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ti senti triste? | <input type="checkbox"/> Possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio? |
| <input type="checkbox"/> Senti che nessuno si prende cura di te? | <input type="checkbox"/> Pensi che vorresti morire? |
| <input type="checkbox"/> Pensi che non valga la pena di vivere? | <input type="checkbox"/> Hai un'idea di come farlo? |
| <input type="checkbox"/> Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita? | |

PREVENIRE IL SUICIDIO

COME COMUNICARE	COME NON COMUNICARE	SEGNALI D'ALLARME
Ascoltare attentamente e con calma	Interrompere troppo spesso	Parlare di suicidio o della morte
Comprendere i sentimenti dell'altro con empatia	Esprimere il proprio disagio	Dare segnali verbali come "magari fossi morto" o segnali meno diretti come "A che serve vivere?"
Emettere segnali non verbali di accettazione e rispetto	Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso	Isolarsi dagli amici e dalla famiglia
Esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi	Dare ordini	Perdita di interessi nel lavoro e nelle abitudini piacevoli
Parlare onestamente e con semplicità	Fare affermazioni intrusive o poco chiare	Sentimento di non appartenenza
	Fare troppe domande	Esprimere la convinzione che la vita non ha senso e non ha speranza
		Disfarsi di cose care
		Mostrare un miglioramento improvviso e inspiegabile dell'umore dopo essere stato depresso
		Abitudini del sonno alterate
		Rabbia, Ansia, Agitazione
		Cambiamenti di umore repentini



La psicoterapia

Edwin Shneidman propone una psicoterapia esclusivamente orientata al rischio di suicidio e prende come elemento guida il costrutto di psychache.

La **psicoterapia del dolore** o *anodyne psychotherapy*, come definita da Shneidman, si basa sul presupposto che il suicidio sia il risultato del dolore psicologico insopportabile sperimentato dal suicida. Lo scopo fondamentale di questa psicoterapia è quello di alleviare la sofferenza del soggetto che fa da motore ai propositi suicidari. Vi sono differenti approcci psicoterapeutici utili nel trattamento di persone a rischio di suicidio.

Per anni la **psicoanalisi** si è basata sulla facilitazione dell'insight, al fine di ottenere miglioramenti clinici, utilizzando l'interpretazione e la chiarificazione, soprattutto del transfert. Più recentemente si sono aggiunti aspetti utili nella terapia dei pazienti suicidari quali: empatia, ascolto attivo, supporto, chiarificazione, interpretazione, validazione ed educazione. Inoltre, maggiore enfasi sugli affetti e mentalizzazione di esperienze soggettive.

La **terapia dialettico-comportamentale** (DBT, Marsha Linehan, 1993) è un trattamento manualizzato che combina strategie di trat-

tamento cognitivo comportamentale e psicoterapie di sostegno. Comprende sia incontri individuali che incontri di gruppo.

La DBT è basata su tecniche orientate al problem-solving bilanciate con tecniche di supporto quali riflessione, empatia e accettazione. Il focus del problema è stabilito durante ogni singola sessione terapeutica in base alla gerarchia dei comportamenti del paziente nelle diverse aree di funzionamento; ad esempio, se vi sono stati tentativi di suicidio o minacce di suicidio dopo la sessione precedente, il primo compito della sessione è quello di applicare le strategie di problem-solving. Qualunque sia l'approccio, il paziente suicidario rappresenta una sfida per il terapeuta; egli rischia infatti di perdere il paziente e questo può rappresentare l'ostacolo principale della relazione terapeutica.

