

PRESENTAZIONE DELLA PIÙ RECENTE CLASSIFICAZIONE DEI COMPORAMENTI SUICIDARI ATTRAVERSO UN CASO CLINICO

Fois S.*, Grassilli C., Paladini R.*, Mancaruso A.*. *Psicologa/o tirocinante; **Psicologa UOS Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva Area Dipartimentale NP/IA- Dipartimento Salute Mentale AZUSL Bologna.

Introduzione

L'emergenza sanitaria che attualmente rappresentano i gesti suicidari, ha portato alla nascita di nuove classificazioni rispetto al fenomeno. Come è noto il suicidio rappresenta in Italia la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali tra i 15 e i 25 anni. 6 suicidi su 10 sono preceduti da un tentativo e il 40% dei ragazzi che tentano il suicidio ripete il gesto (dati OMS). Secondo la revisione della nomenclatura proposta recentemente dall'American Association of Suicidology, lo spettro dei comportamenti suicidari è stato diviso in tre aree:

- **comportamenti dello spettro suicidario senza intenzione suicidaria (autolesionismo)**
- **comportamenti dello spettro suicidario indeterminato (non è chiara la presenza di intenti suicidari)**
- **tentativo di suicidio (con chiaro intento suicidario)**

Tutte e tre le categorie vengono poi distinte per la presenza o meno di conseguenze sanitarie. Nell'affrontare questo caso ci siamo interrogati sull'utilità a livello prognostico di questa classificazione.

CASO CLINICO

Sara è arrivata al DH di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva (DH-PPEE) dell'Ospedale Maggiore inviata da un'altra struttura ospedaliera, dove era stata trattata per un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA). L'invio al DH PPEE è stato motivato dal superamento della fase acuta dei sintomi alimentari e dai manifestarsi di comportamenti suicidari.

Il primo di questi si era verificato con l'assunzione di una modesta quantità di antidepressivo prescritto per il DCA. Sara, dopo l'ingestione, aveva avvertito i genitori e da loro è stata accompagnata al Pronto Soccorso. Tutti i successivi, numerosi, tentativi di suicidio si sono verificati alla presenza dei genitori ed utilizzati per mettere fine a pressioni percepite da Sara come inappropriate ed intollerabili. Nessun tentativo ha mai avuto conseguenze sanitarie né è stata espressa ideazione e/o progetto suicidario.

In passato i gesti di Sara sarebbero stati classificati come "Comportamenti suicidari strumentali", con la nuova classificazione si parla invece di "Gesti Autolesivi di tipo I". Queste manifestazioni, rispetto al rischio di morte per suicidio, si collocano in un'area di, relativa, minor gravità.

VALUTAZIONE

All'epoca dei nostri primi incontri Sara aveva 15 anni, stava concludendo il secondo anno di un Liceo delle Scienze Sociali di Bologna con discreto profitto. Viveva con il fratello minore, Giorgio, che aveva 10 anni, e con i genitori, entrambi impiegati.

Il nostro protocollo prevede una prima fase di assessment che si svolge attraverso colloqui individuali e comprende la somministrazione di una batteria di test, che in questo caso sono stati i seguenti: K sads pl; TAAI;MAST; TAT; SVSD; EDI-2; WISC III; PM 38. Come prevediamo in caso di interventi su minori che hanno fatto un gesto suicidario, è stato anche proposto ai genitori un intervento con l'obiettivo di avere più informazioni sulla famiglia d'origine e di sostenerli attraverso un supporto e un sostegno, fornendo loro strumenti utili per la lettura e per la gestione delle dinamiche intrafamiliari. Di seguito quanto emerso dai primi incontri con loro.

