

Programma della giornata

Inquadramento e comprensione del Self-harm in adolescenza

Inquadramento e comprensione del
SELF-HARM
in adolescenza



IL CONSULENTE FAMILIARE IN ASCOLTO



SELF-HARM

Prima parte: Inquadrare il fenomeno

- Definizioni ed epidemiologia
- Possibili cause in età adolescenziale
- Correlazioni con il suicidio
- Valutazione del NSSI (*Non-Suicidal Self-Injury*)
- Discussione su casi clinici

PAUSA

Seconda parte: Comprendere il fenomeno

- Versione italiana del questionario *Deliberate Self-harm Inventory* (DSHI)
- La relazione tra autolesionismo e funzionamento borderline
- Discussione generale

Storia della definizione di “Self-harm”

La letteratura attuale sulla storia dell'autolesionismo proviene da una vasta gamma di discipline accademiche, tra cui: storia della medicina, sociologia, teoria femminista, così come dall'osservazione e la ricerca psichiatrica. Più di recente, uno storico americano Gilman ha scritto che *“l'idea che esista una categoria di autolesionismo, osservabile empiricamente, con una propria storia autonoma è una fantasia di oggi”* e aggiunge che l'autolesionismo è un costrutto sociale derivante dal ‘panico morale’ relativo a definire comportamenti aberranti quelli che minacciano le norme sociali.

A suo avviso, la diagnosi psichiatrica di NSSI è un mezzo di controllo sociale da parte dei medici. Scrive “la linea [tra patologico e normale] corre tra il tagliarsi e piercing.” Qui, Gilman suggerisce che la differenza significativa tra il piercing all’orecchio e il taglio del polso è semplicemente che uno è considerato socialmente accettabile e l’altro no.

Questo argomentare non considera che chi pratica l’autolesionismo segnala importanti sofferenze e una *richiesta di aiuto psicologico e psichiatrico* per riuscire a trovare altri modi per far fronte al suo dolore psichico. Il risultato è di far rientrare tutte le forme di autolesionismo, dal tatuaggio alla mastectomia preventiva ai gravi tentativi di suicidio, in un’unica categoria.

NSSI (Non-Suicidal Self-Injury) non è apparso dal nulla come diagnosi di patologia,

ma si è evoluto dalla lunga storia di professionisti della salute mentale che hanno cercato di capire come aiutare una sottocategoria di individui che si feriscono ripetutamente senza l'intenzione di morire.

Una revisione attenta della letteratura mostra che vi è una sorprendente coerenza tra il comportamento autolesionistico di questo sottogruppo e l'attuale definizione di NSSI, piuttosto che la radicale differenza sostenuta da Gilman. Osservando l'evoluzione della categoria di NSSI, si vede che non è una nuova entità ma *un sottotipo di autolesionismo* che è stato a lungo considerato un unico preoccupante problema clinico.

Il *primo case report psicoanalitico* di autolesionismo ripetitivo e non letale in un individuo non psicotico fu pubblicato nel **1913** da
L. E. Emerson

La paziente, Miss A, operaia di 23 anni abusata sessualmente da suo zio, ha mostrato una serie di comportamenti e sintomi simili agli attuali criteri per NSSI. Ha iniziato tagliarsi intenzionalmente dopo aver scoperto che le alleviava il mal di testa e aveva provato una “*strana sensazione*” quando si era accidentalmente tagliata con un coltello per il pane durante una “zuffa” con un cugino, che stava tentando di violentarla. La signorina A ha chiarito che non aveva intenzione di uccidersi: “*Ho sogghignato al mio riflesso nel vetro e ho detto che a nessuno importava se mi fossi uccisa e, ancor meno, se solamente mi tagliassi, quindi ho passato lentamente il rasoio sul polso e ho praticato un taglio profondo*”. Solitamente si tagliava per ottenere sollievo da un sentimento depressivo o soltanto negativo e riferiva: “*quando mi sono tagliata il braccio, gli stati d’animo negativi sparivano*”.

A volte si era tagliata per risolvere difficoltà interpersonale, ad esempio, dopo una lite con sua madre. Altre si tagliava per provare una sensazione positiva: *“Ero stata tutta la settimana in uno stato di smarrimento... oh mi sentivo così amareggiata ... non lo sopportavo. Ho preso il rasoio, ci ho pensato un attimo, poi ho aperto la cintura e mi sono tagliata il seno sinistro tanto profondamente quanto il rasoio lo consentiva e poi ho riso”*. Riferiva di pensare spesso all’autolesionismo e di essere preoccupata per il gesto prima di coinvolgersi in quello che facevo e diceva: *“Avevo fortemente provato a controllarmi”* ma *“alla fine non ce la facevo più...”*.

Le parole della signorina A, che descrivono le sue motivazioni per praticarsi un taglio non letale, sono in linea con le ragioni elencate nella diagnosi di NSSI del DSM-5-TR che vedremo più avanti.

Il suo analista ha proposto un modello psicoanalitico a più livelli per comprendere il comportamento di Miss A. Il dottor Emerson ha notato la “*molteplicità dei motivi*” relativi al suo caso, compresa *l'incapacità di “sopportare l'angoscia psichica”* a causa dei “traumi psicosessuali” infantili, una “forte componente di *masochismo*” come evidenziato dal piacere del dolore, un'identificazione sadica con l'aggressore e un “*solievo sessuale* attraverso la masturbazione simbolica [es. tagliarsi]”. L'analisi di queste varie motivazioni stratificate ha permesso alla paziente di diventarne consapevole e ha quindi permesso di “credere nelle proprie capacità”. Emerson considerava il suo trattamento un successo provvisorio dal momento che la signorina A non si tagliava da 14 mesi.

La creazione di criteri diagnostici per il NSSI non implica che non siano possibili altre forme di autolesionismo. Implica piuttosto che altre forme di autolesionismo possono richiedere un diverso approccio clinico. Ad esempio, un gesto autolesionistico in una persona che sperimenta allucinazioni religiose sono escluse dalla diagnosi di NSSI perché è un atto che si verifica una tantum ed è suggestivo eventualmente di un disturbo psicotico.

Considerare il NSSI solo come un costrutto sociale, che rappresenta una minaccia per la società (e non per l'individuo) fa perdere l'opportunità di riconoscere la reale sofferenza di molte persone che si procurano ripetutamente delle lesioni e cercano aiuto dai professionisti della salute mentale.

Considerare il NSSI come una categoria che sparisce completamente quando è esposta alla lente del contesto sociale è tanto fuorviante quanto presentarla come una categoria essenziale trans-storica che non è per nulla influenzata dal suo contesto storico.

Questa è una *falsa dicotomia*: le influenze sociali e i cambiamenti storici sono contesti inevitabili sia per i pazienti che per gli storici, ma questi contesti possono migliorare e non cancellare un tentativo di comprendere e delineare le sindromi di un individuo con una sofferenza psichica.

Psicopatologia dei comportamenti autolesivi che escludono il NSSI

- **Disturbi di personalità:** emotivamente instabile – di tipo impulsivo, personalità antisociali o psicopatiche. L'alcol è un frequente fattore complicante → disinibizione.
- **Depressione e fase maniacale del Disturbo bipolare:** irritabilità e aggressività impulsiva. Impulsività depressiva. Mania: comportamento aggressivo e/o impulsivo.
- **Schizofrenia:** gesti insensati o autodistruttivi. Azioni impulsive in risposta ad allucinazioni e deliri.
- **Stati organici:** esiti di traumi cranici, automatismi epilettici, lesioni cerebrali, ipoglicemia, ipossia. Abuso di alcol e stupefacenti.

Definizione

World Health Organization (WHO): l'autolesionismo è un comportamento non fatale, intenzionale, volto a danneggiare sé stessi. Non prevede l'intervento di altre persone ed è finalizzato ad apportare, mediante le conseguenze fisiche attese, dei cambiamenti.

Il “*Self-Harm*” consiste nel farsi male volontariamente ma senza un'intenzione suicidaria, cosciente o dichiarata (Hawton K. et al 2012). Esistono quindi due differenti categorie diagnostiche:

1. L'autolesionismo non suicidario (**NSSI: Non-Suicidal Self-Injury**), che il DSM-5 del 2013 ha considerato una categoria diagnostica a se stante e che permane nel DSM-5-TR.
2. Disturbo del comportamento suicidario (**SBD: Suicidal Behavior Disorder**).

AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

Sebbene i **metodi utilizzati** talvolta si sovrappongano con quelli dei tentativi di suicidio (p. es., tagliando i polsi con una lametta), se ne differenzia perché i pazienti non intendono il proprio gesto come letale.

I pazienti possono specificamente indicare una mancanza di volontà suicidaria o questa mancanza può essere dedotta dall'uso ripetuto di metodi chiaramente non letali. Nonostante la mancanza di letalità immediata, il rischio a lungo termine di completamento del suicidio aumenta e, quindi, l'autolesionismo non suicidario non deve essere considerato con leggerezza.

Gli esempi più frequenti di autolesionismo non suicidario comprendono:

- taglio o accoltellamento della pelle con un oggetto appuntito (p. es., coltello, lama di un rasoio, ago);
- bruciatura della pelle (di solito con una sigaretta).

I pazienti spesso feriscono se stessi, durante il singolo atto, procurandosi *lesioni multiple* nello stesso sito anatomico, di solito in aree che sono facilmente nascoste ma accessibili: le aree lese comunemente comprendono l'area dorsale e distale e anche frontale delle cosce oppure gli avambracci. Il comportamento è spesso ripetuto con conseguenti formazioni di cicatrici. Tende a iniziare nella prima adolescenza e sembra diminuire dopo la giovane età adulta. Bambini e adolescenti potrebbero sperimentare questi comportamenti ma senza sollievo riferendo che è doloroso e angosciante e quindi interrompono la pratica.

DSM-5-TR (ed. italiana: 2023)

Disturbo da autolesività non suicidaria: è inserito tra le condizioni che necessitano di ulteriori studi

Criterio A: nell'ultimo anno, in cinque o più giorni, l'individuo si è intenzionalmente inflitto danni di qualche tipo alla superficie corporea in grado di indurre sanguinamento, lividi o dolore (p. es. tagliandosi, bruciandosi, accoltellandosi, colpendosi, strofinandosi eccessivamente), con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati (non c'è intenzionalità suicidaria).

Nota: L'assenza di intenzionalità suicidaria è stata affermata dal soggetto oppure può essere dedotta dal fatto che il soggetto ha ripetutamente messo in atto un comportamento essendo consapevole, o avendo appreso, che non è probabile che conduca a morte.

B. L'individuo è coinvolto in attività autolesionistiche con una o più delle seguenti aspettative:

1. Ottenere sollievo da una sensazione o uno stato cognitivo negativi.
2. Risolvere una difficoltà interpersonale.
3. Indurre una sensazione positiva.

Nota: Il sollievo desiderato o la risposta vengono provati durante o subito dopo il gesto autolesivo, e il soggetto può presentare modalità di comportamento che suggeriscono una dipendenza verso il compiere tale gesto ripetutamente.

C. L'autolesività intenzionale è associata ad almeno uno dei seguenti sintomi:

1. Difficoltà interpersonali o sensazioni o pensieri negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, disagio generalizzato, autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente al gesto autolesivo.
2. Prima di compiere il gesto, presenza di un periodo di preoccupazione difficilmente controllabile riguardo al gesto che l'individuo ha intenzione di commettere.
3. Pensieri di autolesività presenti frequentemente, anche quando il comportamento non viene messo in atto.

- D. Il comportamento non è sancito socialmente (per es., body piercing, tatuaggi, rituali religiosi o culturali) e non è limitato all'indursi lesioni da grattamento o al mangiarsi le unghie.
- E. Il comportamento o le sue conseguenze causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico, lavorativo o in altre aree importanti.
- F. Il comportamento non avviene esclusivamente durante episodi psicotici, delirio, intossicazione o astinenza da sostanze. Negli individui con un disturbo del neurosviluppo, il comportamento non è parte di un pattern di stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o condizione medica (per es., disturbo psicotico, disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo dello sviluppo intellettivo [disabilità intellettiva], sindrome di Lesch-Nyhan, disturbo stereotipato del movimento con autolesività, tricotillomania [disturbo da strappamento di peli], disturbo da escoriazione [stuzzicamento della pelle]).

Identificare le diverse forme che il disturbo può assumere è utile per fare chiarezza e facilitare un intervento tempestivo.

Le **3 categorie** di autolesionismo:

1. condotte di **auto-danno**, come abuso di sostanze psicoattive, sessualità promiscua e gioco d'azzardo;
2. le condotte di **auto-avvelenamento**, come l'ingestione di sostanze tossiche e l'overdose di droghe;
3. le **condotte autolesive**, come tagliarsi e bruciarsi.

Le 3 forme di autolesionismo moderato

L'autolesionismo moderato è definito **compulsivo** quando si declina in comportamenti quotidiani, come la *tricotillomania* (tirarsi i capelli) o l'*onicofagia* (mangiarsi le unghie); si tratta di una forma di discontrollo degli impulsi.

Episodico è invece il tentativo di riacquisire un senso di controllo e padronanza di fronte a emozioni e pensieri intollerabili, mettendo in atto comportamenti autolesivi come tagliarsi, bruciarsi o colpirsi.

Ripetitivo, infine, è una dipendenza dal comportamento autolesivo, che può diventare identitario (es. '*sono un cutter*').

Interesse per l'autolesionismo non suicidario

La ricerca sull'ANS è aumentata, in particolare negli ultimi due decenni. Negli ultimi 10-20 anni gli ospedali hanno visto un numero crescente di persone che praticano comportamenti autolesivi, con o senza intenti suicidari. L'autolesionismo può generalmente essere considerato un problema di salute in crescita in tutto il mondo e le persone che adottano questo comportamento sono ad alto rischio di successivo suicidio, quindi è importante identificarle e intraprendere azioni preventive. Alcune evidenze mostrano che le persone, che contattano i servizi sanitari prima di un episodio autolesionista o di un tentativo di suicidio, *lamentano spesso problemi fisici* piuttosto che psicologici. In uno studio è emerso che bambini e adolescenti che iniziano a mettere in atto comportamenti autolesivi hanno più contatti con i servizi sanitari e più ricoveri per cause non psichiatriche prima di qualsiasi episodio di autolesionismo rispetto ai loro coetanei che non hanno comportamenti autolesivi.

In uno studio successivo, gli stessi autori hanno scoperto che anche gli individui che avevano lamentato disturbi somatici nei 12 mesi precedenti un episodio di autolesionismo erano a maggior rischio di suicidio. Gli autori hanno concluso che è importante verificare un possibile rischio autolesionistico o suicidario negli adolescenti che accedono all'assistenza sanitaria per *sintomi somatici*. Un altro studio ha rilevato che due pazienti su tre arrivati in un ospedale di Oxford per NSSI erano stati visitati da un medico generico nel mese precedente l'episodio di autolesionismo e uno su tre lo aveva fatto nella settimana precedente. In particolare, il **36,1%** di coloro che erano stati visitati da un medico di base entro un mese prima dell'episodio di NSSI presentava **disturbi fisici**. Circa un paziente su tre ha avuto ideazione suicidaria durante la visita medica, ma solo il 13,3% ha riferito tali pensieri allo specialista in ospedale.

Alla luce di tali riscontri, alcuni autori hanno affermato che i pazienti autolesionisti manifestano il loro malessere attraverso sintomi somatici piuttosto che psichici. D'altra parte, diversi studi hanno evidenziato l'associazione tra autolesionismo e difficoltà nella regolazione delle emozioni e nell'identificare e comunicare i sentimenti. Nello specifico, in età adolescenziale, inoltre, le motivazioni alla base dell'autolesionismo sono principalmente legate alla gestione delle emozioni negative.

Sia nei pazienti psicosomatici che negli individui autolesionisti, il **corpo** serve come mezzo per far fronte al dolore psicologico.

Mentre i pazienti psicosomatici *esprimono il loro disagio psicologico sotto forma di disturbi fisici* (ad es. mal di testa, mal di stomaco, nausea, disturbi del sonno, vertigini, eruzioni cutanee o altri problemi della pelle), gli individui autolesionisti *feriscono la superficie del loro corpo* per contenere il loro dolore psicologico.

Né gli individui psicosomatici, né quelli autolesionisti possono mentalizzare ed esprimere i loro sentimenti negativi a parole, quindi *usano il loro corpo* per mostrare il loro dolore psicologico. Studi empirici hanno rilevato che l'*alessitimia*, cioè la difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti e nel modulare gli stati di eccitazione emotiva, è associata sia all'autolesionismo che al comportamento psicosomatico.