Differenti possono essere le reazioni del terapeuta di fronte ad un paziente a rischio di suicidio: avvertire il proposito suicida come minaccia alle proprie capacità terapeutiche e alla propria immagine; rispondere con una forte aggressività di fronte alla distruttività implicita dell'intento suicida. Ansia e sentimenti negativi possono emergere nel terapeuta che, sospendendo ogni sforzo di

consapevolezza, può mettere in atto delle manovre difensive quali: repressione, formazione reattiva, proiezione, distorsione della realtà e negazione del potenziale suicidario del paziente. Si possono, inoltre, riconoscere alcune reazioni controtransferali durante la psicoterapia tali da avere un impatto notevole nel setting e influire sul rischio di suicidio: l'ansia

può portare il terapeuta a ridurre il numero delle sedute e ad aumentare l'intervallo di tempo tra una seduta e l'altra; l'imposizione di compiti che superano le reali capacità del paziente può essere motivata dall'aggressività del terapeuta; il rifiuto categorico delle componenti erotiche del paziente può portare ad una conseguente ferita alla sua autostima.

FOCUS ON

MARSHA M. LINEHAN

Tulsa, 1943



Fondatrice della Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), un approccio psicoterapeutico, particolarmente efficace nel trattamento del disturbo borderline di personalità, che combina le scienze comportamentali con concetti appartenenti alla filosofia Buddista come l'accettazione e la mindfulness.

McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, Avina C, Hughes J, Harned M, Gallop R, Linehan MM. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2018 Aug 1;75(8):777-785.

Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, McDavid J, Comtois KA, Murray-Gregory AM. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015 May;72(5):475-82.

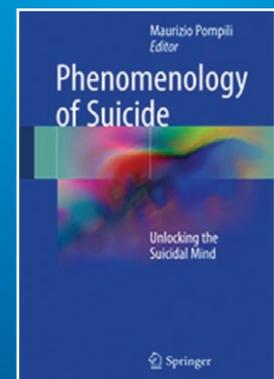
Miti e fatti

- ✓ Il suicidio è ereditato o "corre in famiglia".
- ✓ Tutti gli individui suicidi sono malati di mente, e il suicidio è sempre l'atto di una persona psicotica.
- ✓ Gli studi rivelano che la persona suicida fornisce molti indizi e avvertenze riguardo alle sue intenzioni suicide.
- ✓ La maggior parte dei suicidi è indecisa sul vivere o morire, e "scommette con la morte", lasciando agli altri la possibilità per salvarli. Quasi nessuno si suicida senza far sapere agli altri come si sente.
- ✓ La maggior parte dei suicidi si verifica entro circa tre mesi dall'inizio del "miglioramento", quando l'individuo ha l'energia per mettere in gioco i suoi pensieri e sentimenti morbosi.
- ✓ Il miglioramento dopo una crisi suicida significa che il rischio suicidario si è ridotto.
- ✓ Il suicidio avviene senza preavviso.
- ✓ Le persone che parlano di suicidio non commettono il suicidio.
- ✓ Di ogni 10 persone che si uccidono, 8 hanno dato avvertimenti definitivi delle loro intenzioni suicidarie.

PER ULTERIORI
APPROFONDIMENTI



Pompili M. (2010)
La prevenzione del suicidio
Il Mulino



Pompili, M. (2018)
Phenomenology of Suicide
Springer

With an
unrestricted Grant by



FONDAZIONE
INTERNAZIONALE
MENARINI

Fondazione Internazionale Menarini, con il suo contributo incondizionato nelle due precedenti edizioni del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha incentivato approfondimenti scientifici di portata internazionale favorendo una conoscenza interdisciplinare.

La Fondazione Internazionale Menarini ha rinnovato la fiducia e il suo contributo anche per questa XVI edizione.

SURVIVORS



Quelli che restano... le ricadute del suicidio

Cercare di definire le proporzioni del suicidio è comunque limitante se non si considerano tutti coloro che restano. Si stima, infatti, che per ogni suicidio ci siano almeno da sei a dieci persone indirettamente colpite dall'evento (Shneidman, 1973; Wroblewski, 2002; Colt, 1991), cifra questa probabilmente sottostimata, poiché non riconducibile a studi empirici (Cerel et al., 2008).

Ma chi sono i Survivors?

