

La Prevenzione del Suicidio: una Guida per Insegnanti ed altri Operatori Scolastici

Dipartimento di Neuroscienze,
Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS),
Sapienza Università di Roma

Traduzione e adattamento di
Maurizio Pompili

**LA PREVENZIONE
DEL SUICIDIO:
guida per insegnanti
e operatori scolastici**

© Copyright

Publiccato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2000 con il titolo: *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. © Organizzazione Mondiale della Sanità 2000.

Il Direttore Generale della Organizzazione Mondiale della Sanità ha concesso i diritti di traduzione dell'edizione in italiano al Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS), Sapienza Università di Roma, che è il solo responsabile per l'edizione italiana.

Edizione Italiana: *La Prevenzione del Suicidio: Una Guida per Insegnanti ed altri Operatori Scolastici*.

Traduzione e adattamento di Maurizio Pompili.

© Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS), Sapienza Università di Roma Sapienza Università di Roma 2011.

Questo documento è realizzato come parte dell'accordo tra Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS), Sapienza Università di Roma. Il documento fa parte di una serie di risorse indirizzate a specifici gruppi professionali-sociali e strategicamente importanti per la prevenzione del suicidio. È stato preparato come parte del SUPRE, l'iniziativa dell'OMS a livello mondiale per la prevenzione del suicidio.

Il prezzo di copertina si riferisce al solo costo di produzione e non prevede alcun tipo di fine commerciale. La traduzione e l'adattamento sono stati eseguiti a titolo gratuito.

Ulteriori informazioni circa il contenuto di questa pubblicazione o su iniziative, progetti e collaborazioni riferite alla prevenzione del suicidio tra i giovani possono essere richieste a Maurizio Pompili, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS), Sapienza Università di Roma, Ospedale Sant'Andrea, Via di Grottarossa 1035, 00189 Roma.
maurizio.pompili@uniroma1.it - www.prevenireilsuicidio.it.

L'Editore Alpes Italia srl - Via Cipro 77 - 00136 Roma tel./fax 06-39738315 - e-mail: info@alpesitalia.it - www.alpesitalia.it ha accettato di produrre il documento e di distribuirlo a prezzo di costo di produzione come da accordo tra Dip. NESMOS e OMS al fine di garantire la versione cartacea quanti ne facciano richiesta.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari ed artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore

INDICE

PREFAZIONE	V
Un problema sottostimato	1
Fattori protettivi	3
Fattori di rischio e situazioni di rischio	4
Come individuare gli studenti in crisi e a rischio di suicidio	10
Come gestire gli studenti a rischio di suicidio nelle scuole?	12
Sintesi delle raccomandazioni	18
Bibliografia	19

PREFAZIONE

Il suicidio è un fenomeno complesso che ha attirato, nel corso dei secoli, l'attenzione di filosofi, teologi, medici, sociologi e artisti; secondo il filosofo francese Albert Camus, nel *Il mito di Sisifo*, il suicidio è l'unico serio problema filosofico.

Il fenomeno costituisce un problema grave di salute pubblica che richiede la nostra attenzione; ma la sua prevenzione e gestione, purtroppo, non sono di facile attualizzazione. Lo stato dell'arte della ricerca indica come la prevenzione del suicidio, sebbene attuabile, comporti una serie di interventi tesi ad abbracciare sia il trattamento dei disturbi mentali in età evolutiva, che il controllo ambientale dei fattori di rischio attraverso un'accurata sensibilizzazione. La diffusione di informazioni e la sensibilizzazione sono elementi essenziali per il successo dei programmi di prevenzione del suicidio.

Nel 1999 l'OMS ha lanciato il SUPRE; un'iniziativa a livello mondiale per la prevenzione del suicidio. Questo opuscolo, parte integrante del SUPRE, si rivolge a specifici gruppi sociali e professionali particolarmente rilevanti nella prevenzione del suicidio. Esso rappresenta un anello di una lunga e diversificata catena che coinvolge una vasta gamma di persone e gruppi, tra cui operatori sanitari, educatori, enti sociali, governi, legislatori, istituzioni sociali, forze dell'ordine, famiglie e comunità. Siamo particolarmente grati a: Professor Danuta Wasserman, Professor of Psychiatry and Suicidology, and Dr Veronique Narboni, of the National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, che hanno prodotto una versione precedente di questo opuscolo. Il testo è stato successivamente esaminato dai seguenti membri della Rete Internazionale WHO per la Prevenzione del Suicidio, ai quali rivolgiamo il nostro riconoscimento:

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, New Zealand.

Professor Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Canada.

Professor Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, France.

Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China.

Desideriamo, inoltre ringraziare per i loro contributi:

Professor Britta Alin-Akerman, Department of Education, Stockholm University, Stockholm, Sweden.

Professor Alan Apter, Geha Psychiatric Hospital, Petah Tiqwa, Israel.

Professor David Brent, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA, USA.

Dr Paul Corcoran, National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland.

Dr Agnes Hultén, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Sweden.

Dr Margaret Kelleher, National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland.

Professor François Ladame, Unités pour adolescents et jeunes adultes, Université de Genève, Geneva, Switzerland.

Dr Gunilla Ljungman, Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Västerås Central Hospital, Västerås, Sweden.