Già dai primi incontri è emerso che Sara è stata il frutto di una gravidanza non cercata e che i genitori, già fidanzati da 7 anni, hanno deciso di sposarsi poco prima della sua nascita. Entrambi i genitori non riuscivano a darsi una spiegazione del TS di Sara: descrivevano la figlia come una bambina "normale", come tutte le altre, che da piccola andava molto bene a scuola e che poi ha iniziato a fare la "birichina". La coppia mostrava di assumere un atteggiamento esternalizzante rispetto all'origine del disturbo della figlia, indicando le cattive compagnie, la mancanza di fiducia in se stessa e la sua incapacità di reagire "positivamente", come le cause scatenanti del malessere. La descrizione che facevano del loro rapporto con Sara era caratterizzata dall'assenza di conflitti, senza però portare episodi esemplificativi che supportassero le loro dichiarazioni. In questa prima fase i loro racconti erano caratterizzati dall'evitamento verbale e comportamentale delle proprie emozioni negative. L'immagine che avevano di Sara risultava idealizzata. L'aspettativa rispetto ai suoi risultati scolastici appariva ambigua da parte di entrambi: da una parte pensavano che fosse un suo dovere impegnarsi nello studio, dall'altra negavano che una cattiva performance scolastica potesse generare degli squilibri nei rapporti tra loro e la figlia.

Diagnosi descrittiva:

La valutazione effettuata ha portato alla diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline (DSM-IV).

Diagnosi esplicitiva:

Da un punto di vista esplicativo, le modalità coercitive di Sara in famiglia appaiono essersi strutturate in modo importante già a partire dall'ultimo anno di scuola materna. La soddisfazione dei genitori era percepita da Sara, fin da piccola, solo nel momento in cui non aveva esigenze affettive. Nel momento in cui però lei mostrava difficoltà, loro banalizzavano e razionalizzavano i problemi, invalidando il suo mondo interno.

All'epoca delle scuole medie per un breve periodo Sara si è inferta dei tagli superficiali che a suo dire avevano la funzione, autopenendosi, di farla sentire meno responsabile del fatto che tutto andasse storto. La paura sembrava essere scambiata da lei per affetto, nel momento in cui i genitori erano spaventati, sembrava sentirsi finalmente vicini.

La descrizione che Sara faceva di sé all'epoca dell'assessment era sfumata e contesto-dipendente.

Le sue difficoltà nella scuola e nelle relazioni venivano attribuite al disturbo alimentare. In questo senso il sintomo sembrava dare coerenza al sé riguardo al sentirsi forte e capace.

Risultava evidente fin da subito una forte rabbia verso i genitori, ma in altri casi sembra invece aiutarla ad interrompere dei cicli emotivo-ideativi per lei fonte di grande sofferenza.

Uno stile di attaccamento di tipo resistente (C) si alternava a uno stile evitante (A). Questo era evidente ad esempio nelle sue relazioni sentimentali e nelle amicizie, all'inizio molto sentite ma spesso poi interrotte repentinamente magari nel momento in cui il rapporto diventava più intimo.

Sara appariva incapace di chiedere aiuto se non con il ritiro sociale o con dei comportamenti rischiosi che maggiormente potessero essere riconoscibili dai genitori come prova del suo dolore. Le sue modalità drammatiche rappresentavano in tal senso una richiesta di attenzione da parte dei care givers.

Carenti risultavano anche le sue capacità metacognitive, fatica infatti a riconoscere le proprie ed altrui motivazioni all'interno delle diverse interazioni a cui si trovava a partecipare.

Le abilità di fronteggiamento da lei mostrate di fronte alle difficoltà della quotidianità erano rudimentali, metteva in atto delle imponenti strategie di evitamento degli stimoli per lei difficili da affrontare e agiva direttamente sulla componente somatica dell'emozione per regolarla.

Sara utilizza infatti l'autolesionismo come minaccia ai genitori, ma in altri casi sembra invece aiutarla ad interrompere dei cicli emotivo-ideativi per lei fonte di grande sofferenza.

L'ideazione ruotava spesso attorno a temi di giudizio, di delusione di sé e dell'altro ma anche di perdita e di scarsa amabilità personale. L'organizzazione di significato personale, secondo l'ottica del cognitivismo post-razionalista attraverso la quale è stato analizzato il caso, apparteneva al tipo Disturbi Alimentari Psicogeni ma con molti temi del tipo Depressivo.

TRATTAMENTO

Il trattamento è stato portato avanti secondo un approccio multisistemico, nelle diverse fasi del percorso oltre alla terapia farmacologica, la psicoterapia individuale e il sostegno ai genitori, ci si è avvalsi di un trattamento di gruppo (psicodramma) e di uno educativo.

I farmaci sono serviti a contrastare cadute depressive o sono stati somministrati in periodi dove l'ansia aveva raggiunto livelli elevati e finiva con il favorire il ritiro sociale. Nel primo caso sono stati utilizzati farmaci antidepressivi, nel secondo caso neurolettici atipici.