Una limitata capacità di identificare, comprendere ed esprimere uno stato emotivo può *aumentare il rischio di NSSI*. Uno studio italiano su una popolazione di adolescenti ha trovato un'associazione positiva tra la difficoltà nell'identificare e descrivere i propri sentimenti e il comportamento NSSI. Ha anche scoperto che le relazioni disfunzionali con coetanei e genitori possono aumentare il rischio di NSSI e ideazione suicidaria, compromettendo di conseguenza la capacità di un adolescente di identificare le proprie emozioni.

EPIDEMIOLOGIA

Il primo studio sulla prevalenza di NSSI in un campione scolastico degli adolescenti è stato pubblicato nel 2002 e ha riscontrato una prevalenza di “automutilazione” di circa il **14%**. Anche se c’è una scarsa conoscenza sulla prevalenza di NSSI prima degli anni 2000, le percentuali sono stati piuttosto stabili in tutto il mondo negli ultimi 20 anni tra i vari studi scientifici.

Una prevalenza life-time negli adolescenti del **17-18%** è stata trovata in due review indipendenti. Campioni di bambini e adolescenti che soddisfano i criteri del DSM-5 riportano percentuali inferiori che vanno **dall’1,5 al 6,7%**.

Negli adolescenti con patologie psichiatriche, la prevalenza di NSSI raggiunge il **60%** per un singolo episodio di autolesionismo e del **50%** per NSSI ripetitivo.

Il NSSI può verificarsi nel contesto di disturbi psichiatrici (disturbi affettivi, BPD, abuso di sostanze, disturbo d'ansia, disturbi da stress post-traumatico) ma anche senza una diagnosi psichiatrica concomitante. Ad oggi, esistono pochi studi sullo sviluppo longitudinale di NSSI. Uno studio longitudinale australiano ha dimostrato che i comportamenti autolesivi (compresi quelli suicidari) diminuiscono significativamente a partire dall'adolescenza (circa dai 15 anni) alla giovane età adulta (ai 29 anni di età circa).

Sebbene l'autolesionismo diminuisca significativamente nella tarda adolescenza, gli adolescenti con il NSSI ripetitivo sembrano essere ad alto rischio a causa delle continue strategie per cercare di contrastare le emozioni disfunzionali, anche dopo la cessazione dell'autolesionismo. Uno studio recente dimostra che gli adolescenti che avevano interrotto il NSSI ripetitivo mostravano alti livelli di abuso di sostanze.

L'autolesionismo e, inoltre, un fattore di rischio significativo per i tentativi di suicidio e suicidio. Uno studio recente ha riportato un aumento del rischio di suicidio in individui che si tagliano su aree del corpo diverse da braccia o polso.

È stata trovata un'associazione, in uno studio di follow-up su giovani adulti che avevano presentato NSSI da adolescenti, con l'aumentato rischio di sviluppare successivamente un BPD.

In sintesi, l'autolesionismo è molto presente in tutto il mondo negli adolescenti, sia in comunità che nella clinica. Anche se il NSSI, nella maggior parte delle persone che ne hanno sofferto, sembra cessare nella tarda adolescenza o nella prima età adulta, il comportamento autolesionistico ha elevate implicazioni cliniche a causa del rischio di varie successive patologie.

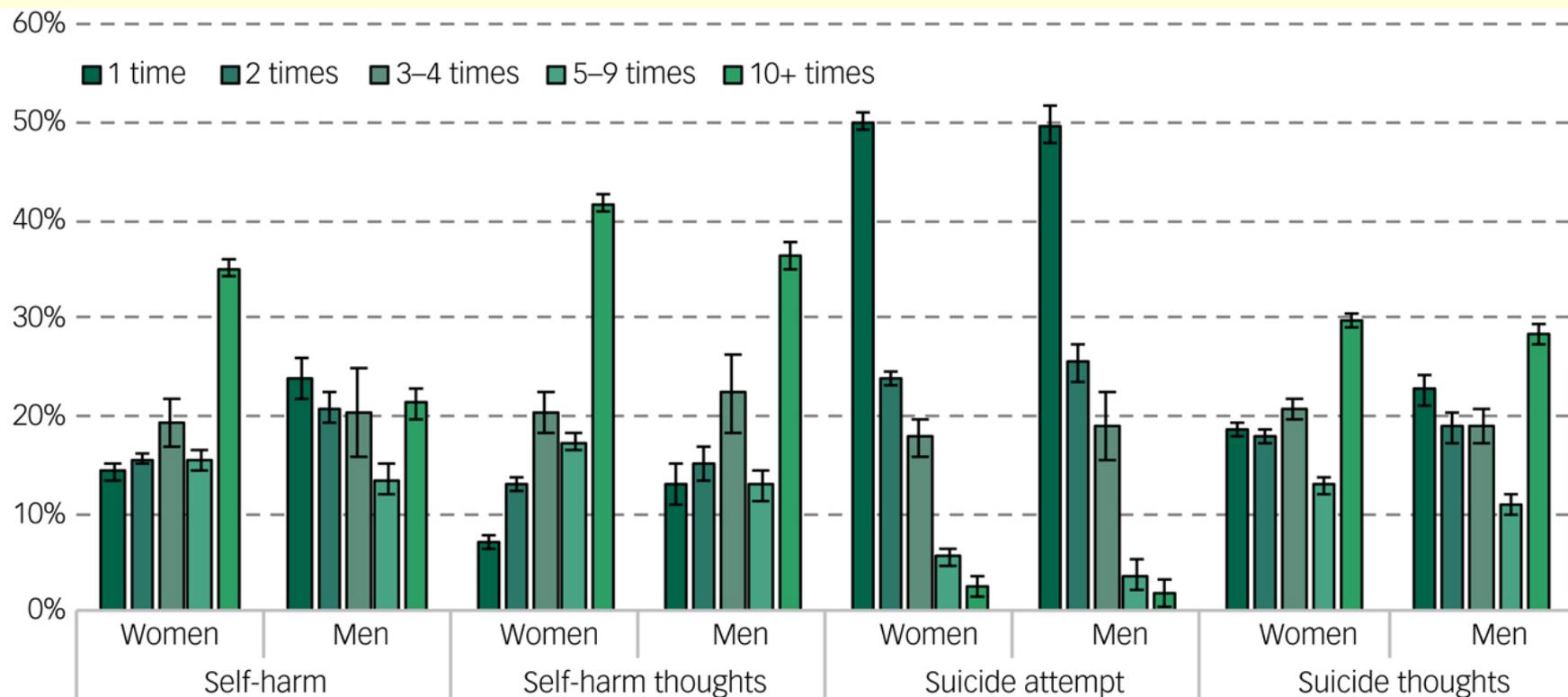
Epidemiologia del Self-Harm

Table 1 Number of hospital emergency presentations by area and year

From: [Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries \(PREP-kids\): a retrospective international cohort study](#)

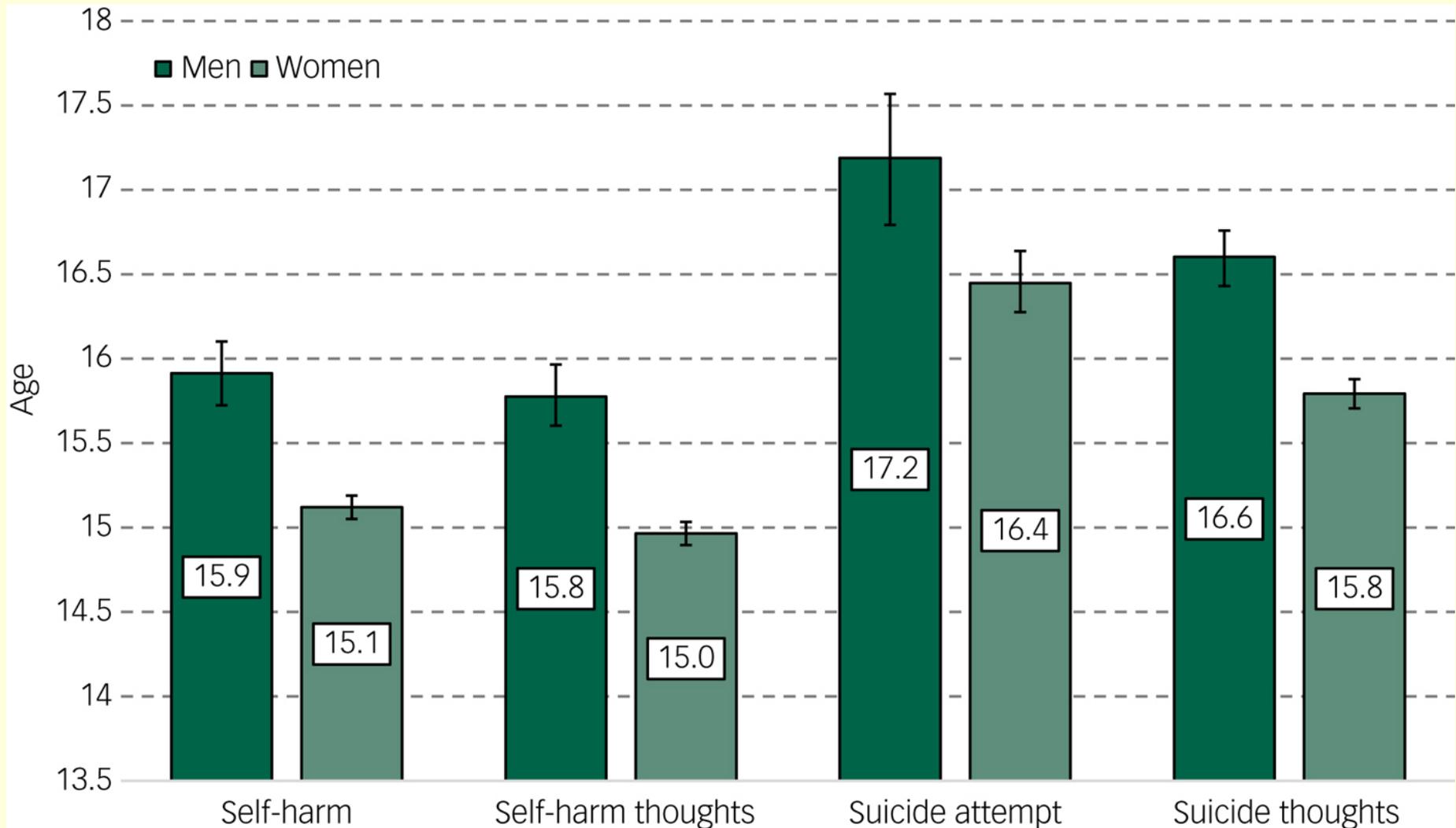
| Area | 2019 | 2020 | Total |
|---------------|------|------|-------|
| London | 261 | 157 | 418 |
| Manchester | 46 | 28 | 74 |
| Home counties | 304 | 217 | 521 |
| Livingstone | 83 | 55 | 138 |
| Edinburgh | 87 | 48 | 135 |
| Dublin | 96 | 86 | 182 |
| Cagliari | 53 | 27 | 80 |
| Turin | 15 | 13 | 28 |
| Vienna | 211 | 160 | 371 |
| Budapest | 21 | 9 | 30 |
| Belgrade | 22 | 8 | 30 |
| Istanbul | 12 | 10 | 22 |
| Muscat | 15 | 12 | 27 |
| Dubai | 13 | 4 | 17 |
| Total | 1239 | 834 | 2073 |

Autolesionismo, pensieri autolesionistici, tentati suicidi, pensieri suicidari divisi per sesso e numero di volte



| | Women | Men | Women | Men | Women | Men | Women | Men |
|-----------|-----------|--------|--------------------|--------|-----------------|--------|------------------|--------|
| | Self-harm | | Self-harm thoughts | | Suicide attempt | | Suicide thoughts | |
| 1 time | 14.3 % | 23.8 % | 7.2 % | 13.1 % | 50.1 % | 49.8 % | 18.6 % | 22.7 % |
| 2 times | 15.6 % | 20.8 % | 13.2 % | 15.2 % | 23.8 % | 25.6 % | 17.9 % | 18.9 % |
| 3-4 times | 19.4 % | 20.5 % | 20.4 % | 22.3 % | 17.8 % | 18.9 % | 20.7 % | 19.0 % |
| 5-9 times | 15.5 % | 13.5 % | 17.3 % | 12.9 % | 5.6 % | 3.7 % | 12.9 % | 11.0 % |
| 10+ times | 35.1 % | 21.4 % | 41.8 % | 36.5 % | 2.6 % | 2.0 % | 29.8 % | 28.4 % |

Età del primo tentativo o pensiero di autolesionismo o di suicidio



AUTOLESIONISMO E ADOLESCENZA

L'**autolesionismo** è molto diffuso tra gli adolescenti e i giovani adulti. L'incidenza di tale fenomeno in queste fasce d'età oscilla tra il 15-20% (Ross et al., 2002) e l'esordio si aggira tra i 13 e i 14 anni (Herpertz, 1995; Nock et al., 2006; Withlock et al. 2006, Ross et al., 2002). Ricerche recenti suggeriscono che **pensieri** e **comportamenti autolesivi** si manifestino anche in soggetti più giovani, minori di 14 anni; hanno riscontrato inoltre che i **pensieri autolesivi** nelle ragazze tra i 13 e i 14 hanno una prevalenza del 22%, e fino al 15% di esse hanno tentato di farsi del male almeno una volta negli ultimi 6 mesi (Stallard et al., 2013).

L'**autolesionismo in adolescenza** è associato a depressione, stress, ansia, disturbi della condotta e abuso di sostanze (Nock et al., 2006) e a relazioni familiari disfunzionali, isolamento sociale e basso rendimento scolastico (Fliege et al., 2009).

Prevalenza

In una meta-analisi internazionale, la prevalenza del disturbo da autolesività non suicidaria è risultata modestamente più alta nelle *ragazze/donne* che nei ragazzi/uomini in contrasto con il comportamento suicidario in cui rapporto di genere F-M è molto più alto. Nei diversi contesti culturali il rapporto di genere può variare essendo più diffuso nelle F (per es. studentesse delle scuole superiori nelle zone rurali della Cina) e in altri tra i M (per es., giovani tra gli 11 e i 19 anni in Giordania). È comunque più comune nelle minoranze sessuali, soprattutto tra coloro che si identificano come bisessuali.

Sviluppo e decorso

Esordio: dalla prima fino alla media adolescenza nella maggior parte dei casi. Può continuare per molti anni. L'età di esordio più precoce sono associate a manifestazioni più gravi.

Decorso: può avere il suo picco intorno ai 20 e poi declinare in età adulta. Sono necessarie ulteriori ricerche prospettiche per avere la storia naturale del disturbo e gli elementi che favoriscono o inibiscono il suo decorso. Gli individui spesso apprendono il comportamento attraverso il suggerimento o l'osservazione di qualcun altro, i media o i social media.

Gli individui che vengono a contatto con altre persone che praticano l'autolesionismo non suicidario in ambienti ospedalieri, scolastici, penitenziari e comunitari hanno maggior probabilità di metterlo in atto per meccanismi di *modeling* o *apprendimento sociale*.

Cultura di appartenenza: Può essere un modo di esprimere l'appartenenza a un gruppo piuttosto che un disagio individuale o il bisogno di regolazione delle emozioni, come suggerito dalle ricerche sui gruppi giovanili "alternativi" (per es., emo, punk, goth) in Germania. In questi casi il disturbo da autolesività non suicidaria non dovrebbe essere diagnosticato.



CONEGLIANO (TREVISO) - **Si sfregiano il volto per procurarsi la cosiddetta "cicatrice francese".** E' la nuova "sfida" che si sta diffondendo tra i ragazzi attraverso i social. In particolare TikTok. Ed è arrivata anche nella Marca. **Le prime segnalazioni riguardano alcuni alunni delle scuole nella zona di Montebelluna e di Conegliano.** Soprattutto alle medie e ai primi anni delle superiori. **I ragazzi, in sostanza, si stringono con forza gli zigomi fino a procurarsi dei lividi sulla faccia.** Perché? L'obiettivo, alla fine, è apparire come dei duri che sono appena usciti da qualche rissa. I lividi generalmente durano da alcune settimane a qualche mese. **Ma la pratica può essere pure più rischiosa. E non è possibile escludere danni anche gravi alla pelle.** Nei giorni scorsi alcuni genitori hanno scritto ai presidi degli istituti comprensivi chiedendo, per quanto possibile, di innalzare il livello di guardia per provare ad arginare la diffusione di questa moda. E anche le scuole superiori sono pronte a prestare la massima attenzione. «I numeri sono ancora ristretti, ma sappiamo che si stanno diffondendo questi comportamenti - fa il punto Mariagrazia Morgan, dirigente scolastica dell'istituto enologico Cerletti di Conegliano - a quanto pare, tra l'altro, **si tratta di una vera e propria moda** e non di azioni dovute a difficoltà di natura psicologica».