Dr Gunilla Olsson, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Sweden.

Professor Israel Orbach, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel.

Professor Xavier Pommereau, Centre Abadie, Bordeaux, France.

Dr Inga-Lill Ramberg, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Sweden.

Professor Per-Anders Rydelius, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.

Professor David Schaffer, Columbia University, New York, NY, USA.

Professor Martina Tomori, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia.

Professor Sam Tyano, Geha Psychiatric Hospital, Petah Tiqwa, Israel.

Professor Kees van Heeringen, Unit for Suicide Research, Department of Psychiatry, University Hospital, Ghent, Belgium.

Professor Anne-Liis von Knorring, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Sweden.

Professor Myrna Weissman Department of Child Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA.

Le indicazioni dell'opuscolo sono rese disponibile con la speranza che verranno adottate e adattate alle circostanze locali, prerequisito questo, per la loro efficacia. Commenti e richieste di permesso per tradurre e adattare questo materiale sono benvenute.

Dr J. M. Bertolote
Coordinator, Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organization

PREVENZIONE DEL SUICIDIO. UNA RISORSA PER INSEGNANTI E ALTRO PERSONALE SCOLASTICO

Nel mondo, il suicidio è tra le prime cinque cause di mortalità nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni. In molti paesi si colloca come la prima o la seconda causa di morte tra ragazzi e ragazze in questa fascia di età. La prevenzione del suicidio tra bambini e adolescenti costituisce pertanto una priorità assoluta. Dal momento che in molti paesi e regioni più persone di questa fascia di età frequentano la scuola, essa sembra essere il luogo privilegiato per sviluppare adeguate azioni preventive.

Questo documento si rivolge principalmente a insegnanti e altro personale scolastico come: consulenti, medici, infermieri, assistenti sociali e membri dei consigli scolastici. Tuttavia, anche i professionisti della salute pubblica e altri gruppi interessati a programmi di prevenzione del suicidio troveranno utili queste informazioni. Il documento, oltre a descrivere brevemente la dimensione del comportamento suicida in adolescenza a partire dalla presentazione dei principali fattori di rischio e di prevenzione che ne sono alla base, propone alcuni criteri per identificare le situazioni a rischio e modelli di comportamento nella gestione di situazioni in cui vi è un tentativo di suicidio o un suicidio nella comunità scolastica.

Attualmente il suicidio tra i bambini di età inferiore ai 15 anni non è comune. La maggior parte dei suicidi tra i bambini fino a 14 anni ha probabilmente luogo nella fase più precoce dell'adolescenza, mentre il fenomeno è ancora più raro prima dei 12 anni.

Tuttavia, in alcuni paesi c'è un allarmante aumento dei suicidi tra i bambini di età inferiore ai 15 anni, così come nella fascia tra i 15 e i 19 anni.

I metodi di suicidio variano da paese a paese. Per alcuni paesi, ad esempio, l'uso di pesticidi è il metodo letale di suicidio più comune; in altri, invece, sono più frequenti l'intossicazione con farmaci e gas di scarico delle auto e l'uso di armi da fuoco. I ragazzi muoiono per suicidio più frequen-

temente delle ragazze; una delle ragioni può essere imputabile al fatto che, rispetto alle ragazze, i ragazzi ricorrono a metodi più violenti per procurarsi la morte come, ad esempio, l'impiccagione, le armi da fuoco e gli esplosivi. Tuttavia, in alcuni paesi il suicidio è più frequente tra le ragazze tra i 15-19 anni rispetto ai ragazzi nella stessa fascia di età. Nell'ultimo decennio la percentuale di ragazze morte con metodi violenti è aumentata.

Qualora possibile, l'approccio più efficace ai fini della prevenzione del suicidio nelle scuole è il lavoro di squadra di insegnanti, medici, psicologi scolastici, infermieri e assistenti sociali che lavorano in stretta collaborazione con i servizi territoriali.

Avere pensieri suicidi di tanto in tanto non è anomalo; essi fanno parte del normale processo di sviluppo nel quale bambini e ragazzi si trovano impegnati in problemi esistenziali e cercano di comprendere la vita, la morte e il significato della vita. Diversi questionari mostrano che, oltre la metà degli studenti di scuola secondaria superiore riferisce di aver avuto pensieri suicidi¹. I giovani hanno bisogno di discutere questi temi con gli adulti². Questi pensieri diventano anormali, nei bambini e negli adolescenti, quando il suicidio sembra essere l'unica via d'uscita dalle difficoltà. In questo caso vi è un serio rischio di suicidio e tentato suicidio.

Un problema sottostimato

In alcuni casi, si evidenzia l'impossibilità di accertare se alcuni decessi³, causati da incidenti automobilistici, annegamenti, cadute e overdose da sostanze illegali, siano stati intenzionali o meno. Il comportamento suicida adolescenziale è ampiamente sottovalutato in quanto molte morti sono erroneamente classificate come non intenzionali o accidentali.

Studi post-mortem di adolescenti deceduti per cause violente indicano che non costituiscono un gruppo omogeneo. Essi mostrano sfumate manifestazioni di auto-distruttività e tendenze a esporsi al rischio⁴; mentre per alcuni la morte può essere causata da atti non intenzionali, per altri è dovuta ad un atto intenzionale derivante dal dolore di vivere.