È la popolazione dei sopravvissuti al suicidio, membri della famiglia, amici intimi che perdono un caro a causa del suicidio (McIntosh, 1993), nonché la più grande comunità di vittime nell'area della salute mentale connessa al suicidio, se si considerano anche vicini, colleghi, pazienti o medici, terapeuti e soccorritori che sono le figure più spesso trascurate dopo un suicidio.

Perché non ho saputo cogliere i segnali della pianificazione del suicidio del mio caro? È normale essere arrabbiati? Certi farmaci possono causare il suicidio?

Queste ultime categorie raramente sono incluse nelle ricerche sulla survivorship, testimoniando che l'identificazione come survivor si estende oltre la cerchia dei familiari (Cerel et al., 2013) indicando che l'attaccamento alla persona deceduta è più importante della specifica relazione parentale (Reed & Greenwald, 1991).

A tale proposito, risulta pregnante la definizione proposta da Andriessen (2009) "a survivor is usually regarded as a person who lost a significant other (or a loved one) by suicide, and whose life is changed because of the loss".

Jordan e McIntosh (2011) forniscono dettagli circa il vissuto che segue alla perdita: "someone who experiences a high level of self-perceived psychological, physical, and/

or social distress for a considerable length of time after exposure to the suicide of another person".

Pur mancando una definizione chiara e unanime in letteratura, è necessario chiarire che "sopravvivere al suicidio" differisce da una "esposizione al suicidio" (Andriessen, 2009; Jordan & McIntosh, 2011; Berman, 2011).

La suicidologia tende, infatti, ad identificare con la prima espressione i testimoni, portatori di informazioni, osservatori in prima linea che hanno vissuto e conosciuto intimamente la persona deceduta. L'esposizione al suicidio riflette, invece, la situazione di una persona che non aveva legami diretti col defunto, ma che è venuto a conoscenza della morte attraverso i resoconti di altri, o dai media (ad esempio, il suicidio di una celebrità), o che ha personalmente assi-

stato alla tragedia senza, tuttavia, aver conoscenza della persona in questione (ad es. gli agenti di polizia, gli agenti di primo soccorso) (Andriessen & Kryszynska, 2012).

I RISVOLTI PER L'ESISTENZA DEL VERBO "TO SURVIVE"

Nel termine survivor, dal verbo "to survive", si ascrive l'esperienza del continuare a vivere o ad esistere in presenza di condizioni avverse o dopo la morte di qualcuno (Andriessen, 2005).

Ma in che modo?

All'inizio i survivors non hanno un linguaggio per comprendere cosa sia successo: si confrontano con l'assenza della persona cara ma

non sanno cosa sia veramente il suicidio.

Sono ricchi di dettagli circa l'accaduto, ossessionati dai fatti che hanno preceduto i mesi, i giorni, le ore finali prima del gesto fatale; sono alla ricerca di un indizio capace di restituire un senso all'evento e che permetta di mantenere una integrità di fronte alla minaccia di frammentazione derivante dal dolore.

Lo sforzo iniziale che segue la perdita sembra dunque quello di "conoscere per capire" processo che, seguendo dettami del tutto soggettivi, si orienta verso la ricerca di risposte ai tanti perché. Molte le domande dei survivors per cui non sussistono risposte, anche da parte di professionisti, non sempre o non ancora preparati a gestire le loro richieste.

Tutte queste domande e molte altre creano un turbino nella testa del survivor dopo un suicidio. La maggior parte di essi non sa come articolare i pensieri e descrivere le proprie emozioni.

Ognuno cerca, inizialmente, di ristabilire, facendo leva sulle proprie risorse personali, un qualche ordine nel terribile caos che segue il suicidio. Ma ciò non sembra bastare. Solo in un momento successivo, mai uguale a se stesso, si fa spazio la necessità di rintracciare un percorso da seguire.

A volte si ricorre alle storie di altri survivors nel tentativo di trovare sollievo al proprio dolore; altre ci si apre ad un dialogo con professionisti da cui ricevere informazioni mediche e scientifiche che possano aiutare a capire la complessità della mente umana.

