

Suicidio e comportamenti parasuicidari

Dott. Raffaele Pepi
raffaele.pepi@unimc.it



Obiettivi

- Comprendere definizioni e differenze chiave
- Leggere il **comportamento suicidario in ottica clinico-relazionale**
- Riconoscere fattori di rischio e protezione
- Saper intervenire nel ruolo dell'assistente sociale
- Gestire il tema senza colludere né banalizzare



I fenomeni suicidari



Il suicidio è una delle emergenze più frequenti per il clinico

È un fenomeno:

- spesso **sommerso**
- sottovalutato o negato

È un evento:

- **complesso e multidimensionale**

Il suicidio non è solo un fatto clinico, ma **un fenomeno che attraversa più livelli:**

- individuale
 - relazionale
 - sociale
 - culturale
-

I fenomeni suicidari



Il suicidio è complesso perché:

- È tra le principali cause di morte nei giovani (seconda causa tra giovani 15-29 anni)
 - Attraversa tutte le categorie diagnostiche → costruito **transnosografico**
 - Non sempre è spiegabile con un disturbo mentale → scelta esistenziale
 - Ha significati diversi da persona a persona
 - È influenzato dalla cultura
 - Coinvolge famiglia e operatori
 - Ha implicazioni legali e professionali
-

I fenomeni suicidari



Il suicidio è ancora oggi un tema tabù (anche negli operatori e nei servizi)

Spesso non se ne parla e viene evitato

Questo ostacola:

- la comprensione
- l'intervento

evitare il tema = aumentare isolamento

I miti



“Chi ne parla non lo fa”

→ Parlare di suicidio è spesso una **richiesta di aiuto**

molte persone che parlano di suicidio stanno:

- cercando aiuto
- comunicando sofferenza
- “familiarizzando” con l’idea

Se l’operatore pensa “Lo dice per attirare attenzione” → minimizzazione/distacco/mancata attivazione

I miti



“Avviene senza segnali”

→ È spesso preceduto da **segnali riconoscibili**

Segnali possono essere:

verbali (“non ce la faccio più”)

comportamentali (ritiro, cambiamenti)

simbolici (regali, chiusure)

Pensare che sia improvviso porta a:

- deresponsabilizzazione
- passività

“Non si poteva fare nulla” → spesso falso

I miti

“Chi tenta vuole morire”

È presente una forte **ambivalenza**

Le persone sono:
divise tra voler morire
e voler vivere

Esempio classico:
gesto impulsivo
pentimento immediato



I miti



“Chi tenta resterà sempre a rischio”

Il rischio suicidario:

- aumenta in momenti specifici
- non è stabile nel tempo

Le persone possono attraversare crisi e poi uscirne

Ruolo dei trattamenti

Operativamente si rischiano due errori opposti:

Etichettare per sempre → “caso perso”

Dimenticare il rischio → sottovalutazione

I miti



“Solo i malati mentali si suicidano”

Il suicidio può essere associato a disturbi ma non necessariamente

Può emergere da:

- crisi esistenziali
- eventi di vita
- **condizioni sociali**

Ridurre tutto a psicopatologia porta a:

non vedere il contesto

non attivare risorse sociali

I miti



“Parlare di suicidio lo favorisce”

Il silenzio:

aumenta isolamento

aumenta vergogna

Parlare → apre possibilità e crea spazio relazionale

RISCHIO OPERATIVO

Evitare la parola “suicidio”:

blocca la relazione

lascia la persona sola

Epidemiologia



800.000 morti/anno (OMS)

Tentativi fino a 20 volte superiori

Tasso globale di mortalità suicidaria 11,4 su 100.000 (15 per gli uomini e 8 per le donne)

GEOGRAFIA

75% nei paesi a basso/medio reddito

Tassi più alti nel Sud-Est asiatico

Europa leggermente sopra la media globale

Età

Prima il fenomeno interessava prevalentemente gli over 45

Oggi più frequente tra 15–49 anni → In crescita nei giovani

Epidemiologia



METODI

Uomini → metodi più letali (armi, impiccagione)

Donne → farmaci, annegamento

CARCERI

Tasso fino a **25 volte superiore**

Forte vulnerabilità

Classificazione condotte suicidarie



Il suicidio esiste da che esiste l'umanità

Durkheim (1897) → *Il suicidio. Studio di sociologia*

Definizione classica

Suicidio = morte causata da:

- atto positivo (azione)
- o negativo (omissione)

Con consapevolezza dell'esito

Classificazione

Egoistico → scarsa integrazione sociale

Altruistico → eccessiva integrazione

Anomico → scarsa regolazione sociale

Fatalistico → eccessiva regolazione sociale

Classificazione condotte suicidarie



Definizione utile ma **riduttiva**

Non coglie:

- varietà delle forme
- complessità psicologica

→ Necessità di includere le **condotte suicidarie**

Evoluzione concettuale

Differenza tra:

- suicidio
- tentativo di suicidio
- **parasuicidio**

Motivazioni non sempre orientate alla morte:

richiesta di aiuto

regolazione emotiva

Classificazione condotte suicidarie



Definizione utile ma **riduttiva**

Non coglie:

- varietà delle forme
- complessità psicologica

→ Necessità di includere le **condotte suicidarie**

Evoluzione concettuale

Differenza tra:

- suicidio
- tentativo di suicidio
- **parasuicidio**



categorie OMS (1975)

Motivazioni non sempre orientate alla morte:

richiesta di aiuto

regolazione emotiva

Classificazione condotte suicidarie

Shneidman → prospettiva centrata sul soggetto (vs atto)

Identifica caratteristiche comuni (~95% dei casi)

Caratteristiche del processo suicidario

- Scopo → trovare soluzione
- Obiettivo → cessare la sofferenza
- Stimolo → dolore psicologico insopportabile
- Stressor → frustrazione bisogni
- Sensazione emotiva → disperazione, abbandono
- Stato cognitivo → ambivalenza (fantasie di salvezza)
- Stato percettivo → la costrizione che interessa emozione e intelletto («non c'era altro da fare... unica via...»)
- Azione → fuga o uscita
- Gesto interpersonale → la comunicazione delle intenzioni
- Quadro → la costanza dello stile di vita

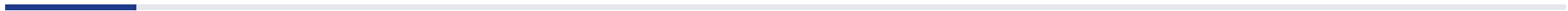
Spettro suicidario



Non è evento improvviso

È un **processo graduale**:

- ideazione suicidaria
- segnali/messaggi
- tentativi
- suicidio



Spettro suicidario



Il suicidio è:

- fenomeno **multifattoriale** → **biopsicosociale**
 - processo, non evento
 - Necessario approccio integrato (sociale + psicologico + biologico)
-

Fattori di rischio oggettivi



Sesso

- Uomini: suicidio completato ↑ (3x rispetto alle donne)
- Donne: tentativi ↑ (4x rispetto agli uomini)
- Maggior rischio in giovani **omosessuali/bisessuali**

Età

- Suicidio ↑ con l'età
 - Tentativi ↑ tra **25–44 anni**
 - 35% dei suicidi dopo i 65 anni
 - ↑ recente tra **15–24 anni**
-

Fattori di rischio oggettivi



Razza e religione

Caucasici: rischio circa doppio (anche se si riscontra aumento tra le persone di colore)

Religione come fattore protettivo se:

↑ integrazione sociale

↑ ortodossia

Stato civile

Fattore protettivo: **famiglia stabile**

Rischio aumenta per vedovi e divorziati

Occupazione

Disoccupazione = alto rischio

Rischio elevato anche in professioni:

- mediche
- legali
- artistiche

Fattori di rischio oggettivi



Disturbi fisici

Patologie organiche ↑ rischio suicidario

- HIV/AIDS
- tumori
- sclerosi multipla
- insufficienza renale
- Cirrosi

Andamento stagionale

Leggero aumento primavera e autunno

NON aumento vacanze natalizie

Possibili **anniversary suicides**

Fattori di rischio oggettivi



DISTURBI PSICHIATRICI

Rischio aumentato rispetto alla popolazione:

- Tentativi precedenti → **x38**
- Depressione maggiore → **x20**
- Disturbo bipolare → **x15**
- Schizofrenia → **x8,5**
- Dipendenze:
 - oppiacei → **x14**
 - alcol → **x6**
- Disturbi di personalità → **x7,5**

Fattori di rischio oggettivi



Disturbi dell'umore

60–95% dei suicidi associati a disturbi dell'umore

MA:

la maggior parte dei depressi **non si suicida**

Rischio stimato:

2–6% (studi recenti)

Fattori di rischio oggettivi



SCHIZOFRENIA - fattori di rischio

- Tentativi precedenti
 - Ideazione suicidaria
 - Allucinazioni uditive
 - Depressione
 - **Hopelessness**
 - Consapevolezza del disturbo
 - Isolamento sociale
 - Eventi stressanti
 - Prime fasi del disturbo
-

Fattori di rischio oggettivi



Dipendenze

- Alcol: suicidio nel 5–10%
- Altre sostanze: ~15%

Fattori chiave:

comorbidità psichiatrica

impulsività

marginalità sociale

uso multiplo di sostanze

Fattori di rischio oggettivi



Disturbi di personalità

- Borderline e antisociale particolarmente a rischio
 - Fattori:
 - impulsività/aggressività
 - **hopelessness**
 - sfiducia negli altri
 - rigidità cognitiva
 - isolamento
 - abuso di sostanze
-

Fattori di rischio soggettivi



Tre assi psicopatologici

Sul piano fenomenologico i vissuti che portano le persone a mettere in atto comportamenti suicidari possono essere raggruppati in 3 assi:

1. Vergogna / colpa
 2. Disforia / senso di vuoto
 3. Hopelessness / helplessness
-

Fattori di rischio soggettivi



Tre assi psicopatologici

Sul piano fenomenologico i vissuti che portano le persone a mettere in atto comportamenti suicidari possono essere raggruppati in 3 assi:

1. Vergogna / colpa
 2. Disforia / senso di vuoto
 3. Hopelessness / helplessness
-

Fattori di rischio soggettivi



Vergogna / colpa

Non è solo la colpa → la vergogna ha un ruolo centrale (spesso maggiore)

Vergogna

- Legata al **Sé** (“non sono all’altezza”)
- Colpisce l’**identità globale**
- Collegata all’**Ideale dell’Io**

È totalizzante e difficile da elaborare

Fattori di rischio soggettivi



Caratteristiche della vergogna

Investe **tutta la persona**, non solo il comportamento

È **ricorsiva e autoalimentata**

Può essere:

- contagiosa (anche in famiglia)
- transgenerazionale

Spesso viene:

- nascosta
- trasformata (es. in rabbia)

Colpa → apre alla **riparazione**

Vergogna → porta a **chiusura e annientamento del Sé**

Fattori di rischio soggettivi



Disforia / vuoto

Definizione di disforia (scuola di Vienna)

Stato caratterizzato da:

- ansia
- irritabilità
- tensione
- umore instabile

Ridotta capacità di **regolare gli affetti**

Elementi centrali

Tendenza all'**acting out**

Rabbia intensa o disperazione

Stato emotivo continuo e difficile da modulare

Fattori di rischio soggettivi



Disforia + vuoto → base dello stato “**depressivo atipico**”

- disturbo borderline di personalità

→ Condotte suicidarie/parasuicidarie:
viste come modalità comportamentali caratteristiche

Fattori di rischio soggettivi



Hopelessness/Helplessness

Hopelessness (disperazione)

Mancanza di speranza

Visione **negativa del futuro**

Aspettativa che:

nulla migliorerà

gli obiettivi non saranno raggiunti

Helplessness (impotenza)

Sensazione di:

non poter ricevere aiuto

non avere controllo

Fattori di rischio soggettivi



Hopelessness/Helplessness

Hopelessness (disperazione)

- Mancanza di speranza
- Visione **negativa del futuro**
- Aspettativa che:
- nulla migliorerà
- gli obiettivi non saranno raggiunti

Helplessness (impotenza)

Sensazione di:

- non poter ricevere aiuto
 - non avere controllo
-

Valutazione del rischio



- Esistono dati epidemiologici → ma **difficile applicazione al singolo caso**
- Non esiste metodo certo per **predire il suicidio**
- Necessaria valutazione **clinica integrata**

Predizione vs Valutazione

Predizione

Probabilità statistica che avvenga il suicidio

Valutazione

Giudizio clinico sul **rischio nel breve termine**

Basata su elementi concreti del paziente

In clinica → conta la **valutazione**, non la predizione

Valutazione del rischio



Principi della valutazione

Multifattorialità → non è mai un solo fattore

Fattori di rischio vs protettivi

Indagine diretta

chiedere esplicitamente del suicidio

Non aumenta il rischio parlarne

Valutazione del rischio



Fattori protettivi

- Supporto sociale
 - Buone capacità di coping
 - Relazione terapeutica efficace
 - Esame di realtà conservato
 - Soddisfazione nella vita
 - Credenze religiose deterrenti
-

Prevenzione del rischio di suicidio



Primaria

Popolazione generale

Informazione e sensibilizzazione

Riduzione stigma

Secondaria

Intervento nella crisi

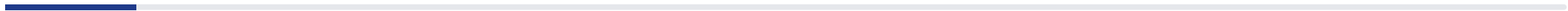
Target: gruppi a rischio

Identificazione precoce

Terziaria

Prevenzione recidive

Intervento su chi ha già tentato



Prevenzione del rischio di suicidio



Responsabilità clinica

Da responsabilità del singolo → a **responsabilità d'équipe**

Rischio di:

- negazione
- iperallarme

Serve equilibrio e confronto clinico

Alleanza terapeutica

Primo obiettivo:

costruire **fiducia e sicurezza**

Favorisce:

- apertura
- esplorazione ideazione suicidaria
- alternative al gesto

Prevenzione del rischio di suicidio



Sicurezza del paziente

Priorità: **incolumità**

In emergenza:

- monitoraggio stretto
- rimozione mezzi pericolosi

Setting e trattamento

Ambiente:

- sicuro ma **non eccessivamente restrittivo**

Possibili opzioni:

- ricovero (alto rischio)
 - trattamento territoriale
-

Prevenzione del rischio di suicidio



Reassessment del rischio

Il rischio è **dinamico (oscillante)**

Rivalutare soprattutto cambiamenti clinici e fasi critiche (es. dimissione)

Indicatori da monitorare

Depressione

Ansia

Impulsività

Hopelessness

Insonnia

Allucinazioni di comando

Autolesionismo



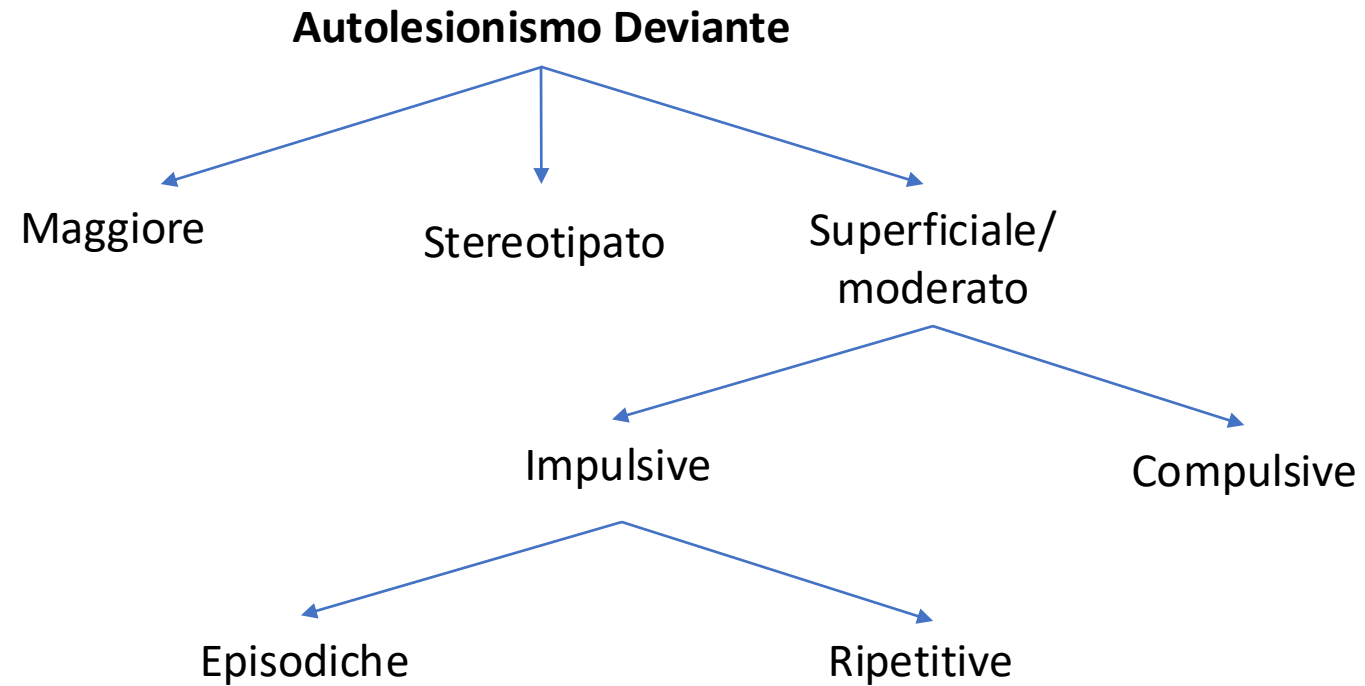
Autolesionismo

Comportamento parasuicidario → viene messo in atto dal soggetto con l'intento di non morire, ma di danneggiare in vario modo sé stesso

- Velleità suicidarie
 - Suicidosi → condotta suicidaria cronica
 - Equivalenti suicidari → es. guida spericolata, sport estremi
 - Comportamenti autolesivi propriamente detti
-

Autolesionismo – Favazza

Autolesionismo culturalmente approvato vs. autolesionismo deviante



Autolesionismo maggiore

Gesti sporadici ma gravi → enucleazione di occhi, asportazione di un orecchio, dei genitali, di un arto

I gesti sono spesso seguiti da indifferenza rispetto al proprio comportamento oppure le spiegazioni chiamano in causa idee deliranti

Disturbi:

- Stati psicotici → più spesso nel contesto di stati cronici
- Intossicazioni alcoliche acute

Autolesionismo stereotipato

Serie di azioni automatiche → battere la testa, percuotersi, mordersi, graffiarsi la bocca

L'azione sembra spinta da un *imperativo interno*, le forme di ferimento sono *primitive*

Disturbi:

Disturbo autistico

Sindromi cerebrali organiche

Autolesionismo superficiale/moderato

Ferite piuttosto lievi → tagli/bruciature con oggetti come lamette, rasoi, fiammiferi, oggetti roventi e utensili in genere

Compulsive/impulsive

Nascono come episodiche e diventano ripetitive quando il soggetto le assume come modello di condotta per gestire determinate situazioni emotive

Disturbi:

Disturbi di personalità (Borderline, Antisociale, Istrionico)

PTSD

Disturbi dissociativi

Disturbi alimentari

Questo tipo di autolesionismo in letteratura viene chiamato Non-suicidal self injury (NSSI)

Non-Suicidal Self injury (NSSI)

Autolesionismo non suicidario (NSSI) → danneggiamento intenzionale e diretto del corpo senza intento suicidario e per scopi non socialmente sanciti

Caratteristiche principali

Comportamenti più comuni:

- tagli (più frequente)
- bruciature
- graffi
- colpire parti del corpo
- interferire con la cicatrizzazione

Distinto da:

tentativi di suicidio

autolesionismo stereotipato (es. disabilità intellettiva)

Epidemiologia

Popolazione clinica

- 20% dei pazienti psichiatrici adulti
- 40-80% dei pazienti psichiatrici adolescenti

Popolazione generale

- 4% degli adulti
- 14-15% degli adolescenti

Età di esordio

Tipicamente tra **14 – 24 anni**

Tende a diminuire con l'età

Genere

Risultati non univoci

alcuni studi → più femmine

altri → nessuna differenza significativa



Perché le persone si feriscono? (Klonsky, 2007)

1. Regolazione emotiva (FUNZIONE PRINCIPALE)

Ridurre:

- ansia
- tensione
- rabbia
- dolore emotivo

Evidenze:

Emozioni negative → **prima dell'atto**

Sollievo → **dopo l'atto**

È la funzione **più supportata empiricamente**

Perché le persone si feriscono? (Klonsky, 2007)

2. Auto-punizione

Espressione di:

- auto-critica
- senso di colpa
- auto-disprezzo

Spesso funzione **secondaria** ma molto frequente

3. Anti-dissociazione

Serve a “sentire qualcosa”

uscire da:

- depersonalizzazione
- senso di vuoto

Il dolore fisico → **riattiva il senso di realtà**

Perché le persone si feriscono? (Klonsky, 2007)

4. Anti-suicidio

L'autolesionismo:

- **previene il suicidio**
- riduce l'impulso suicidario

“Compromesso” tra vivere e morire

5. Influenza interpersonale

Funzioni comunicative:

- chiedere aiuto
- attirare attenzione
- influenzare gli altri

Meno frequente di quanto si pensi (mito clinico)

Perché le persone si feriscono? (Klonsky, 2007)

6. Confini interpersonali

Rafforzare:

- identità
- separazione dagli altri

“Io esisto / sono distinto”

7. Sensation seeking

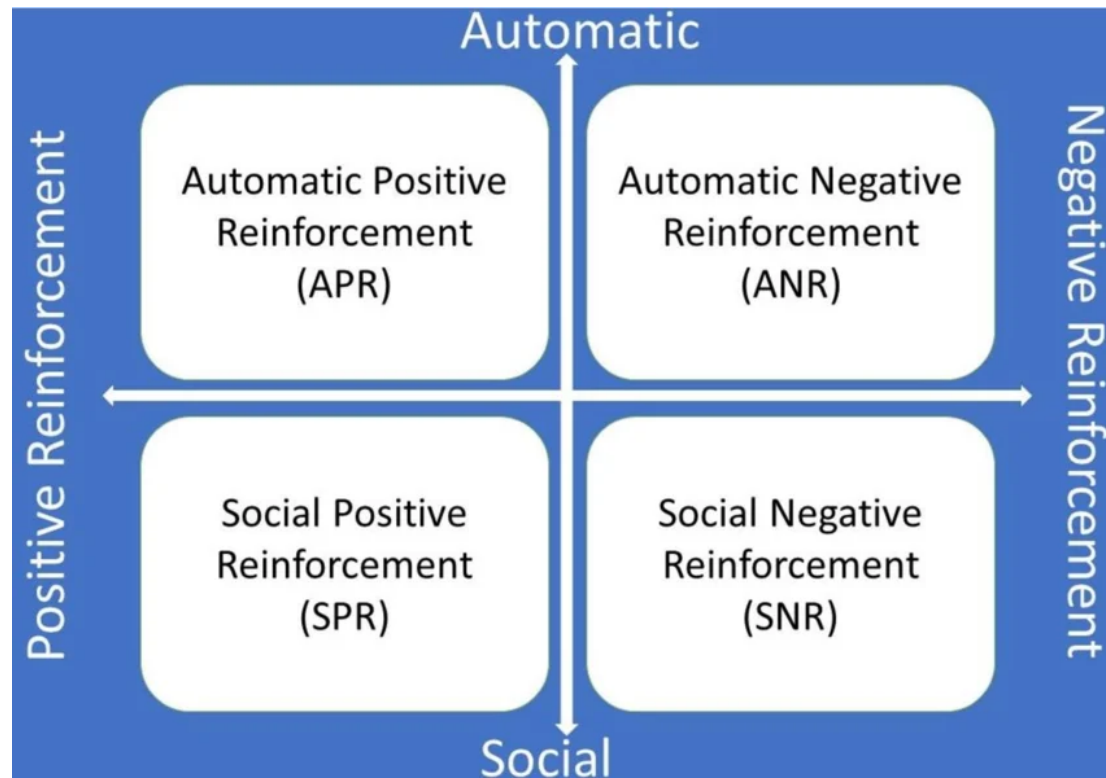
Ricerca di:

- stimolazione
- eccitazione

Perché le persone si feriscono? (Nock & Prinstein, 2004)

Due dimensioni principali che si muovono secondo poli opposti

- Intrapersonale vs Interpersonale
- Rinforzo positivo vs negativo



Perché le persone si feriscono? (Nock & Prinstein, 2004)



1. Automatic Negative Reinforcement

Ridurre stati interni negativi (funzione principale)

2. Automatic Positive Reinforcement

Generare sensazioni → “sentire qualcosa”

3. Social Negative Reinforcement

Evitare richieste/interazioni → fuga da situazioni sociali

4. Social Positive Reinforcement

Ottenere attenzione e supporto → funzione comunicativa

