

L'articolo seguente fa riferimento a quanto pubblicato in Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza vol 75 num 1 gennaio Marzo 2008 pag 113-135

Tentato suicidio in età evolutiva: intervento clinico, strumenti di valutazione e analisi dei fattori di rischio

D.G. Poggioli, A. Mancaruso, S. Costa, S. Chiodo, G. Rigon
UONPI -U.O. PPEE. - DH Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva – AZ USL Bologna

Presentiamo il nostro modello di valutazione ed intervento per gli adolescenti che hanno compiuto un gesto suicidario.

Rispetto ai fattori di rischio abbiamo confrontando un gruppo di adolescenti suicidari (gruppo TS) con un gruppo di controllo. Abbiamo evidenziato, nel gruppo TS, una maggior frequenza di fattori di rischio.

Presentiamo alcuni strumenti di valutazione che riteniamo utili per l'intervento: l'Adult Attachment Interview (AAI), la scala del Funzionamento Riflessivo (sFR) e la Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST). Della AAI e sFR mostriamo i primi risultati ottenuti della loro applicazione agli adolescenti ed alle loro famiglie. Si osservano numerosi traumi irrisolti, pattern di attaccamento non-sicuro e bassa funzione riflessiva.

L'applicazione della MAST al gruppo suicidario e a due gruppi di controllo, psichiatrico e normale, mostra modificazioni degli atteggiamenti verso la vita e la morte statisticamente significative nel gruppo suicidario.

Concludiamo con la descrizione dell'intervento terapeutico.

***Parole chiave:** tentato suicidio, fattori di rischio, Adult Attachment Interview, funzione riflessiva, adolescenza.*

-Strutture in relazione alla richiesta per pubblicazione:

riassunto max 150 parole parole chiave max 5 introduzione obiettivo del lavoro soggetti e metodi discussione dei dati conclusione.

Introduzione

Il tentato suicidio, con la sua elevata prevalenza, è riconosciuto come una grave emergenza sanitaria. Un gesto suicidario esprime uno stato di profonda sofferenza e considerando la relazione che esiste tra tentato suicidio e suicidio, aumenta il rischio di morte prematura. Infatti, 6 suicidi su 10 sono preceduti da un tentativo e il 40% dei ragazzi che tentano il suicidio ripete il gesto dopo un tentativo di suicidio, stime attendibili indicano un aumento del rischio di morte prematura di 15 volte per il sesso maschile e di 9 volte per il sesso femminile. Il suicidio rappresenta la prima causa di morte tra i ragazzi dai 15 ai 25 anni in molti paesi come Francia, Inghilterra e Stati Uniti; in Italia è la seconda causa di morte, dopo gli incidenti stradali. Inoltre è un fenomeno in crescita: negli USA i morti per suicidio tra i 15 e i 19 anni sono raddoppiati tra il 1960 ed il 2001 ed anche in Italia si rileva un costante incremento in adolescenza (Guaiana, 2002), mentre per la popolazione adulta il dato è stabile dal 1986 (Levi, 2003). Peraltro, come segnala Hawton (2003), anche la prevalenza del tentato suicidio tra i 15 e i 24 anni è un fenomeno in crescita.

Stabilire la prevalenza del tentato suicidio risulta, comunque, problematico. In un precedente lavoro, al quale rimandiamo per approfondimenti, abbiamo evidenziato come i dati raccolti presso i centri sanitari siano sottostimati, (sia per vergogna sia perché solo il 30% degli adolescenti ricorre a cure sanitarie dopo un tentativo di suicidio); i dati raccolti con self report anonimi, che pure hanno il rischio di sovrastimare il fenomeno, sono ritenuti in letteratura degni di attenzione e risultano allarmanti. Nella città di Bologna abbiamo valutato la prevalenza avvalendoci della somministrazione di un complesso self report a 517 adolescenti di scuola media superiore, che è infine risultata essere di circa il 6% (3). Da questi dati deriverebbe, in via ipotetica, considerando la popolazione di età tra i 15 ed i 18 anni nel

comune di Bologna, una prevalenza di tentati suicidi di circa 397 casi annui (263 femmine per le quali si stima una prevalenza del 6%; 134 maschi per i quali si stima una prevalenza del 3%). Risulta particolarmente importante considerare queste stime per approntare progetti di prevenzione che tengano conto della effettiva incidenza del fenomeno che comprende un insieme di manifestazioni, che partono dall'ideazione fino al suicidio realizzato passando attraverso minacce suicidarie e tentativi di suicidio. Da sottolineare, inoltre, che l'intervento terapeutico su chi ha commesso un primo tentativo di suicidio, prevenzione secondaria, è la strategia di prevenzione del suicidio di maggior successo.

Comprensione del fenomeno

Sappiamo come ogni tentativo di suicidio in età evolutiva sia la manifestazione di una condizione estrema e complessa determinata dall'intreccio di eventi precipitanti, fattori di rischio, psicopatologia, risorse psicologiche personali e familiari.

Poiché il primo obiettivo nei casi di tentato suicidio è quello di abbassare il rischio suicidario, ovvero la ripetizione del gesto, è prioritario individuare ed affrontare, nell'intreccio, gli aspetti di maggiore problematicità.

Molti studi dedicati ai comportamenti suicidari considerano i fattori di rischio e la psicopatologia in primo piano nella patogenesi (Rigon, Poggioli, 1997). I fattori di rischio indagati si possono riassumere in: eventi traumatici (abuso sessuale, maltrattamento, lutto, altri traumi) e condizioni ambientali sfavorevoli (presenza di psicopatologia in un genitore, conflittualità intrafamigliare) (tab. 1); i disturbi psicopatologici più frequentemente evidenziati sono: Disturbo Depressivo, Disturbi del Comportamento Alimentare, Abuso di Sostanze, Disturbi Dissociativi e varie forme di Disturbi Psicotici (tab 2).

L'analisi dei fattori di rischio, eventi precipitanti, psicopatologia, utile nella pratica clinica

non esaurisce la comprensione del fenomeno “tentato suicidio” che richiede anche una analisi approfondita delle risorse psicologiche del soggetto. E’ noto come di fronte ad un medesimo fenomeno ci siano risposte soggettive diverse da parte dell’adolescente a seconda del funzionamento psicologico e quindi della struttura di personalità, del periodo evolutivo e del funzionamento familiare. Un concetto importante a questo riguardo è quello di *resilienza* che indica la presenza di risorse personali che, nonostante circostanze difficili permettono all’individuo il loro superamento senza gravi conseguenze psicologiche.

In questa chiave potremmo pensare che un tentativo di suicidio rappresenti il segnale di una limitata capacità di *resilient*.

Fonagy descrive questa capacità in termini di “Funzione Riflessiva” e propone, attraverso una scala, la sua quantificazione. Per l’autore un tentativo di suicidio lo si può definire come una alterazione di funzione riflessiva, ossia di quell’insieme di “processi psicologici sottostanti la capacità di mentalizzare”. (Fonagy et al., 1997)

La funzione riflessiva è, dunque, da intendersi come la capacità di vedere e capire se stessi e gli altri in termini di stati mentali, cioè sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri. Riguarda quindi la capacità di pensare, di compiere riflessioni sul proprio e altrui comportamento. Comprende una componente autoriflessiva ed una componente interpersonale, le quali idealmente forniscono all’individuo la capacità di distinguere sia la realtà interna da quella esterna, sia i processi intrapsichici da quelli interpsichici.

Per quanto riguarda invece la genesi della funzione, Fonagy suggerisce che “la mentalizzazione avviene attraverso l’esperienza che il bambino fa di quanto i propri stati mentali siano stati “capiti e pensati” grazie a interazioni cariche di affetto con il genitore”.

La sottolineatura della natura “interpersonale” della Funzione Riflessiva rinvia fortemente al

pensiero di Bowlby come pure alle numerose riflessioni di Winnicott circa l'importanza che ha, per lo sviluppo psicologico, la percezione di sé nella mente dell'altro.

Rappresenta anche un punto di contatto con le recenti proposte della psicologia cognitiva e con le scoperte neurofisiologiche dei neuroni a specchio.