Le difficoltà che i survivors sono costretti ad affrontare quotidianamente sono enormi, privati di un potenziale di affetti, di creatività e di contributi a vari aspetti della vita. Non si tratta soltanto della perdita di una persona, quanto del vuoto che essa lascia nelle tante attività di chi rimane in vita, della famiglia, della comunità, della so-

cietà nella sua interezza (Pompili & Tatarelli, 2010).

VISSUTI INDIVIDUALI, RICADUTE SUL SISTEMA FAMILIARE E STIGMA

Gli studi effettuati sui sopravvissuti, messi a confronto con persone che hanno perso un caro per altra causa, mettono in evidenza almeno tre elementi peculiari dei survivors (Grad, 2005):

- il contesto tematico del dolore;
- l'impatto del suicidio sul sistema familiare;
- i processi sociali che circondano i sopravvissuti: lo stigma.

IL CONTESTO TEMATICO DEL DOLORE

Il sopravvissuto sente che il proprio lutto è differente da quello degli altri. Prevale la convinzione che non aver vissuto in prima persona la perdita di un caro per suicidio possa escludere l'altro dal capire e comprendere la drammaticità intrinseca dell'accaduto. Molti survivors tendono ad attribuire questa potenziale incapacità di comprendere il proprio vissuto anche ai professionisti del settore, evitando o ritardando così la richiesta di aiuto; ciò porta al pensiero di precipitare in una dimensione solitaria di dolore inesprimibile. Lavorare sulla comunicazione del proprio dolore e sulla paura che da questo possa derivare un altro suicidio, e tentare un ridimensionamento del senso di esclusività diventano un focus di intervento nell'ambito di un lavoro, individuale e/o di gruppo con i survivors.

L'IMPATTO DEL SUICIDIO SUL SISTEMA FAMILIARE

Il suicidio rappresenta un evento traumatico che colpisce tutta la famiglia destrutturando non solo



il singolo individuo ma l'organizzazione familiare nella sua totalità. In seguito al suicidio, come dopo ogni evento normativo o paranormativo, il sistema familiare si ritrova a dover affrontare l'evento in modo diverso, modificando la sfera relazionale e sociale attraverso l'espletamento di determinate funzioni: ridefinire ruoli, confini, compiti, sistemi di valori.

I survivors possono sentire di aver perso ogni parvenza di vita familiare (Demi & Howell, 1991).

Il suicidio può portare a una distruzione reale o percepita della struttura familiare e dei differenti legami. In seguito al suicidio, alcune famiglie possono avere una reazione emotiva intensa per poi riadattarsi subito dopo, mentre altre possono mostrare al momento una reazione meno intensa e rispondere all'evento in un secondo tempo con sintomi sia fisici che emotivi.

Alcune possono riferire maggiore vicinanza e comunicazione, altre evidenziare importanti difficoltà (Provini et al., 2000).

La riorganizzazione familiare è dunque un processo che richiede la conoscenza del significato di caos e ordine, poiché presuppone il destrutturare per ristrutturare. È importante che sia la famiglia a ritrovare il proprio ordine e che non venga imposto. Il tempo necessario alla famiglia per ristabilire un nuovo equilibrio dipende, dun-

que da numerosi fattori che incidono sulla capacità di rispondere in maniera funzionale all'evento stressante.

La famiglia capace, con un adeguato sostegno, di attivare le proprie risorse, sarà in grado di riorganizzarsi e trovare il proprio equilibrio.

Il focus dell'intervento è promuovere le interconnessioni tra i membri utilizzando strategie capaci di rafforzare la fiducia della famiglia e attivare nuove risorse.

I PROCESSI SOCIALI CHE CIRCONDANO I SOPRAVVISSUTI: LO STIGMA

Nel caso dei sopravvissuti, il tema del suicidio può rimanere un argomento tabù anche per numerosi anni.

Taciuto e vissuto in silenzio, il suicidio costituisce un fardello spesso ceduto in "eredità" ai membri più giovani della famiglia.