Mano a mano che i contenuti legati alla rabbia venivano accolti durante il percorso di psicoterapia individuale, Sara è divenuta capace di riconoscerli ed esprimerli maggiormente.

Le liti in casa erano frequenti e spesso attribuite al suo scarso rispetto delle regole domestiche.

In equipe si è deciso di proporre alcuni incontri congiunti con i genitori e Sara al fine di affrontare la tematica delle regole domestiche e altri ambiti critici per lei.

Grazie a questi momenti congiunti la rabbia del padre è stata riletta come la sua incapacità di comunicare una personale tristezza, che trovava nelle aggressioni verbali la sua unica via d'uscita; allo stesso modo si è lavorato sull'esplicitazione del vissuto emotivo materno in presenza della figlia, generando nella donna forti sentimenti di vergogna.

La madre ha confidato di avere vissuti di personale inadeguatezza in alcune circostanze sociali, e talvolta anche nei confronti della figlia mascherando, in quei casi, il suo reale stato emotivo, per offrire una immagine di sé più accettabile agli occhi degli altri. L'immagine che aveva di sé era di una madre rifiutata dalla figlia, che si accorgeva, forse per la prima volta, di dover elaborare il lutto del rapporto ideale tra le due.

Il padre, che presenta una predominanza di tratti di tipo ossessivo, è molto ligio alle regole. Il suo vissuto oscilla tra la rabbia e la tristezza: la prima agita verbalmente nei confronti della figlia, la seconda, che tiene più nascosta, legata a sentimenti di impotenza.

La fine di una relazione importante dopo quasi un anno di terapia ha provocato in Sara una chiusura, ha interrotto la frequentazione delle amicizie più strette e sono aumentate le assenze da scuola.

Al suo disinvestimento rispetto alla scuola è seguito un irriducibile di tutto il sistema familiare. I genitori alternavano il permissivismo più totale a dei momenti in cui cercavano al contrario di costringerla ad andare a scuola, a seconda che fossero spaventati per qualche suo agito o arrabbiati per le sue provocazioni. A sua volta Sara aveva delle reazioni smodate a ogni loro presa di posizione, arrabbiata a suo dire per non sentirsi riconosciuta nella propria sofferenza.

Sono di quel periodo due episodi in cui ha minacciato la defenestrazione, entrambi occorsi durante una lite avvenuta con i genitori, arrabbiati per la sua intenzione di non recarsi a scuola.

Nonostante l'instabilità che in quel periodo caratterizzava le relazioni di Sara, lei non ha mai interrotto gli incontri di psicoterapia e si è data la possibilità di condividere le emozioni più intense come di cercare un senso agli episodi più complicati.

Durante il periodo più turbolento in casa, si è deciso di intensificare gli incontri di psicoterapia e affiancare un percorso di psicodramma oltre che un progetto educativo con un sostegno per lo studio.

Sara ha partecipato con regolarità all'attività di psicodramma. Ha spesso portato momenti di difficoltà con i familiari che sono stati rappresentati e ripensati in gruppo. Nella rivisitazione degli episodi era in grado di riconsiderare il suo ruolo nella situazione di conflitto e di comprendere le difficoltà dei genitori. Riusciva a mantenere una posizione equilibrata e riflessiva. Sempre in gruppo, appariva in grado di pensare alla sua difesa "evitante" (in particolare rispetto alle assenze da scuola) di valutarne i vantaggi e gli svantaggi. Anche nella situazione di gruppo, come nella vita "reale", se si creavano situazioni di tensione portate da altri partecipanti il funzionamento riflessivo tendeva a smorzarsi ed a perdere efficacia.

Nei mesi successivi il lavoro terapeutico con Sara è stato particolarmente fruttuoso e si sono osservati dei miglioramenti per diversi aspetti.

In particolare le abbuffate hanno perso la loro funzione nell'evitamento delle relazioni e delle attività della quotidianità.

Le relazioni coi pari si sono intensificate con alcune amicizie strette che Sara ha coltivato e che durano ancora oggi. Le liti con il fratello Giorgio, prima molto frequenti e accese, si sono sedate. Anche la relazione terapeutica è abbastanza solida, Sara si sente ora libera di aprirsi come anche di metacomunicare su quello che accade all'interno del rapporto. Più volte recentemente ha chiesto aiuto in momenti di difficoltà. Le richieste d'aiuto esplicitate in terapia, come anche l'aver accettato l'intervento educativo, lasciano sperare che si siano modificati alcuni schemi disfunzionali che nella relazione le facevano percepire l'altro significativo come indisponibile ad accogliere le sue difficoltà per darle conforto.