Associazione con pensieri o comportamenti suicidari

L'uso pregresso di più metodi di autolesionismo non suicidario, l'alta frequenza di atti autolesivi, l'età più giovanile all'esordio e l'uso dell'autolesività per ottenere sollievo dal disagio interno o per autopunirsi sono fortemente predittivi sia dell'ideazione suicidaria che dei tentativi di suicidio.

Conseguenze funzionali del NSSI

L'uso di tagliarsi potrebbe essere compiuto per mezzo di strumenti condivisi aumentando le possibilità di contagio di malattie a trasmissione ematica. Inoltre possono essere presenti ustioni gravi, infezioni dovute alla scarsa cura delle ferite e cicatrici permanenti che hanno un impatto negativo sull'individuo.

Diagnosi differenziale

Disturbo borderline di personalità: i soggetti con NSSI non hanno gli altri pattern del borderline. Spesso però il disturbo è in *comorbidità* con altri disturbi: depressivi, alimentari, abuso di sostanze.

Comportamento suicidario: cambia l'obiettivo - provare *sollievo* nel NSSI, desiderio di *morire* nel comportamento suicidario.

Tricotillomania: se il NSSI è limitato a tirarsi i capelli dovrebbe essere diagnosticata la tricotillomania al posto del disturbo da autolesività non suicidaria.

Disturbo da movimenti stereotipati: comportamento motorio ripetitivo (es., dondolare il corpo, scuotere le mani, battere la testa, mordere se stessi, ...) che può talvolta sfociare nell'autolesionismo ed è associato spesso a un disturbo dello sviluppo neurologico o a un fattore ambientale (esposizione all'alcool nella gravidanza). Se il comportamento autolesivo soddisfa i criteri per il disturbo da movimenti stereotipati dovrebbe essere diagnosticata al posto del disturbo da autolesività non suicidaria.

Disturbo da escoriazione: se il comportamento autolesivo si limita allo *skin picking*, si dovrebbe porre diagnosi di disturbo da escoriazione.

Correlazioni con il suicidio

Il tentativo di suicidio

Si intende un comportamento suicidario che non ha come risultato la morte del soggetto.

Può indicare:

- ✓ una condotta che non comportava realmente un pericolo di morte (tentativi lievi, mezzi usati non letali, ...) e l'intenzione di suicidarsi è poco consistente.
- ✓ Risultato di una seria intenzione, ma l'esito letale è stato impedito da circostanze esterne  sono “**suicidi mancati**”

Parasuicidio

Il termine tecnico è “**parasuicidio**” e comprende tutti i comportamenti suicidari indipendentemente dal grado di consapevolezza e di intenzionalità.

Al di là della variabile della pericolosità per la vita un gesto suicidario va sempre preso in seria considerazione nel momento in cui viene riconosciuto.

Infatti ...

... il 20 % dei soggetti che tenta il suicidio lo ripete entro l'anno successivo e il 10% morirà per suicidio.

 È sempre una richiesta di aiuto che va presa sul serio



Intenzionalità suicidaria

Indica l'aspettativa che il soggetto nutre circa il proprio gesto, ossia l'intensità del desiderio di ottenere la morte, quale scopo della propria azione.

Il concetto di *letalità* si riferisce al danno fisico obiettivabile che consegue al gesto e che dipende dalle modalità prescelte. Va distinto dal concetto di aspettativa poiché l'individuo potrebbe non conoscere la reale letalità di un metodo rispetto a un altro.

Epidemiologia e fattori di rischio

Nel 2017 negli Stati Uniti vi sono stati più di 47.000 decessi legati al suicidio.³ Il suicidio rappresenta la seconda causa di morte nelle persone tra i 10 e i 34 anni e la decima causa di morte in generale tra gli adulti.⁴ Negli Stati Uniti tra il 2005 e il 2015 i tassi di suicidio sono aumentati dal 20% al 30%.⁵ Tra i suicidi completati, circa il 50% è avvenuto utilizzando armi da fuoco, mentre altre cause includono l'impiccagione o il soffocamento (28%) e l'avvelenamento, tra cui l'overdose da farmaci (14%).⁴

Per le donne il rischio suicidario è circa il doppio rispetto agli uomini⁶; tuttavia, gli uomini hanno probabilità quasi quattro volte maggiori di morte per suicidio.³ Gli uomini hanno infatti una maggiore propensione ad utilizzare mezzi violenti, tra cui le armi da fuoco o il ricorso all'impiccagione, mentre le donne ricorrono solitamente a metodi passivi come l'avvelenamento.⁴

I tassi di suicidio sono maggiori nelle persone tra i 45 e i 54 anni e tra i 75 e gli 84 anni. Tuttavia, l'aumento negli altri gruppi di età ha quasi eliminato le differenze tra i diversi gruppi. I pensieri, i piani e i tentativi di suicidio sono maggiori tra i 18 e i 25 anni rispetto alle altre fasce di età.⁷ Gli individui caucasici hanno probabilità di morte per suicidio circa doppie rispetto alla popolazione nera o ispanica.³ Rispetto ai loro coetanei eterosessuali, gli uomini e le donne omosessuali hanno il doppio delle probabilità di morire per suicidio e più del 40% degli individui transgender ha tentato il suicidio nel corso della vita.^{8,9} Le persone che vivono in zone rurali hanno maggiori probabilità di suicidarsi e di farlo utilizzando armi da fuoco.

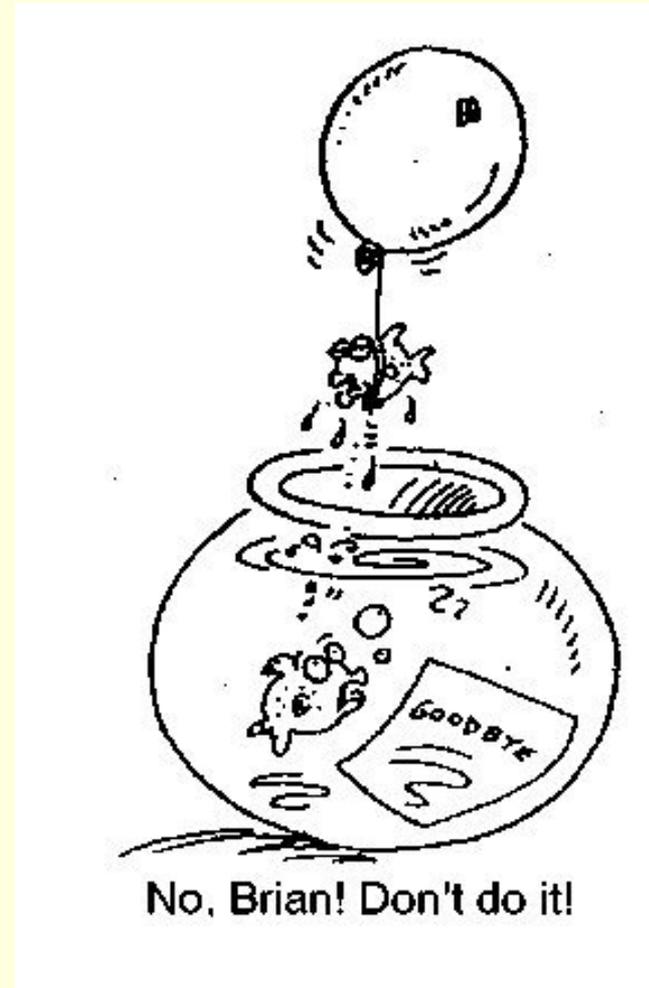
Anche gli Indiani d'America non ispanici ed i nativi dell'Alaska che vivono in zone rurali sono a maggior rischio di suicidio.¹⁰ Uno tra i fattori di rischio più spesso presenti nei pazienti che tentano il suicidio o lo portano a termine è rappresentato dalle malattie psichiatriche, soprattutto nei pazienti che hanno già tentato il suicidio in passato. Tali condizioni includono i disturbi d'ansia, dell'umore, i disturbi psicotici e secondari ad abuso di sostanze.^{7,10,11} Sebbene le persone con disturbi depressivi abbiano un rischio maggiore, l'abuso di sostanze, in assenza di altre comorbidità psichiatriche, rappresenta un fattore di rischio suicidario significativo in quanto può essere utilizzato per mascherare altre patologie o può diminuire l'inibizione aumentando così il rischio di suicidio. Tra i malati con disturbi psicotici sono a maggior rischio i pazienti affetti da schizofrenia con allucinazioni uditive che li istruiscono a farsi del male (ovvero allucinazioni di comando), oltre a coloro con frequenti e gravi esacerbazioni, paura di un ulteriore declino psichiatrico, o con una significativa compromissione funzionale.¹² Anche alcune patologie organiche, come ad esempio condizioni di salute terminali, la malattia polmonare cronica ostruttiva, il dolore cronico e le lesioni cerebrali traumatiche aumentano il rischio di suicidio.¹³ Una sintesi dei fattori di rischio è disponibile nella *Tabella 1*.^{3,11,12,14-16}

Epidemiologia

In tutto il mondo si registrano più di 800.000 suicidi ogni anno su un totale di 10 milioni di tentativi di suicidio (1 suicidio = 25 tentati suicidi).

Un suicidio ogni 40 secondi e un tentativo ogni 3 secondi. Si prevede che nel 2030 il suicidio rappresenterà la prima causa di morte nei paesi occidentali.

Attualmente è una delle prime cause di mortalità nei giovani compresi tra 15 e 34 anni.



| Tassi di suicidio per 100.000 abitanti* | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Stati | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Lituania | 33,38 | 30,69 | 36,12 | 31,51 | 30,28 | 28,27 |
| Lettonia | 21,23 | 21,82 | 19,05 | 18,96 | 19,34 | 18,56 |
| Slovenia | 21,71 | 21,53 | 21,70 | 18,87 | 20,72 | 18,09 |
| Ungheria | 24,64 | 24,11 | 21,22 | 19,42 | 19,03 | 17,98 |
| Belgio | 19,25 | 18,76 | 17,27 | 17,28 | 16,85 | 17,11 |
| Croazia | 16,57 | 18,23 | 16,18 | 16,84 | 17,32 | 16,00 |
| Estonia | 16,31 | 18,40 | 16,96 | 18,31 | 15,89 | 14,31 |
| Finlandia | 16,91 | 16,14 | 16,36 | 14,55 | 13,46 | 14,26 |
| Austria | 15,54 | 15,20 | 15,35 | 15,26 | 14,48 | 13,69 |
| Francia | 16,86 | 15,75 | 15,47 | 14,13 | 14,14 | 13,21 |
| Repubblica Ceca | 15,20 | 15,97 | 15,18 | 14,36 | 13,24 | 12,57 |
| Polonia | 16,04 | 16,71 | 16,35 | 15,51 | 14,24 | 12,28 |
| Svezia | 11,99 | 12,39 | 13,03 | 12,12 | 12,33 | 11,73 |
| Germania | 11,90 | 11,52 | 11,79 | 11,94 | 11,67 | 11,29 |
| Paesi Bassi | 10,01 | 10,66 | 11,32 | 11,12 | 11,28 | 11,28 |
| Ue 28 | 11,68 | 11,73 | 11,67 | 11,25 | 10,91 | 10,33 |
| Danimarca | 11,11 | 12,22 | 11,28 | 11,91 | 10,21 | 10,19 |
| Romania | 13,00 | 12,67 | 12,23 | 11,33 | 11,43 | 10,13 |
| Lussemburgo | 11,48 | 10,69 | 9,29 | 13,36 | 13,91 | 9,38 |
| Irlanda | 12,09 | 12,12 | 11,07 | 10,79 | 9,47 | 9,37 |
| Bulgaria | 10,40 | 12,11 | 9,78 | 9,91 | 9,33 | 9,24 |
| Portogallo | 9,51 | 9,98 | 9,78 | 11,28 | 10,38 | 8,95 |
| Slovacchia | 10,60 | 11,12 | 12,07 | 10,76 | 9,19 | 7,48 |
| Spagna | 6,74 | 7,43 | 8,14 | 8,17 | 7,51 | 7,41 |
| Regno Unito | 6,71 | 7,22 | 7,36 | 7,08 | 7,35 | 7,23 |
| Italia | 6,51 | 6,68 | 6,64 | 6,32 | 6,07 | 5,85 |
| Malta | 4,49 | 6,40 | 5,05 | 8,26 | 7,64 | 5,33 |
| Grecia | 4,20 | 4,41 | 4,76 | 4,99 | 4,69 | 4,29 |
| Cipro | 3,97 | 3,82 | 5,19 | 4,50 | 4,45 | 3,89 |
| * Stati in classifica secondo il dato 2016 | | | | | | |
| Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Eurostat 2019 | | | | | | |

La situazione italiana

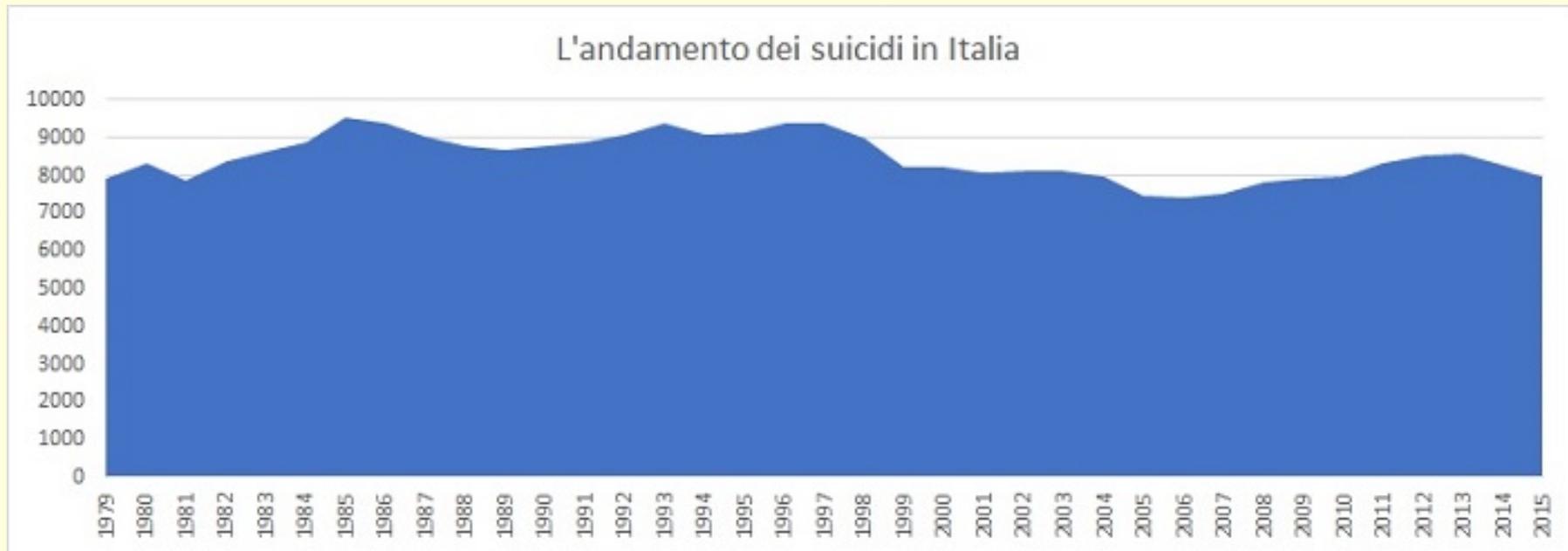
Sono 4.000 i suicidi registrati ogni anno nel nostro Paese; 3.780 nel 2016, ultimo anno in cui si possiedono dati statistici. Sappiamo che dall'1 gennaio al 31 dicembre del 2022, in Italia si sono registrati 595 suicidi e 598 tentativi (un suicidio ogni 16 ore).

Minimo storico nel 2006/7 poi con la crisi economica del 2008 è risalito.

Gli uomini sono il 78.8% del totale e il picco è nel Nord Est.

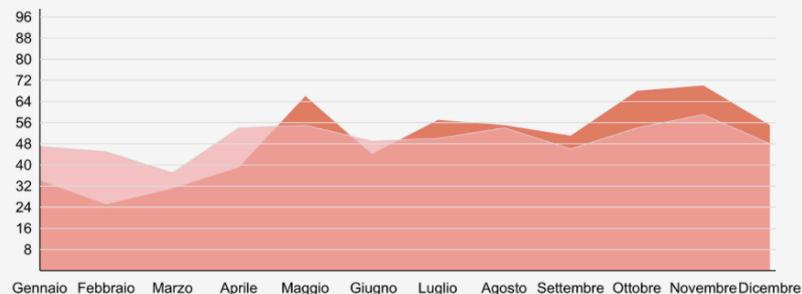
Dopo i 70 anni per gli uomini il dato è di 20 su 100.000 mentre per le donne è del 4 su 100.000.