La ferita per la perdita è, in alcuni casi, mai risolta interamente, vissuta come irrimediabile e con netto decadimento della qualità di un'intera vita (Grad, 2005).

Il lutto per suicidio è particolarmente difficile da elaborare sia personalmente che socialmente, poiché complicato da retaggi culturali antichi e radicati, ed aggravato da una stigmatizzazione più

subdola rispetto a quella di altri periodi storici.

Un lutto per suicidio può predisporre il survivor, in qualche modo ritenuto responsabile della morte, ad un isolamento sociale, precludendo quel senso di connessione sociale che è considerata un fattore protettivo nella maggioranza delle avversità (Rando, 1995).

Le conseguenze più dannose della stigmatizzazione e dei comportamenti di evitamento, così comuni nei sopravvissuti, risiedono nella ridotta possibilità che essi chiedano aiuto e conforto.

Spesso i survivors si aspettano sostegno e conforto, e se le loro aspettative vengono disattese si sentono offesi, feriti e abbandonati (Neimeyer & Jordan, 2002). Lo stigma associato alla perdita per suicidio è un sentimento storicamente ereditato.

Un'eredità pesante sulla quale si

sono costruite delle rappresentazioni sociali che molto spesso ostacolano la richiesta d'aiuto non solo ai professionisti, ma anche alle persone vicine affettivamente. Il racconto della storia del suicidio e della persona suicida, attraverso il metodo dell'autopsia psicologica (Hawton, Applebay et al., 1998), può rivelarsi un momento molto terapeutico: destrutturando il pregiudizio, permettendo l'emergere di nuove connessioni tra gli eventi e riducendo colpa e responsabilità personale.

IL TEMPO DELLA RIELABORAZIONE E IL TEMPO SOSPESO

Dal momento in cui la notizia della morte della persona cara raggiunge colui che resta, la vita subisce una battuta d'arresto, e il divario tra un "prima" ed un permanente "dopo" appare incolumabile.

Occorre tempo per capire che il suicidio e la morte sono due entità separate e che occorre affrontare il tema del suicidio prima di poter piangere la morte.

La morte di un altro significativo evoca quindi forti sensazioni, aprendo una nuova dimensione relazionale, che nella sua definizione ufficiale prende il nome di "lutto".

A seguito di una perdita, l'assente diventa "grande presente", il

**Il suicidio è genetico?
È normale pensare di voler morire?
Si tratta di una malattia mentale?
Qual è il normale tempo di lutto dopo un suicidio?**



ricordo della persona defunta, i vissuti condivisi, si appropriano del presente, soprattutto nella fase iniziale, e la possibilità che possano venire meno viene interpretata dal survivor come perdita di ogni traccia dell'altro. Il tempo, nell'incontro con il survivor, diviene uno spazio di riflessione in cui obbligatoriamente occorre sostare.

Il senso del tempo come misura del divenire secondo un prima e un dopo presuppone per definizione un cambiamento dentro ciascuno. In tale concezione, l'evolvere è sentito come un tradire la persona scomparsa. Il tempo, a mano a mano che ci si addentra nel vissuto soggettivo di ciascuno, appare assumere differenti declinazioni. È il tempo sospeso, fermo, bloccato, dissociato. Il vissuto di ogni survivor sembra caratterizzarsi per una condensazione di questi aspetti legati al tempo.

Un tempo fermo e sospeso quale è il tempo del suicidio avvenuto; un tempo che si fissa nel passato, ma anche fermo nel qui ed ora e non gettato verso il futuro, verso l'evoluzione. È un tempo che si impone contro la paura fantasmatica che evolvere coincida con un prendere le distanze.

È un tempo conservativo che non dimentica, ma rimane fermo al momento della perdita. È proprio in questo contenitore, chiamato tempo, che si dipana il processo di elaborazione del lutto.

IL VALORE DELL'INCONTRO: L'AUTO AI SURVIVORS

Durante la prima conferenza dell'American Association of Suicidology, nel 1968, Shneidman ha coniato la parola "postvention", per definire le iniziative volte a mitigare le conseguenze psicologiche di coloro che hanno perso un caro per suicidio.