Diversa è tuttavia la situazione con i genitori e con i partner, con i quali è come se ancora non riuscisse a regolare la vicinanza affettiva, in modo da non sentirsi minacciata/inglobata da loro senza d'altra parte avere dei vissuti di rifiuto e smarrimento.

Rispetto alla scuola durante l'estate ha preparato gli esami di recupero e li ha sostenuti con successo. Gli standard massimali rispetto all'esito delle verifiche come anche il timore del giudizio dei compagni, le provocano ancora tuttavia una forte ansia che la porta spesso ad evitare le verifiche. Non ci sono più state minacce suicidarie durante l'ultimo semestre.

Il percorso intrapreso con i genitori ha portato alla ricostruzione dell'immagine di Sara ai loro occhi, evidenziando le sue fragilità e le difficoltà. Ha consentito inoltre di riformulare il sintomo all'interno dei rapporti familiari con una rilettura dei suoi comportamenti intesi come una ricerca di attenzione e di cura nei loro confronti, oltre che di una più generale difficoltà a crescere e a confrontarsi con l'ambiente esterno.

Discussione / Conclusioni

Il percorso di Sara verso l'autonomia è ancora lungo, il suo desiderio di emanciparsi dalle figure genitoriali per il momento non è sufficiente a dare l'idea che abbia strutturato un'immagine di sé realmente svincolata dai care givers e che possa contare su capacità sufficienti a fronteggiare situazioni per lei ancora fonte di sofferenza senza ripercussioni sul rapporto con loro. La situazione familiare non si è inoltre modificata sostanzialmente e rimane la sensazione che di fronte alle difficoltà possano innescarsi nuovamente i meccanismi disfunzionali che hanno in altre occasioni caratterizzato le interazioni tra i membri del sistema familiare. La minaccia di tali circostanze è così alta ancora per lei da non darle il tempo per fare un'integrazione tra i propri sistemi di memoria che le consenta una lettura accurata della situazione.

I cambiamenti avvenuti negli ultimi mesi fanno tuttavia confidare sul fatto che Sara possa fare tanti progressi, ora ha conquistato un senso di sé più stabile ed è finalmente proiettata verso un'immagine di sé adulta.

Nel tempo si vorrebbe aiutarla a comprendere le difficoltà dei suoi genitori nella relazione con lei come effetto delle strategie protettive per il sé che hanno strutturato durante la loro vita, accompagnandola

nell'elaborazione del lutto rispetto all'immagine idealizzata che ha di loro.

Sara ha manifestato diversi episodi che possiamo far rientrare nel tipo di comportamento suicidario, ha iniziato con l'assunzione impropria di farmaci, doppio dosaggio rispetto a quanto prescritto, con il desiderio, esplicitato successivamente, di voler "stare meglio" e non di volersi provocare dei danni.

Poi ha minacciato più volte di defenestrarsi sempre alla presenza dei genitori esplicitando successivamente che voleva solo mettere fine a rimproveri e discussioni interminabili ed insopportabili per lei.

Gli episodi di assunzione impropria di farmaci si sono ripetuti nel tempo e sebbene Sara ogni volta neghi un desiderio suicidario rimane, istintivamente, una rilevante preoccupazione in tutta l'equipe. La classificazione più recente nel collocare gli episodi di Sara come di natura autolesiva tipo I (1 2) senza conseguenze sanitarie suggerisce un rischio suicidario relativamente basso. Un limite di questa valutazione sembra il doversi affidare, per discriminare tra presenza di ideazione suicidaria ed assenza, ovvero, per differenziare tra autolesionismo e tentativo di suicidio, alle dichiarazioni di Sara che a distanza dall'episodio tende a svalutare, con una strategia evitante, la perdita di controllo e la disperazione di quando ha agito in direzione autolesiva/autosoppressiva.

1: Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007 Jun;37(3):264-77. PubMed PMID: 17579539.

2: Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007 Jun;37(3):248-63. PubMed PMID: 17579538.