Le definizioni inerenti al tentato suicidio utilizzate dagli studenti sono diverse da quelle utilizzate dagli psichiatri. I risultati di auto-valutazione mostrano quasi il doppio del numero di tentativi di suicidio rispetto a quanto evidenziato dalle interviste psichiatriche. La spiegazione più probabile è che i giovani che hanno risposto alle richieste anonime abbiano utilizzato una definizione più ampia di tentato suicidio rispetto a quella utilizzata dai professionisti. Inoltre, solo il 50% degli adolescenti che aveva cercato di uccidersi richiedeva cure ospedaliere dopo aver effettuato il tentativo. Pertanto il numero dei tentativi di suicidio trattati in ospedale non rappresenta una stima reale della dimensione del fenomeno all'interno della comunità.

In generale, i ragazzi adolescenti si suicidano più spesso rispetto alle ragazze, malgrado il tasso di tentato suicidio sia 2-3 volte superiore nelle giovani donne. Le ragazze sviluppano depressione molto più spesso rispetto ai giovani di sesso maschile.

Le giovani donne hanno maggiore facilità nell'esprimere le proprie problematiche e nel richiedere aiuto; presumibilmente ciò le aiuta a prevenire l'esito fatale dell'agito suicida. I ragazzi sono spesso più aggressivi e impulsivi, agendo non di rado sotto l'influenza di alcool e droghe, cosa che probabilmente contribuisce all'esito mortale del loro comportamento suicida.

Fattori protettivi

I principali fattori protettivi rispetto al comportamento suicida sono i seguenti:

Modelli familiari:

- buoni rapporti con i familiari;
- sostegno della famiglia.

Stile cognitivo e personalità:

- buone abilità sociali;
- fiducia in se stessi, e nei propri traguardi;

La prevenzione del suicidio: guida per insegnanti e operatori scolastici

- cercare aiuto quando sorgono difficoltà, ad esempio nel lavoro scolastico;
- cercare consigli quando devono essere fatte scelte importanti;
- apertura alle esperienze e alle soluzioni sperimentate da altre persone;
- apertura a nuove conoscenze.

Fattori culturali e socio-demografici:

- integrazione sociale, ad esempio attraverso la partecipazione a sport, associazioni religiose, club e altre attività;
- buoni rapporti con i compagni;
- buoni rapporti con gli insegnanti e altri adulti;
- sostegno da parte di persone significative.

Fattori di rischio e situazioni di rischio

Il comportamento suicida, in circostanze particolari, è più frequente in alcune famiglie piuttosto che in altre a causa di fattori sia ambientali che genetici. Alcuni studi mostrano che tutti i fattori e le situazioni descritte qui di seguito sono frequentemente associate a tentativi di suicidio e suicidio da parte di bambini ed adolescenti, pur non essendo necessariamente presenti.

Si deve inoltre sottolineare che i fattori e le situazioni di rischio descritti di seguito variano da un continente all'altro e da un paese all'altro, a seconda delle caratteristiche culturali, politiche ed economiche.

Fattori culturali e socio-demografici

Basso livello socioeconomico, scarsa istruzione e disoccupazione in famiglia rappresentano fattori di rischio. I popoli indigeni e gli immigrati possono rientrare in tale gruppo, in quanto spesso sperimentano non solo difficoltà emotive e linguistiche, ma anche mancanza di supporti sociali. In molti casi, questi fattori si combinano con l'impatto psicologico della tortura, delle ferite di guerra e dell'isolamento.

Questi fattori culturali sono anche legati ad una bassa partecipazione alle attività sociali, così come al conflitto tra i diversi valori del gruppo. Questo conflitto, nello specifico, è un potente fattore di rischio per le ragazze nate o cresciute in un paese nuovo e più libero, nelle quali, tuttavia, persistono forti legami con la cultura conservatrice della propria famiglia d'origine.

La crescita di ogni individuo giovane è intrecciata con la tradizione culturale collettiva.

Bambini e adolescenti che non hanno radici culturali hanno evidenziato problemi di identità, mancando di un modello per la risoluzione del conflitto. In alcune situazioni di stress, possono ricorrere a comportamenti autodistruttivi come tentativi di suicidio o suicidio⁵.

Vi è un maggiore rischio di comportamenti suicidari in persone indigene rispetto a quelle non-indigene.

Le caratteristiche di genere e le problematiche di identità relative all'orientamento sessuale sono ulteriori fattori di rischio per il suicidio. Bambini e adolescenti che non sono completamente accettati all'interno della loro cultura, dalle loro famiglie, coetanei, scuola e da altre istituzioni, hanno seri problemi di accettazione e mancano di modelli di supporto per un corretto sviluppo.

Famiglia modello ed eventi di vita negativi durante l'infanzia

Modelli familiari disfunzionali ed eventi traumatici nella prima infanzia influenzano i giovani nella vita a venire, specialmente quando essi non sono stati in grado di far fronte al trauma⁶.

