

Antonio Piotti
Dinamiche della suicidalità
Trattamento

Alcuni miti sul suicidio

- Parlare di suicidio
incrementa fantasie desideri
o comportamenti suicidali

- Falso

Esistono però anche i rischi della parola

L'effetto Werther:

Goethe

Durkheim

Phillips

Alcuni miti sul suicidio

- Le persone che vogliono suicidarsi non ne parlano.
- Chi invece ne parla non ha intenzioni serie

Falso

Alcuni miti sul suicidio

La maggior parte delle persone che si
Tolgono la vita ha disturbi mentali

Discutibile

Epidemiologia nel mondo

- 804.000 suicidi nel 2012 pari a 11, 4 per 100.000
- Prevalenza maschile (15,0 per gli uomini, 8,0 per le donne)
- I paesi col tasso più alto sono Guyana 44,2, Corea del Nord, 28,9, Sry Lanca 28,8, Lituania 28,2
- Negli Stati Uniti il tasso è del 12,1
- Italia 4,7 pari a 4000 decessi

Epidemiologia in adolescenza

- Negli Stati Uniti il suicidio adolescenziale è in aumento. Nel 2016 è diventato per la prima volta la prima causa di morte fra i giovani
- In Italia il suicidio è la seconda causa di morte per i giovani maschi tra i 15 e i ventinove anni. La terza per le femmine
- I tentativi di suicidio invece rivelano una prevalenza femminile

Problemi di rilevamento

- Sottostima del fenomeno suicidale
- La questione delle morti per overdose e per incidente
- Il problema delle ideazioni e dei tentativi di suicidio

Le fantasie suicidalì compaiono in adolescenza

- Riguardano circa la metà degli adolescenti e, di per sé, non possono costituire un fattore di rischio
- E' vero però che chi lavora con adolescenti a rischio suicidale incontra spesso una attività fantasmatica molto intensa coltivata nel segreto per un lungo periodo di tempo
- In alcuni soggetti le fantasie di morte sono estremamente radicate, sono strutturate in modalità progettuali sfociano in azioni autodistruttive che non sono dettate dall'impulso. In questi casi si deve parlare di suicidalità cronica.

Nei soggetti con suicidalità cronici le fantasie presuppongono

- Una scissione del Sé (di stampo "perverso" più che non psicotico)
- Un modello caratterizzato da una forte vergogna narcisistica.

suicidali che ricorrono con una certa frequenza nei soggetti a rischio

- La fantasia di trovarsi in un vicolo cieco (un **ostacolo insormontabile** si presenta in un futuro molto vicino)
- La fantasia di sopravvivere alla propria morte (assistendo al proprio funerale)
- La fantasia del capro espiatorio (di ricomporre il sistema con la propria morte)

L'ostacolo insormontabile

- Si presenta dapprima come un altro rispetto al soggetto
- In secondo luogo si manifesta come un altro introitato dal soggetto
- Infine si palesa semplicemente come il corpo stesso del soggetto

La vergogna dipende dal fatto di avere un corpo

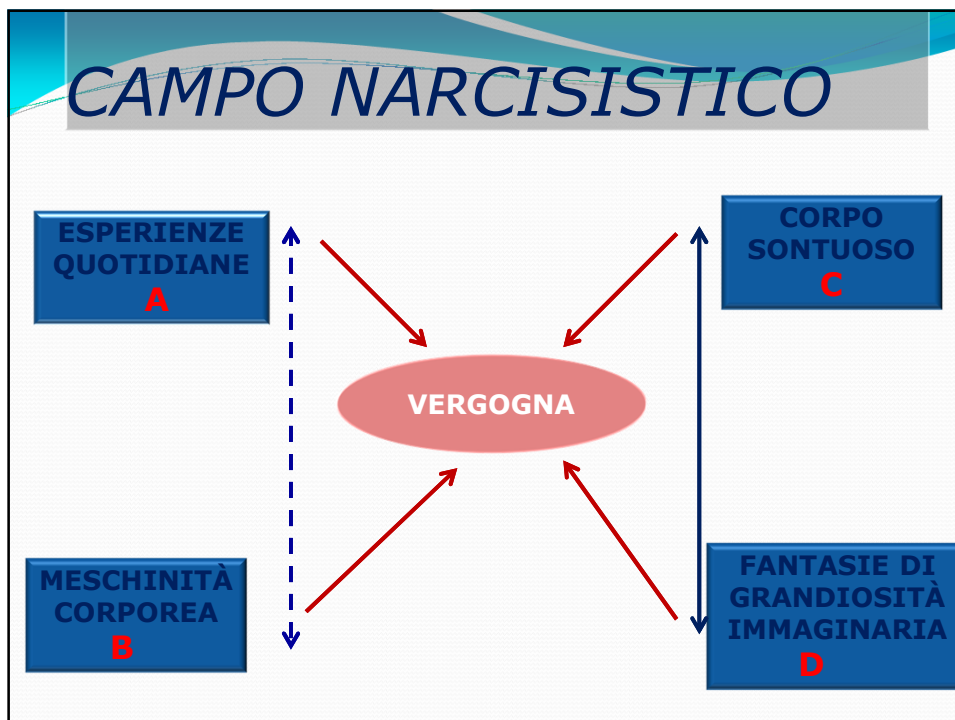
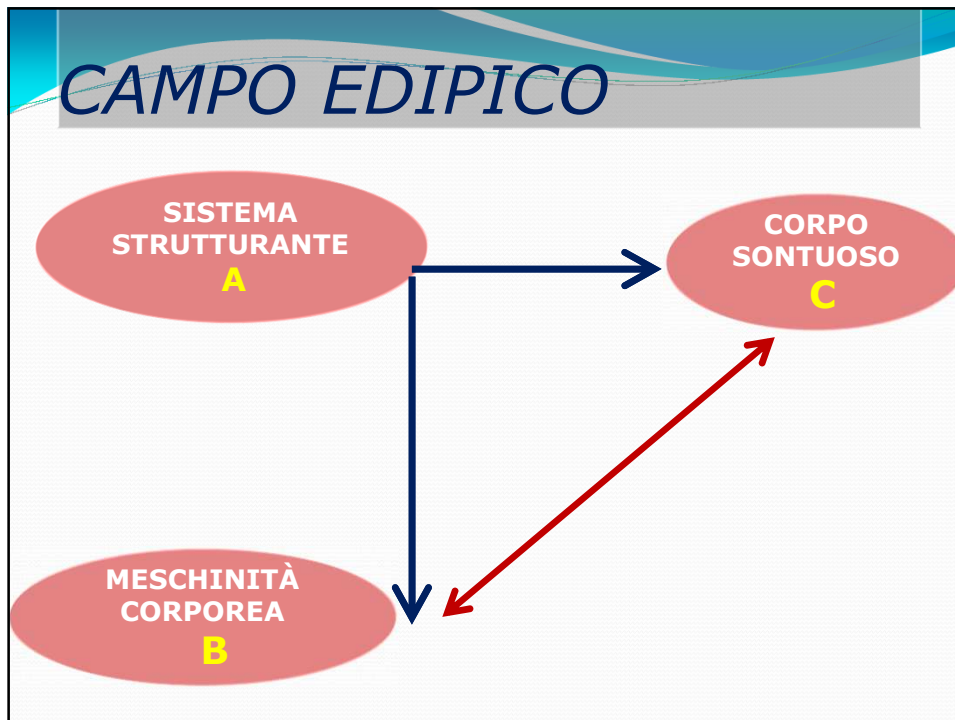
La fantasia del proprio funerale

- Ha a che fare con la sensazione di piacere prodotta dal fatto di evitare, attraverso il proprio funerale lo smascheramento narcisistico
- La morte del corpo garantisce che l'immagine grandiosa del Sé non venga scalfita e rende possibile un riscatto immaginario
- Come fattore secondario compare anche la vendetta narcisistica (che consiste nell'inferire su se stessi per attaccare l'altro)

La fantasia del capro espiatorio

- Ha a che fare col concetto di pressione come appare in Shneidman
- E' speculare alla fantasia del proprio funerale, ma presuppone un sostegno del sistema
- Il soggetto vive la propria morte come un elemento in grado di proteggere il sistema dalla vergogna.

Cerimonia indiana del Sati



Fattori di rischio

- La presenza in un soggetto delle tre fantasie strutturate è un fattore di rischio
- Il fatto che, nella vita del soggetto, si presentino elementi connessi all'esperienza dello svergognamento è un fattore di rischio
- La grandiosità eccessiva del Sé è un fattore di rischio

Diminuzione del rischio

- La tendenza suicidale è sempre ambivalente: i fattori di rischio possono sempre diminuire
- La semplice presa in carico diminuisce il rischio
- Se si riduce la vergogna (anche a partire da fattori di contesto) si diminuisce sempre il rischio

L'atteggiamento clinico

- Non può essere neutrale
- Richiede partecipazione attiva
- Non può mai eludere il tema della violenza

L'intervento

- Deve sempre coinvolgere il contesto (specialmente familiare)
- Deve essere effettuato in equipe

Come coinvolgere i genitori

- Ruolo materno
- Ruolo paterno

Come si costruisce un'equipe

- Come collaborare
- Le riunioni di equipe
- Perché occorre pensarla diversamente.