Attualmente questo termine è molto dibattuto e permane un certo disaccordo nel suo utilizzo, sebbene con esso solitamente ci si riferisca alle attività svolte da e con i sopravvissuti al suicidio, allo scopo di favorire l'elaborazione del lutto e prevenire ulteriori comportamenti suicidari (Andriessen, 2006).

Attualmente mancano ancora dei protocolli che descrivano come aiutare al meglio queste persone. Molte indicazioni utili provengono da studi aneddotici o da piccoli campioni di soggetti (Pompili & Tatarelli, 2010).

La raccolta delle testimonianze e dei vissuti dei survivors diviene un terreno prezioso di riflessione per ogni professionista perché costituisce l'occasione per apprendere dal loro linguaggio.

Spesso, infatti, le modalità comunicative appartenenti alla maggioranza dei professionisti possono risultare indecifrabili per chi si trova ad affrontare un lutto per suicidio. La partecipazione empatica ad

un dialogo a due o più voci offre alla perdita un contesto, oltre che uno spazio di pensabilità. Si impone così l'obiettivo di costruire un terreno comune, un linguaggio condiviso attraverso cui arrivare a scoprire nuove intuizioni ed informazioni sul suicidio. Ogni incontro con i survivors è carico di emozioni.

È importante, quindi, sottolineare che nessun professionista può avere la pretesa di lavorare per molto tempo nel campo del suicidio senza appoggi e sostegni personali.

Si rischia il burnout, il distacco o anche ciò che viene chiamata "fatica della compassione" (Figley, 1995) o "trauma vicario" (Nelson, 1996).

Se le difese del professionista falliscono, il dolore del paziente arriva con una forza tale da procurare un fallimento della sintonizzazione emotiva.

In questa condizione, non solo non si è utili alla persona, ma si rischia di spaventarla o di rifiutarla. I professionisti, pur consapevoli di non poter fermare il tempo riportando in vita la persona scomparsa, sono chiamati, attraverso il loro operato di clinici, a ricercare significati e risposte rispetto alla perdita.

Uno degli scopi dell'incontro è proprio quello di affrontare il senso di colpa ed aiutare il survivor ad uscire dalle tante domande su cosa si sarebbe potuto fare o dire per evitare l'accaduto, al fine di ridefinire il suicidio rifiutando la versione lineare di causa-effetto. L'opportunità di poter comunicare e definire le proprie idee e i propri vissuti inerenti il suicidio apre a nuovi punti di vista sull'evento e ad ipotesi cocostruite che risultano essere differenti da quelle originarie e che permettono l'avvio di un nuovo processo di riorganizzazione successivo al lutto.

Le proposte assistenziali, siano esse di gruppo, familiari o individuali, possono spaziare dall'intervento di crisi ai molteplici approcci psicoterapici o farmacologici, dai gruppi di auto-aiuto a quelli mirati al reinserimento sociale. Kaslow e Anderson (2004) propongono un modello operativo integrato – sistemico familiare e psicoeducazionale –, necessario per dare informazioni in un contesto narrativo adeguato e protetto e aiutare

chi resta a co-costruire la propria storia in un contesto affettivo supportivo.

Queste tecniche possono essere considerate "gli alleati necessari per attivare un processo terapeutico" (Kaslow & Aronson, 2004). La società non dovrebbe assistere inerme ma al contrario farsi carico della sofferenza di questa popolazione, offrendo le risorse necessarie per superare il dolore della perdita e favorire un'accettazione sul piano soggettivo e sociale.

In tale direzione diviene quindi fondamentale l'attuazione di campagne informative allo scopo di promuovere interventi di sostegno per le persone che sopravvivono al suicidio (Mitchell et al. 2003).

Ciò potrebbe rivelarsi utile anche per i diversi operatori della salute mentale, che attualmente non dispongono di linee guida ben definite e chiare per gli interventi di postvention nei sopravvissuti al suicidio (AFSP Workshop, 2003; Grant Kalischuk & Davies, 2002; Seeber 2002).