Gli aspetti di disfunzione familiare, instabilità ed eventi di vita negativi, di seguito elencati, sono spesso ritrovati in bambini e adolescenti a rischio di suicidio:

- psicopatologia dei genitori⁷, con la presenza di disturbi affettivi e di altri disturbi psichiatrici;
- abuso di alcool e di sostanze o comportamento antisociale in famiglia;
- una storia familiare di suicidi e tentativi di suicidio;
- famiglia violenta e con abusi (incluso l'abuso fisico e sessuale del bambino);

- scarsa cura fornita dai genitori/tutori e scarsa comunicazione all'interno della famiglia;
- frequenti liti tra i genitori/tutori con tensioni e aggressività;
- divorzio, separazione o morte dei genitori/tutori;
- frequenti spostamenti in diverse aree residenziali;
- aspettative molto alte o molto basse da parte dei genitori/tutori;
- genitori/tutori con autorità inadeguata o eccessiva;
- mancanza di tempo di genitori/tutori per cogliere e affrontare lo stress emotivo del bambino e un ambiente emotivo negativo di rifiuto e abbandono;
- rigidità in famiglia⁸;
- famiglia affidataria o adottiva.

Questi modelli familiari spesso, ma non sempre, si riscontrano in casi di bambini e adolescenti che commettono o tentano il suicidio. L'evidenza suggerisce che i giovani suicidi provengono da famiglie con più di un problema, dove i rischi sono cumulativi. Fintanto che rimangono fedeli ai loro genitori, e per timore o divieto non possono rivelare i segreti familiari, evitano frequentemente di cercare aiuto al di fuori della famiglia.

Stile cognitivo e personalità

I tratti di personalità, di seguito riportati, sono frequentemente osservati durante l'adolescenza, ma anche associati al rischio di tentato suicidio o suicidio (spesso in comorbilità con disturbo mentale); ne consegue come la loro utilità nel predire il suicidio sia limitata:

- umore instabile;
- comportamento aggressivo;
- comportamento antisociale;
- *acting-out* comportamentale;
- alta impulsività;
- irritabilità;
- schemi di pensiero e di coping rigidi;
- scarsa capacità di risolvere i problemi quando sorgono difficoltà;

- incapacità di affermarsi all'interno di diverse realtà;
- tendenza a vivere in un mondo illusorio;
- fantasie di grandezza alternate a sentimenti di inutilità;
- senso di immediata delusione;
- ansia, in particolare, segni di lieve indisposizione fisica o delusioni di poco conto;
- moralismo o intolleranza alle opinioni altrui;
- sentimenti di inferiorità e di incertezza che potrebbero essere mascherati da manifestazioni evidenti di superiorità, rifiuto o comportamento provocatorio nei confronti della scuola, dei genitori o degli adulti;
- confusione circa l'identità di genere o l'orientamento sessuale⁹,
- relazioni ambivalenti con genitori, adulti e amici.

Le evidenze di ricerca disponibili inerenti tratti specifici sono generalmente insufficienti ed equivoche, mentre vi è molto interesse nella correlazione tra i cluster di personalità, fattori cognitivi e rischio di comportamento suicidario.

Disturbi psichiatrici

Il comportamento suicidario è sovrarappresentato in bambini ed adolescenti che manifestano i seguenti disturbi psichiatrici.

Depressione

La combinazione tra sintomi depressivi e comportamento antisociale è stata descritta come l'antecedente più comune tra gli adolescenti suicidi^{10,11}. Diverse indagini hanno stabilito che fino a tre quarti di coloro che finiscono per togliersi la vita mostrano la presenza di uno o più sintomi depressivi e/o una vera e propria depressione maggiore¹².

Gli studenti che soffrono di depressione spesso presentano sintomi fisici quando si rivolgono al medico¹³. Sono frequenti, inoltre, disturbi somatici come mal di testa e dolori addominali, alle gambe o al torace.

Le ragazze depresse presentano marcata tendenza all'isolamento, diventando silenziose, avviliti e inattive. I ragazzi depressi tendono, diver-

samente, verso un comportamento aggressivo e dirompente e richiedono una grande attenzione da parte di insegnanti e genitori. L'aggressività può portare a solitudine e/o isolamento che, di per sé, sono un fattore di rischio per il comportamento suicidario.

Se alcuni sintomi depressivi o disturbi depressivi sono comuni tra gli adolescenti a rischio di suicidio, non è detto che la depressione sia una condizione necessaria per l'ideazione e il comportamento suicidario¹⁴. Gli adolescenti possono uccidersi senza essere depressi e possono essere depressi senza per questo voler morire.

Disturbi d'ansia

Gli studi hanno evidenziato una forte correlazione tra i disturbi d'ansia e i tentativi di suicidio nei maschi, debole nelle femmine. L'ansia di tratto appare essere relativamente indipendente dall'effetto della depressione sul rischio di comportamento suicidario; ciò suggerisce che l'ansia degli adolescenti a rischio di suicidio dovrebbe essere valutata e trattata. Sintomi psicosomatici sono spesso presenti in persone giovani tormentate da pensieri suicidi.

Alcool e droga

L'abuso di alcol e droghe è molto frequente tra i bambini e gli adolescenti che si suicidano. In questa fascia di età, un suicida su quattro risultava essere positivo ad alcool e droghe prima dell'atto letale¹⁵.

Disturbi del comportamento alimentare

A causa della distorsione dell'immagine corporea, molti bambini e adolescenti cercano di perdere peso e sono preoccupati per ciò che dovrebbero e non dovrebbero mangiare. L'1-2% delle ragazze soffrono di anoressia o bulimia. Ragazze anoressiche, frequentemente, possono soccombere alla depressione e il rischio di suicidio tra esse è 20 volte superiore a quello dei giovani della popolazione generale.

Dati della letteratura dimostrano che anche i ragazzi possono soffrire di anoressia e bulimia^{13,17}.

Disturbi psicotici

Anche se pochi bambini e adolescenti sono affetti da gravi disturbi psichiatrici come schizofrenia o psicosi maniaco-depressiva, il rischio di suicidio è molto alto in coloro che ne sono affetti. La maggior parte dei soggetti psicotici presenta fattori di rischio come abuso di alcool, fumo e droga.

Tentativi di suicidio

Una storia di tentativi di suicidio sia con episodio singolo che ricorrente, con o senza i suddetti disturbi psichiatrici, è un importante fattore di rischio.

Eventi negativi nella vita dell'adolescente possono costituirsi quale elemento scatenante il comportamento suicidario.

Una marcata reattività allo stress, unitamente allo stile cognitivo e ai tratti di personalità sopra citati (a causa di fattori genetici e/o modelli familiari e di vita stressanti sperimentati nella prima infanzia), è frequentemente osservata in bambini e adolescenti suicidi¹⁶. Tale vulnerabilità crea difficoltà nell'affrontare, in maniera adeguata, eventi di vita negativi; il comportamento suicidario, infatti, è spesso preceduto da eventi di vita stressanti che possono riattivare il senso di impotenza, disperazione e mancanza di speranza inducendo pensieri suicidari fino al tentato suicidio o suicidio¹⁷.

Situazioni di rischio ed eventi che possono innescare tentativi di suicidio o suicidio sono:

- circostanze che possono essere vissute come dannose (anche in assenza di riscontro oggettivo): bambini e adolescenti vulnerabili possono percepire episodi di poco conto come profondamente dannosi e reagire con ansia e comportamento incontrollato, mentre adolescenti a rischio di suicidio percepiscono alcune situazioni come minacce dirette alla loro immagine, accusando una profonda ferita che intacca la dignità personale;
- conflittualità familiare;
- separazione da amici, fidanzati/e, compagni di classe, ecc;

La prevenzione del suicidio: guida per insegnanti e operatori scolastici

- morte di una persona cara o di altra persona importante;
- interruzione di un rapporto d'amore;
- conflitti interpersonali o perdite;
- problemi legali o disciplinari;
- condizionamento e/o consenso da parte dei pari all'auto-distruttività;
- bullismo e vittimizzazione;
- delusioni scolastiche e fallimento negli studi;
- richieste scolastiche elevate durante i periodi di esame;
- disoccupazione e problemi finanziari;
- gravidanze indesiderate, aborto;
- infezione da HIV o altre malattie sessualmente trasmissibili;
- malattia fisica grave;
- catastrofi naturali.

Come individuare gli studenti in crisi e a rischio di suicidio

Identificazione di disagio

Va preso seriamente in considerazione qualsiasi cambiamento improvviso e drammatico inerente il livello di prestazione e il comportamento del bambino o dell'adolescente¹⁸ come:

- mancanza di interesse nelle attività quotidiane;
- calo generale nel rendimento scolastico;
- riduzione dell'impegno;
- comportamento inadeguato in classe;
- ripetute assenze ingiustificate a scuola;
- abuso di nicotina, alcool e droghe (compresa la cannabis);
- episodi di violenza tra studenti che coinvolgono le forze dell'ordine.

Questi fattori aiutano nell'identificazione degli studenti a rischio di disagio mentale e sociale, i quali potrebbero presentare pensieri suicidi con eventuale comportamento suicidario¹⁹. Qualora uno di questi segnali venga colto da un insegnante o un consulente scolastico, lo staff della

scuola dovrebbe essere avvertito al fine di poter effettuare una valutazione approfondita dello studente, essendo generalmente tali segnali indicativi di grave sofferenza e possibile rischio di suicidio.

Valutazione del rischio di suicidio

Nel valutare il rischio di suicidio, il personale scolastico dovrebbe essere consapevole della natura multidimensionale dei problemi.

Tentativi di suicidio

Una storia di tentativi di suicidio è uno dei fattori di rischio più significativo. I giovani in difficoltà tendono a ripetere i loro agiti.

Depressione

Un altro importante fattore di rischio è la depressione. La diagnosi di depressione dovrebbe essere fatta da un medico o da un neuropsichiatra infantile. Gli insegnanti e altro personale scolastico dovrebbero, tuttavia, acquisire consapevolezza della molteplicità dei sintomi²⁰ facenti parte della patologia depressiva²¹.

La difficoltà di valutare la depressione è legata al fatto che la stessa condivide diverse caratteristiche con le fasi evolutive dell'adolescenza.

