

Haim Omer, Anat Brunstein Klomek

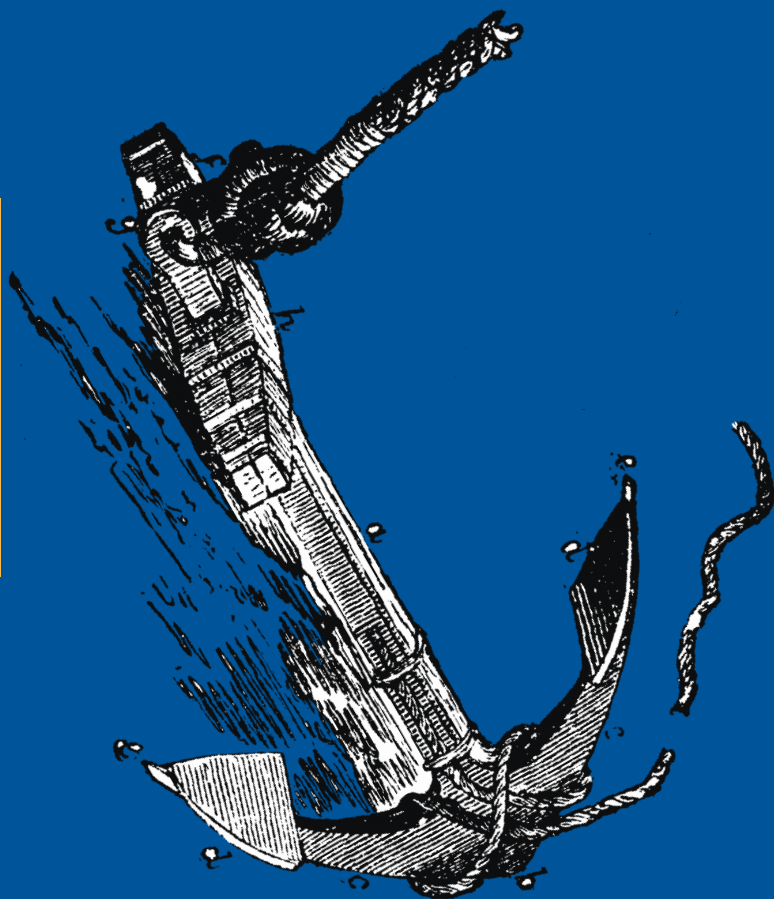
La prevenzione del suicidio nell'adolescenza e nella pre-adolescenza

Metodi e strumenti
per assistere il ragazzo a rischio,
i genitori e gli educatori

*Edizione italiana a cura di
Daniele Piacentini e Daniela Leveni*

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Haim Omer, Anat Brunstein Klomek

La prevenzione del suicidio nell'adolescenza e nella pre-adolescenza

Metodi e strumenti

per assistere il ragazzo a rischio,
i genitori e gli educatori

Edizione italiana a cura di

Daniele Piacentini e Daniela Leveni

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: *Ships anchor*, in *Nordisk familjebok* (1904), vol. 1, p. 1049, Anonimo

Isbn: 9788835177104

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della
licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione dell'edizione italiana , di <i>Chiara Davico</i>	pag. 9
Introduzione	» 13
1. Genitori ed educatori	» 16
2. Resistenza non violenta, Nuova Autorità e funzione di ancora	» 16
1. La Nuova Autorità e altri approcci alla prevenzione del suicidio	» 21
1. Terapia comportamentale dialettica	» 24
2. Terapia cognitivo comportamentale per la prevenzione del suicidio	» 27
3. Terapia interpersonale per adolescenti	» 30
4. Terapia familiare basata sull'attaccamento	» 33
5. Conclusioni: la posizione unica dell'approccio della Nuova Autorità	» 36
2. Suicidio e minacce di suicidio dal punto di vista della Nuova Autorità	» 38
1. I denominatori comuni tra rischio reale di suicidio e minaccia suicidaria	» 40
2. Il "parlamento della mente"	» 43
3. I vari ambiti della prevenzione del suicidio	» 44
4. Gli elementi dell'approccio della Nuova Autorità	» 48