IN CONCLUSIONE...

Il lavoro di integrazione tra esperienza clinica diretta e l'analisi della letteratura permette di estrapolare delle parole chiave funzionali ad orientare il modo di pensare ai survivors e declinare una relazione d'aiuto centrata sui bisogni dello stesso.

Un intervento che metta al centro del suo interesse il survivor richiede dunque ai professionisti di operare nuove riflessioni su contenuti che vadano oltre lo stigma e la colpa e che contengano anche dimensioni – come l'esclusività del dolore, le connotazioni del tempo, il segreto, il bisogno di controllo – che operino verso la co-costruzione di un senso soggettivo della perdita. Si rende necessario rintracciare un terreno di incontro tra i professionisti ed i survivors, uno spazio di mezzo da cui partire per esplorare una complessità non sempre esprimibile e, a volte, non ancora conosciuta.

Per informazioni relative alla bibliografia contattare: maurizio.pompili@uniroma1.it

Outstanding International Opinion Leaders



ANTHONY BATEMAN

Consultant Psychiatrist and Psychotherapist and MBT co-ordinator, Anna Freud Centre, London; Visiting Professor University College, London; Honorary Professor in Psychotherapy University of Copenhagen. He developed mentalization based treatment with Peter Fonagy for borderline personality disorder and studied its effectiveness in research trials.



ROGER MCINTYRE

Professor of Psychiatry and Pharmacology at the University of Toronto and Head of the Mood Disorders Psychopharmacology Unit at the University Health Network, Toronto, Canada. Dr. McIntyre is also Executive Director of the Brain and Cognition Discovery Foundation in Toronto, Canada. Dr. McIntyre was named by Thomson Reuters in 2014 and 2015, as one of "The World's Most Influential Scientific Minds".



ZOLTAN RIHMER

Professor of psychiatry at the Semmelweis University, and at the National Institute of Psychiatry and Addictions, Budapest, Hungary. He has published, as psychiatrist, neurologist and clinical pharmacologist, more than 550 scientific articles/book chapters and five books. The special interest of Professor Rihmer is the clinical and biological aspects of mood and anxiety disorders, with particular regards to prediction of treatment response and prevention of suicide.



XENIA GONDA

Clinical psychologist and pharmacist currently working as assistant professor at the Dept of Psychiatry and Psychotherapy at Semmelweis University, Budapest. She is also affiliated with the Dept. of Pharmacodynamics at Semmelweis University, with the MTA-SE Neuropsychopharmacology and Neurochemistry Academic Research Group of Hungarian National Academy of Sciences and Semmelweis University, and the Laboratory for Suicide Research and Prevention of the National Institute of Psychiatry and Addictions. Currently she is recipient of the Bolyai Janos Research Fellowship of The Hungarian Academy of Sciences. She is the author of more than 200 scientific publications, primarily on the biopsychosocial and genetic aspects of personality, mood disorders, and suicide.



CHRISTOPH CORREL

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



JIM VAN OS

Professor of Psychiatric Epidemiology, Chair Division Clinical Neuroscience, Utrecht University Medical Centre, Utrecht, The Netherlands. Jim van Os is Professor of Psychiatric Epidemiology and Chairman of the Division Neuroscience at Utrecht University Medical Centre, Utrecht, The Netherlands. He was a member of the Psychosis Group of the DSM-5 Task Force, and was co-chair of the APA DSM/ICD conference Deconstructing Psychosis.



LUIS SAN

Professor of Psychiatry and director "Psychiatry and Mental Health" Sant Boi de Llobregat, Spain. Dr. San is a member of the Spanish Society of Biological Psychiatry, and the Spanish Society of Drug Addiction, the latter of which he was President from 1991-1995. He has participated in several clinical trials on schizophrenia and other issues and has been the recipient of several grants. Dr. San has authored and coauthored several articles on his research interests in several journals.