Grafico dell'andamento dei suicidi in Italia dal 1979 al 2015



OSSERVATORIO SUICIDI (ANNO 2022)

**DAL PRIMO GENNAIO 2022 AL 31
DICEMBRE 2022 SI CONTANO:
SUICIDI: 595
TENTATI SUICIDI: 598**



Suicidi ogni 100.000 abitanti all'anno

In vetta alla classifica troviamo la *Groenlandia* con 75.1 su 100.000 abitanti, poi nei primi dieci posti molti paesi dell'ex Unione Sovietica (*Lituania*: 28.27 che è al secondo posto; **Lettonia**: 18.56), terza la *Corea del Sud* con: 26.6. Sono bassi in Europa mediterranea e nei paesi a predominanza cattolica: Paraguay, Colombia, Filippine. In **Italia** nel 2016 il dato era di **5.85**. Nel nostro paese, nonostante gli anziani rappresentino circa il 20% della popolazione generale, essi contribuiscono per oltre un terzo al numero complessivo di suicidi. E tra questi quelli più a rischio sono gli ultra 80enni.

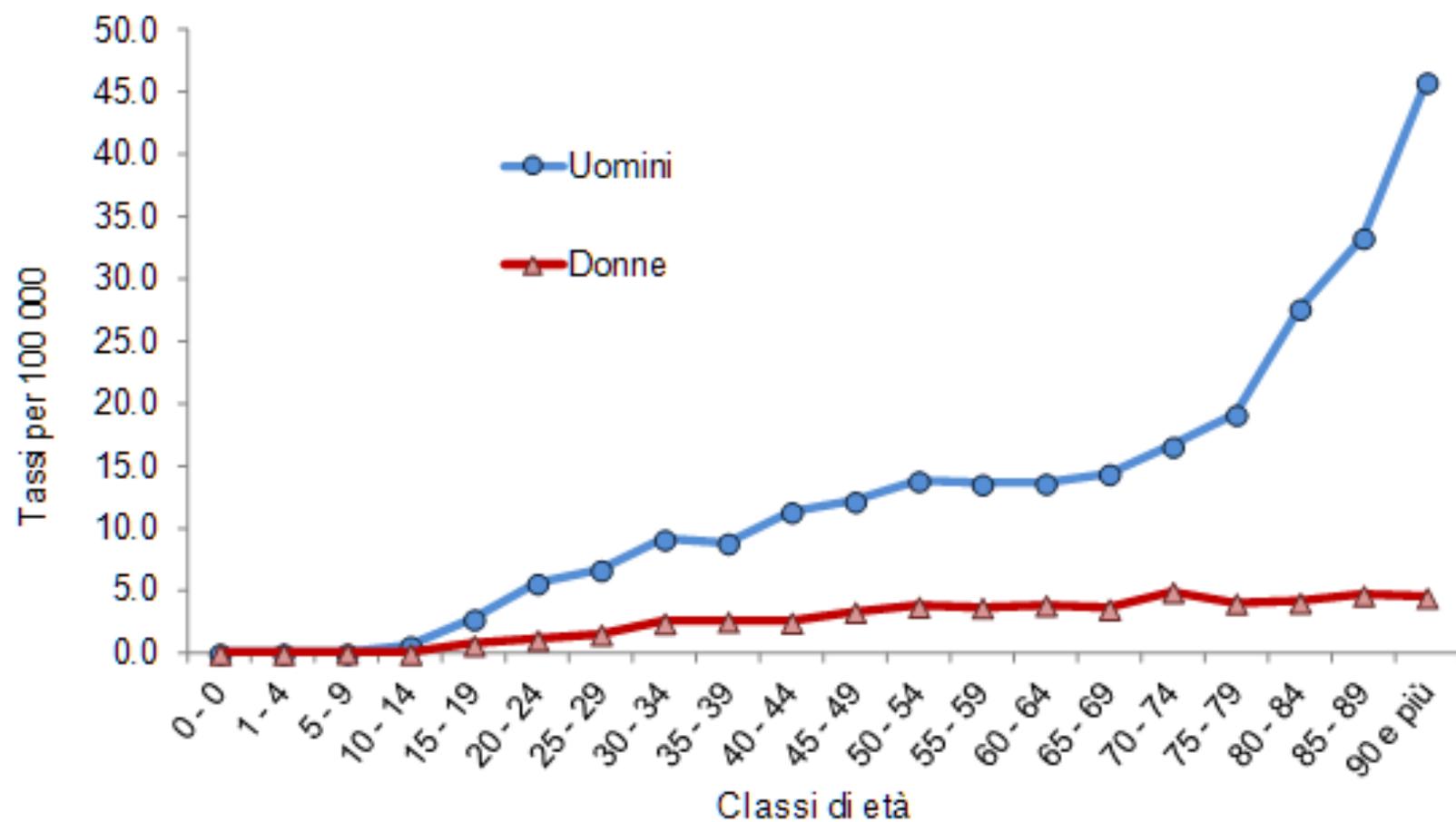


Figure 1. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2016

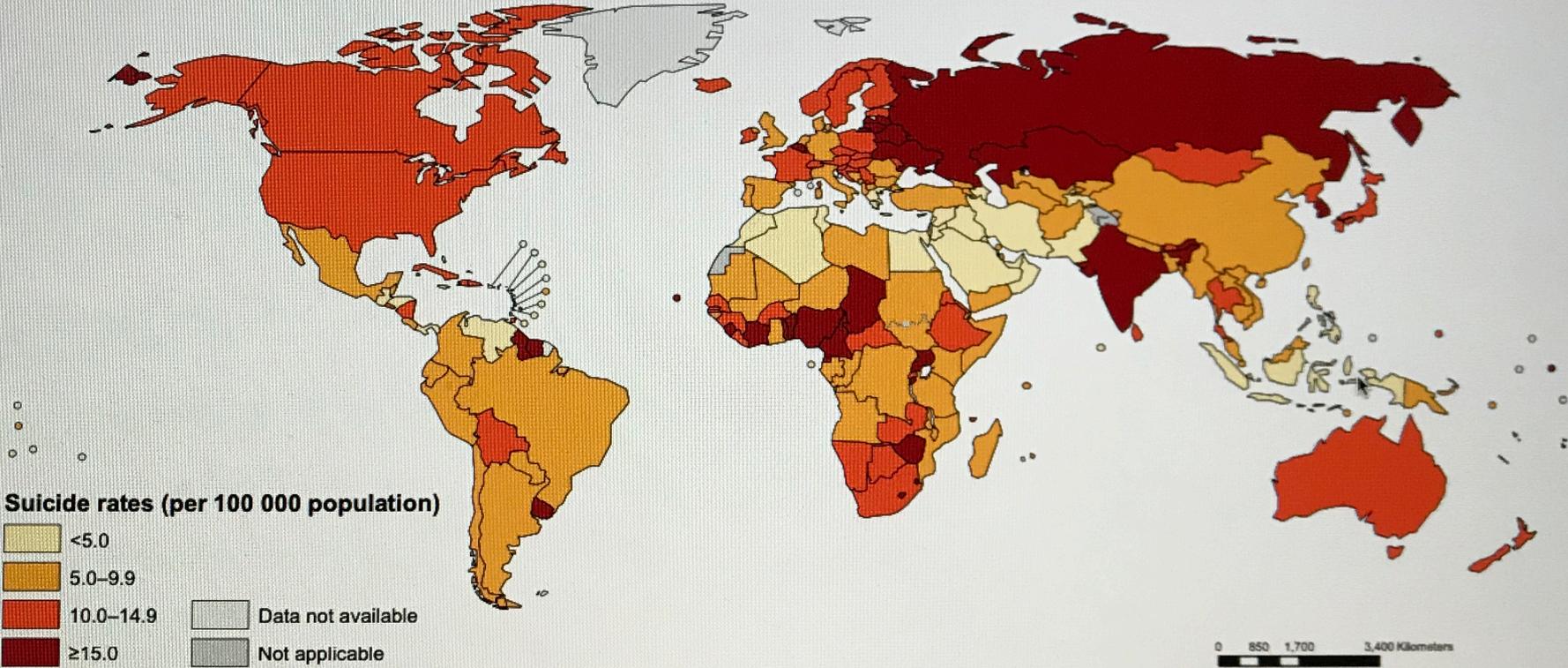


Figure 2. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), females, 2016

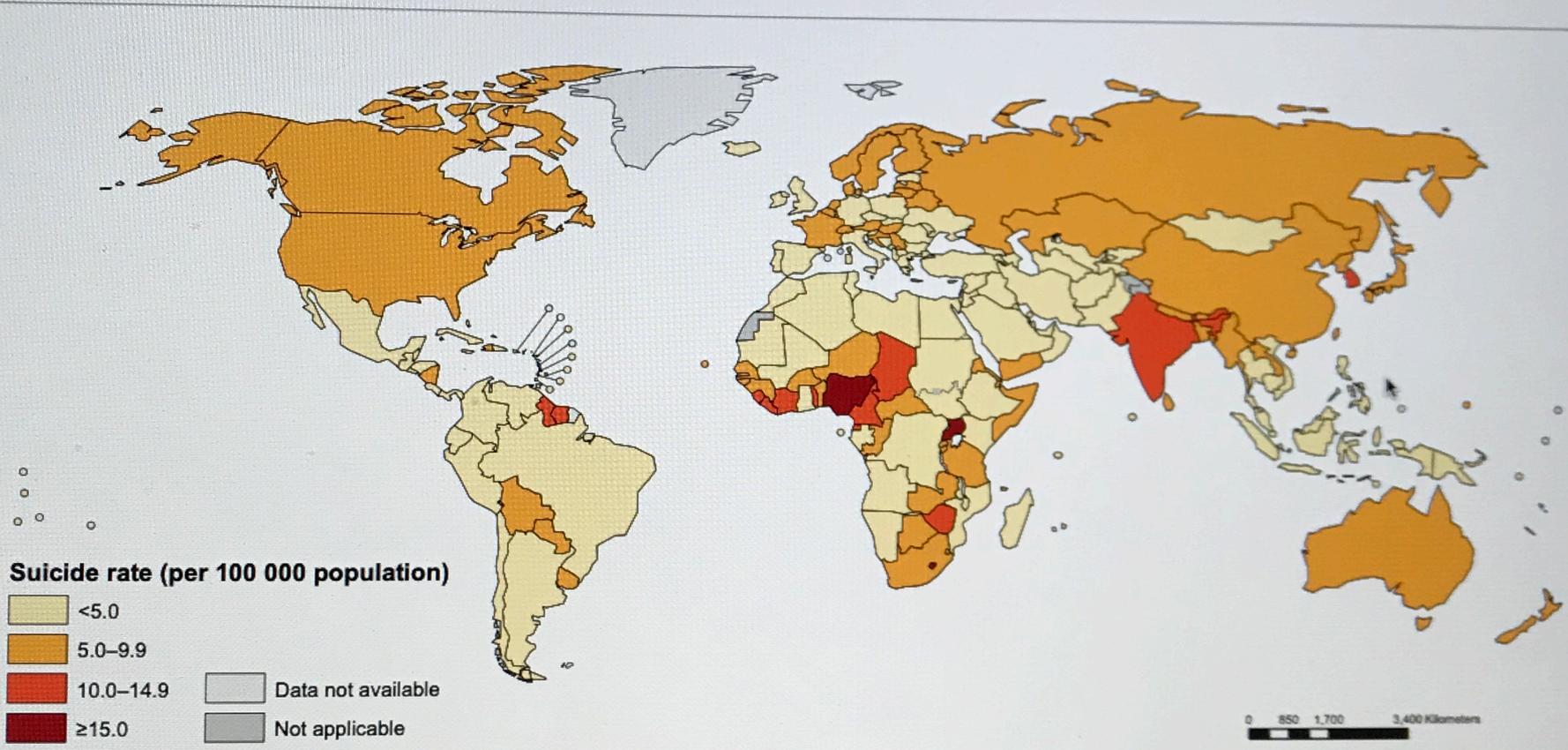
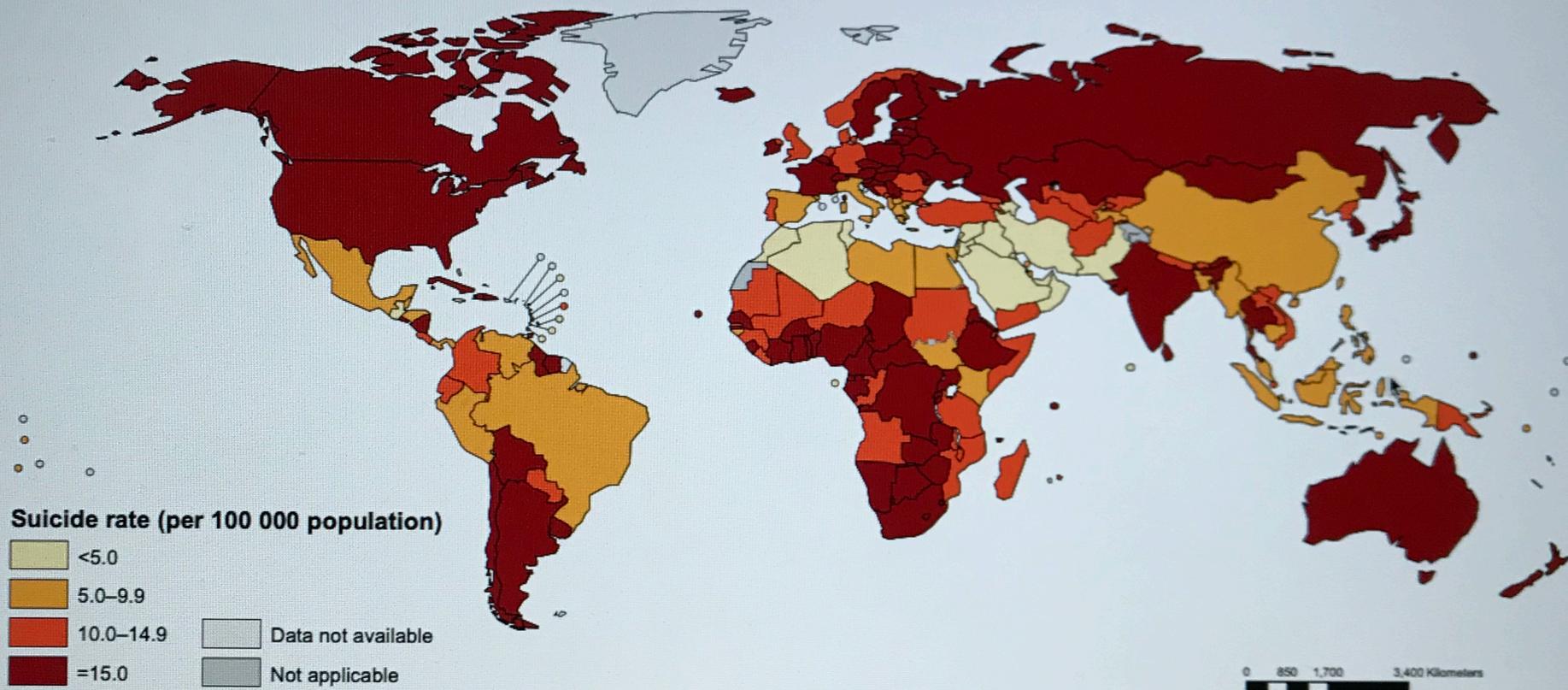


Figure 3. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), males, 2016



Number of suicides globally in young people, 2016

■ Females ■ Males ■ Both

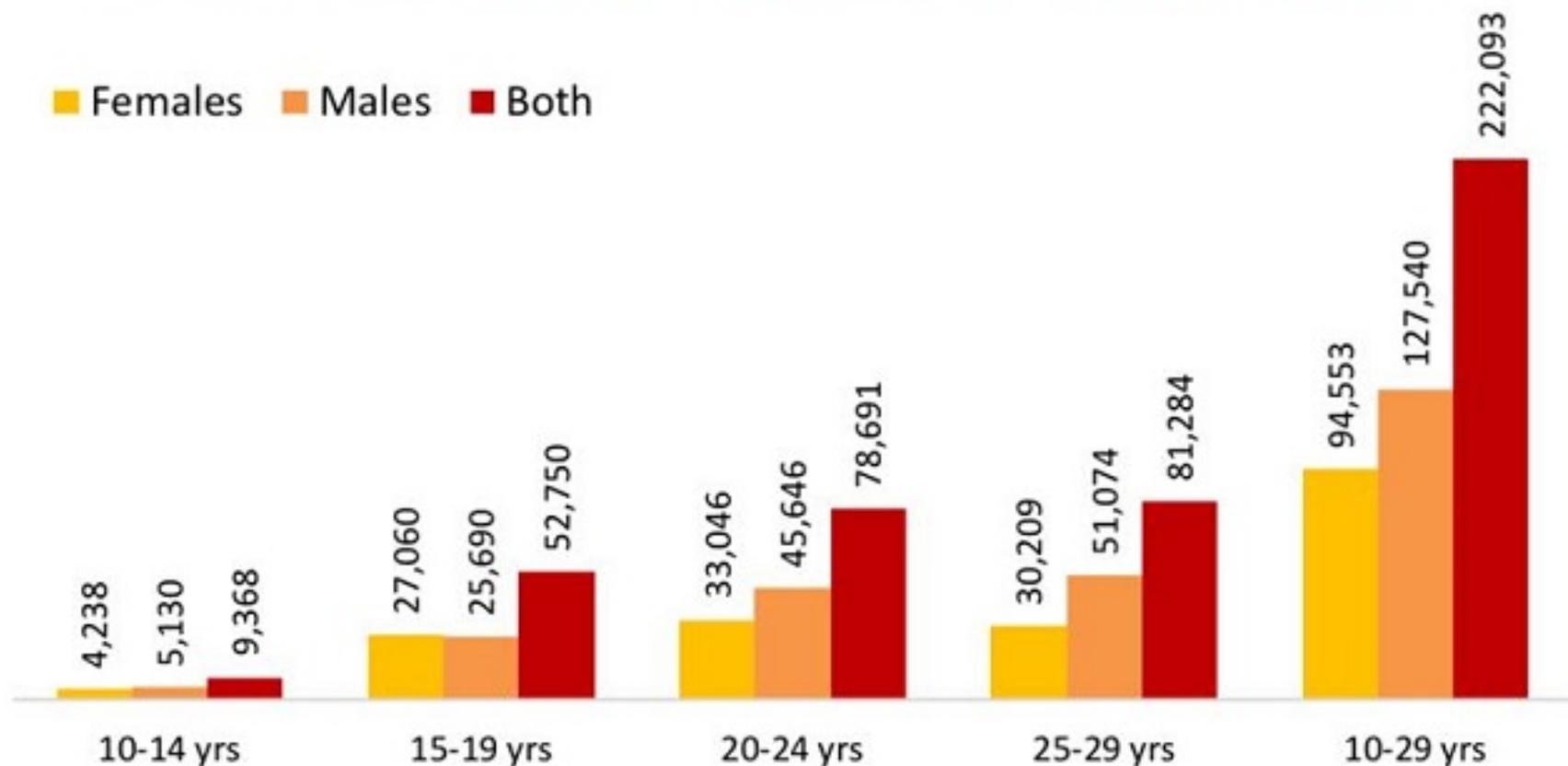


Figure 6. Top three causes of death, ages 15-29 years, 2016

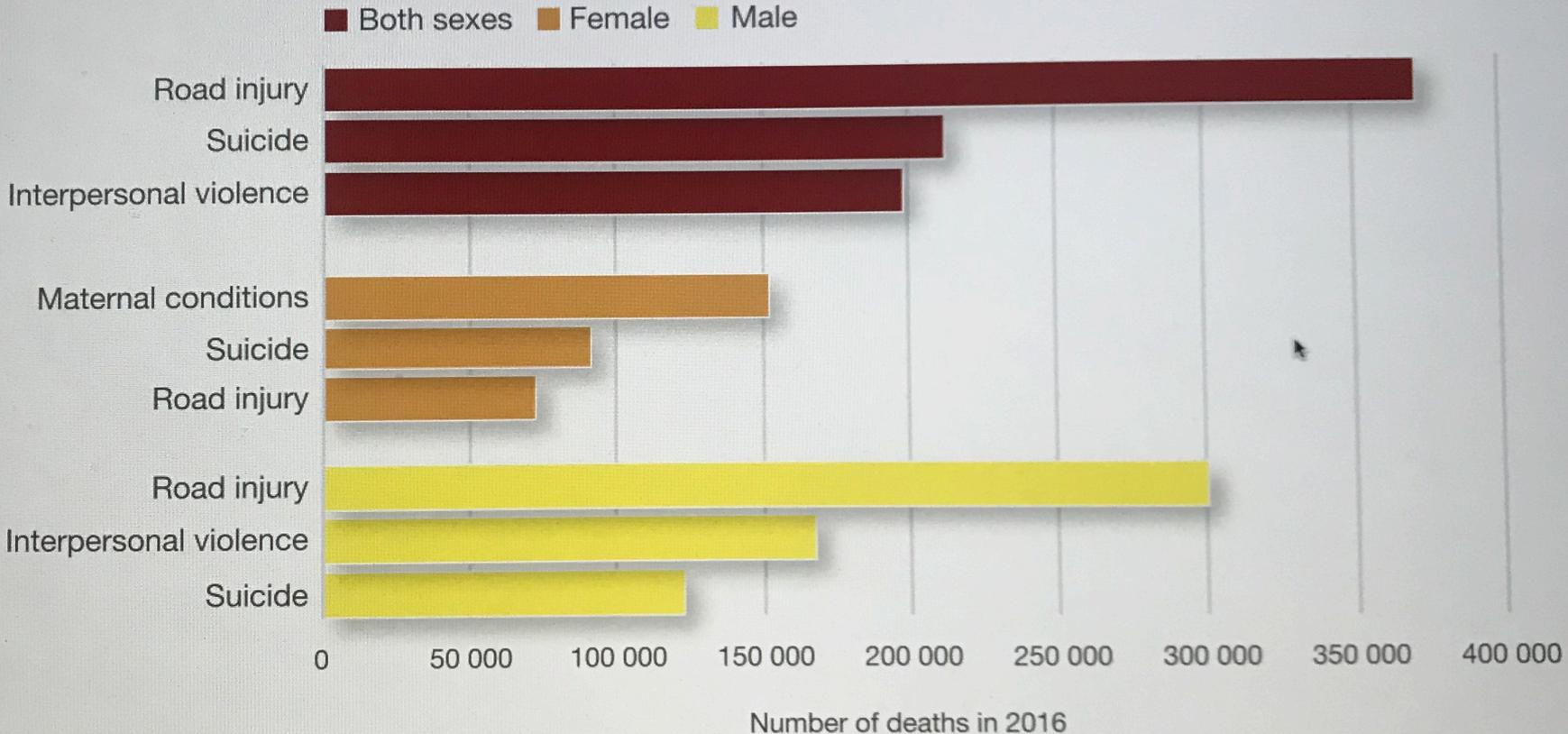
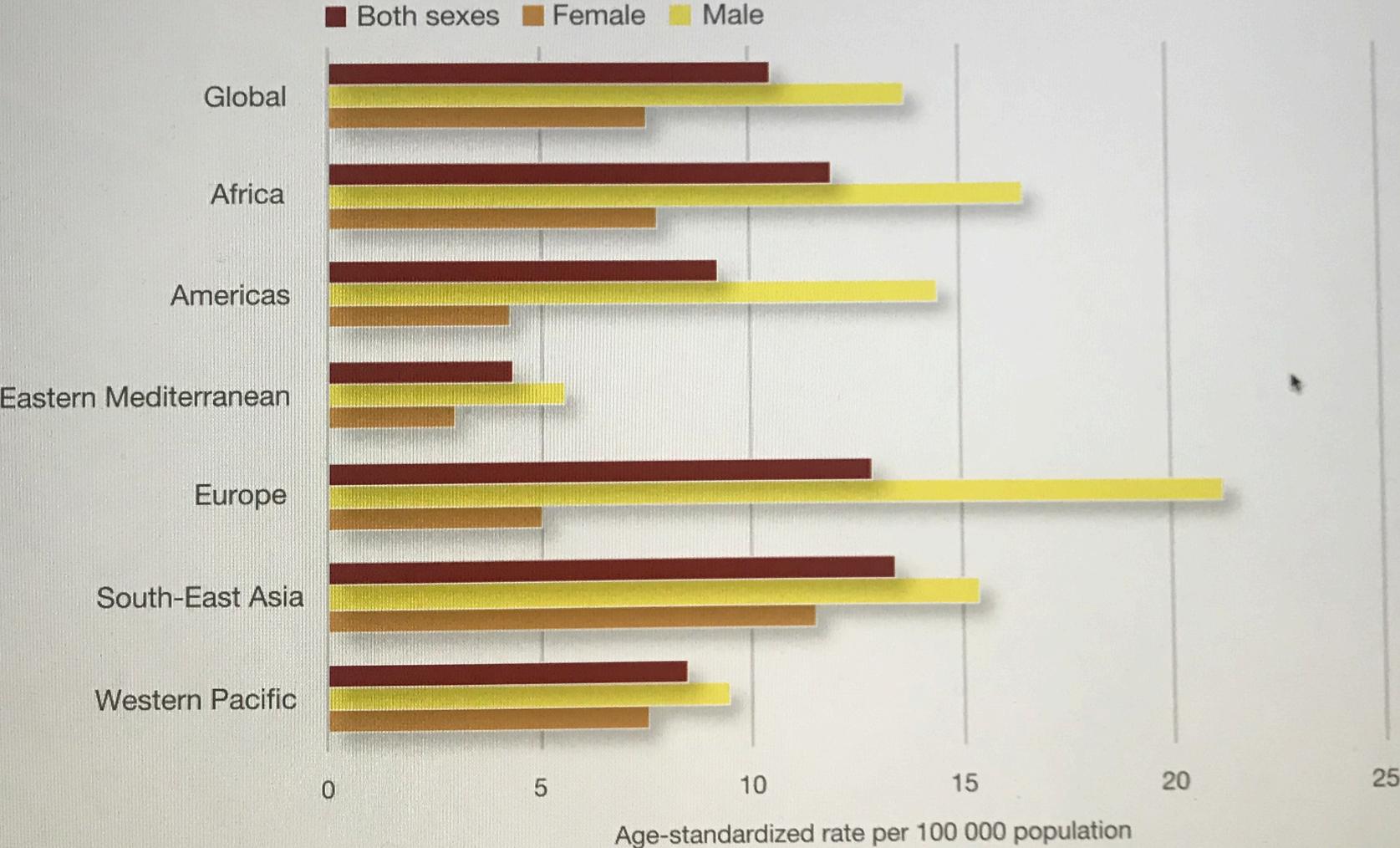


Figure 7. Top three causes of death, ages 15-19 years, 2016

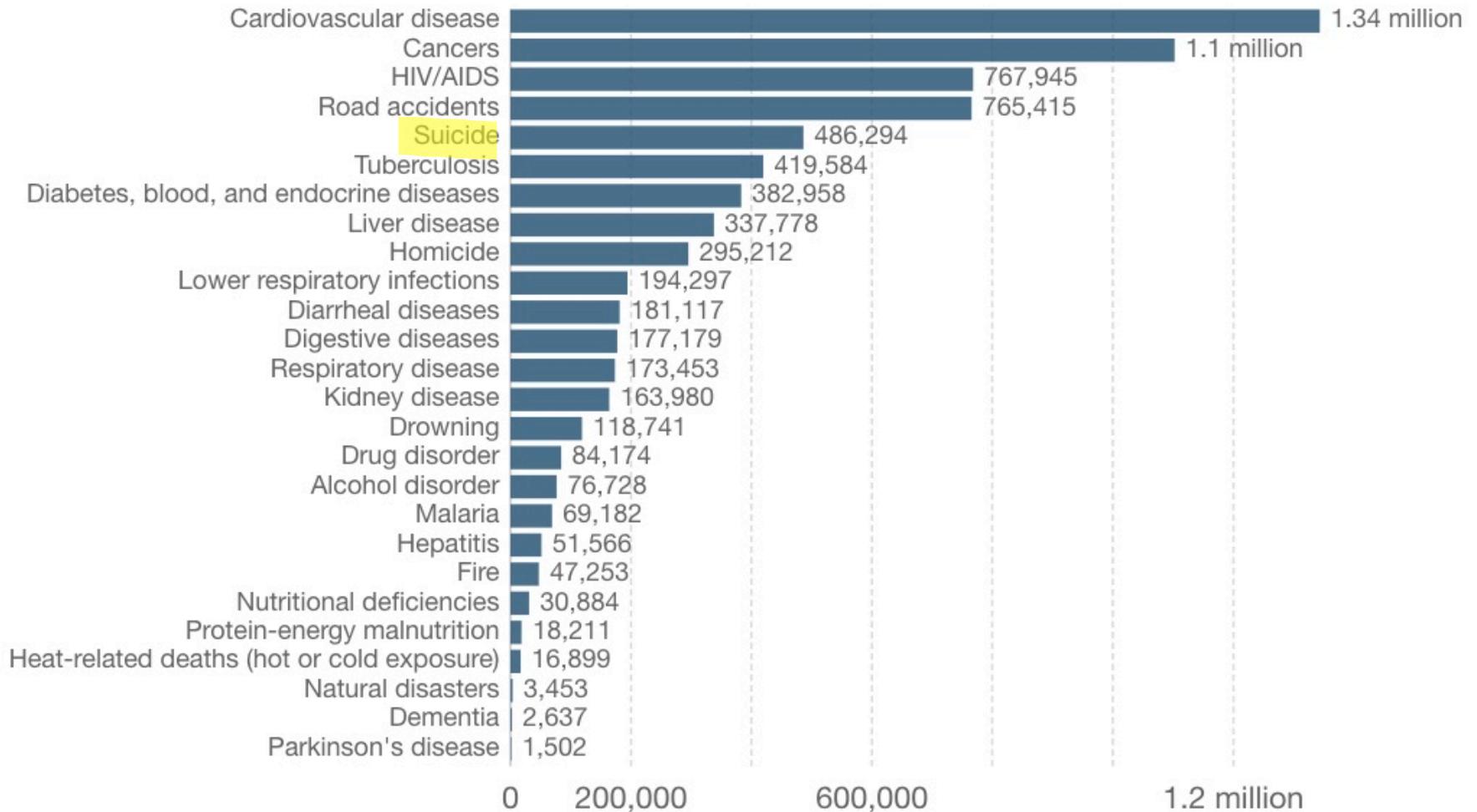


Figure 8. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population) by WHO region, 2016



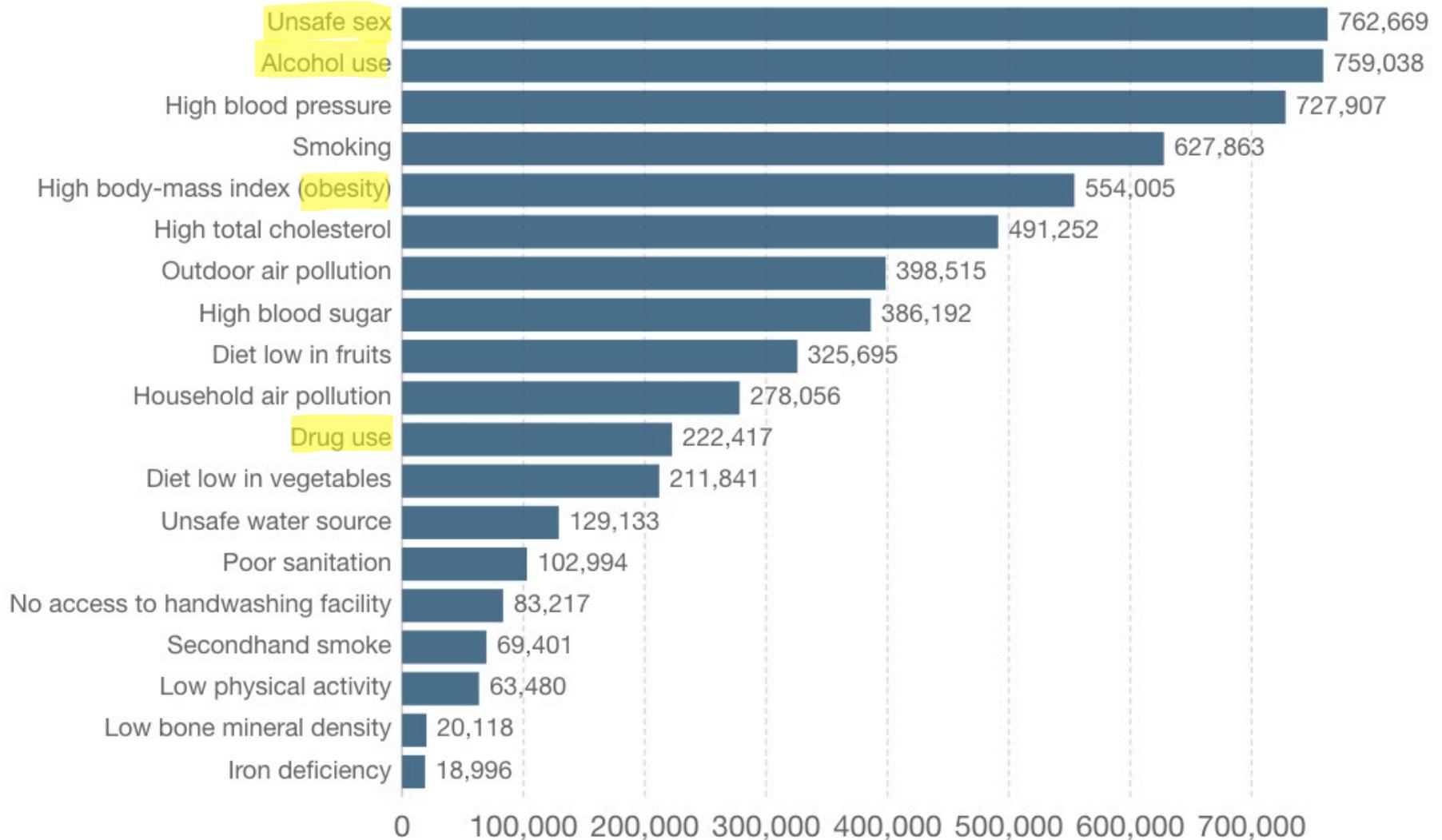
Causes of death in 15-49 year olds, World, 2016

Annual number of deaths by cause in children aged 15 to 49 years old, across both sexes. Data refers to the specific cause of death, which is distinguished from risk factors for death, such as air pollution, diet and other lifestyle factors. See sources for further details on definitions of specific cause categories. Data on deaths related to terrorism and executions are not available by age group, so have been excluded.



Number of deaths by risk factor aged 15-49, World, 2016

Total annual number of deaths by risk factor, measured across both sexes for adolescents and adults aged 15-49 years old.



Dati italiani

Nord-est e Nord-ovest sono le ripartizioni con i livelli di mortalità per suicidio più alti, il Centro e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale, mentre il Sud presenta valori nettamente inferiori.

L'analisi per livello di istruzione evidenzia una maggiore propensione al suicidio tra le persone con titoli di studio medio-bassi. Per tutti i titoli di studio la classe di età più anziana presenta sempre livelli più alti e la maggiore propensione al suicidio si ha fra le persone con un più basso livello di istruzione e un'età superiore ai 45 anni.

Le modalità di suicidio prevalenti sono: “Impiccagione e soffocamento” (52,1%) per gli uomini, “Precipitazione” (35,1%) e “Impiccagione e soffocamento” (33,4%) per le donne.

Alcuni dati internazionali:

- **437 milioni** di persone soffrono a causa di una malattia mentale o per disturbi psicosociali legati all'abuso di alcol o di droghe. La maggior parte non riceve alcun trattamento;
- **1 persona ogni 4** sarà colpita da una malattia mentale nel corso della vita;
- **la depressione** è oggi la prima causa di disabilità al mondo e al quarto posto del carico globale di malattia;
- **120 milioni** sono i sofferenti di depressione;
- **70 milioni** sono le persone dipendenti dall'alcol;

- ➔ **24 milioni** sono affetti da schizofrenia;
- ➔ **oltre l'80%** degli schizofrenici può essere libero da ricadute dopo un anno di trattamento con farmaci antipsicotici combinato con l'intervento familiare;
- ➔ oltre il **60%** dei depressi **guarisce** con un'appropriata combinazione di farmaci antidepressivi e psicoterapia;
- ➔ più del **40%** dei paesi non ha una politica di salute mentale e il **30%** nemmeno un programma di salute mentale;

- ➔ più del **33%** dei paesi destina meno dell' 1% del budget sanitario totale alla salute mentale e un altro **33%** spende 1/3 del suo budget
- ➔ il **25%** dei paesi non annovera tra le cure di primo livello i tre farmaci più comunemente prescritti per curare l'epilessia, la schizofrenia e la depressione.
- ➔ In metà dei paesi del mondo c'è un solo psichiatra ogni centomila abitanti; il **40%** dei paesi ha meno di un letto d'ospedale destinato alla malattia mentale per diecimila abitanti.

e in Veneto?

Il costo pro-capite per residente per la Salute Mentale in **Italia** è pari a € **65,4**, in decrescita rispetto all'anno 2015 (€ 73,8); nel **2018** il *Veneto* ha registrato una spesa pro-capite di **54,5€** euro, fanalino di coda seguito dalla Basilicata; nel **2019** il Veneto ha registrato una spesa pro-capite a **49,4 euro**, fanalino di coda dietro la Campania.

Per la salute mentale nel 2019, il Veneto ha destinato il **2,24%** dei circa 8 miliardi di euro della dotazione del Fondo socio-sanitario regionale.

Evidenze

- nella fascia 15-44 le donne hanno il carico più elevato per la depressione.
- Sempre in questa fascia di età donne ed uomini hanno ben **6 cause di disturbo di tipo psichico** situate nei primi 10 posti a cui possiamo aggiungere una **settimana** rappresentata da “autolesionismo”.

La prevalenza delle cause psichiche nelle donne nel confronto con i maschi si realizza nel modo seguente:

- ✓ la **depressione** è sempre al 1° posto mentre per gli uomini si situa al 3° posto;
- ✓ la **psicosi** si situa al 2° posto per le femmine e per gli uomini al 5° posto;
- ✓ i **disturbi bipolari** si situano al 4° posto per le femmine e per gli uomini all'8°;
- ✓ i **disturbi ossessivi** al 5° per le femmine ed al 10° per gli uomini;
- ✓ i **disturbi da panico** al 10° posto per le femmine, e sono oltre il 10° tra gli uomini.

La prevalenza dei disturbi psichici tra gli uomini rispetto alle donne ha la seguente configurazione:

- la **dipendenza da alcool** al 1° posto mentre per le donne si situa al 6° posto;
- L'**autolesionismo** al 4° posto e per le donne al 7° posto;
- la **dipendenza da sostanze** al 6° posto mentre per le donne è assente nelle prime dieci cause.
- Alcune cause relative alla **ferite** sono presenti tra gli uomini ed assenti tra le donne, come la **violenza interpersonale**.

- Se consideriamo poi, sempre nei paesi ad alto reddito, **maschi e femmine non suddivisi per fasce di età**, la differenza tra uomini e donne aumenta: per le donne la **depressione** occupa sempre il 1° posto mentre per gli uomini occupa il 5° posto.
- Per quanto riguarda il **suicidio**, tra le **donne** si registra un maggior numero di tentativi e tra gli **uomini** un maggior numero di suicidi realizzati. Questo incide da un lato per gli **uomini** su un aumento dei tassi di **mortalità** mentre per le **donne** si converte in un aumento del carico di **malattia**. Infatti ***il suicidio è la 4° causa di disabilità per le donne e solo l'ottava per gli uomini.***

In sintesi

- La **Depressione** è la prima causa del carico di malattia per le *donne* tra 15 e 44 anni dei paesi sia sviluppati che in via di sviluppo, ed è la terza causa per gli *uomini* di questa stessa fascia di età. Si stima che la depressione sia la principale causa di malattia e disabilità dai 10 ai 19 anni.
- Il *Suicidio* occupa il 12° posto tra le cause di disabilità nel mondo. Nella classe di età *15-44 anni nei paesi in via di sviluppo il suicidio è l'ottava causa di disabilità negli uomini e la quarta causa nelle donne*. Il suicidio è tra le 10 principali cause di morte nella maggioranza dei paesi; ed è **una delle tre principali cause di morte tra i giovani**.

Mortalità per suicidio

Il suicidio è divenuto la **prima causa** di mortalità tra i **25-35 anni** e la **seconda** tra i **15-24 anni** e per il 70% si tratta di uomini.



Cosa esprime il suicidio?

- ✓ **Protesta** contro: *la società *un partner * certe regole *un sistema politico *una generazione (gli adolescenti)
- ✓ **Aggressività** verso: *un innamorato che abbandona *un insegnante che punisce *un giudice ingiusto *un genitore che non accontenta *un nemico che non si riesce a combattere
- ✓ **Desiderio di ‘voltare pagina’**, ma non di perdere la vita
- ✓ **Liberarsi** da: *un dolore, una sofferenza (fisica o mentale) insopportabile.

- ✓ **Evitare** di vivere un sentimento di vergogna o di colpa per un comportamento o una condizione di umiliazione
- ✓ **Trovare una soluzione** quando si sta vivendo la sensazione di essere senza vie di uscita
- ✓ **Illusione** di riprendere il controllo di una situazione che non si riesce più a gestire
- ✓ Un **trionfo sulla morte** o una negazione magica paradossale (il suicida di fatto perde se stesso)
- ✓ Bisogno di **espiazione e castigo** per colpe sentite come insopportabili
- ✓ **Risposta al lutto**: il ricongiungimento con la persona perduta

- ✓ **Intenzionalità delittuosa e omicida:** si mette in pericolo la propria vita per cercare di uccidere un altro
- ✓ **Vendetta:** per provocare rimorso negli altri
- ✓ **Ricatto:** un modo per ottenere qualcosa
- ✓ **Sacrificio:** in nome di un valore superiore
- ✓ **Ordalia o gioco:** mettere alla prova il proprio coraggio o il destino
- ✓ **Rabbia vendicativa**
- ✓ **Affermazione di Sé:** ‘ti faccio vedere ...’
- ✓ **Colpevolizzare:** “farò in modo di uccidermi così pagherai con la colpa (bambini maltrattati)

✓ **Fame di affetto**: “quando sarò morto mi vorranno bene”, “quanta gente verrà al mio funerale?”. Questi pensieri sono spesso espressi in molti scritti, come se il suicida cercasse di ottenere da morto quello che non ha avuto in vita.

➔ Tutte queste possibilità possono intrecciarsi tra di loro e a volte una è predominante. Una costante è l’aspetto **aggressivo** legato inescindibilmente ad aspetti **amorosi**. Un misto di disperazione, rabbia, impotenza ma anche bisogno di protezione e aiuto.

Quello che sappiamo

- Chi tenta il suicidio ha 20 volte di più il rischio di tornare a tentarlo
- Nei tre mesi precedenti il suicidio, molte persone hanno consultato un medico
- Molti suicidi soffrivano di un disturbo psichico (depressione, alcolismo, schizofrenia, disturbi di personalità)
- Nella maggior parte dei casi questo disturbo non era stato riconosciuto o non era stato adeguatamente trattato.
- In adolescenza e nella vecchiaia il rischio aumenta

- Alcune condizioni sociali sono a rischio: solitudine, disoccupazione, isolamento
- Nell'intenzionalità suicidaria c'è molto spesso ambivalenza: il soggetto che sopravvive si meraviglia di aver desiderato di morire
- Chi decide il suicidio è quasi sempre in uno stato d'animo di disperazione, impotenza e fallimento e ritiene di non avere vie d'uscita per questo è possibile aiutarlo a trovare delle alternative.

Domande da porre nella valutazione dell'intento suicidario

Sta pensando o ha recentemente pensato alla morte o a farsi del male?

Ha accesso a potenziali oggetti lesivi (ad esempio pistole, proiettili, veleni, farmaci)?

Ha intenzione di portare a termine i pensieri autolesivi?

Lei o un membro della sua famiglia ha mai tentato il suicidio in passato?

Fa attualmente utilizzo di alcool o sostanze (illecite o prescritte)?

Ha amici o familiari a cui è legato? Ha parlato loro di questi pensieri?

Ha pensato a come potrebbe farsi del male? Qual è il suo piano?

Cosa le ha impedito di agire su questi pensieri?

A lei o a un membro della sua famiglia sono mai stati diagnosticati ansia, depressione o altri problemi di salute mentale?

Ci sono stati recentemente dei cambiamenti nel suo lavoro, nella sua vita sociale o nella sua famiglia?

Ci sono stati recentemente dei cambiamenti nel suo lavoro, nella sua vita sociale o nella sua famiglia?

Tende ad essere impulsivo nelle sue decisioni o nel suo comportamento?

Ipotesi

Da quando è diventato un comportamento da capire in termini scientifici gli approcci sono:

✓ Psichiatrico: “c’è una malattia mentale”.

✓ Sociologico:

➤ S. anomico = situazioni di cambiamento e di crisi sociali

S. egoistico = l’individuo non si sente parte di un Io sociale

S. altruistico = aspetti di sacrificio a vantaggio della comunità

- Psicoanalitico = il S. è un omicidio mancato.
Ruolo centrale dell'aggressività orientata contro di Sé perché un Super-Io troppo rigido impedisce di rivolgerla all'esterno.
- Filosofico = espressione di una libera ed estrema scelta "razionale" (Socrate, Catone, Seneca).
Nietzsche ne fa l'apologia (la migliore delle morte perché soggetta alla volontà)
- Biologico = constatazione di bassa concentrazione di 5-idrossiindolacetico (metabolita della Serotonina) nel liquido cerebrospinale dei suicidi.

Ipotesi attuale

Non c'è un'unica causa, ma *molti fattori*.

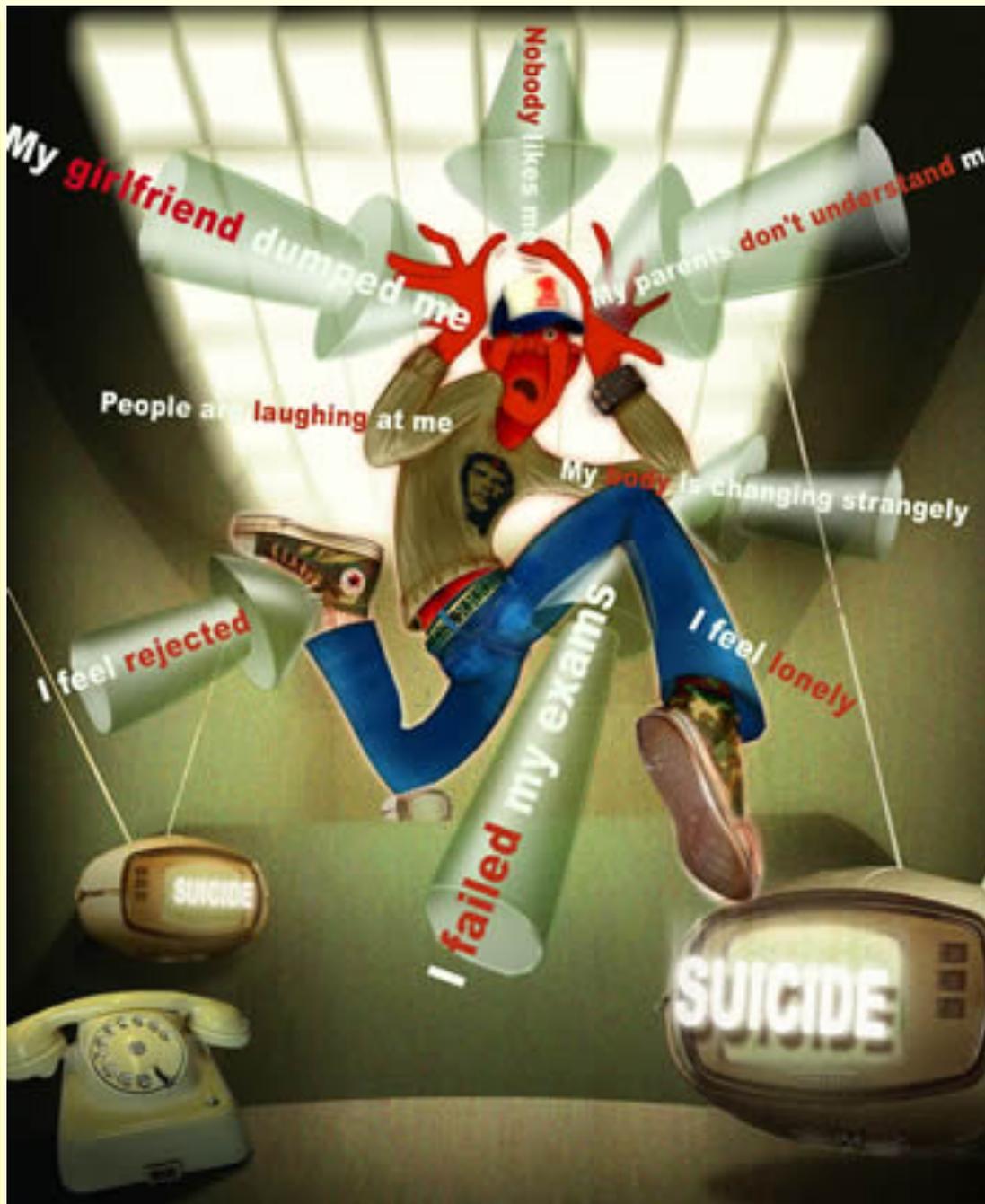
Aspetti sociali, ambientali e individuali nella loro componente biologia e psicologica sono sempre combinati anche se in certi casi può esserci una prevalenza ambientale o individuale. Quando uno o più elementi si associano (disturbo psichiatrico, fattori psicosociali e ambientali, elementi genetici) in uno stesso individuo può essere considerato a rischio.

Avvenimenti legati al suicidio “Il perché”

- **Perdita** affettiva (abbandono, morte, vedovanza), del lavoro, bocciatura, difficoltà scolastiche, finanziarie, malattie fisiche, malattia di familiari, conflitti coniugali e familiari, procedimenti legali, carcerazione, violenza sessuale, violenze ed eventi di minaccia all'integrità della persona
- Un ultimo evento scatenante fa da “*detonatore*”

**In nessun caso debbono essere considerati
la “causa”**

Avve
nime
nti
legati
al
suici
dio



“Il
perché
”

Situazione in cui l'avvenimento è vissuto

Di fronte a certi fatti solo alcuni si suicidano

➡ importante è il ruolo di sostegno che potrà svolgere l'ambiente sociale e familiare.

➡ la personalità del soggetto (il modo soggettivo di vivere quella data situazione).

Gli eventi possono essere solo *precipitanti* dovendosi rapportare alla **vulnerabilità** biologica e psicologica della persona.

Equivalenti suicidari ...

... sono i comportamenti che per le loro possibili conseguenze comportano un alto rischio di morte: guida spericolata, predisposizione agli incidenti, tossicomania con overdose, giochi pericolosi, alcuni sport estremi.

Suicidio cronico: alcolismo, tossicomania senza overdose, grave comportamento anoressico.

Il suicidio è genetico? gli Amish

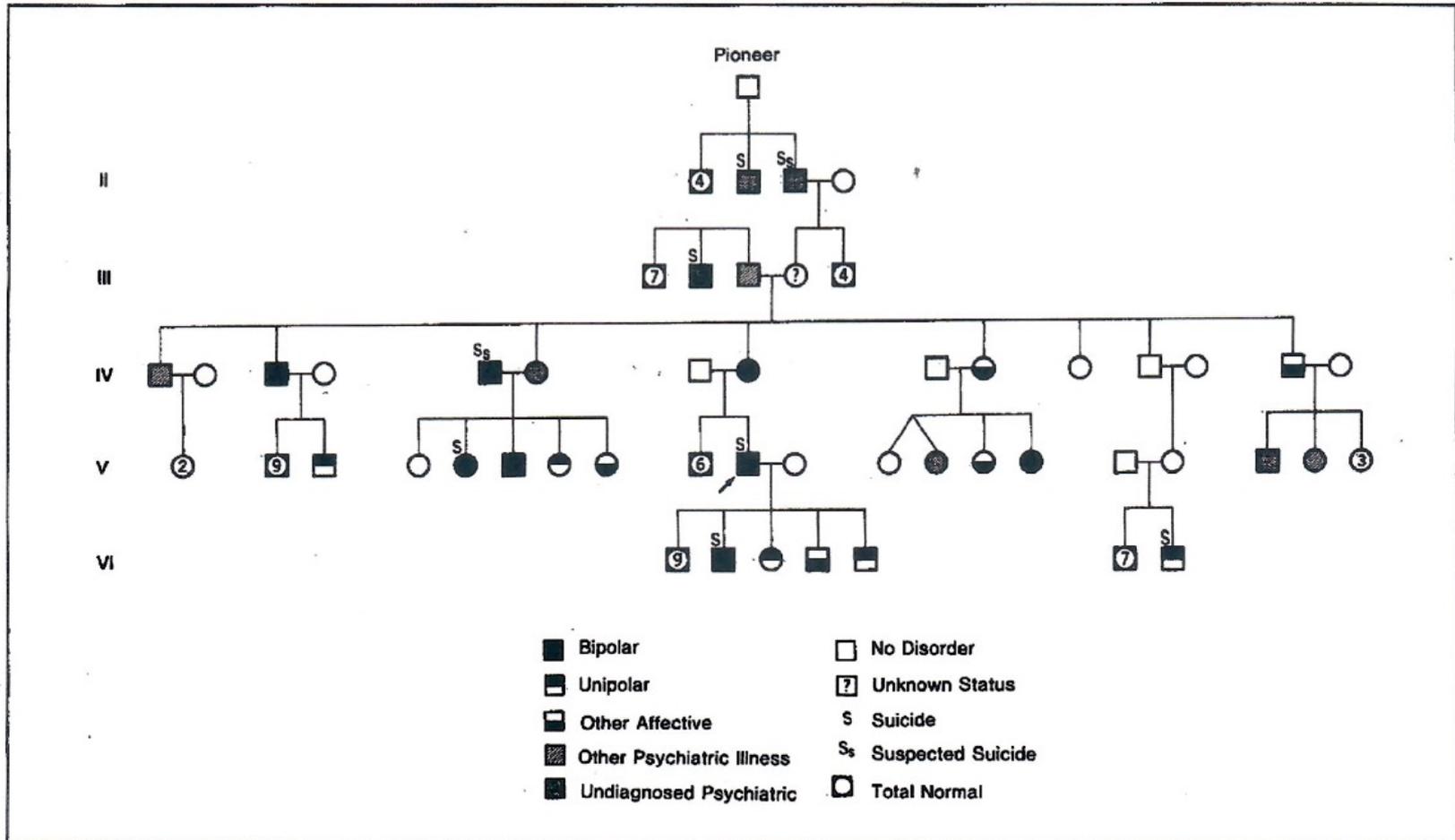
Nella comunità sono quasi assenti alcuni tra i fattori di rischio per il suicidio: assenza di alcoolismo, di disoccupazione (per la particolare economia agricola familiare), di isolamento (tre generazioni convivono sotto lo stesso tetto). [“l'individuo non è mai solo nell'esperire una perdita o una privazione”]. In una società così permeata di valori religiosi, è presente inoltre una forte disapprovazione culturale del suicidio, che si esprime nella sepoltura fuori dalla terra consacrata del cimitero.

In un periodo di 100 anni, dal 1880 al 1980, sono stati accertati 26 suicidi (21 maschi e 5 femmine). Le modalità di attuazione sono state sempre scelte tra quelle più sicuramente letali (non farmaci, gas): in 20 casi per impiccagione, in 4 colpi di arma da fuoco, in 2 annegamento.

La notevole determinazione dei suicidi è mostrata dalla traiettoria e dal bersaglio (la testa) dei colpi d'arma da fuoco. Dei due annegati, quello di sesso maschile, venne trovato solo dopo alcuni mesi perché una pietra assicurata al collo l'aveva ancorato al fondo. Fu possibile identificarlo per le iniziali ricamate nel cappello, ancora calzato.

- Per l'età non si osservano i due picchi per i più giovani e i più anziani. L'età media è di 43 per i maschi e 54 per le femmine.
- La maggioranza (81%) era sposata con figli. E questo è un dato in disaccordo con la popolazione generale statunitense dove i tassi di suicidio sono più alti tra i divorziati, i celibi e i vedovi.
- Solo 6 persone avevano ricevuto cure psichiatriche.

Albero genealogico 265

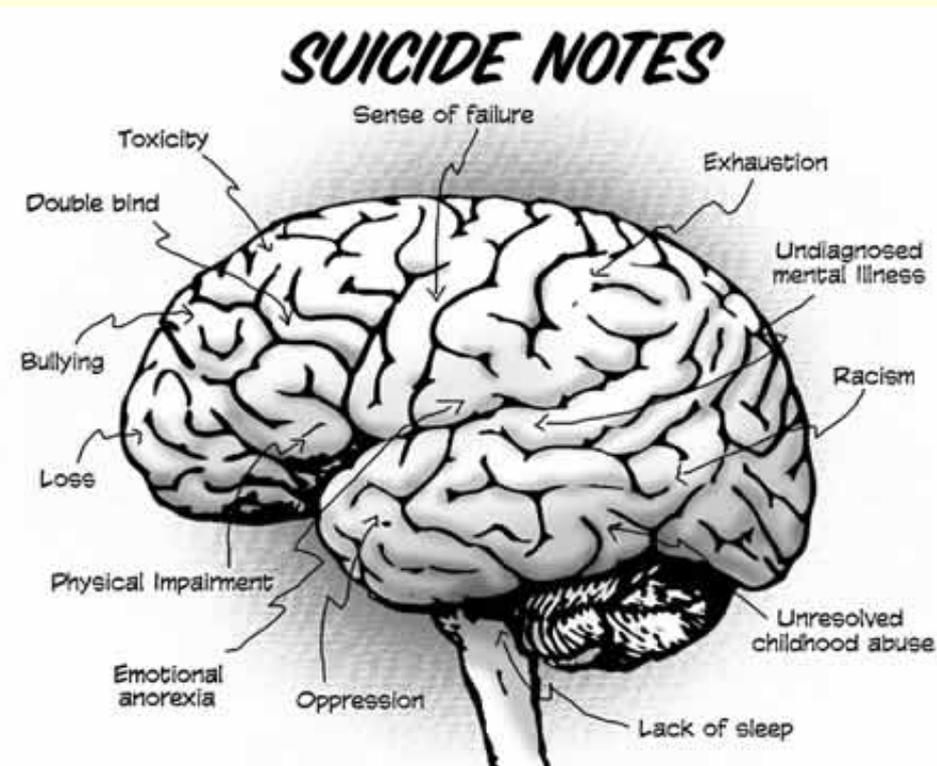


—Pedigree 265.

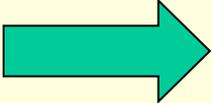
Influenza familiare

Il suicidio di un genitore può determinare una potenziale “*trasmissione suicidaria*” in un bambino o in un adolescente.

Oltre ad una vulnerabilità biologica c'è ne è una basata su **meccanismi relazionali e di identificazione.**



Effetto Werther

Dal libro di Goethe del 1774 “I dolori del giovane Werther”  epidemia suicidaria di molti giovani romantici lettori.

Si parla di suicidio per “imitazione” o di “suicidio a grappolo”  induzione o viene accelerato un gesto che si sarebbe comunque verificato?

Il suicidio collettivo

- ✓ I Celtiberi (219 a.C.) per non cadere sotto il dominio di Scipione l'Emiliano
- ✓ Gli Zeloti (73 d.C.) per evitare di essere catturati dai Romani
- ✓ I Caraibici (indigeni della martinica) per evitare l'asservimento agli spagnoli
- ✓ I monaci buddisti in Indocina
- ✓ Gli adepti del “Tempio del Popolo” a Jonestown in Guyana nel 1978
- ✓ Gli appartenenti al “Tempio del Sole” nel 1995
- ✓ Setta cibernetico spaziale nel 1997 al passaggio di una cometa

Il suicidio giovanile

Gli eventi di vita più ricorrenti sono:

- 1 Preoccupazioni sulla sessualità (virilità, corporeità, scoperta dell'omosessualità)
- 2 Richiesta di affermazione non soddisfatta e fallimenti
- 3 Suicidi in famiglia
- 4 Perdite personali (in famiglia, di coetanei, divorzio dei genitori)
- 5 Conflitti interpersonali

E' un fenomeno complesso:

- rifiuto rabbioso del mondo degli adulti
- modo per rompere con una realtà non tollerabile
- clamorosa negazione del bisogno di affetto

 E' centrale un'esperienza di scarsa stima di sé. Un'identità ancora poco sviluppata che non riesce a tollerare la frustrazione e a controllare l'aggressività.

Tre gruppi di giovani

1. Apparente buon adattamento, perfezionisti, **modelli rigidi di riferimento** che non sopportano fallimento e insuccessi
2. **Impulsivi**, spesso ostili, che a volte abusano in alcool e droghe con una storia di manifestazioni di aggressività e con instabilità di rapporti
3. **Depressi** anche se in modo atipico, rendono meno, lamentano mal di testa, fatica, insonnia.

Differenze Maschi e Femmine

- ★ Nei maschi prevale la rottura dei legami, la sfida e l'ordalia (corse in moto, prove di abilità in luoghi pericolosi, sballo con droghe leggere). L'impulsività è presente anche nelle modalità suicidarie: armi da fuoco, scontri in auto, precipitazione e impiccagione.
- ★ Nelle femmine prevale il ritiro, la fuga, lo scomparire, il perdere conoscenza e i mezzi usati sono in sintonia: avvelenamento e annegamento.

Perché sono aumentati i suicidi giovanili?

- ✘ Aumento generale dei disturbi dell'umore anche tra gli adolescenti
- ✘ Abbassamento dell'età puberale con una sessualità precoce a cui non corrisponde la condizione sociale del giovane (adolescenza interminabile)
- ✘ Venir meno dei riti di passaggio
- ✘ Carezza di presenze adulte adeguate durante l'età dello sviluppo
- ✘ Oltre alla perdita di riferimenti tradizionali (familiari, comunitari, religiosi e ideologici) si è progressivamente stabilita una mancanza di adulti di riferimento.

La questione centrale ...

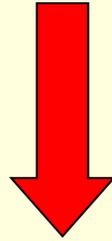
... non è un rapporto conflittuale con i genitori, quanto

- ✓ ***una relazione estremamente povera di comunicazione.***
- ✓ ***Non esiste più un valore centrale (anche se transitorio e sostituibile), mancano i modelli unitari morali e politici e restano come unico riferimento il denaro e il successo.***

Ecco allora come **un'insicurezza di base** e **un'instabilità affettiva** possono radicarsi e spiegarsi attraverso tutto un complesso cambiamento globale, che però si individualizza e si trasmette al singolo attraverso la **mancata esperienza di adulti affidabili a cui riferirsi.**

Queste condizioni (e altre) influiscono sul formarsi di un'identità insicura, poco definita e vulnerabile.

L'incapacità di tollerare l'angoscia, di controllare gli impulsi, di adeguare il desiderio alla realtà



diventano un terreno fertile per facilitare il ricorso a comportamenti suicidari come risposta alle inevitabili frustrazioni, delusioni e perdite a cui la vita inevitabilmente espone e specialmente in un'età come l'adolescenza.

La famiglia e il comportamento suicidario

I fattori sono vari e debbono aggiungersi alle problematiche personali:

1. **Genitori:** separazione, morte, psicopatologia, superprotezione, suicidio di un genitore
2. Assenza di **comunicazione affettiva** in famiglia (si parla poco e si agisce molto)
3. Sistema familiare **chiuso** che impedisce l'intimità al di fuori della famiglia
4. Famiglie nelle quali ogni **separazione** è intollerabile e si impedisce l'emancipazione del figlio.

5. Intolleranza per le **crisi**: ogni conflitto è evitato in quanto non si può accettare di vivere una diversità.
6. **Famiglie depresse** che vivono in un'ansia di morte in un'atmosfera mortifera priva di fantasia e speranza.
7. Famiglia **aggressiva** contro un suo membro che diviene la pecora nera del gruppo.
8. Famiglie **traumatiche**: esperienze di abuso, incesto
9. Famiglie che **non tollerano il cambiamento**

Prevenzione del suicidio

Essendo dovuto a molti fattori, per cercare di prevenirlo non si può realizzare un'unica strategia, ma più iniziative.