L'adolescenza è una fase del naturale ciclo vitale, durante la quale caratteristiche comuni sono, bassa autostima, scoraggiamento, problemi di concentrazione, stanchezza e problemi del sonno. Queste caratteristiche si riscontrano anche nella malattia depressiva, ma non c'è motivo di allarmarsi quando sono transitorie. Rispetto agli adulti depressi, i giovani tendono a mangiare e dormire di più ed essere più attivi. Pensieri depressivi, relativi a preoccupazioni circa problematiche esistenziali, possono normalmente essere presenti in età adolescenziale, riflettendo il naturale processo di sviluppo. L'intensità, la pervasività, la durata dei pensieri suicidari, il contesto in cui sorgono, unitamente all'impossibilità di distogliere un bambino o un adolescente da questi pensieri, sono ciò che distingue una persona sana da un giovane che sta vivendo una crisi suicidaria.

Situazioni a rischio

Come evidenziato in precedenza, altro compito importante è quello di identificare i fattori ambientali e gli eventi di vita negativi che possono attivare pensieri suicidi, aumentando il rischio di suicidio.

Come gestire gli studenti a rischio di suicidio nelle scuole?

Non è compito difficile riconoscere un giovane in difficoltà e/o bisognoso di aiuto, mentre reagire e rispondere alla problematica del suicidio è cosa molto più difficile.

Tra il personale scolastico, alcuni hanno imparato a trattare gli studenti in difficoltà e con problematiche suicidarie con sensibilità e rispetto, mentre altri dovrebbero migliorare le loro competenze. L'equilibrio che dovrebbe essere raggiunto nel contatto con lo studente a rischio di suicidio è quello che si pone tra distanza e vicinanza e tra empatia e rispetto.

Il riconoscimento e la gestione delle crisi suicidarie negli studenti potrebbero dar luogo a conflitti tra insegnanti e altro personale scolastico mancando, in questi, le competenze specifiche richieste, il tempo o essendoci il timore di dover affrontare i propri problemi psicologici.

Prevenzione generale: affinché non si realizzi alcun atto letale

L'aspetto più importante della prevenzione del suicidio è il riconoscimento precoce dei bambini e adolescenti in difficoltà e/o con serio rischio di suicidio²². Per raggiungere questo obiettivo, dovrebbe essere posto un accento particolare sulla condizione del personale scolastico e degli studenti coinvolti, come di seguito descritto. Molti esperti sono concordi nel ritenere che non è saggio istruire esplicitamente i giovani sulla tematica del suicidio. Piuttosto, essi raccomandano che le questioni relative al suicidio vengano sostituite da un approccio positivo alla salute mentale.

*Rafforzare la salute mentale di insegnanti e staff scolastico*²³

Prima di tutto, è essenziale assicurare il benessere e l'equilibrio degli insegnanti e del personale scolastico, per i quali, il posto di lavoro potrebbe risultare rifiutante, aggressivo e talvolta violento.

Quindi, hanno bisogno di materiale informativo che migliori la loro comprensione e proponga reazioni adeguate alla loro tensione mentale, a quella degli studenti e dei colleghi e ai possibili disagi mentali. Essi dovrebbero, inoltre, avere accesso a un supporto e, se necessario, al trattamento.

*Rafforzamento dell'autostima degli studenti*²⁴

Una buona autostima protegge i bambini e gli adolescenti dal disagio mentale e lo sconforto, permettendo loro di affrontare adeguatamente le situazioni difficili della vita²⁵.

Al fine di favorire l'autostima, nei bambini e negli adolescenti, possono essere utilizzate una varietà di tecniche. Elenchiamo di seguito alcuni approcci consigliati:

- Nei giovani dovrebbero essere accentuate le esperienze positive di vita che strutturano l'identità²⁶. Inoltre, le esperienze positive passate alimentano la fiducia dei giovani in un futuro migliore;
- I bambini e gli adolescenti non dovrebbero essere sottoposti costantemente a forti pressioni prestazionali;
- Non è sufficiente che gli adulti dicano di amare il bambino, il bambino deve sentirsi amato. C'è una grande differenza tra l'essere amati e il sentirsi amati;
- I bambini non dovrebbero essere solo accettati, ma anche amati così come sono. Devono sentirsi speciali solo per il fatto di esistere;

Mentre la compassione non nutre l'autostima, l'empatia la favorisce a partire dalla sospensione del giudizio. Durante la prima infanzia, l'autonomia e la padronanza sono pilastri fondamentali nello sviluppo dell'autostima.

L'incremento dell'autostima, nei bambini e negli adolescenti, dipende dalla loro abilità fisica, dalle capacità sociali e scolastiche. Per ottenere una

buona autostima, l'adolescente ha bisogno di stabilire l'indipendenza dai familiari e dai coetanei, essere in grado di relazionarsi con l'altro sesso, rendersi autonomo attraverso il lavoro e raggiungere una filosofia di vita funzionale e significativa.

È metodo efficace avviare una formazione sulle strategie di vita, dapprima su iniziativa di esperti del settore, in seguito, come parte di una abituale attività curriculare. Il programma dovrebbe trasmettere le conoscenze ai coetanei su come poter essere di supporto e, se necessario, su come cercare aiuto dagli adulti di riferimento.

Il sistema educativo dovrebbe anche favorire lo sviluppo e il consolidamento del senso di identità degli studenti.

Altro importante obiettivo è promuovere la stabilità e la continuità della scolarizzazione degli studenti.

Promuovere l'espressione emotiva

Bambini e adolescenti dovrebbero essere istruiti a considerare seriamente i propri sentimenti e incoraggiati a confidarsi con i genitori ed altri adulti significativi, quali insegnanti, medici, infermieri, amici, allenatori sportivi, sacerdoti e consulenti.

Prevenire il bullismo e la violenza a scuola

Per prevenire il bullismo e la violenza fuori e dentro la scuola e creare un ambiente sicuro e tollerante dovrebbero essere disponibili nel sistema educativo delle specifiche competenze.

Fornire informazioni sui servizi di assistenza

La disponibilità di servizi specifici dovrebbe essere ampiamente garantita e resa accessibile ai giovani attraverso la divulgazione di numeri telefonici, come linee di assistenza, di crisi e di emergenza.

Intervento: quando è identificato il rischio di suicidio.

Nella maggior parte dei casi, bambini e adolescenti in difficoltà e/o a rischio di comportamento suicidario possono anche sperimentare proble-

mi di comunicazione. Di conseguenza, è importante stabilire un dialogo con il giovane a rischio di suicidio.

Comunicazione

Il primo passo nella prevenzione del suicidio consiste nello stabilire una comunicazione di fiducia. Durante l'evolversi del processo suicidario, la comunicazione reciproca tra i giovani a rischio di suicidio e coloro che li circondano è di importanza cruciale. La mancanza di comunicazione e di una rete di sostegno portano a:

- Silenzio e aumento di tensione nella relazione. La paura dell'adulto che parlando di suicidio si possa innescare l'atto fatale nel bambino o nell'adolescente, è spesso causa di silenzio e assenza di dialogo.
- Evidente ambivalenza. Comprensibilmente, negli adulti che si confrontano con la comunicazione suicida di un bambino o un adolescente potrebbero riattivarsi antichi conflitti psichici. Lo sforzo psicologico di chi interagisce con un adolescente o un bambino in difficoltà e/o suicida è notevole, poiché ciò coinvolge una vasta gamma di reazioni emotive. In alcuni casi, i contenuti emotivi irrisolti degli adulti, in contatto con bambini e adolescenti a rischio di suicidio, potrebbero riemergere. Alcuni problemi potrebbero essere esacerbati all'interno del personale scolastico coinvolto, nel quale l'ambivalenza – volere ma allo stesso tempo non volere o non essere in grado di aiutare lo studente suicida – potrebbe portare ad evitare il dialogo.
- Aggressione diretta o indiretta. Il disagio negli adulti, a volte, è tale da portarli, *in extremis*, a reagire alle difficoltà del bambino o dell'adolescente a rischio di suicidio, con un'aggressione verbale e non verbale.

È importante capire che l'insegnante non è solo in questo processo comunicativo, pertanto imparare a realizzare una buona forma di comunicazione è fondamentale. Il dialogo dovrebbe essere creato e adattato ad ogni situazione, implicando, in primo luogo, il riconoscimento dell'identità dei bambini e degli adolescenti nonché il loro bisogno di aiuto.

I bambini e gli adolescenti in difficoltà o a rischio di suicidio sono spesso ipersensibili allo stile di comunicazione dell'altro, avendo nutrito durante lo sviluppo poca fiducia nel rapporto con la famiglia e con i coetanei ed avendo sperimentato assenza di interesse, di rispetto o anche di affetto. L'ipersensibilità dello studente suicida è evidente sia nella comunicazione verbale che non verbale. In questo contesto, il linguaggio del corpo gioca un grande ruolo al pari della comunicazione verbale. Tuttavia, gli adulti non dovrebbero essere scoraggiati e riluttanti nel parlare con i giovani a rischio di suicidio. Dovrebbero invece ricordarsi che l'atteggiamento di evasione è spesso un segno di sfiducia.

Bambini e adolescenti a rischio di suicidio spesso mostrano una marcata ambivalenza sia circa la possibilità di accettare o rifiutare l'aiuto offerto loro sia circa la possibilità di vivere o morire. Questa ambivalenza può manifestarsi in ripercussioni comportamentali del giovane suicida, quali rapidi cambiamenti – dalla ricerca al rifiuto di aiuto – che possono essere facilmente fraintesi da altri.

Migliorare le competenze del personale scolastico

Questo può essere attuato per mezzo di appositi corsi di formazione volti a migliorare la comunicazione tra gli studenti in difficoltà e/o a rischio di suicidio ed i loro insegnanti, aumentando, in tal modo, la consapevolezza e la comprensione del rischio di suicidio. Mezzi cruciali di prevenzione del suicidio consistono nel preparare tutto il personale scolastico a trattare tra loro e con gli studenti i problemi di vita e di morte, migliorando le loro competenze nell'identificare angoscia, depressione e comportamento suicida e aumentando la loro conoscenza circa il supporto esistente.

Obiettivi chiari e precisi limiti, definiti nei manuali di prevenzione del suicidio, sono importanti strumenti in questo lavoro.