Alcuni dei moderatori e relatori



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



Il Prof. **MARIO MAJ**
durante l'introduzione magistrale dell'edizione 2016
del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica.



Il Prof. **PAOLO GIRARDI**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale
di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.



Il Prof. **ALBERTO SIRACUSANO**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale
di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: "Lo-
neliness" e l'importanza nella salute mentale.



Il Prof. **MARIO AMORE**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale
di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: La
prevenzione del suicidio in adolescenza.



Il Prof. **MASSIMO BIONDI**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale
di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.

delle ultime due edizioni



Il Prof. **BERNARDO CARPINIELLO** all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Il prezzo di restare ovvero sopravvivere al suicidio altrui.



Il Prof. **SERAFINO DE GIORGI** all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.



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



La Prof.ssa **LILIANA DELL'OSSO** all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Spettro Autistico e suicidio: il ruolo del trauma.



Il Prof. **MASSIMO DI GIANNANTONIO** all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Sistema carcerario tra autolesionismi e suicidi: che fare?



Il Prof. **ANDREA FIORILLO** all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il tema: Bullismo, cyberbullismo e condotte suicidarie nei giovani: a call for action!



Il Prof. **VITTORIO LINGIARDI**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale
di Suicidologia e Salute Pubblica in veste di moderatore.



Il prof. **HERBERT MELTZER**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e
Salute Pubblica ha proposto il tema: La prevenzione del suicidio
nella schizofrenia e nel disturbo bipolare con clozapina e le for-
mulazioni long-acting: predittori farmaco genetici del rischio di
suicidio e della risposta alla terapia.



Il Prof. **BRUNO MÜLLER OERLINGHAUSEN**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di
Suicidologia e Salute Pubblica ha proposto il
tema Litio: la storia, la clinica e la prevenzione del suicidio.



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



La Prof.ssa **RENATA TAMBELLI**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia e
Salute Pubblica ha proposto il tema:
Quale prevenzione per i soggetti vittima di bullismo?

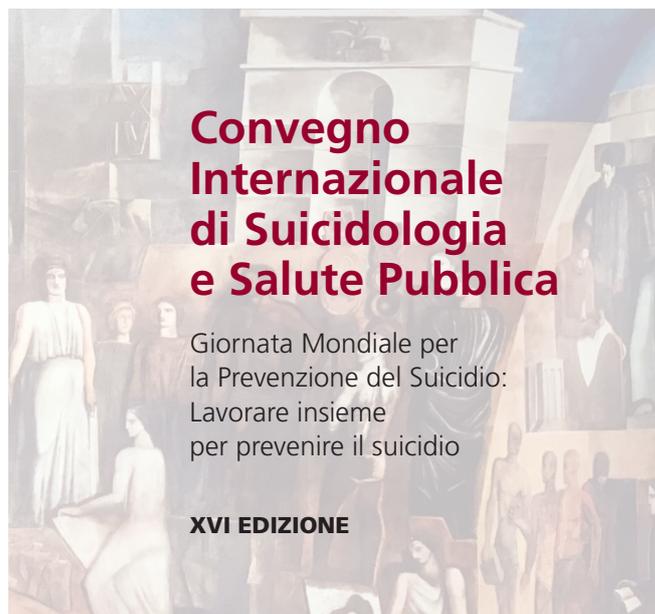


Il prof. **EDUARD VIETA**
all'edizione 2017 del Convegno Internazionale di Suicidologia
e Salute Pubblica ha proposto il tema: L'importanza dei sintomi
cognitivi nella terapia della depressione



10 anni del Servizio per la Prevenzione del Suicidio

Alcuni temi delle passate edizioni



XVI EDIZIONE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Roma, 13-14 settembre 2018

Aula Magna del Rettorato
Piazzale Aldo Moro 5, Roma



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

Aiutaci a sostenere coloro che
hanno perso un caro per suicidio



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

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

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

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

PER SOSTENERCI

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

GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

www.prevenireilsuicidio.it
www.giornataprevenionesuicidio.it/

 Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio