



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI GUGLIELMO MARCONI

FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

TITOLO DELLA TESI
«IL SUICIDIO IN ADOLESCENZA: FATTORI DI RISCHIO E
PREVENZIONE»

Relatrice:

Chiar.^{ma} Prof.ssa Italia Amati

Candidato:

Vincenzo Carraturo

Matr. N°: SFO 03043/L24

ANNO ACCADEMICO
2014/2015

INDICE

Introduzione

CAPITOLO 1 – LA SOFFERENZA NEL PERCORSO DI CRESCITA DELL'ADOLESCENTE

- 1.1 Le perdite nella fase adolescenziale
- 1.2 Il corpo che cambia
- 1.3 Il vissuto di perdita dei genitori
- 1.4 Angoscia e senso di vuoto

CAPITOLO 2 – LE DIVERSE TEORIE SULLE CONDOTTE SUICIDARIE IN ADOLESCENZA

- 2.1 L'approccio psodinamico
- 2.2 L'approccio sistemico-relazionale
- 2.3 L'approccio psicosociale
- 2.4 L'approccio sociologico
- 2.5 L'approccio genetico e psicobiologico

CAPITOLO 3 – EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO ADOLESCENZIALE

- 3.1 Epidemiologia
- 3.2 Variabili socio-psicologiche che influenzano le condotte suicidarie
- 3.3 Fattori di rischio e fattori di protezione
- 3.4 Trattamento del paziente con tendenze suicide

CAPITOLO 4 – L'AZIONE SUICIDA

- 4.1 Il tentato suicidio
- 4.2 Le minacce di suicidio
- 4.3 Il suicidio
- 4.4 La scelta del metodo

CAPITOLO 5 – VALUTAZIONE E PREVENZIONE DEL SUICIDIO

- 5.1 La valutazione del rischio
- 5.2 Le strategie per la prevenzione del suicidio
- 5.3 I modelli di intervento

5.4 La reazione dei superstiti al suicidio dell'adolescente e modalità di intervento

CAPITOLO 6 – LA DESCRIZIONE DI DUE CASI

6.1 Il caso di Lucia

6.2 Il caso di Salvatore

6.3 Riflessioni sui casi esaminati

Conclusioni

Bibliografia

Sitografia

ABSTRACT

Il presente lavoro ha come oggetto il suicidio nell'età adolescenziale, con particolare attenzione ai fattori di rischio e ai possibili criteri di prevenzione. Esso vuole offrire una panoramica sul percorso di vita adolescenziale che, mettendo in evidenza i fattori caratteristici della vita di un ragazzo, si sofferma particolarmente su ciò che maggiormente può incidere nel comportamento suicidario, ossia le perdite adolescenziali, le quali possono incidere in modo rilevante nella scelta autodistruttiva.

In questo ambito è stato considerato il caso della separazione e del divorzio tra i genitori e la sua influenza rispetto al punto di riferimento che la famiglia costituisce per l'adolescente. Infatti, queste perdite sono ancora più sentite nell'età adolescenziale, dove il corpo che cambia può contribuire ad incrementare le insicurezze proprie di questa fascia di età.

Un corpo che cambia e che sfugge al controllo dell'adolescente il quale è costretto ad assistere alle sue trasformazioni senza poter porvi rimedio determina un periodo di crisi, che porta anche mutamenti a livello comportamentale che generano quella pressione psicologica che dà all'adolescenza questa tipica caratteristica di criticità. Occorre dunque percepire questi segnali di disagio e accompagnare il giovane nella comprensione dei propri stati emozionali e nella scoperta delle proprie risorse comportamentali al fine di migliorare le abilità sociali e trovare una sua dimensione identitaria. L'adolescente deve conquistarsi un ruolo nella società e la crisi che ne scaturisce, se per l'adulto è soprattutto legata all'angoscia di perdere ciò che si è stati e che si è, per l'adolescente è collegata all'approfondirsi del divario tra il non sapere chi si è e la paura di perdere ciò che si potrà essere. Tale divario rischia oggi di aggravarsi ancor più a causa di ciò che i mass media rappresentano della figura dell'adolescente (pubblicità o film), in cui le storie e le vite dei personaggi appaiono molto intense e seducenti, lontanissime ed improbabili rispetto a quanto accade nella realtà.