Fonagy sottolinea anche l'evidente vicinanza con quanto proposto da Freud con la teorizzazione del concetto di "Bindung" o legame, a proposito del quale egli, distinguendo tra processi primari e secondari, sottolineava che "Bindung" era al contempo un cambio di qualità da uno stato fisico (immediato) di legame a uno stato psichico. Anche l'acquisizione della "posizione depressiva", secondo il modello kleiniano, come pure, secondo quello bioniano, lo sviluppo della "funzione alfa" (come il necessario passaggio per rendere pensabili eventi interni altrimenti sperimentati come concreti, gli "elementi beta") possono essere considerate analoghe all'acquisizione della funzione riflessiva.

Se verso gli autori citati Fonagy ha un debito teorico per la formulazione del concetto, l'elaborazione della scala per la misurazione della funzione riflessiva segue i recenti studi per l'elaborazione e valutazione dell'attaccamento adulto attraverso la specifica intervista (AAI). Della relazione tra difficoltà di mentalizzazione e suicidio possiamo trovare risonanze significative anche in autori che da tempo si occupano di suicidio in età evolutiva.

Infatti, differenti ricercatori sottolineano come una condizione di vita, soggettivamente, percepita come estrema porta al "fallimento" del pensare rendendo possibile il suicidio. Per Orbach I.(anno) questo si determinerebbe attraverso una modificazione degli atteggiamenti verso la vita e la morte. Nucleo intorno al quale si articola la sua ipotesi patogenetica è il

“problema irrisolvibile”. La scelta per il suicidio sarebbe nel minore la conseguenza di una dimensione esistenziale caratterizzata dalla assenza di soluzioni, da uno stato di impotenza che lo obbliga a ritenere infinite le sue sofferenze. Orbach I. propone di valutare come si modifica il pensiero sotto la spinta di prolungate sofferenze attraverso la scala MAST.

Philippe Jeammet vede il tentativo di suicidio come un esempio di "attacco al corpo", al pari di altre patologie come "l'anoressia, la bulimia, le automutilazioni", verrebbe dunque a configurarsi come "un mezzo di controllo sulla realtà esterna per controinvestire una realtà interna che il soggetto non può controllare, con il ricorso a modalità esclusivamente psichiche".

Per Ladame il tentativo di suicidio consegue ad uno stato di sofferenza che determina una condizione soggettiva di sopraffazione dell'io con minaccia all'identità mentre l'atto si realizza grazie a modalità di pensiero psicotico. Pommereau intende il tentativo di suicidio in adolescenza come una risposta paradossale, “morire per esistere in un altro modo”, e deriva dalla difficoltà di negoziare i rapporti con la famiglia secondo tre assi: della differenziazione, della delimitazione e della conflittualizzazione.

Gustavo Pietropoli Charmet, sottolineando come nel suicidio ci sia sempre un dolore insopportabile e inespriabile, di tipo narcisistico, propone come il deficit di resilienza per gli adolescenti suicidari possa essere conseguente a modelli intrafamiliari caratterizzati da un superinvestimento narcisistico ed un sistema educativo fondato sulla vergogna.

Alla famiglia di adolescenti suicidari sono stati dedicati numerosi studi e la valutazione del suo funzionamento risulta un elemento rilevante anche in termini prognostici.

Le ricerche attuali propongono di valutare due aspetti fortemente collegati: il primo riguarda le risorse famigliari attuali ed il sostegno che il nucleo è in grado di offrire rispetto ad eventi di

vita sfavorevoli che interessano l'adolescente; il secondo riguarda la relazione tra funzionamento familiare ed acquisizione di adeguate capacità adattive.

Questa seconda dimensione, che apre a riflessioni teoriche più generali, sullo sviluppo della psicopatologia, è al centro della ricerca di autori già citati ma anche del lavoro di ricerca pionieristico di **Mary Ainsworth, Patricia Crittenden, Mary Main** e degli autori ginevrini **J. Manzano, F. Palacio Espasa e N. Zilkha** orientato sulla attività clinica.

Pur con retroterra teorico differente gli autori citati sottolineano come le capacità adattive del minore siano anche la conseguenza del modello familiare a cui sono esposti. Il nucleo stesso può essere portatore di elementi traumatici di natura transgenerazionale che lo condizionano contribuendo a determinarne la qualità dell'adattamento.

In particolare **P. Crittenden** ha sviluppato un modello di valutazione di questi aspetti attraverso una codifica della AAI che origina dalla lunga esperienza dell'autrice con famiglie problematiche e in condizione di psicopatologia. L'autrice, con il suo modello Dinamico Maturativo e l'originale metodo valutativo della AAI, si distingue perché permette di precisare lo stile di attaccamento anche nelle interviste più problematiche.

L'applicazione dell'AAI a tutto il nucleo familiare nei casi di adolescenti con condotte suicidarie consentirebbe, quindi, di cogliere lo stile di attaccamento o relazionale di base insieme alla presenza di elementi traumatici/lutti irrisolti, permettendo una precisa valutazione sia delle risorse attuali che degli elementi che condizionano il nucleo familiare e lo sviluppo del minore. Gli autori ginevrini valutano il funzionamento familiare attraverso l'analisi dei meccanismi di difesa: proiezioni (identificazione proiettiva) dei genitori sui figli, identificazioni complementari, le ragioni che le determinano e la loro espressione psicopatologica.

Obiettivo del lavoro

Presentiamo la nostra modalità di valutazione ed intervento nel caso di adolescenti che hanno compiuto gesti suicidari. La valutazione, fondamentale per approntare un intervento terapeutico efficace, è centrata sulla rilevazione dei fattori di rischio, psicopatologia e risorse psicologiche del soggetto e della sua famiglia. Le risorse psicologiche vengono valutate nei colloqui e con l'applicazione dell'intervista sull'attaccamento e della scala della funzione riflessiva. La stessa valutazione viene estesa a tutto il nucleo familiare per raccogliere elementi sulla possibilità attuale di sostegno intrafamiliare all'adolescente e per cogliere lo stile relazionale (pattern di attaccamento) e la presenza di lutti/traumi irrisolti che possono condizionare il nucleo stesso.

Andremo inoltre a verificare come il gruppo di adolescenti che ha compiuto un gesto suicidario si differenzia da un gruppo di controllo per frequenza/caratteristiche di eventi di vita sfavorevoli, fattori di rischio e psicopatologia.

Poiché, come suggerito da Orbach I., condizioni di vita sfavorevoli possono determinare modificazioni negli atteggiamenti verso la vita e la morte tali da facilitare propositi suicidari verifichiamo questi aspetti con la MAST, della quale riportiamo anche i risultati della sua applicazione ad un gruppo suicidario e a due gruppi di controllo, psichiatrico e normale.

Infine, presentiamo il nostro modello di intervento terapeutico che risulta complesso, multifocale, svolto da un gruppo di lavoro pluriprofessionale.

Il nostro primo obiettivo clinico è la riduzione del rischio suicidario che viene ricercato attraverso l'identificazione e modificazione degli elementi che risultano particolarmente sfavorevoli (fattori di rischio) e attraverso il mutamento degli atteggiamenti verso la vita e la

morte. In sostanza si potrebbe dire anche attraverso un lavoro diretto sulla realtà esterna e un lavoro sul funzionamento interno che mira ad aumentare le capacità del soggetto a fronteggiare situazioni problematiche.

Soggetti e metodo

L'analisi statistica per evidenziare i fattori di rischio è stata svolta con il test esatto di Fischer.

Soggetti:

Per la valutazione **Fattori di Rischio** sono stati confrontati 3 gruppi. Due gruppi sono caratterizzati dall'aver compiuto un gesto suicidario, un gruppo è clinico e composto da 51 adolescenti seguiti dal nostro centro ed uno è composto da 26 soggetti individuati con self report anonimo. Il terzo gruppo è di controllo ed è composto da 37 adolescenti individuati, random, con self report anonimo, non hanno compiuto gesti suicidari e non evidenziavano patologie.

Per la valutazione dello **stile di attaccamento (AAI) e funzione riflessiva (sFR)** sono state valutate 15 interviste. Di queste 5 sono di adolescenti suicidari e le restanti dei loro famigliari.

Per la **MAST** sono stati indagati 61 adolescenti che hanno dichiarato di aver fatto un tentativo di suicidio, 35 conosciuti clinicamente e 26 individuati attraverso self report anonimo. I gruppi di controllo erano composti da: di 37 adolescenti individuati, random, con self report anonimo che non hanno compiuto gesti suicidari e non evidenziavano patologie e 14 pazienti psichiatrici seguiti nel nostro centro che non hanno condotte suicidarie.

Strumenti

Strumenti clinici che utilizziamo per la valutazione sono: colloqui clinici con l'adolescente e la famiglia; Test proiettivi: TAT, Rorschach, FAT.; Test cognitivi: Matrici di Raven,

WISC-R, Leiter. Questionari: Il Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima (TMA); La Scala di Valutazione degli Stati Depressivi (SVSD); La scala Eating Disorder Inventory-2 (**EDI-2**); MAST (Multi-Attitude Suicide Tendency scale), scala di valutazione del rischio suicidario;

Inoltre viene proposta la somministrazione della Adult Attachment Interview (AAI) (Crittenden) con applicazione della scala della valutazione della Funzione Riflessiva (Fonagy).

Forniremo alcune informazioni sulla scala MAST e sull'uso della AAI e scala FR.

La scala MAST è l'unica scala dedicata ai comportamenti suicidari in età evolutiva disponibile in lingua italiana.

Orbach I. ha proposto una valutazione della tendenza suicidaria basata su un modello fenomenologico del comportamento suicidario. Attraverso osservazioni cliniche e studi standardizzati l'autore ha ipotizzato che il comportamento suicidario ruoti intorno al conflitto tra attitudine verso la vita (attrazione AL versus repulsione alla vita RL) e verso la morte (attrazione verso la morte AD versus repulsione RD). Durante tutta la vita queste attitudini sono continuamente soggette a mutamento. All'interno di questa condizione mutevole possono verificarsi eventi o esperienze in grado di modificare l'equilibrio causando spinte suicidarie.

La MAST consiste di trenta Items con 9 items descrittivi della repulsione alla morte (RD), 7 items per la attrazione alla vita (AL), repulsione alla vita (RL), attrazione alla morte (AD).

Le quattro attitudini possono essere sinteticamente descritte come:

AL: è influenzata dal senso personale di sicurezza nelle relazioni interpersonali (famigliari e

amicali), dalle relazioni di amore, dall'autostima, ed in generale previene l'autodistruzione.

RL: la repulsione verso la vita riflette esperienze di sofferenza: impossibilità di prevedere una risoluzione allo stato di pena, perdita di persone amate, abusi di diversa natura subiti, desiderio di autodistruzione, identificazione con genitori depressi.

AD: l'attrazione alla morte deriva dalla percezione distorta che viene considerata come reversibile ed una possibile via di miglioramento. In adolescenza viene spesso idealizzata come uno stato di unione mistica con l'universo. Per chi ha perso una persona cara può essere il modo per ricongiungersi a lei.

RD: la repulsione alla morte può essere elevata anche tra le persone con forte tendenza all'autodistruzione. Deriva dalla consapevolezza di come la morte sia inevitabilmente la fine della vita. La RD rappresenta un forte freno all'autodistruzione anche per la paura di severe punizioni dopo la morte.

Adult attachment interview

La valutazione della AAI secondo il modello Crittenden permette di cogliere la prevalenza della processazione delle informazioni affettive e cognitive, rispettivamente da parte di soggetti preoccupati (C) ed evitanti (A), attribuendo ai sicuri (B) la capacità di utilizzare sia le une che le altre in modo equilibrato. Crittenden afferma anche che i pattern possono cambiare nel corso della vita, non solo in seguito ad eventi fondamentali o terapie ma semplicemente per il manifestarsi di nuove capacità di lettura della realtà in relazione al passaggio a modalità di pensiero più sviluppato.

Il Modello Dinamico Maturativo (DMM) proposto da Crittenden è un'estensione della teoria dell'attaccamento di Bowlby-Ainsworth. Uno degli aspetti più significativi del DMM consiste nella riformulazione della funzione dei pattern di attaccamento come strategie di protezione del sé, così, l'informazione che deriva dall'esposizione al pericolo è utilizzata per generare strategie di protezione del sé.

Bowlby ha concettualizzato l'attaccamento come una strategia per i bambini per proteggersi dalla perdita o dalla separazione dalle figure di attaccamento. Crittenden ha ampliato il significato di queste strategie allargandolo ad ogni tipo di pericolo. Ainsworth ha descritto tre strategie di base attraverso le quali i piccoli proteggono loro stessi. Il tipo A che tende ad inibire la dimostrazione di affetti negativi e ad andare incontro a quello che l'adulto protettivo desidera. Il tipo B mostra fedelmente cosa prova affettivamente e segnala, precisamente e puntualmente, cosa desidera mentre il tipo C mostra in modo esagerato e misto gli affetti negativi, così facendo, fornisce segnali confusi circa i suoi bisogni.

Crittenden (1997) ha espanso le strategie infantile di Ainsworth a tutta la vita comprendendo le strategie sessuali (vedi Figure 1).

Molto sinteticamente i pattern di attaccamento che si evidenziano con la AAI possono essere descritti come:

A - distanzianti: le loro AAI sono caratterizzate da discorso distanziante che non prende in considerazione il punto di vista del soggetto dell'intervista quanto piuttosto quello dei genitori, si distanziano dagli stati affettivi negativi che vengono svalutati o sostituiti con stati affettivi falsi. I sentimenti di paura, collera e desiderio di conforto vissuti dal soggetto vengono sminuiti ed accantonati. Vi sono lacune di memoria episodica e vengono fatte generalizzazioni sostitutive di tipo semantico (è sempre stato attento a me...). Da sottolineare che quello che non viene ricordato è attivamente celato alla coscienza come dimostra l'aumento della tensione emotiva misurata attraverso una serie di indicatori fisiologici.

C - preoccupati (assorti con inquietudine in molteplici pensieri): la AAI caratterizzato dalla incapacità di utilizzare i ricordi episodici della propria storia per creare degli schemi riassuntivi. Anche in questo caso si osserva una dissociazione tra memoria semantica ed episodica a favore dell'episodica. Le AAI di tipo C sono caratterizzate dal racconto di episodi che si affollano e vengono presentati come quasi si svolgessero al momento (ad es. il tempo dei verbi passa dal passato al presente). Gli episodi non sono inquadrati in una narrazione

coerente ed anche le esperienze vengono spesso raccontate con alterazioni spazio temporali. Gli stati emotivi in questo tipo di AAI sono in primo piano e presentati in modo vivido e coinvolgente.

B – equilibrati: le AAI equilibrate presentano la caratteristica di raccontare gli eventi (memoria episodica) organizzandoli (memoria semantica) in un significato coerente per la persona. Si evidenziano riflessioni originali e condivisibili nello svolgimento della AAI.

Per arrivare a definire uno stile di attaccamento si tiene conto di una serie di informazioni che si ricavano dalla lettura dell'intervista.

Un pilastro su cui si basa la codifica Crittenden riguarda l'analisi dei seguenti sistemi di memoria : memoria procedurale; memoria per immagini; memoria semantica; memoria episodica; linguaggio connotativo e funzionamento riflessivo. Quest'ultima è una caratteristica fondamentale dei soggetti equilibrati ed in grado di compiere integrazioni tra i diversi sistemi di memoria, ovvero, di prendere in considerazione tutte le trasformazioni delle informazioni nel loro insieme. Poi vi sono dei markers linguistici specifici per A B C. Si valuta inoltre la coerenza dell'intervista trascritta per qualità, quantità, rilevanza e modalità espressiva delle risposte.

Un altro aspetto significativo riguarda i “modificatori” che rivestono notevole importanza nella valutazione finale. Infatti, lutti e traumi/ irrisolti, aspetti depressivi, disorientamenti, intrusioni di affetti negativi, disorganizzazione e riorganizzazione sono dimensioni che aiutano a chiarire la condizione del soggetto rispetto all'attaccamento insieme al pattern principale.

Dalla valutazione delle diverse informazioni si arriva a definire un possibile pattern di

attaccamento, che nel modello dinamico maturativo di Crittenden si colloca nella figura 1.

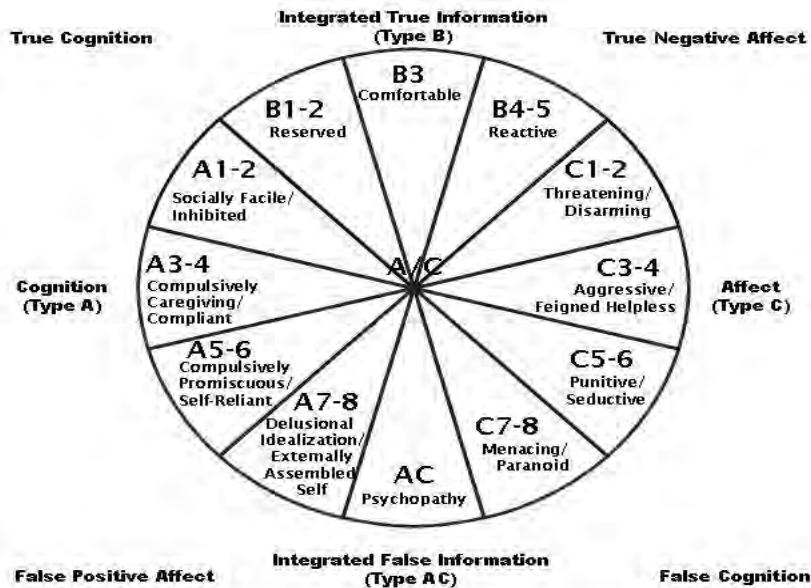
Come evidente è una struttura circolare che sottolinea l'aspetto dinamico del modello.

L'area B è rappresentata dai soggetti equilibrati e che quindi integrano affettività e cognitività.

Allontanandoci da B in entrambe le direzioni, con le distinzioni già segnalate per A e C, ci avviciniamo alla psicopatologia.

Agli estremi del modello i soggetti sono impegnati dai loro bisogni, irrisolti e difficilmente sono in grado di accogliere le esigenze della loro prole. La modalità di accudimento genitoriale risulterà per lo più condizionata dai bisogni del genitore ed il minore dovrà in qualche modo corrispondere ad esse.

A Dynamic-Maturational Model of Patterns of Attachment in Adulthood



Copyright: Patricia M. Crittenden, 2001

Scala per la valutazione della funzione riflessiva (FR)

Questa scala la possiamo considerare come un approfondimento del “funzionamento riflessivo” come descritto da Crittenden. La valutazione che propone Fonagy è quantitativa ed applicabile anche all’interno delle organizzazioni di attaccamento non-B. La scala valuta come un individuo rappresenta gli stati mentali propri ed altrui. I codificatori ne devono rilevare la presenza e dare un punteggio da -1 (anti FR) a 9 (FR eccezionale).

I brani che ricadono sotto la categoria di funzione riflessiva chiara o comune, alla quale si attribuisce

il punteggio di 5, sono caratterizzati da riferimenti evidenti ed espliciti alla natura degli stati mentali e a come essi si rapportano al comportamento. Le interviste classificate come caratterizzate da capacità riflessiva notevole, il cui punteggio è 7, sono in genere più complete e contengono affermazioni non solo chiare ed esplicite di comprensione degli stati mentali, ma possiedono anche originalità ed elaborazioni personali, come pure consapevolezza di nessi causali. Esiste un'ovvia relazione tra la valutazione dell'attaccamento e quella del funzionamento riflessivo (FR), la scala FR misura un aspetto compreso nella valutazione dell'AAI e ne rappresenta una sottoscala. Il vantaggio della sua applicazione è principalmente legato al fatto di poter tradurre in termini numerici la funzione riflessiva che diventa quindi un elemento confrontabile tra i soggetti e prima e dopo un intervento terapeutico.

Discussione e risultati

TAB 1 Comparazione tra: gruppo ts clinico - gruppo ts self-report - gruppo di controllo.			
Caratteristiche dei gruppi	Gruppo TS Clinico 51 soggetti	Gruppo TS self report 26 soggetti	Gruppo di controllo 37 soggetti
Età media	15,6	16.5	16.5
Femmine TS	30 (58,8%)	18 (72%)	72%
Maschi TS	21 (41,2%)	8 (28%)	8%
Patologia psichiatrica genitore	29 (56,8%)	0	0
Problemi alcol in famiglia	8 (15,6%)	7 (27%)	0 (0%)
Morte di un genitore.	7 (14%)	0 (0%)	0 (0%)
Cannabis uso frequente	18 (37%)	7 (27%)	2 (5,40%)
Alcol aumento recente del consumo	18 (37%)	7 (27%)	0 (0%)
Ecstasy	10 (21,5%)	6 (23%)	0 (0%)
Cocaina	7 (14.1%)	4 (15,3%)	0 (0%)
Eroina	3 (5.8%)	1 (1.9%)	0 (0%)
Anfetamina	9 (17,6%)	2 (3.9%)	0 (0%)
Abuso sessuale intrafamigliare	4 (7,8%)	3 (13%)	0 (0%)
Abuso psicol/maltr. intrafamigliare	14 (27,4%)	Non valutato	Non valutato
abuso sessuale extrafamigliare	6 (11,11%)	7 (26,92%)	1 (2,70%)
Frequenziazione coetanei insoddisfacente	34 (66,6%)	8 (31%)	1 (3%)
Peggioramento scolastico	41 (80,3%)	8 (30%)	2 (5%)

Analisi fattori di rischio

I fattori di rischio accompagnano in diversa combinazione ogni tentativo di suicidio.

Nella tabella 1 sono raccolti i fattori di rischio risultati significativi, questi sono il risultato di una valutazione più estesa che ha compreso altri fattori di rischio, segnalati in letteratura ma non risultati significativi nella nostra valutazione. Tra questi ricordiamo, l'adozione, l'essere stati esposti al suicidio di parenti, amici, cambi di residenza, recente immigrazione, separazione dei genitori.

Alcuni dei fattori che non sono risultati significativi crediamo risentano di aspetti statistici e della difficoltà di definire i fattori stessi. Emblematico il fattore "separazione dei genitori" considerata in alcuni articoli come fattore di rischio e smentita, invece, in altri.

Le difficoltà nella valutazione di questo aspetto sono di due tipi: la prima è di tipo statistico, essendo la separazione un evento molto frequente richiede campioni molto ampi per la valutazione, cosa non facile; la seconda, di maggior significato è rappresentata dalla difficoltà di valutare con i self report le modalità con le quali la separazione si è realizzata ovvero come sono stati gestiti i conflitti, in che misura sono stati coinvolti i minori, dimensioni entrambe che vanno aldilà dell'evento stesso e che possono condizionare la ricaduta dell'evento "separazione" sui minori.

Riflessioni analoghe possono essere fatte per l'abuso sessuale. Elemento che abbiamo evidenziato nella nostra valutazione come un significativo fattore di rischio.

In letteratura sono riportati lavori che, al contrario, non ne rilevano la significatività. Nei lavori però non si specificano le caratteristiche dell'abuso, la sua durata e da chi è stato compiuto. E' evidente che l'abuso genitoriale prolungato nel tempo ha ripercussioni gravissime e non è assimilabile ad un evento sporadico, pur grave, perpetrato da persone

extrafamigliari, anche perché, in questi casi, i genitori potrebbero avere avuto un ruolo protettivo.

Fattori di rischio intrafamigliari per i quali vi è totale convergenza tra il nostro lavoro e la letteratura sono la presenza di un genitore affetto da: disturbi psichiatrici, problemi di dipendenza da alcool o altre sostanze oppure esperienza di perdita di un genitore per lutto.

Alla base vi sarebbe mancanza di sostegno emotivo, stress e presenza di elevata conflittualità intrafamigliari.

E' utile ricordare, rispetto ai lutti, che la percentuale di soggetti che ha subito una perdita significativa nel periodo precedente il tentato suicidio è in realtà più alta se consideriamo anche la perdita di figure, soggettivamente importanti, non genitoriali.

Particolarmente importante viene considerata la percezione che l'adolescente suicidario ha della sua famiglia.

È noto che coloro che hanno compiuto un gesto suicidario riferiscono con maggior frequenza di non aver ricevuto dai famigliari abbastanza attenzioni, di aver avuto con i genitori forti conflitti e di essere scappati da casa. Nella nostra ricerca questo aspetto è stato indagato utilizzando una scala dell'autostima (TMA) dove 25 domande sono dedicate alla percezione della propria famiglia. Il campione che ha compiuto un gesto suicidario rispetto al gruppo di controllo presenta un punteggio significativamente più basso (nella specifica scala $p=0.000$ nel complesso del questionario $p=0.001$).

Uno dei fattori di rischio più studiati in letteratura è l'abuso di sostanze.

Sia per l'uso di sostanze che per altri fattori di rischio come l'isolamento sociale e le difficoltà scolastiche dobbiamo ricordare che non possono essere considerati semplicemente come

eventi di vita esterni, sono indicatori di disadattamento e la loro rilevazione è importante per l'intervento clinico.

In letteratura le sostanze che più frequentemente vengono messe in relazione a comportamenti suicidari sono la cannabis e l'alcool. Nella nostra indagine l'uso di cannabinoidi è risultato significativo valutandone l'uso frequente. Infatti l'uso sporadico è notevolmente diffuso e non si differenzia tra i gruppi, mentre, l'uso quotidiano interessa il 37% del gruppo clinico ed il 27% del gruppo self report a differenza del 5% del campione di controllo. Riflessioni analoghe interessano anche l'uso dell'alcool per il quale è stato, inoltre, evidenziato un aumento del suo consumo nel periodo precedente il tentativo di suicidio.

Per altre sostanze come Ecstasy, Anfetamina, Cocaina vi è invece una differenza tra i gruppi, a favore dei suicidari, indipendentemente dalla frequenza. Non si è evidenziata prevalenza significativa di uso per l'Eroina il cui uso riguarda solo tre adolescenti del gruppo suicidario.

La ripetizione del gesto suicidario rappresenta il principale fattore di rischio per il suicidio ed un elemento di primaria importanza prognostica.

Abbiamo provato a considerare nel nostro campione chi avesse fatto più di un tentativo di suicidio.

Nel gruppo clinico il 25% ha compiuto più di un gesto suicidario, mentre nel gruppo self report la percentuale è leggermente inferiore. Se analizziamo i soggetti ripetitori all'interno del gruppo clinico ci accorgiamo che si tratta degli adolescenti globalmente più compromessi sia per aspetti psicopatologici in particolare per la presenza di comorbidità, (disturbi depressivi in comorbidità DPB/DCA e dipendenza da sostanze) che per la bassissima qualità del loro adattamento sociale e dalla presenza di scarse risorse famigliari.

Diversi studi sono stati finalizzati ad individuare le caratteristiche dei "ripetitori". Nella

ricerca di **Hummel P** (2000) i maschi ripetitori presentavano gravi conflitti intrafamigliari, mentre le femmine mostravano disturbi emotivi o fisici cronici e più spesso abusavano di alcool.

Hawton K(1999) segnala che i repeaters si differenziavano per: maggiore punteggio ai test di valutazione della depressione, disperazione e rabbia, più basso punteggio alla valutazione dell'autostima e della capacità di risoluzione dei problemi in termini di problem solving. Nelle valutazioni svolte successivamente il fattore chiave che differenziava il gruppo dei ripetitori dai non ripetitori rimaneva la depressione.

TENTATO SUICIDIO E PSICOPATOLOGIA

Vi è in letteratura un generale consenso sul fatto che gli adolescenti vittime di suicidio soffrano di un disturbo psichiatrico, questa affermazione solleva rilevanti questioni anche sotto il profilo etico, toccando il tema della libera scelta, per le quali rimandiamo ad un lavoro precedentemente pubblicato (Rigon G., Poggioli D. G (1997). Inoltre, anche per quanto riguarda la psicopatologia è difficile stabilire una relazione diretta tra questa e i comportamenti suicidari. Il disturbo psichiatrico può essere considerato alla stregua di altri fattori di rischio. Per altro è utile segnalare che in letteratura sono stati riferiti anche casi di suicidi senza apparente patologia psichiatrica associata.

L'analisi della nostra casistica conferma quanto riferito in letteratura: in tutti i nostri casi è presente un disturbo psichiatrico diagnosticabile secondo DSMIV al quale frequentemente si associano importanti sintomi depressivi. Risultano inoltre molto frequenti anche le manifestazioni dissociative di variabile intensità. Sottolineiamo quest'ultimo aspetto perché spesso il racconto dell'atto suicidario sembra corrispondere ad uno stato di sogno simile ad

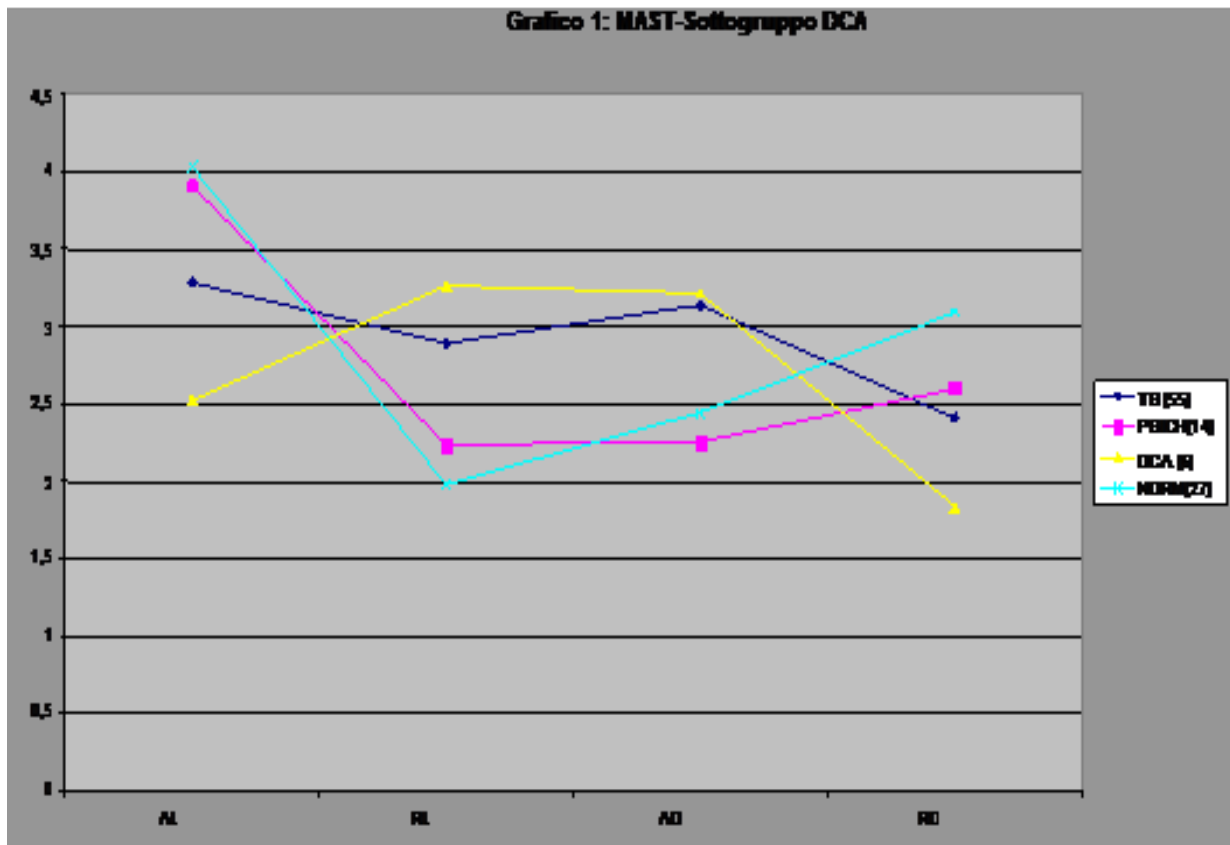
uno stato dissociativo e quindi può rappresentare una descrizione di come avviene la frattura ed il collasso del pensiero di fronte a gravi tensioni emotive.

DIAGNOSI	NUM CASI	DISTURBI ASSOC.
Depressione	24	
Depressione con sintomi dissociativi ed in presenza, in due casi, di tossicodipendenza	3	
Depressione psicotica	2	
Disturbo di personalità border	9	con sintomi depressivi manifestazioni dissociative in 5 soggetti.
Altri disturbi di personalità (antisociale/schizo/esplosiva)	6	con sintomi depressivi
Disturbo dissociativo	2	con sintomi depressivi
PTSD – persistente e a insorgenza tardiva da abuso	3	In associazione a depressione e manifestazioni dissociative
Disturbo della condotta	2	In associazione a depressione
DOC	2	In associazione depressione
Schizofrenia	3	
Disturbo di Identità di Genere	1	in associazione a depressione
DCA	10	in associazione a depressione e 6 Dist person.
tot	67	

A partire dalla psicopatologia, con la finalità di fornire parametri pratici in alcune situazioni che si possono ritenere particolarmente a rischio suicidario, abbiamo individuato e analizzato un gruppo di soggetti con disturbo del comportamento alimentare (DCA), composto da 10 soggetti e che rappresenta il 14% di un gruppo di 67 pazienti giunti al nostro Servizio in

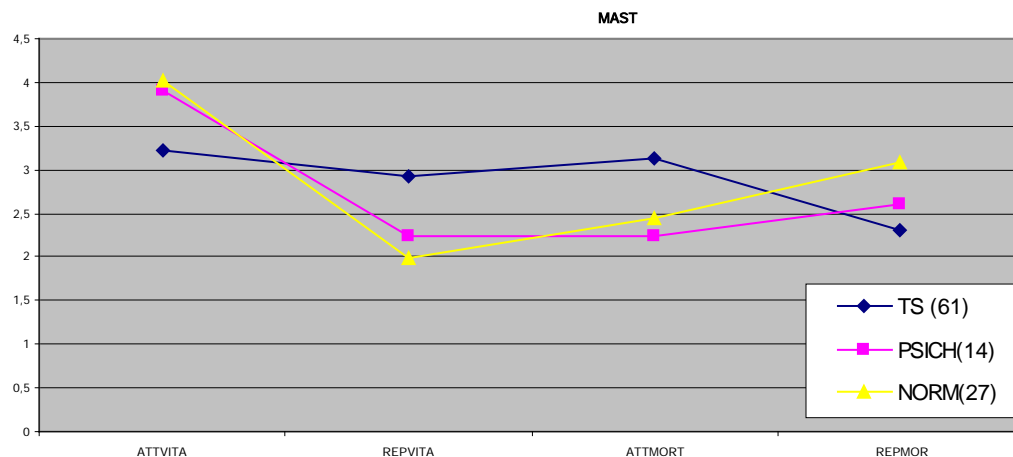
seguito ad un TS.

Il primo fattore indagato è stata la *ripetizione del gesto* che come abbiamo visto è il principale fattore di rischio. Il 70% del gruppo DCA presenta ripetizione del gesto suicidario contro il 18 % del gruppo TS ($p < 0.05$). Il secondo fattore indagato è stato la *compliance* (definita come numero di sedute saltate, instabilità nella tenuta al trattamento, disponibilità a seguire la terapia farmacologica, abbandono). La differenza tra i due gruppi è significativa ($p < 0.05$) (DCATS 80% v TS 23%). Il terzo elemento riguarda i *comportamenti autolesivi* (tagli, bruciature) anche in questo caso la differenza risulta statisticamente significativa ($p < 0,05$) (80% TS-DCA v 23,6% TSnonDCA). Da questo confronto si ha conferma dell'impressione clinica del gruppo TS-DCA che risulta peculiare per gravità, presentando recidive ed instabilità di compliance. Abbiamo confrontato i dati ricavati dalla scala Mast (grafico 1) tra un gruppo TS-DCA, un gruppo TSnonDCA ($n=55$), e due gruppi di controllo: Psichiatrici non TS ($n=14$) e Normali ($n=27$). Il gruppo TS-DCA si discosta in modo statisticamente significativo dai soggetti psichiatrici (non TS-non DCA) e dal controllo mostrando una più bassa attrazione ed una più alta repulsione alla vita ($p < 0.01$). Una più alta attrazione alla morte rispetto al gruppo psichiatrico ($p < 0.01$) e di controllo ($p < 0.05$); una più bassa repulsione alla morte rispetto al controllo ($p < 0.01$). I punteggi del gruppo TS-DCA è in linea con il gruppo TS mostrando dati ancora più intensi. Tra questi ultimi due gruppi AL risulta diverso in modo statisticamente significativo ($p < 0.05$).



Atteggiamenti verso la vita e la morte, stile di attaccamento e “funzione riflessiva”

Dalle diverse valutazioni fatte sulla versione italiana della MAST possiamo confermare l'utilità di questo strumento nel rilevare il rischio suicidario in età evolutiva. Infatti l'analisi dei risultati alla MAST somministrata mostra che la differenza tra le medie dei diversi gruppi (tab. 1 e grafico 1) è statisticamente significativa per tutti e quattro gli atteggiamenti con una unica eccezione. Infatti, RD risulta significativamente diversa solo tra il gruppo TS ed il normativo ma non con il gruppo psichiatrico. Questo dato è coerente con quanto riportato da altri autori che hanno segnalato, per la sottoscala RD, la bassa significatività statistica sia per la validità discriminante che per quella concorrente.



Risultati dalla valutazione fatta con AAI e scala FR

AAI: i primi risultati, ancora da approfondire, ricavabili da 15 AAI (5 di adolescenti e le restanti di famigliari), evidenziano come non prevalgano né lo stile preoccupato né quello evitante ma che in tutti i casi vi sia una collocazione delle interviste ai limiti estremi dello schema preposto da Crittenden e non vi sono soggetti con interviste equilibrate.

Le AAI dei genitori e degli adolescenti si caratterizzano inoltre per la presenza di numerosi modificatori tra i quali indicatori della mancata risoluzione di traumi/lutti, intrusione di affetti negativi, tutti modificatori che, in definitiva, evidenziano il fallimento della strategia di base.

Questo aspetto è particolarmente evidente nelle AAI degli adolescenti suicidari.

Per altro questi risultati sono coerenti con quanto si ricava dalla ricerca di Adam et al (1996) dove sono stati confrontati due gruppi di adolescenti (controllo e suicidario) esposti a traumi simili e dove il gruppo suicidario si distingueva dal controllo, principalmente, per la mancata risoluzione dei traumi. Non vi sono studi pubblicati su adolescenti con condotte suicidarie che abbiano previsto la somministrazione dell'AAI a tutto il nucleo familiare

Con tutti i limiti numerici del campione attualmente a nostra disposizione, segnaliamo che non è possibile stabilire una relazione statisticamente prevedibile tra stile di attaccamento genitoriale e quello dei figli.

D'altra parte non sembrano generalizzabili le ricerche di Fonagy che evidenziavano la prevedibilità dello stile di attaccamento valutato con la strange situation a partire dalle AAI somministrate ai genitori durante la gravidanza. Studi di metanalisi più recenti non sosterebbero la trasmissione dello stile di attaccamento (se non in condizioni equilibrate sicure) mentre numerose ricerche convergono nel segnalare l'importanza del contributo familiare all'acquisizione del funzionamento riflessivo in fase precoce (tra questi filoni di ricerca ricordiamo gli studi di Antonio Imbasciati con la Teoria del Protomentale).

Questo aspetto trova conferma, nel nostro campione, con l'applicazione della scala della FR. Infatti, si ottengono risultati che collocano le interviste indagate tra assenza di FR (punteggio 1) e FR dubbia o bassa (punteggio 3). Un ampliamento del campione consentirà di stabilire ed articolare, in termini qualitativi, l'eventuale relazione tra scala FR genitoriale e quella dell'adolescente suicidario.

Nelle AAI somministrate ai genitori ed ai soggetti suicidari è molto frequente la presenza di modificatori tra i quali traumi e lutti irrisolti, che continuano ad impegnare la mente ed a condizionare lo stile relazionale, in questo senso si evidenzia la dimensione transgenerazionale dei traumi. Le aspettative verso i figli risultano fortemente condizionate da esperienze genitoriale negative e con poca propensione al riconoscimento dei bisogni e capacità di sintonizzazione.

Intervento terapeutico

L'intervento terapeutico dopo un primo tentativo di suicidio è la strategia di prevenzione del suicidio universalmente riconosciuta come più efficace.

L'intervento deve tendere ad abbassare il rischio suicidario immediato e prevenire le ricadute. Secondo Steele MM (2007) per ridurre il rischio immediato è necessario, inizialmente, concentrarsi sui fattori di rischio responsabili del crollo suicidario e quindi l'intervento deve essere preceduto da un'accurata analisi dei fattori di rischio stessi e prolungarsi almeno fino alla loro persistenza.

Non abbiamo informazioni sull'efficacia a distanza dei trattamenti realizzati dopo un gesto suicidario, infatti, mentre più recentemente sono stati pubblicati diversi articoli di follow-up naturale su gruppi di adolescenti che avevano compiuto gesti suicidari, non altrettanto è stato fatto per quanto riguarda l'intervento terapeutico.

Le ricerche sull'efficacia del trattamento, in letteratura, riguardano terapie ad impostazione cognitivo comportamentale che risultano valide per il superamento della crisi ma hanno il grandissimo limite di non disporre di follow-up significativi.

In uno studio di evoluzione naturale si segnala che una caratteristica dei ripetitori, il gruppo dei soggetti più a rischio di suicidio, è di aver usufruito di un elevato numero di interventi terapeutici nella loro vita a confronto con adolescenti suicidari non ripetitori. Possiamo derivare che non tutti gli interventi sono efficaci e/o che non abbiamo strumenti efficaci per affrontare alcuni disturbi psichiatrici, in ogni caso sarebbero molto utili studi per individuare le cause dei trattamenti falliti. Si potrebbe ipotizzare che, generalmente, i trattamenti mirano al superamento della crisi senza arrivare ad un significativo cambiamento delle capacità adattive

del soggetto che pertanto, anche a distanza di tempo, ripropone gesti suicidari.

Uno dei maggiori rischi per l'intervento è l'abbandono precoce della terapia, per limitare questo problema si ritiene fondamentale il coinvolgimento, nell'intervento, di tutto il nucleo familiare.

Da quanto premesso deriviamo la nostra proposta di trattamento rivolto all'adolescente ed ai suoi familiari che prevediamo come tempestivo, di elevata intensità e frequenza. Stiamo inoltre programmando follow-up di lunga durata (2-5-10 anni).

Intervento tempestivo

Un intervento immediatamente successivo ad un gesto suicidario si inserisce all'interno di una situazione drammatica. Sia l'adolescente che la sua famiglia sono in situazione di crisi. Le usuali difese psicologiche sono crollate e prima che si riorganizzino, spesso, nella direzione della negazione, vi è spazio per proporre un intervento di cura e sostegno.

Intervento intensivo e di elevata frequenza

Si realizza con incontri quotidiani e prolungati, inoltre, fin dal primo incontro è necessario stabilire se può esserci la necessità di un ricovero oppure se si può prevedere la valutazione in regime di DH.

Equipe Poiché l'intervento successivo ad un tentativo di suicidio risulta complesso, urgente, carico di angoscia e preoccupazione, non può essere svolto da un unico operatore ma risulta necessario che sia realizzato da un'èquipe **pluriprofessionale** formata da: neuropsichiatri infantili, psicologhe/i, assistente sociale, educatori professionali, infermiera.

L'equipe collabora con il servizio territoriale di neuropsichiatria infantile e se utile con altri servizi come il servizio sociale e il servizio per le tossicodipendenze. Se necessario segue il ricovero che viene realizzato al di fuori della nostra sede.

Nella presa in carico dell'adolescente e della sua famiglia si possono distinguere due fasi strettamente connesse:

A) Fase della consultazione

B) Fase dell'intervento terapeutico

Consultazione è una fase intensiva, si articola in circa 10 ore, vengono proposti colloqui e test (che abbiamo già descritto) finalizzati alla comprensione delle risorse personali e familiari. Per motivi di esposizione la separiamo dalla fase dell'intervento, ma nella realtà clinica, la consultazione ha una potente connotazione terapeutica. L'obiettivo primo è creare un'alleanza che assicuri il mantenimento della terapia, contrastare la negazione che velocemente si riattiva non solo nel ragazzo, ma frequentemente anche nei genitori e quindi sostenerli nel cogliere i significati profondi del comportamento del figlio/a. Durante la consultazione cerchiamo di evidenziare: i fattori di rischio, il funzionamento individuale ed il funzionamento familiare, e quindi di definire l'intervento terapeutico.

Generalmente l'intervento terapeutico prevede:

- Adolescente. Uno o più incontri settimanali con una/o psicoterapeuta. Il primo obiettivo è quello di ridurre il rischio di ripetizione del gesto suicidario ed il superamento della crisi. I colloqui sono finalizzati alla comprensione del comportamento suicidario, inteso come tentativo di risoluzione da una situazione insostenibile. Incontri settimanali o plurisettemanali con l'educatore/trice professionale. Stiamo valutando la possibilità di associare all'intervento psicoterapico individuale un trattamento di gruppo con psicodramma e di prolungare il trattamento, oltre il superamento della crisi, con la finalità di incrementare la capacità di resilienza

ovvero di funzionamento riflessivo.

- Genitori Incontri inizialmente settimanali e successivamente quindicinali/mensili con una/o psicoterapeuta, assistente sociale. Gli incontri sono finalizzati sia ad una migliore comprensione (fattori di rischio e protettivi) e condivisione dell'evento con i genitori sia a monitorare l'evoluzione dell'adolescente.
- Scuola Sensibilizzare la scuola al disagio dell'adolescente può rappresentare una risorsa fondamentale. Non sempre in famiglia ed in ambulatorio si ricavano sufficienti informazioni, l'ambiente scolastico rappresenta un luogo ricco di opportunità ma anche di stress per l'adolescente in crisi e quindi un osservatorio privilegiato.

Un aspetto da non sottovalutare è l'utilizzo del trattamento **farmacologico**.

Non vi sono dubbi sulla necessità del trattamento farmacologico quando il tentato suicidio è associato a disturbi che richiedano l'uso di stabilizzanti dell'umore e/o neurolettici, al contrario, nel caso di un tentativo di suicidio, eventualità più frequente, associato ad un disturbo depressivo l'utilità di farmaci antidepressivi permane incerta.

Infatti, studi recenti concordano nel sottolineare come gli antidepressivi possano precipitare negli adolescenti comportamenti suicidari, nello stesso tempo, altri studi, hanno spesso evidenziato il mancato trattamento farmacologico nei giovani deceduti per suicidio. Diversi ricercatori hanno anche avanzato l'ipotesi che la tendenza attuale, negli Stati Uniti, di non prescrivere trattamento farmacologico specifico negli adolescenti depressi possa associarsi ad un aumento dei suicidi. (Goldney RD 2007)

Per altro Sakinofsky et al (2007) ritiene che la riduzione dei suicidi che si è verificata negli

ultimi 10 anni in molti paesi occidentali, anche in adolescenza, dipende da un miglior trattamento della depressione anche grazie ai SSRI. In Giappone negli anni dal 1999 al 2003 si è osservata parallelamente ad un aumento della prescrizione degli antidepressivi (80% SSRI) una riduzione del suicidio in particolare per il sesso maschile. (Nakagawa A et al. 2007)

Attualmente il trattamento farmacologico con antidepressivi nel caso di adolescenti suicidari non è considerato di prima scelta ma da impiegare se non si sono ottenuti risultati soddisfacenti con la psicoterapia, purché, i familiari garantiscano la regolarità del trattamento che non deve essere gestito dall'adolescente. (Goldney RD 2007)

Conclusioni.

Ogni tentativo di suicidio in età evolutiva è la manifestazione di una condizione estrema e complessa risultata dall'intreccio di fattori interni ed esterni. Dall'analisi del campione della ricerca, dall'esperienza clinica diretta e da quanto pubblicato in letteratura si trova conferma di questo nonché della sua frequenza maggiore di quanto comunemente si creda e dell'eziopatogenesi multifattoriale. Il tentato suicidio rappresenta un tentativo, paradossale, per mettere fine ad una sofferenza intollerabile, in presenza di risorse interne collassate per un loro intrinseco deficit e/o per l'intervento di eventi di vita negativi.

Molte ricerche sono dedicate alla rilevazione di fattori di rischio specifici per i tentativi di suicidio; anche nella nostra indagine abbiamo verificato la presenza di questi fattori, pur non rilevandone la specificità se non nella loro concentrazione. Non esistono infatti fattori di rischio che presi singolarmente abbiano valore di specificità, con l'unica eccezione, tautologica, dell'aver compiuto un gesto suicidario. La combinazione di diversi fattori di rischio, invece, rappresenta una grave condizione di rischio.

Diversi autori hanno proposto modelli di comprensione del fenomeno focalizzandosi sulle tensioni caratteristiche dello sviluppo psicologico in adolescenza. Pur concordando con la visione del periodo adolescenziale come situazione in cui si intensificano tensioni interne siamo cauti nel collegare questa tappa evolutiva con i comportamenti suicidari anche perché la prevalenza dei tentativi di suicidio, nell'arco dell'intera vita, non ha il suo picco in adolescenza, infatti, la frequenza del suicidio tende a crescere con l'età ed ha l'apice tra le persone anziane.

Il trattamento in caso di tentato suicidio può essere descritto come: tempestivo, intensivo, multifocale, svolto da una équipe pluriprofessionale con il coinvolgimento della famiglia, guidato dai fattori di rischio e non deve escludere, a priori, l'intervento psicofarmacologico. Solo così vi è una qualche possibilità di rimettere in moto processi di integrazione azzerati nel momento in cui un giovane utilizza il corpo e l'azione per esprimere la propria sofferenza psichica impensabile ed intollerabile.

Per altro ricordiamo che mancano in letteratura studi a lungo termine sull'efficacia di terapie che mirino non solo al superamento della fase di crisi ma prevengano gesti suicidari a distanza di tempo ovvero aumentino resilienza o funzionamento riflessivo.

1. Adam KS, Sheldon-Keller AE, West M. (1996) Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J Consult Clin Psychol.* Apr;64(2):264-72.
2. Ainsworth Mary (2006) *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità: scritti scelti* - a cura di Nino Dazzi e Anna Maria Speranza - Milano - R. Cortina -
3. Amadei G., Tronconi A., Giustino G. (1998), La misurazione della funzione riflessiva, in «Ricerca in Psicoterapia», I, 1, pp. 47-60.
4. Bateman Anthony, Fonagy Peter (2006) Il trattamento basato sulla mentalizzazione. *Psicoterapia con il paziente borderline* Cortina Raffaello
5. Bowlby, J. (1983): *Attaccamento e perdita*, Vol. 3: La perdita della madre, Boringhieri, Torino.
6. Bowlby, J., (1969) *Attaccamento e perdita*. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1972

7. Bowlby, J., (1988) *A secure base*, London: Routledge (trad. It. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina Ed., 1989)
8. Cassidy Jude, Shaver Philip R. (2002) *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche Fioriti* -
9. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. (2005) Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*. Feb;162(2):297-303.
10. Crittenden, P.M. (1997a). The effect of early relationship experiences on relationships in adulthood. In Steve Duck (Ed.) *Handbook of personal relationships* (pp. 99-119). Second Edition. Chichester, Eng. Wiley
11. Crittenden, P.M. (1997b). Patterns of attachment and sexuality: Risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. In L. Atkinson & K. J. Zuckerman (Eds.) *Attachment and psychopathology* (pp.47-93). New York: Guilford Press.
12. Crittenden, P. M. (1997c). Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturation Approach. In D. Cicchetti and S. Toth (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 10. Risk, Trauma, and Mental Processes* (pp. 34-84). Rochester: University of Rochester Press.
13. Crittenden, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Edizione Italiana a cura di Graziella Fava Vizziello e Andrea Landini. Milano Cortina.
14. Crittenden McKinsey Patricia & Poggioli Daniele Giovanni, (2007) *PTSD in Childhood and Adolescence: Implications for Treatment of Different Theoretical Approaches* in corso di pubblicazione
15. Fonagy, P & Target, M. (2005) *Psicopatologia evolutiva: Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina
16. Fonagy, P, Steele, M., Steele, H., Target, M. (1998) *Reflective Functioning Manual, Version 5.0: for application to Adult Attachment Interviews*. University College London, London, United Kingdom.
17. Fonagy, P., Target, M., (1997) Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, VIII, 1, 87-114
18. Fonagy, P., Target, M., (2001) *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Lingiardi, V., Ammaniti, M., (a cura di) Raffaello Cortina Ed., Milano
19. Goldney RD. (2007) Antidepressants and suicide in young people *Med J Aust*. Nov 19;187(10):586-7.
20. Groholt B, Ekeberg Ø, Haldorsen T. (2006) Adolescent suicide attempters: what predicts future suicidal acts? *Suicide Life Threat Behav*. Dec;36(6):638-50.
21. Guaiana G, D'Avanzo B, Barbui C. (1996) Update of suicide trends in Italy from 1986 to. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 267
22. Hawton K, Harriss L, Hall S, Simkin S, Bale E, Bond (2003) A. Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychol Med*. Aug;33(6):987-95.
23. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. (1999) Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc*. Jun;22(3):369-78.
24. Hummel P, Poggenburg I, Specht F, Thomke V. (2000) Repeated suicide attempts by children and adolescents--results of a retrospective study. *Klin Padiatr*.

- Sep-Oct;212(5):268-72.)
25. Jeammet P. (1987) Suicidal behavior in adolescents Rev Prat. Mar 1;37(13):725-30.
 26. Ladame F. (1999) A new impulse for a more comprehensive view of adolescent suicide in Europe. Crisis.;20(1):2, 48.
 27. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, Saraceno B. (2003) Trends in mortality from suicide, 1965-99. Acta Psychiatr Scand; 108: 341.
 28. Mancaruso A., Poggioli D.G., Chiodo S., Costa S., Rigon G. (2006) Tentato suicidio in età evolutiva e disturbi del comportamento alimentare: riflessione su un campione clinico. Comunicazione accettata per il CONGRESSO NAZIONALE SINPIA, Abano, 25-28 Ottobre
 29. Manzano Juan, Palacio Espasa Francisco, Zilkha Nathalie (2001) Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino Cortina Raffaello
 30. Nakagawa A, Grunebaum MF, Ellis SP, Oquendo MA, Kashima H, Gibbons RD, Mann JJ. (2007) Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003. J Clin Psychiatry. Jun;68(6):908-16.
 31. Orbach I, Carlson G, Feshbach S, Ellenberg L. (1984) Attitudes toward life and death in suicidal, normal, and chronically ill children: an extended replication. J Consult Clin Psychol. Dec;52(6):1020-7.
 32. Orbach I. (1986) The "insolvable problem" as a determinant in the dynamics of suicidal behavior in children. Am J Psychother. Oct;40(4):511-20.
 33. Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A (1991) A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents.. Psychological Assessment, 3, 398-404.
 34. Orbach I. (2007) Self-destructive processes and suicide. Isr J Psychiatry Relat Sci.;44(4):266-79
 35. Osman, A., Barrios, F. X., Grittmann, L. R., & Osman, J. R. (1993). The Multi-Attitude Suicide Tendency Scale: Psychometric characteristics in an American sample. Journal of Clinical Psychology, 49, 701-708.
 36. Osman, A., Gilpin, A.R., Panak, W. F., Kopper, B. A., Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., & Chiros, C. E. (2000). The Multi-Attitude Suicide Tendency Scale: Further validation with adolescent psychiatric inpatients. Suicide and Life-Threatening Behavior, 4, 377-385.
 37. Pietropolli Charmet Gustavo (2004) Crisis center. Il tentato suicidio in adolescenza Franco Angeli
 38. Poggioli D. G., A. Mancaruso; G. Rigon. "Tentato suicidio in età evolutiva e presenza di patologia psichiatrica in un genitore". Intervento al 3° Congresso Europeo de Psicopatologia da Criança e do Adolescente. 31 Maio 2001, Lisbona, Abstracts, Atti del Convegno, pag. 61, numero 154.
 39. Poggioli D.G, Mansi R, Mancaruso A., Rigon G. [Fattori di rischio del tentato suicidio. Risultati di un self report anonimo su 517 adolescenti. Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, a cura di Giancarlo Rigon, Stefano Costa. Atti. Franco Angeli ed., 2002, pg.133-152 \(pg.20\).](#)
 40. Poggioli D.G., Mancaruso A Chiodo S., Costa S., Rigon G [Tentato suicidio in Età Evolutiva: uso della scala MAST](#) per la valutazione dell'atteggiamento verso la vita e la morte. [Comunicazione accettata per il CONGRESSO NAZIONALE SINPIA, Abano, 25-28 Ottobre 2006](#)

41. Pommereau X. (1998) Therapeutic approach to adolescent suicide Rev Prat. Sep 1;48(13):1435-9.
42. Rigon G., Poggioli D. G (1997) ["Suicidio e tentato suicidio nell'infanzia e nell'adolescenza. Commenti alla più recente letteratura" in Imago, 2, 141-166.](#)
43. Rigon G, Poggioli DG, Mancaruso A. (1999) ["Considerazioni eziopatogenetiche e cliniche su un caso di ripetuto tentato suicidio di una adolescente"](#) in Psichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza. Volume 66, numero 3 Maggio/Giugno, pag. 261.
44. Sakinofsky I. (2007) Treating suicidality in depressive illness. Part 2: does treatment cure or cause suicidality? Can J Psychiatry Jun;52(6 Suppl 1):85S-101S.
45. Steele MM, Doey T. (2007) Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. Can J Psychiatry. Jun;52(6 Suppl 1):35S-45S.
46. van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 8-21
47. Vismara L., Ammaniti M. (2005) Modelli di attaccamento e capacità riflessiva in adolescenti con comportamenti anti-sociali. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, n 2 vol 72: 367-384.
48. Wing S.Wong (2004) Attitudes toward life and death among chinese adolescents:the chinese version of the multi-attitude suicide tendency scale Death Studies, 28: 91-110,