

**STATI MENTALI A RISCHIO, ESORDIO  
PSICOTICO E COMPORTAMENTO  
SUICIDARIO:  
UNA SFIDA PER LA PSICOTERAPIA**

Andrea Filippo Alpi

AIPP – Cambiare la Rotta ONLUS Milano

Programma2000

## DEFINIZIONI

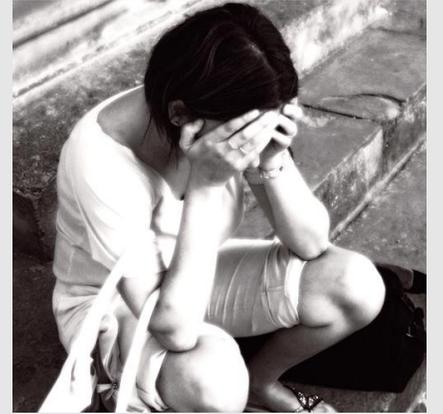
il suicidio “è spesso considerato come la **massima espressione di disagio**. È il punto in cui non esiste più una visione del futuro, quando sembra che ogni aspetto della vita sia diventato così inutile e schiacciante che non è possibile affrontarlo e l’unica alternativa è la distruzione finale e completa”.

(Hawthorn & Van Heeringen, 2000)

«Atto intenzionale di **autodistruzione** commesso da una persona che conosce quello che sta facendo e le probabili conseguenze della sua azione»

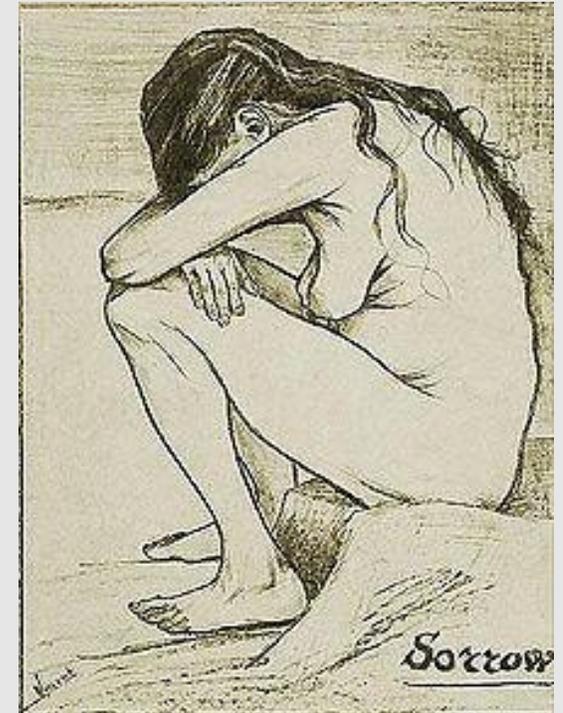
«L'atto suicidario dovrebbe essere in primo luogo capito come un'azione mirata a ottenere sollievo da uno stato mentale (*psychoache*) insopportabile»

Michel (2000) in Hawton & van Heeringen (eds) *The international handbook of suicide and attempted suicide*



- “**PSICODOLORE**”: dolore psichico percepito. (Schneidman, 1993)
- “l’atto suicida dovrebbe essere principalmente inteso come un atto finalizzato all’ottenimento di sollievo da uno stato psicologico insopportabile.

(Michel, 2000)



Nei disturbi psicotici  
il suicidio è una delle  
conseguenze più  
tragiche



# DISTURBI PSICOTICI E RISCHIO SUICIDIARIO

- E' 13 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, dove si attesta intorno allo 0,3% (Saha et al., 2007)
- Nella popolazione di persone con disturbo mentale conclamato il rischio si stima sia del 3,4% (Chung Chang et al, 2014)
- Nei pazienti in situazione di comorbilità è maggiore (6,2%)
- Tra il 5% e il 10% di chi ne soffre commette suicidio spesso **all'esordio di malattia** (Caldwell & Gottesman, 1990; Palmer, Pankratz, & Bostwick, 2005)

## TRA I GIOVANI CHE SODDISFANO I CRITERI PER UNO STATO MENTALE A RISCHIO:

- Il 90% riferisce un'ideazione suicidaria (Adlard, 1997)
- Sembra che il comportamento suicidario sia in aumento, anche in Italia (Van Heerligen, 2001; Power et al, 2011, Conti et al. 2018)
- nel nostro Paese il suicidio rappresenta la seconda causa di morte più frequente tra i maschi nella fascia 15-29 anni, è la terza tra le femmine, dopo incidenti stradali e tumori

## ESPERIENZE SIMIL-PSICOTICHE (PLES):

- Comuni anche nella popolazione generale (Sharifi et al., 2015)
- Vengono definite come esperienze percettive e cognitive minacciose, meglio note come **sintomi di base** (Schulze-Lutter et al., 2010)
- Esperienze simil-psicotiche sottosoglia sono esposti al rischio di avere pensieri e agiti suicidari, in maniera simile ai giovani che si trovano in fase più avanzata di malattia (Kelleher et al., 2013)

# EVOLUZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO NELLE FASI INIZIALI DELL'EPISODIO PSICOTICO

Circa il 90% della popolazione giovanile che soddisfa i criteri per SMR riferisce ideazione suicidaria

**FASE PRODROMICA (UHR)**

**FASE DELLA PSICOSI NON TRATTATA (UI)**

L'11% dei tentativi di suicidio è associato alla sintomatologia positiva e al vissuto personale

**FASE DELL'ESORDIO E DEL TRATTAMENTO (FEP)**

**FASE DEL RECUPERO POST PSICOTICO INIZIALE**

Dopo un episodio acuto, il 15% dei pazienti presenta alto rischio suicidario per i successivi 18 mesi

il 25% dei pazienti ha già tentato il suicidio prima della consultazione. La percentuale dei suicidi compiuti è molto alta

# POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO

Distress provocato dall'emergere di esperienze prepsicotiche non familiari alla persona

**FASE PRODROMICA (UHR)**

**FASE DELLA PSICOSI NON TRATTATA (UI)**

Provare allucinazioni, paura, vergogna, stigma, senso di colpa, rifiuto e disperazione costituisce un fattore di rischio

**FASE DELL'ESORDIO E DEL TRATTAMENTO (FEP)**

**FASE DEL RECUPERO POST PSICOTICO INIZIALE**

I deficit neurocognitivi e l'insight possono, con il loro impatto, aumentare l'ideazione suicidaria

la durata media del ritardo all'accesso alle cure è di circa 12 mesi. Il comportamento suicidario cresce all'allungarsi della DUP

## E' dimostrato che L'INTERVENTO PRECOCE:

- Migliora la prognosi della psicosi nel breve periodo (McGorry et al. 2001 )
- Riduce la prevalenza di comportamenti suicidari nella popolazione ad alto rischio psicotico (Melle et al., 2006)

# ESORDIO PSICOTICO E RISCHIO SUICIDARIO

- Un'alta percentuale di pazienti all'esordio sono a *rischio di suicidio* nel momento in cui contattano i servizi di salute mentale
- Il 50% di pazienti all'esordio avevano di recente sperimentato pensieri di suicidio
- Il 25% aveva già fatto un tentativo di suicidio all'epoca del loro primo contatto con il servizio
- Queste cifre sono prevalenti tra i pazienti in fase prodromica, prima dell'esordio.

(Nordentoft et al., 2002)

# ESORDIO PSICOTICO E RISCHIO SUICIDARIO

- Il **tentato suicidio** è il più importante antecedente del suicidio (Brown et al., 2000; Carter et al., 2007).
- Dovrebbe pertanto ricevere grande attenzione al fine di prevenire successivi comportamenti suicidari (Mann et al., 2005).

# ESORDIO PSICOTICO E RISCHIO SUICIDARIO

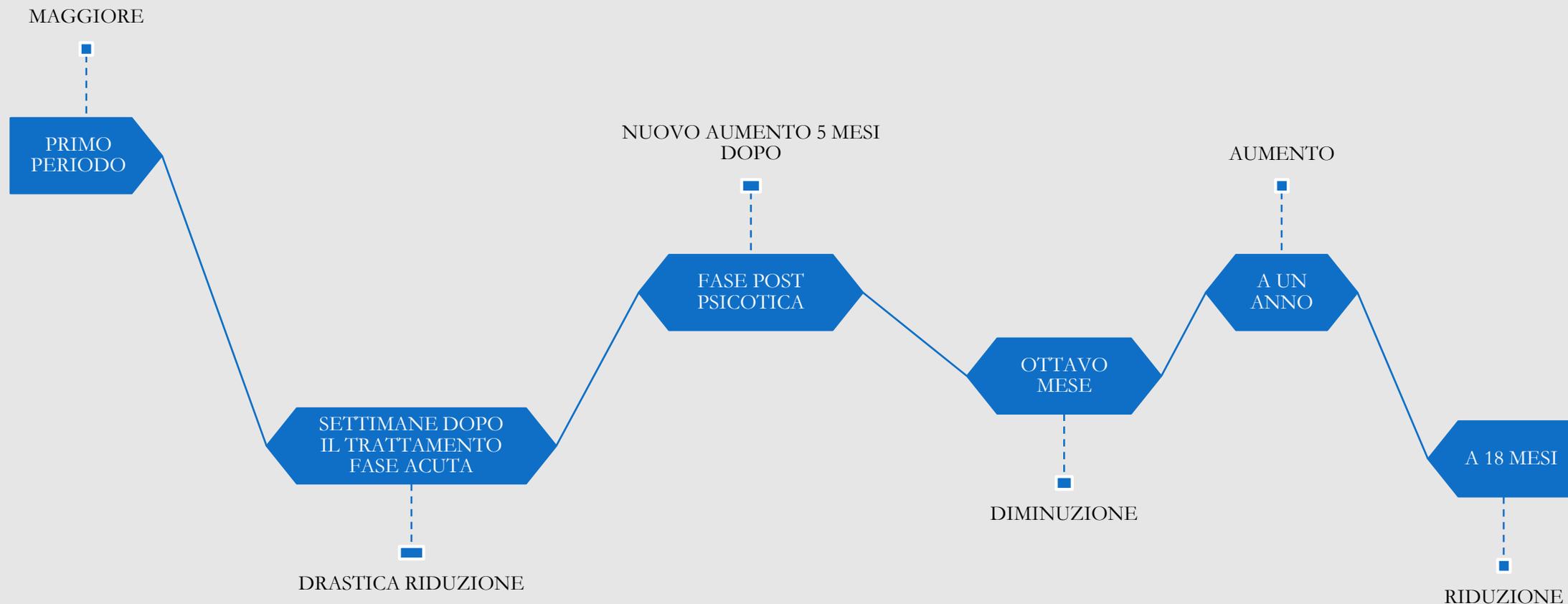
- Le **voci** che commentano sono indubbiamente associate ai pensieri e ai tentativi di suicidio e la presenza di allucinazioni uditive sembra triplicare il rischio di ideazione e tentativi di suicidio in seguito.

(Nordentoft et al., 2002)

# ESORDIO PSICOTICO E RISCHIO SUICIDARIO

- La presenza, invece, di **deliri di riferimento, somatici o disturbi formali del pensiero** sembrano essere associati ad un rischio relativamente ridotto di suicidio.
- Anche la presenza di **sintomi negativi** è associata ad un rischio relativamente ridotto di suicidio (Fenton & McGlashan, 1991)

# ANDAMENTO DEL RISCHIO SUICIDARIO ALL'ESORDIO



# ESORDIO PSICOTICO: RISCHIO SUICIDIO

- La fase acuta costituisce un periodo ad alto rischio, ma nella schizofrenia la **fase iniziale della remissione** è il momento in cui si verifica il maggior numero di suicidi, soprattutto tra gli uomini (Heila et al., 1997).
- Il medesimo andamento è osservabile negli esordi psicotici (McGorry, Henry & Power, 1998).

- molti pazienti mostrano, prima del suicidio, **miglioramenti clinici**
- **l'agitazione** sembra essere il tratto dominante al momento del suicidio, più che la psicosi.
  
- caratteristiche associate:
  - “**stress** soggettivo”
  - “**consapevolezza** di malattia e disintegrazione”
  - “**disperazione**” (Power, 1999)

- in altri pazienti allucinazioni e deliri possono causare una sofferenza così acuta che la morte è per il paziente un tentativo di sfuggire alle minacce immaginarie
- in alcuni casi la morte può essere non intenzionale, ad es. gettarsi nel traffico per sfuggire a un persecutore immaginario).

- Inoltre gli effetti delle dinamiche della relazione **servizio-curante-paziente** potrebbero essere fortemente sottovalutate. Il suicidio sembra verificarsi frequentemente nelle fasi di transizione tra servizi e curanti.
- Ciò potrebbe essere dovuto alla mancanza di una **comunicazione** accurata del rischio tra curanti, ma anche a fattori dinamici quali ad es. la percezione del paziente della considerazione del curante e dei servizi nei suoi confronti (Power, 2004).

La prevenzione del suicidio nella psicosi all'esordio deve basarsi, innanzitutto, su un trattamento tempestivo ed efficace del disturbo psicotico sottostante.

(Power, 2001)

# IL SUICIDIO COME SOLUZIONE



«...il punto in cui non c'è visione di un futuro, quando sembra che ogni aspetto della vita sia inutile, vano o schiacciante, che non c'è possibilità di fronteggiare quello che accade o che si prova, e che l'unica opzione è la completa e finale distruzione»

Hawton & Van Heeringen (2000) *The international handbook of suicide and attempted suicide*

# Aspetti cruciali

## Perdita di speranza

La persona che vuole suicidarsi vede l'opzione suicidaria come l'unica possibile soluzione alla sua disperazione, alla sua situazione, al suo insolubile problema

Il futuro non c'è o è visto negativamente

La visione di sé è negativa, spesso con sentimenti di autosvalutazione, criticismo, disprezzo



# Fattori di rischio

Instabilità economica

Crollo della struttura familiare

Violenza interpersonale

Abuso di sostanze

Ma anche

Morte di un congiunto o amico/a

Rifiuto da un'altra persona significativa

Pubblica umiliazione

Malattia grave

Malattia cronica

Insuccessi o perdite

# In adolescenza

- Rotture e incomprensioni familiari
- Malattia mentale dei genitori
- Abuso sessuale subito nell'infanzia
- Problemi nell'orientamento sessuale
- Pregresso tentato suicidio
- Scarse capacità di problem solving
- Morte del genitore per suicidio
- Appartenenza a famiglie con alto numero di componenti
- Deficit dell'immagine di sé
- Comportamento imitativo

# In adolescenza

I maschi sono più a rischio delle femmine (4:1)

Fattori di rischio per entrambi i sessi:

- Precedenti tentativi di suicidio
- Età uguale o maggiore di 16 anni
- Presenza di alterazioni dell'umore
- Uso di sostanze

## Fattori predisponenti

- Disturbi depressivi
- Disturbi della condotta
- Impulsività
- Scarsa capacità di dilazione della gratificazione
- Bassa autostima
- Chiusura emotiva
- Alto livello di ansia
- Locus of control esterno
- Stile cognitivo pessimistico e persecutorio

# Continuum dell'ideazione suicidaria



Withfield and Southern (1996). *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*

# Continuum

L'espressione dell'intento di morire

L'accuratezza della pianificazione

La scelta del metodo

Gli sforzi per impedire i soccorsi

Determinano la posizione della persona all'interno del continuum

# Intento e letalità

<p><b>Basso intento</b> <b>Alta letalita'</b></p> <p>(es: scarsa conoscenza dello strumento, sostanze di cui non si conosce la letalità, gettarsi pensando di cavarsela)</p>	<p><b>Alto intento</b> <b>Alta letalita'</b></p> <p>( es. precipitazione, impiccagione, arma da fuoco, treno o metro)</p>
<p><b>Basso intento</b> <b>Bassa letalita'</b></p> <p>( es. in realtà non vuole morire e usa farmaci poco pericolosi o metodi incongrui)</p>	<p><b>Alto intento</b> <b>Bassa letalita'</b></p> <p>(es. grande quantità di farmaci poco pericolosi)</p>

# Emozioni e convinzioni del terapeuta

- Paura
- Ansia
- Rabbia
- Impotenza
- Incertezza sulle proprie capacità

Servono a capire il significato e la funzione del pensiero suicidario

Calma

Fiducia nel proprio metodo di lavoro

Accettare la sfida con speranza ed ottimismo

# Domande chiave che il terapeuta deve farsi

- Penso che il suicidio sia un segno di debolezza?
- Penso che sia immorale o un peccato?
- Penso che l'argomento «suicidio» sia tabù?
- Penso che il suicidio sia illogico?
- Tendo a reagire in modo eccessivo all'emissione di pensieri suicidari?

Serve ricordare che c'è un continuum tra l'idea che «il suicidio è sbagliato» e «il suicidio ha una sua funzione intrinseca».

Il terapeuta deve essere molto sincero prima di tutto con se stesso per non trasmettere sentimenti che potrebbero influenzare l'apertura della persona in difficoltà.

## Invece cosa si chiede la persona?

- Potrà veramente aiutarmi?
- Avrà un'idea di quanto è profonda la mia sofferenza?
- Starò perdendo tempo?
- Se mi proporrà qualcosa vorrò ascoltarlo e seguirlo?

Gli studi sembrano indicare che la maggior parte delle persone con intento suicidario che contattano un esperto, in realtà vogliono vivere

Aldridge (1998). *Suicide: the tragedy of hopelessness*

# Contatto e prime risposte

- Autenticità, sincerità
- Interesse incondizionato, calore
- Empatica comprensione



Vengono percepite dai primi momenti del contatto come da un radar

# Cosa cercare di conoscere

- Il livello dell'intento suicidario
- La letalità del tentativo come percepito dal ragazzo
- I fattori scatenanti la crisi
- La motivazione
- Precedenti tentativi di suicidio
- Un disturbo mentale
- Abuso di sostanze
- Accesso ad armi letali
- La situazione del momento (Dov'è? È da solo? ecc)

# Rischio massimo



- Un piano suicidario
- I mezzi per realizzarlo
- Poca capacità di controllare le proprie azioni (impulsività)
- Confusione mentale
- Mancanza di supporto sociale

# Identificazione del rischio: domande possibili

- Hai mai pensato che la vita non vale la pena di essere vissuta?
- Hai mai desiderato di essere morto?
- Hai mai pensato di farti del male?
- Hai intenzione di farti del male?
- Hai un piano per farti del male?
- Hai mai tentato di suicidarti?
- Come vedi il tuo futuro?

Withfield & Southern (1996)

# Identificazione del rischio: domande dirette

Pensi di ucciderti?

Hai mai pensato di ucciderti?

Come ti uccideresti se pensassi di farlo?

Che piano hai?

Williams (2007). Suicide Assessment; Suicide treatment.

## Identificazione del rischio: domande di approfondimento

- Hai mai avuto questi pensieri prima?
- Hai mai tentato di farlo? Come hai fatto?
- Cosa ti ha fermato?
- Cosa faresti se avessi la possibilità di farlo?

# Suggerimenti

- Non prendere appunti durante l'intervista
- Evitare ogni segnale non verbale di disagio nel parlare di suicidio e mostrare genuino interesse.
- Non mostrare fretta quando si elicitano pensieri suicidari.

***Mantenere l'abitudine durante l'intervista di esaminare se stessi con queste domande: « Mi sento a disagio? Provo ansia?» « C'è una parte di me che non vuole sentire la verità proprio ora?»***

# La triade efficace

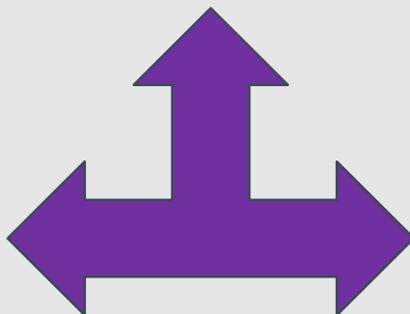


## Riconoscimento:

«da quello che mi hai detto, a scuola il gruppetto popolare dei tuoi compagni non ti dà tregua, usano anche i social per questo, sono entrati nella tua posta, a tuo nome mandano lettere false, ti escludono da tutto, i tuoi genitori minimizzano e dicono che sei tu che non ti sai difendere...mi rendo conto che ti trovi in una situazione difficilissima...»

## Validazione:

«non mi meraviglio che tu abbia pensato a farti del male»



## Normalizzazione

«la maggior parte delle persone che si trovano nella loro vita intrappolate in situazioni difficili hanno ogni tanto il pensiero di suicidarsi. E' una risposta normale di persone normali a una circostanza anormale»

# Ma anche...

## Rinforzo:

«hai avuto molta forza a resistere... sei stato bravo a prendere l'iniziativa di chiamarmi...»

## La bacchetta magica:

«se tu avessi una bacchetta magica, cosa faresti succedere? Se tu facessi sparire questo problema, cosa faresti? Immaginiamo che fra sei mesi il tuo problema fosse risolto...»

## Oltre il problema:

«c'è stato un momento in cui le cose andavano meglio... in cui pensavi diversamente...in cui ti sentivi un po' più ottimista verso il futuro, cosa succedeva...quando ti pareva di affrontare meglio la situazione... cosa facevi, cosa pensavi?»

- Aggirare la concentrazione sul problema
- Creare un contesto per stabilire obiettivi
- Incoraggiare prospettive di cambiamento nella persona
- Ottenere informazioni su come si potrebbe procedere insieme

## Riassumendo

### Se qualcuno esprime un'intenzione suicidaria:

- Genera insieme altre possibilità
- Assicurati che capisca che sta a lui/lei la responsabilità finale di ogni decisione
- Apprezza qualunque aspetto lo meriti e soprattutto la sua «presenza» e la sua disponibilità a parlare

**Mantieni la speranza**