Riferimento ai professionisti

Un pronto intervento, autorevole e deciso che porta il giovane suicida da un medico di medicina generale, uno psichiatra infantile o di un dipartimento di emergenza, può essere salva-vita.

Per essere efficaci, i servizi sanitari giovanili devono essere percepiti come accessibili, gradevoli e non stigmatizzanti. Studenti in difficoltà e/o a rischio di suicidio dovrebbero essere condotti attivamente da parte del personale scolastico e da un team composto da medici, infermieri, assistenti sociali e rappresentanti legali il cui compito è quello di proteggere i diritti del giovane. Questo trasferimento attivo dello studente al sistema sanitario impedisce l'abbandono durante il processo di presa in carico, mentre non risulterebbe altrettanto efficace se attuato solo per corrispondenza.

Diminuire la disponibilità di mezzi letali per giovani in crisi a rischio di suicidio

Vigilare, rimuovere o sequestrare farmaci pericolosi, pistole, pesticidi, esplosivi, coltelli sia in casa che a scuola, sono misure salva-vita molto importanti. Dal momento che queste misure da sole non sono sufficienti per prevenire il suicidio nel lungo periodo, dovrebbe essere offerto anche un adeguato sostegno psicologico.

Quando il suicidio è stato tentato o commesso

Informare il personale scolastico e i compagni di scuola

Al fine di evitare fenomeni di contagio o imitativi di suicidio quando il suicidio è stato tentato o commesso a scuola, si dovrebbe disporre di un piano di emergenza su come informare il personale scolastico: insegnanti, compagni e genitori.

L'effetto contagio deriverebbe dal fatto che bambini e adolescenti a rischio di suicidio potrebbero avere la tendenza ad identificarsi con le soluzioni distruttive adottate dalle persone che hanno tentato o commesso il suicidio. Raccomandazioni su come gestire e prevenire i cluster di suicidio furono sviluppate e promulgate dal US Centers for Disease Control 1994 e ora sono largamente utilizzate²⁷.

È importante identificare tutti gli studenti suicidi, sia in una stessa classe che nelle altre. Un cluster di suicidi, tuttavia, può coinvolgere non solo i bambini o gli adolescenti che si conoscono l'un l'altro ma anche le perso-

ne giovani lontane o estranee alle vittime, potendo sussistere un'identificazione con il comportamento suicidario e ricorrere anch'essi al suicidio.

Compagni di scuola, personale scolastico e genitori dovrebbero essere adeguatamente informati circa il suicidio o il tentato suicidio di uno studente e dovrebbero cercare di elaborare il disagio causato da tale atto.

Sintesi delle raccomandazioni

Il suicidio non è un fulmine a ciel sereno: gli studenti suicidi danno alle persone che li circondano sufficienti avvertimenti e margini di intervento. Nel lavoro di prevenzione del suicidio, gli insegnanti e altro personale scolastico affrontano una sfida di grande importanza strategica, in cui è fondamentale:

- identificare gli studenti con disturbi di personalità e offrire loro un sostegno psicologico;
- trattenere stretti legami con i giovani, parlare con loro e cercare di capire e aiutare;
- alleviare la sofferenza mentale;
- essere attenti e formati nel riconoscimento precoce delle comunicazioni inerenti il suicidio, sia attraverso le dichiarazioni verbali e/o i cambiamenti comportamentali;
- aiutare gli studenti meno abili con il loro lavoro scolastico;
- controllare le assenze ingiustificate;
- destigmatizzare la malattia mentale e contribuire a eliminare l'abuso di alcool e droghe;
- far visitare gli studenti per il trattamento di disturbi psichiatrici e abuso di alcool e droga;
- limitare l'accesso degli studenti ai mezzi letali, quali farmaci tossici e letali, pesticidi, armi da fuoco, altre armi, ecc;
- dare agli insegnanti e al personale scolastico mezzi da utilizzare per alleviare lo stress sul lavoro.

Bibliografia

1. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
2. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. *Group and Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1983.
3. Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Vol. 3: *Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
4. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine*, 1982, 16: 1929-1938.
5. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural Psychiatry Research Review*, 1988, 25: 87-105.
6. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy*, 1984, 38: 350-363.
7. Gould MS, *et al.* Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9): 915-923.
8. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of Adolescence*, 1998, 21(4): 459-472.
9. Garofolo R *et al.* The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(5): 805-902.
10. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
11. Weissman MM *et al.* Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 545-565.
13. Wasserman D. *Depression – en vanlig sjukdom* [Depression – a common illness]. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.
15. Pommereau X. *Quand l'adolescent va mal* [When things don't go well for adolescents]. 1997. Ed. J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL *et al.* Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
17. De Wilde EJ *et al.* The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.

18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21:178-186.
19. Zener FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403. WHO/MNH/MBD/00.3
20. Weissman MM *et al.* Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
21. Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.
22. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.
23. Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.
24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130: 450-455.
25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
26. Papenfuss RL *et al.* Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school, health*, 1983, 53: 618-620.
27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.

*Finito di stampare nel mese di aprile 2012
presso Universal Book srl
Via Botticelli, 22 - 87036 Rende (Cs)
Tel. 0984 408929*