La divaricazione tra ciò che il ragazzo è, o si sente di essere, e ciò che il ragazzo vorrebbe essere anche da adulto determina un senso di annichilimento e di angoscia, un senso di vuoto, che può rappresentare un fattore di rischio di instabilità emotiva di grande rilevanza. Questo senso di vuoto può determinare una perdita di

interesse per una vita considerata oramai priva di significato, in cui il ragazzo si sente un completo fallimento, incapace di raggiungere quegli obiettivi di partecipazione che la società sembra imporgli. In questa situazione è facile pensare al suicidio anche come verifica di poter essere capaci di annullarsi.

Dapprima sono state esaminate le principali teorie alla base del suicidio, considerando vari approcci: quello psicomodinamico, quello sistemico relazionale, quello psicosociale, quello sociologico e psicobiologico-ereditario. Si è visto che, secondo il primo approccio (Freud), l'aggressività verso se stessi corrisponderebbe a una caratteristica propria dell'essere umano, o che il suicidio sarebbe conseguenza di una pulsione distruttiva contro un oggetto interno (Klein). L'approccio sistemico relazionale considera il rapporto relazionale che si instaura all'interno di una famiglia, che potrebbe avere riflessi particolarmente negativi nei confronti di alcuni membri, i più deboli, spesso rappresentati dai figli adolescenti. In particolare nella famiglia psicopatogena è molto più frequente indurre condotte giovanili autodistruttive. Secondo l'interpretazione psicosociale si considerano le interazioni tra stati mentali e situazioni sociali immediate, la valutazione dello stato di salute di un individuo viene considerata sulla base di interazioni individuali con l'ambiente psicosociale in cui la persona vive, attraverso un approccio sistemico.

L'approccio sociologico deve il suo maggiore contributo al sociologo francese Emile Durkheim. L'autore ci tiene a sottolineare come nella società moderna l'aggregazione tra gli individui costituisca un elemento imprescindibile per l'individuo. Così, secondo il sociologo francese, se lasciato a se stesso l'uomo tende al suo annullamento e dunque al suicidio. L'elemento sociale sarebbe dunque uno strumento di regolazione dell'individuo nella società, che attraverso una sorta di costrizione consente all'uomo di assurgere ad un livello più elevato.

Si è avuto modo di analizzare che nell'approccio psicobiologico secondo cui il ruolo della serotonina è fondamentale per l'equilibrio ed il benessere psichico delle persone: la mutazione del gene che trasporta la serotonina al cervello è stata associata a condotte violente, inclusi atti suicidari. Si è evidenziato sia mediante studi in vivo che post-mortem, altresì, che nei soggetti con condotte autolesive si manifesta una diminuzione dell'acido 5-idrossindolacetico (5-HIAA), che può essere considerato il maggior metabolita della serotonina. Ciò comporta una diminuzione della

serotonina e della norepinefrina nel tronco dell'encefalo e della proteina "transporter" della serotonina.

È stato possibile approfondire indagini sulla genetica del suicidio attraverso l'analisi di studi afferenti il comportamento dei gemelli e sulla comunità Amish, che vieta il matrimonio tra componenti non appartenenti a questa setta religiosa: tale caratteristica rappresenta un campo di lavoro formidabile per gli studi genetici, vista la purezza del campione. Dalle considerazioni effettuate è emerso che i fattori genetici possono rappresentare una mera predisposizione a disturbi psichiatrici.

Il lavoro è proseguito analizzando l'epidemiologia dei suicidi e dei tentati suicidi. È stato rilevato che quando si affronta il tema dell'epidemiologia del suicidio tra i giovani si finisce, quasi sempre, col sottostimarne l'aspetto quantitativo, spesso infatti si cerca di "mascherare" gran parte di questi episodi soprattutto per "vergogna" in ambito familiare e per motivi molto più seri e coinvolgenti che si manifestano nelle comunità terapeutiche e nelle collettività in genere. Il suicidio nella fascia di età compresa tra i quindici e i ventiquattro anni rappresenta la terza causa di morte dopo gli incidenti d'auto e moto ed il cancro. È importante sottolineare poi la profonda differenza nei tentati suicidi tra adolescenti maschi e femmine. Nella letteratura internazionale si stima che le ragazze tentino il suicidio con maggior frequenza rispetto agli uomini, addirittura fino a tre/quattro volte di più dei ragazzi. Al contrario, quando si parla di suicidi il rapporto ragazzi /ragazze visto prima si inverte.

Si è proceduto all'analisi dei potenziali fattori di rischio e di protezione. *Il contesto familiare* in cui si vive può essere un rilevante fattore di rischio quando presenta modelli genitoriali negativi e distruttivi. Sono proprio questi *aspetti di disfunzionalità e instabilità familiare* che si riscontrano spesso, nella vita di bambini e adolescenti che hanno tentato o commesso suicidio. Tra gli eventi di vita più significativi, che possono lasciare un segno nel percorso di crescita, ci sono situazioni di divorzio o separazione legale. Molte volte i giovani suicidi provengono da famiglie che hanno più di questi problemi, ove i singoli fattori di rischio si sono cumulati e moltiplicati tra loro.

Alcuni tratti di personalità sono stati individuati come tipici per il rischio di suicidio o tentato suicidio, anche se da soli non possono predire un comportamento suicida. Se però queste caratteristiche individuali si associano a un disturbo mentale, aumenta il rischio di

suicidio o di tentato suicidio. Un altro importante fattore di rischio è l'incertezza sulla propria identità e sull'orientamento sessuale. L'assunzione di alcool e droghe è presente in almeno il settanta per cento dei giovani suicidi. Avere effettuato un *precedente tentativo di suicidio*, singolo o ripetuto, è un ulteriore fattore di rischio specifico. In adolescenti suicidi la depressione accertata rappresenta un fattore di rischio maggiore quando è associata alla presenza di un comportamento aggressivo antisociale.

Esistono molteplici *fattori di protezione*: una buona relazione e un rapporto di sostegno con i componenti della propria famiglia, il saper socializzare, cercare aiuto quando sorgono difficoltà, chiedere consiglio quando devono essere fatte delle scelte importanti, poter contare sul sostegno di persone di fiducia, essere aperti verso le esperienze e le soluzioni altrui, avere un buon rapporto con i compagni di scuola, con gli insegnanti e con gli adulti in generale.

In questo lavoro è stato considerato poi il trattamento del paziente con tendenze suicide consistente principalmente nell'aiuto ad analizzare il problema che ha causato la crisi; nell'offerta di un aiuto costruttivo per il problema; un incoraggiamento a intraprendere azioni positive; ricordargli che è una persona importante per la sua famiglia e per i suoi amici e che tutti vogliono aiutarlo.

Occorre un adeguato trattamento successivo di tipo psichiatrico e sociale per tutti i pazienti che hanno tentato il suicidio, in modo da ridurre i tentativi ripetuti e quelli riusciti.

Nel corso di questo lavoro si è dato ampio spazio all'azione suicida, indagando anche sulla scelta del mezzo, che privilegerebbe principalmente l'esigenza dell'efficacia e quella della disponibilità del mezzo.

L'analisi svolta dal presente lavoro ha poi interessato la valutazione del rischio suicidario, considerando lo stato prodromico che attraversa il suicida prima di compiere il gesto. Spesso la mancanza di interesse nelle attività quotidiane rappresenta il vero campanello d'allarme di azioni suicidarie l'adolescente che sta meditando seriamente di farla finita può manifestare comportamenti inadeguati in classe, innescare meccanismi di ribellione e di autentico menefreghismo, proprio di chi valuta di non aver più nulla da perdere o da spartire con gli altri. La conoscenza di una storia di tentativi di suicidio può essere estremamente importante, poiché precedenti tentativi rappresentano uno dei fattori di rischio

più significativi. Un altro importante fattore di rischio è la depressione.

Dunque il suicidio può rappresentare il tentativo riuscito di un'idea ricorrente, rimuginata da tempo e che si verifica proprio in quel momento perché in quel frangente la persona è arrivata ad una sensazione di mancanza di via d'uscita. Spesso è un evento scatenante che preannuncia il gesto suicidario peraltro già pensato da tempo. Sulla base di ciò è possibile formulare le strategie più opportune per la prevenzione al suicidio con adeguate scelte di modelli di intervento, analizzando aspetti di carattere generale relativi ai disturbi che più spesso si associano al tentato suicidio. Si cerca di realizzare appositi training che tendono a contrastare sia la tendenza alla solitudine che altri primi segni di depressione, impegnandosi a rinforzare le abilità personali, interpersonali e sociali dei soggetti coinvolti. Si può intervenire anche attraverso l'individuazione ed il monitoraggio dei gruppi ad alto rischio, la realizzazione di gruppi di auto aiuto, procedere con un programma di psicoterapia per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico e le loro famiglie. Molti programmi di prevenzione del suicidio sono stati realizzati appositamente per la scuola, poiché si ritiene che la gran parte dei tentati suicidi nell'età giovanile riguardi soprattutto gli studenti di scuola media superiore. Per questo motivo la scuola può svolgere un ruolo rilevante nella prevenzione al suicidio. Questi programmi seguono due aspetti fondamentali in cui il primo è diretto alla prevenzione, attraverso la riduzione del disagio scolastico, il secondo aspetto è diretto al riconoscimento delle situazioni a rischio immediato, attraverso l'individuazione dei tipici segnali d'allarme, come minacce verbali di suicidio, cambiamenti di comportamento o di personalità con tendenza all'isolamento, peggioramento del rendimento scolastico, comparsa di aspetti depressivi. In tale secondo aspetto la funzione terapeutica si realizza fornendo all'interessato anche un primo concreto aiuto attraverso la disponibilità all'ascolto attivo e non giudicante. È possibile intervenire anche su fattori di rischio tipici del suicidio, come per esempio la depressione, l'abuso di sostanze e disturbi psichiatrici associati.

Con il cosiddetto intervento preventivo è possibile agire su fattori e circostanze tesi a favorire il benessere psicologico e la salute mentale del paziente. L'Istituzione scolastica rappresenta il luogo ideale di intervento poiché è proprio in quel luogo che si manifesta la maggior presenza di adolescenti. Occorre intervenire

nel livello di autostima dei ragazzi, intesa come un buon rapporto con se stessi. Si ritiene che l'adattamento sociale adolescenziale dipenda proprio dallo sviluppo precoce di un buon livello di autostima. La bassa autostima può produrre una sintomatologia depressiva con conseguente condotta autolesiva, ed è per questo che può essere molto efficace il rafforzamento dell'autostima.

Occorre dunque essere in grado di destinare parte dell'insegnamento all'assimilazione di strategie attive per affrontare gli eventi della vita, e allo sviluppo dei legami affettivi ed emozionali necessari per rafforzare la solidarietà e la fiducia reciproca nel contesto scuola e poi anche al di fuori di essa. Nell'ambito scolastico è possibile prevedere queste metodologie di intervento attraverso la realizzazione di programmi che predispongono opportune esercitazioni dirette ad un'interazione con gli studenti a rischio con presentazione di segnali di allarme suicidario e la verifica della efficacia della modalità interattiva. Questi programmi dovrebbero aiutare il personale scolastico anche a riconoscere e ad attivarsi per limitare e contrastare le situazioni di stress nell'ambito della loro scuola. L'intervento tempestivo consente di inquadrare la dinamica dell'evento e la ragione emotiva dell'atto; in questa fase può essere molto importante contattare i genitori al fine di consentire loro la conoscenza di un agito critico e frutto di sofferenza di cui devono essere partecipi. Spesso i genitori possono infatti non rendersi conto, nella fase che precede il tentato suicidio, di quegli elementi di criticità che sono presenti.

L'ultima parte del lavoro contiene due casi concreti di analisi che hanno coinvolto anche lo scrivente in prima persona e che sono stati molto importanti per confrontare e verificare le teorizzazioni precedentemente illustrate. Il caso di Lucia e quello di Salvatore (nomi di fantasia), hanno evidenziato l'importanza delle strategie di prevenzione, nel primo caso realizzate e nel secondo caso evitate, che di fatto hanno rappresentato la reale differenza che ha determinato nel primo caso un autentico successo, con completo reinserimento della ragazza coinvolta, e nel secondo caso il fallimento del risultato, con esiti tragici.

Nel caso di Lucia, l'istituzione scolastica ha dato immediato impulso alla propria azione, convocando immediatamente i genitori e tenendosi in contatto poi col terapeuta incaricato per concordare un'azione comune con i docenti coinvolti. La scuola ha saputo sincronizzare la propria azione con quella del terapeuta attraverso un intervento comune mirato alla ricostruzione dell'Io della ragazza

e cercando di coinvolgerla in progetti scolastici ed extrascolastici che le hanno consentito di assumere consapevolezza di sé e maggiore autostima. La scuola è stata in grado di ricoprire la ragazza di sincero affetto che ella ha saputo apprezzare e ripagare col tempo. Il raggiungimento del buon fine ottenuto con il caso dell'alunna ha corroborato l'ambiente scolastico e ha saputo caricarlo di tanta energia che è stata e che verrà sapientemente impiegata nei confronti di tutti i casi difficili che inevitabilmente non mancheranno nel contesto scolastico. Lucia, per quanto non affetta da un disturbo psicotico, come invece Salvatore, ha avuto la fortuna di essere stata cresciuta da una nonna che si è attivata già al primo comportamento problematico, avvalendosi di uno psicoterapeuta che tempestivamente ha organizzato un programma di intervento. La collaborazione tra il terapeuta con l'Istituzione scolastica è stata fondamentale, poiché la linea comune utilizzata è riuscita a raddrizzare una situazione che nel breve termine stava invece dando segni di cedimento.

Nel caso di Salvatore, forse proprio quando il suo disturbo si è acuito, non si è avuto un intervento altrettanto efficace, ha avuto insegnanti che non sono stati in grado di comprendere le reali ragioni che determinavano quel genere di comportamento, anzi si sono incrementate le motivazioni di un'autentica ribellione del ragazzo, il quale, sentendosi solo contro una realtà completamente avversa, ha prodotto azioni particolarmente aggressive contro gli altri e poi contro se stesso con esiti tragici.

Questo lavoro, pur nella rituale umiltà dovuta, si è sforzato di dimostrare, grazie anche alla disamina di casi reali, l'importantissima funzione dei principi di prevenzione suicidaria, poiché la corretta realizzazione della metodologia preventiva può essere un reale antidoto alla estrema condotta autolesionistica.

BIBLIOGRAFIA

Amodio D., Fornari U., *Il suicidio e il tentato suicidio nell'adolescente*, Rivista Sperimentale di Freniatria, Vol. CXII, Suppl. n. 6.

Baechler J., *Suicides*, New York, Basic Books, 1975.

Barraclough B. M., Pallis D. J., *Depression followed by suicide. A comparison of depressed suicides with living depressives*, Psychological Medicine, 1975.

Beck T., *Cognitive Therapy and the emotional disorders*, New York, Meridian Editor, 1976.

Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, Vol. 3 – Boringhieri – Torino – 1983.

Brown S.L., *Il ruolo della serotonina nei disturbi psichiatrici*, New York, Editore Brunner & Mazel, 1991.

Cancrini L., La Rosa C., *Il Vaso di Pandora*, Roma, Carocci editore 2001.

Canton G., *L'ideazione di suicidio nell'adolescenza: prevalenza in un campione di studenti e relazione con i sintomi psichiatrici*, Rivista di psichiatria, 1989.

Condini A., *I comportamenti suicidari in età evolutiva*, in Giornale italiano di suicidologia, 3, 1, 1993.

Crepet P., *Le dimensioni del vuoto. I giovani e il suicidio*, Roma, Feltrinelli Editore, 2000.

De Vanna M., Schenardi C., Filippuzzi L., Aguglia E., *Ruolo della medicina di base nella prevenzione del comportamento suicidario*, Giornale italiano di suicidologia, 1998.

Douglas J. D., *The social meaning of suicide*, Princeton, Princeton University Press, 1993.

Formella Z., De Filippo A. (a cura di), *Il suicidio in adolescenza. Quando una vita deraglia*, Roma, Editore: Alpes Italia, 2011.

Giampieri E., Clerici M., *Il suicidio oggi*, Milano, Editore Springer, 2013.

Gunnell D. , Middleton N., Frankel S., "*Method availability and the prevention of suicide - a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975*". *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, Steinkopff- Verlag, Volume 35, Issue 10, 2000.

Heacock D.R., "*Adolescenti con tendenze suicidarie*", in: Kymissis P., Halperin D.A. (a cura di), "*La terapia di gruppo con bambini e adolescenti*", Milano, Masson Editore, 1997.

Holderegger A., *Il suicidio. Risultati delle scienze umane e problematica etica*, Assisi, Editore Cittadella, 1979.

Isacco O., "*Parental Alienation Syndrome*" in "*Giornale scientifico a cura dell'Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici*", anno 2, marzo 2011.

Ketty S., *Genetic factors in suicide*, in Roy A. (a cura di), *Suicide*, Baltimore, William &Wilkins, 1986.

Kymissis P., Halperin D. A., *La terapia di gruppo con bambini e adolescenti*, Milano, Masson editore, 1997.

Laufer M. (a cura di), *L'adolescente suicida*, Roma, Edizioni Borla, 1998.

Mancini E., Morelli A., *Le frontiere della Bioetica*, Firenze, Giunti Editore, 2004.

Mangone E., *La negazione del sé e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, Milano, Editore F. Angeli, 2009.

Moses L., *L'adolescente suicida*, (collana Orizzonti di psicoanalisi, Serie Classica), Roma, Editore Borla, 1998.

Nizzoli U. (a cura di), *Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche. Programmazione, qualità e valutazione*, Milano, F. Angeli Editore, 2004.

Pelanda E. (a cura di), *Il tentativo di suicidio in adolescenza. Significato, intervento, prevenzione. I seminari di area G*, Milano, Editore Franco Angeli (collana Psicoterapie), 2003.

Peters K. D., "Deaths: Final Data for 1996", in *CDC National Statistics Reports*, vol. 47, n. 9, Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 1998.

Pietropolli Charmet G., Piotti A., *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Milano, Editore Raffaello Cortina (collana Psicologia clinica e psicoterapia), 2009.

Polito M., *Suicidio: la guerra contro se stessi. Cause e prevenzione*, Padova, Libreria universitaria.it editore, 2009.

RICHMAN G., *The family therapy of attempted suicide*, Family process, 1968.

Sabbath J. C., *The suicidal adolescent: the expendable child*, Journal of the American Academy of child Psychiatry, 1969.

Schwarzenberg T. L., *Riflessioni sulla suicidologia adolescenziale*, in *Difesa Sociale* vol. LXXXI, n. 6, Roma, Edizioni Scientifiche, 2002.

Stengel S., *Il suicidio e il tentato suicidio*, Milano, Feltrinelli Editore, 1977.

Stierlin H., *Separating parents and adolescents. A prospective on running away, schizophrenia and way wardness*, New York, Quadrangle, 1974.

Tatarelli R., Pompili M., *La prevenzione del suicidio in adolescenza*, Roma, Editore Alpes Italia 2009.

Tatarelli R., De Pisa E., Girardi P., *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, Milano, Franco Angeli Editore, 1998.

Trautman P., Shaffer D, *Il trattamento dei bambini e degli adolescenti nel tentato suicidio*, Boston, John Wright PSG Inc 1984.

SITOGRAFIA

Amadei P., Bonacini S., Nizzoli U., [Tentato suicidio in adolescenza studio bibliografico sui fattori di rischio e i sistemi di aiuto agli adolescenti che tentano il suicidio e alle loro famiglie](http://www.prevenzionesuicidio.it), in www.prevenzionesuicidio.it.