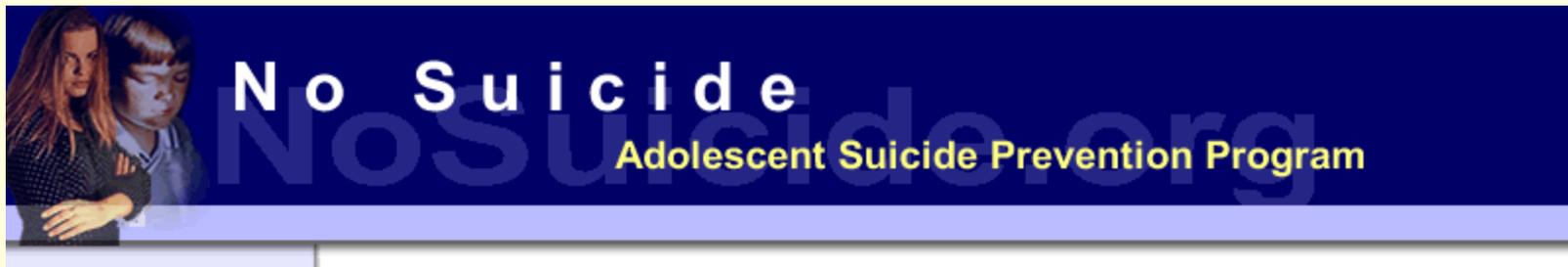
Programmi generali:

- a) limitare l'accesso ai mezzi suicidari
- b) collaborare con i mass media
- c) attuare programmi educativi: scuola, famiglia, operatori
- d) formare i medici
- e) creare équipe specialistiche



Programmi specifici

- a) Centri anticrisi
- b) Hot-lines
- c) riconoscere le persone a rischio
- d) riconoscimento precoce dei disturbi psichici (depressione)
- e) interventi su chi ha tentato il suicidio



Come prevenire il suicidio in un giovane

Quasi mai l'adolescente e il giovane chiedono aiuto direttamente. Tutte le persone che possono avere ruoli importanti nella vita di un giovane sono chiamati a una capacità di empatia, ad una sensibilità che permetta loro di capire la disperazione, lo stato affettivo, la possibilità reale che un giovane ha di suicidarsi. Purtroppo queste doti sono poco presenti e a volte vi sono “omissioni di soccorso”.

Alcune possibilità

- non vengono considerati: “è una sciocchezza”
- vengono negati: “non può essere vero”
- non se ne parla per paura di tradire un segreto
- purtroppo vi è difficoltà a rivolgersi ad uno specialista della salute mentale, considerati a torto l’ultima spiaggia!

Per prevenire, quindi, il suicidio di un giovane, è necessario

- ☞ migliorare la capacità di capire i segnali d'allarme
- ☞ migliorare la comunicazione
- ☞ facilitare i trattamenti quando siano necessari facendo conoscere le possibilità esistenti



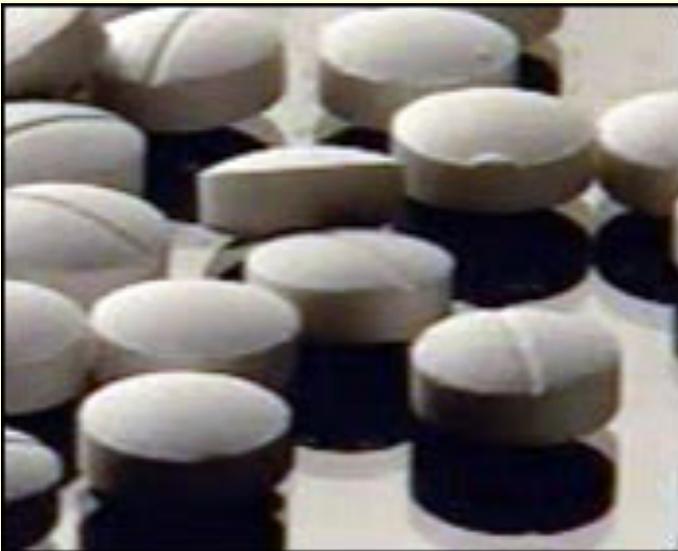
Difficoltà

E' difficile riconoscere la depressione nell'adolescenza:

- si pensa che i giovani non abbiano problemi
- si manifesta con sintomi diversi rispetto all'adulto
- i genitori spesso colpevolizzano le modificazioni con atteggiamenti di condanna (“è menefreghista”, “è diventato pigro”) o danno la responsabilità ad altri: scuola, insegnanti, cattive compagnie, ecc.
- tutto ciò aumenta il senso di incomprensione dell'adolescente.
- riuscire a distinguere tra tristezza esistenziale e sintomi depressivi da trattare.

Trattamento

- Farmacologico
- Psicoterapico
- Integrato: farmacologico e psicoterapico
- Familiare



I sopravvissuti

- ✓ si intendono: genitori, fratelli, partner, famiglia allargata (nonni, cugini, zii), amici, compagni.
- ✓ Debbono affrontare il difficile ‘lavoro del lutto’, attraverso varie tappe e momenti, riuscendo - dopo il dolore intenso - a continuare a vivere la propria vita pur conservando l’affetto di chi si è perso. Tutto ciò *nell’enorme diversità delle risposte soggettive.*

- un sentimento che complica il lavoro del lutto è la **componente di colpa** “cosa potevo fare?”, “come avrei potuto evitarlo?”
- la ricerca dei “perché” è centrale.

E' necessario un lavoro mentale complesso, travagliato, un'elaborazione che rischia di essere parziale, non completa, che lascia delle 'tracce', una ferita che potrà farsi sentire nel futuro e costituire un elemento di vulnerabilità e addirittura aumentare il rischio di suicidio.

Questo è tanto più possibile quanto il sopravvissuto è giovane (Hemingway ha posto fine alla sua vita nello stesso modo e alla stessa età del padre).

Sentimenti dei sopravvissuti

- ✓ Il rimorso per non aver capito o non aver fatto abbastanza
- ✓ la colpa di aver agevolato (indirettamente) il suicidio facendo un atto di omissione
- ✓ un sentimento di vergogna per lo stigma sociale che è ancor'oggi presente
- ✓ i sopravvissuti hanno bisogno di un sostegno psicologico o per lo meno di un aiuto nell'affrontare questa dolorosa esperienza (solidarietà sociale, gruppi di auto aiuto, psicoterapia).

Versione italiana del Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)

1. Ha mai intenzionalmente (o deliberatamente) provocato dei tagli al suo polso, alle sue braccia, o ad altre parti del suo corpo (senza l'intento di uccidersi?) (cerchiare una risposta):

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

2. Ha mai bruciato se stesso con una sigaretta?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

3. Ha mai bruciato se stesso con un accendino o un fiammifero?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

4. Ha mai inciso parole sulla sua pelle?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

5. Ha mai inciso figure, disegni, o altri segni sulla sua pelle?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

6. Ha mai graffiato violentemente se stesso, al punto tale da procurarsi cicatrici o perdita di sangue?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

7. Ha mai morso se stesso al punto tale da staccarsi la pelle?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

8. Ha mai strofinato carta vetrata sul suo corpo?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

9. Ha mai sgocciolato acido sulla sua pelle?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

10. Ha mai usato candeggina, disinfettanti o prodotti per il forno per sfregarli sulla sua pelle?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

11. Ha mai conficcato oggetti taglienti come aghi, spilli, graffette, etc. nella sua pelle, esclusi tatuaggi, piercing per l'orecchio, aghi usati per drogarsi o piercing per il corpo?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

12. Ha mai inserito vetro nella sua pelle?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

13. Ha mai rotto le sue ossa?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

14. Ha mai sbattuto la testa contro qualcosa, al punto tale da procurarsi un livido visibile?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

15. Ha mai picchiato se stesso, al punto tale da procurarsi un livido visibile?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

16. Ha mai ostacolato la guarigione delle ferite?

1. Sì

2. No

Se Sì,

- Quanti anni aveva quando lo ha fatto la prima volta?
- Quante volte lo ha fatto?
- Quando è stata l'ultima volta che lo ha fatto?
- Da quanti anni lo fa? (se non lo fa più, per quanti anni lo ha fatto prima di smettere?)
- Questo comportamento ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

17. Ha mai fatto nient'altro per farsi del male che non sia stato chiesto nel questionario?

Se sì,

che cosa ha fatto per farsi del male?

.....
.....
.....
.....

Rossi Monti M., D'Agostino A. Il Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI): validazione linguistico-culturale della versione italiana, *Psichiatria e Psicoterapia*, (2010), vol. 29(1), pp. 47-53.

La relazione tra autolesionismo e funzionamento borderline

“É sufficiente un solo paziente con una grave patologia borderline per distruggere l’equilibrio della vita del terapeuta a causa delle sue continue richieste di trattamenti “speciali”, disponibilità assoluta, perfetta sintonia e sforzi eroici per prevenire autolesioni o suicidio; d’altra parte, tutti gli sforzi del terapeuta vengono ripagati solo con disprezzo, rimproveri, ostilità e, talvolta, attacchi fisici diretti”

Peter Fonagy, Attaccamento, Sé Riflessivo e Disturbi Borderline.

In: Attaccamento e Funzione Riflessiva. 2001

Definizioni

Personalità: è costituita da modalità perduranti di percepire, rapportarsi o pensare a sé stessi o all'ambiente. I tratti di personalità sono aspetti rilevanti della personalità che vengono mostrati in un'ampia gamma di contesti sociali e personali importanti. Solo quando sono rigidi e maladattativi e causano menomazioni funzionali significative o disagio soggettivo configurano un disturbo di personalità. Nel disturbo borderline le tendenze stabili della personalità si hanno intorno ai 3 anni.

I disturbi di personalità comprendono anomalie pervasive e persistenti del funzionamento generale della personalità che causano difficoltà nell'area della socialità e/o distress soggettivo, ma che non sono dovute a episodici disturbi dello stato mentale e che non sono il risultato di processi di pensiero qualitativamente disturbati.

Disturbo borderline

- Età d'esordio: infanzia adolescenza (entro la prima età adulta).
- Prevalenza: 2,7 % popolazione generale.
- 10% dei pazienti psichiatrici ambulatoriali.
- 20% dei pazienti psichiatrici ricoverati

Etiopatogenesi:

- ✓ trauma
- ✓ disturbo nel processo di separazione-individuazione
- ✓ attaccamento disorganizzato
- ✓ abuso fisico o sessuale (75%)
- ✓ Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività

Sintomatologia:

- sintomi molto diversi, ma soprattutto:

passaggio all'atto

(aggressioni, gesti impulsivi, tentativi di suicidio, abuso di sostanze psicoattive, furti)

DISTURBO BORDERLINE

Criteri del DSM 5-TR

Pattern pervasivo di instabilità nelle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da 5 (o più) dei seguenti elementi:

- 1) Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario **abbandono**.
- 2) Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di **iperidealizzazione e svalutazione**.
- 3) **Alterazione dell'identità: l'immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.**

**disturbo
dell'identità:
l'immagine di sé o il
senso di sé sono
disturbati in maniera
marcata e persistente,
o instabile**

The diagram consists of an orange banner at the top with a white arrow pointing right. Inside the banner is a central text box. Below the banner is a green double-headed vertical arrow pointing to a purple oval at the bottom containing the text 'IDENTITÀ DIFFUSA'.

IDENTITÀ DIFFUSA

DISTURBO BORDERLINE Criteri del DSM-5TR

continua

- 4) **Impulsività** in almeno 2 aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per esempio, spese sconsiderate, sesso, uso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
- 5) Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce, **suicidari**, o comportamento automutilante.
- 6) **Instabilità affettiva** dovuta a una marcata reattività dell'umore (per esempio, episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che durano di solito poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni)
- 7) Sentimenti cronici di **vuoto**.
- 8) **Rabbia** inappropriata, intensa o difficoltà a controllare la rabbia.
- 9) **Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.**

Esame di Realtà

INTEGRO ma:

- Comportamento irragionevole, impulsivo, caotico, affettivamente fluttuante (comportamento razionalizzato e accettato dal pz.)
- Sotto stress regressione a posizioni paranoidee
- **Non si complica mai in Schizofrenia**

In conclusione:

Intrappolato in una condizione di instabilità ed esposto alle variazioni di un ambiente che vorrebbe (e - soprattutto - avrebbe voluto) più stabile, il borderline resta così irretito in una *piccola bipolarità*, in un ciclico alternarsi di speranza e delusione i cui affetti emergenti sono costituiti dalla irritazione e dalla disforia.

BIBLIOGRAFIA

Gilman, S.L. How new is self-harm? *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 200, 2012, pp. 1008-1016.

BIBLIOGRAFIA:

1. Stanley B, Mann JJ. *The need for innovation in health care systems to improve suicide prevention.* *JAMA Psychiatry.* 2019; 77(1): 96-98.
2. Mughal F, Troya MI, Dikomitis L, et al. *Role of the GP in the management of patients with self-harm behaviour: a systematic review.* *Br J Gen Pract.* 2020; 70(694): e364-e373.
3. Kochanek KD, Murphy SL, Xu J, et al. *Deaths: final data for 2017.* *Natl Vital Stat Rep.* 2019; 68(9): 1-77.
4. Centers for Disease Control and Prevention. *National Center for Injury Prevention and Control. Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS).* Accessed January 11, 2020. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>
5. Rossen LM, Hedegaard H, Khan D, et al. *County-level trends in suicide rates in the U.S., 2005-2015.* *Am J Prev Med.* 2018; 55(1): 72-79.
6. Olfson M, Blanco C, Wall M, et al. *National trends in suicide attempts among adults in the United States.* *JAMA Psychiatry.* 2017; 74(11): 1095-1103.
7. Piscopo KD. *Suicidality and death by suicide among middle-aged adults in the United States. The CBHSQ Report.* September 27, 2017. *Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.* Accessed June 13, 2020. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_3370/ShortReport-3370.html
8. Haas AP, Eliason M, Mays VM, et al. *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations.* *J Homosex.* 2011; 58(1): 10-51.
9. Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Oldenburg CE, et al. *Individual and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults.* *Behav Med.* 2015; 41(3): 164-171.
10. Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Jack SPD, et al. *Suicide trends among and within urbanization levels by sex, race/ethnicity, age group, and mechanism of death – United States, 2001-2015.* *MMWR Surveill Summ.* 2017; 66(18): 1-16.
11. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. *Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness.* *BMJ.* 2015; 351: h4978.
12. Brendel RW, Brezing CA, Lagomasino MD, et al. *The suicidal patient. Chapter 53.* In: Stern TA, ed. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry.* 2nd ed. Mosby/Elsevier; 2016.
13. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, et al. *Medical illness and the risk of suicide in the elderly.* *Arch Intern Med.* 2004; 164(11): 1179-1184.
14. Large MM, Ryan CJ, Carter G, et al. *Can we usefully stratify patients according to suicide risk?* *BMJ.* 2017; 359: j4627.
15. Sinclair L, Leach R. *Exploring thoughts of suicide.* *BMJ.* 2017; 356: j1128.
16. Huguet N, DeVoe JE. *Suicide prevention in primary care medicine.* *Mayo Clin Proc.* 2015; 90(11): 1459-1461.
17. LeFevre ML; U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.* *Ann Intern Med.* 2014; 160(10): 719-726.
18. Sall J, Brenner L, Millikan Bell AM, et al. *Assessment and management of patients at risk for suicide: synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guidelines.* *Ann Intern Med.* 2019; 171(5): 343-353.

19. Morriss R, Kapur N, Byng R. Assessing risk of suicide or self harm in adults. *BMJ*. 2013; 347: f4572.
20. Bryan CJ, Mintz J, Clemans TA, et al. Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: a randomized clinical trial. *J Affect Disord*. 2017; 212: 64-72.
21. U.S. Food and Drug Administration. Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. Accessed February 1, 2020. <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety/information-patients-and-providers/suicidality-children-and-adolescents-being-treated-anti-depressant-medications>
22. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: longer term management. 2012. Accessed February 1, 2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK126777/pdf/Bookshelf_NBK126777.pdf
23. Kőlves K, Zhao Q, Ross V, et al. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: an analysis of grief reactions six months after death. *J Affect Disord*. 2019; 243: 96-102.
24. Mayer DDM. Improving the support of the suddenly bereaved. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2017; 11(1): 1-6.
25. Norris D, Clark MS. Evaluation and treatment of the suicidal patient. *Am Fam Physician*. 2012; 85(6): 602-605. Accessed September 3, 2020. <https://www.aafp.org/afp/2012/0315/p602.html>
26. Al-Mateen CS, Jones K, Linker J, et al. Clinician response to a child who completes suicide. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018; 27(4): 621-635.
27. Saini P, Chantler K, While D, et al. Do GPs want or need formal support following a patient suicide? A mixed methods study. *Fam Pract*. 2016; 33(4): 414-420.
28. Erlich MD, Rolin SA, Dixon LB, et al. Why we need to enhance suicide postvention: evaluating a survey of psychiatrists' behaviors after the suicide of a patient. *J Nerv Ment Dis*. 2017; 205(7): 507-511.
29. Hendin H, Haas AP, Maltsberger JT, et al. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(8): 1442-1446.
30. Stovall J, Domino FJ. Approaching the suicidal patient. *Am Fam Physician*. 2003; 68(9): 1814-1819. Accessed September 4, 2020. <https://www.aafp.org/afp/2003/1101/p1814.html>
31. Gliatto MF, Rai AK. Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *Am Fam Physician*. 1999; 59(6): 1500-1506. Accessed September 4, 2020. <https://www.aafp.org/afp/1999/0315/p1500.html>