3. Genitori e sostenitori	pag. 52
1. Reclutare i genitori e stabilire l'alleanza terapeutica	» 52
2. Prevenzione dell'escalation	» 60
3. Reclutare sostenitori	» 64
4. L'annuncio	» 68
5. Validazione della sofferenza	» 72
6. Rafforzare la cura vigile	» 74
7. Atti di conciliazione e riparazione	» 80
8. La cerimonia di supplica	» 87
9. Un invito ad appartenere	» 90
10. Resistere alle minacce	» 93
11. Aprire nuove prospettive	» 95
12. Interrompere servizi dannosi	» 96
13. Prevenzione delle recidive	» 105
14. Conclusioni	» 108
4. "Cosa dire a una persona sul tetto?"	» 110
1. Prima parte: l'atteggiamento empatico	» 114
2. Seconda parte: l'atteggiamento sfidante	» 118
3. Esercizi per i sostenitori	» 127
4. Riepilogo	» 130
5. Contesti esterni alla famiglia: scuola e altre agenzie educative informali	» 131
1. Il programma "Gatekeepers"	» 131
2. Terapia di prevenzione del suicidio	» 135
3. Dal gatekeeping all'ancoraggio	» 137
Appendice. Alcune iniziative italiane, di <i>Chiara Davico</i>	» 160
6. La Nuova Autorità combinata con altri approcci alla prevenzione del suicidio	» 166
1. Integrare la Nuova Autorità con la terapia interpersonale della depressione	» 166

2. Integrare la Nuova Autorità con il primo soccorso emotivo telefonico o online	pag. 175
3. L'incontro con lo staff di un'organizzazione di volontariato per la prevenzione del suicidio che opera sul territorio	» 183
4. Conclusioni	» 191
Epilogo	» 193
Bibliografia	» 197
Risorse e contatti	» 205
Gli autori e i curatori dell'edizione italiana	» 207

Presentazione dell'edizione italiana

di Chiara Davico*

Il suicidio di un'adolescente è un evento inconcepibile, impensabile, drammatico. Il suicidio è un “enigma”, un “cubo di Rubik” per citare il fumettista italiano Zerocalcare o, per dirlo con le parole di Albert Camus, “vi è solamente un problema filosofico veramente serio: quello del suicidio”. Si tratta di un evento che interroga, scuote, angoschia e suscita reazioni difensive, come per esempio, un atteggiamento di negazione e di distanziamento. Le comunità fanno fatica a confrontarsi in maniera seria e profonda su questo tema.

Eppure il tema della prevenzione del suicidio in adolescenza e età giovane adulta è estremamente attuale e urgente. Sebbene il suicidio in adolescenza sia un fenomeno relativamente raro, esso rappresenta in Italia la seconda causa di morte nei giovani dopo gli incidenti stradali: gli adolescenti non dovrebbero morire e, se questo avviene, la società tutta è chiamata in qualche modo in causa e si deve interrogare.

Negli ultimi anni si è assistito, in tutto il mondo occidentale, a un aumento significativo delle problematiche di salute mentale in infanzia e adolescenza. Le ragioni di questo aumento, che ha preceduto la pandemia da Covid-19, non sono del tutto chiare, e spiegazioni di tipo sociologico, economico e legate all'esposizione per esempio, ai social media, sono tutt'ora oggetto di dibattito nella comunità scientifica.

Di fatto sono aumentati quindi negli ultimi anni i fattori di rischio per suicidio, come alcuni disturbi psichiatrici, in particolare depressione e ansia e altri elementi che riguardano più il contesto, come la frammentazione della coesione sociale. In più, sono in rilevante aumento le problematiche inerenti i comportamenti suicidari (ideazione, condotte autolesive non suicidarie,

* Neuropsichiatra infantile presso l'ospedale infantile Regina Margherita di Torino e ricercatrice presso l'Università di Torino.

tentativi di suicidio), che rappresentano un significativo fattore di rischio per suicidio. Negli Stati Uniti e in altri Paesi il trend di suicidi in adolescenza è in aumento. In Italia non è al momento possibile definire se vi sia stato un effettivo aumento di decessi per suicidio corrispondente all'aumento, documentato, dei comportamenti suicidari nella fascia di età adolescenziale-giovane adulta. Sicuramente però sono aumentati i ragazzi, ma ancora di più le ragazze, che presentano ideazione suicidaria, condotte autolesive non suicidarie e che effettuano tentativi di suicidio e che per questo accedono in pronto soccorso in condizioni critiche o che, seguiti dai servizi di neuropsichiatria infantile per altre problematiche (disturbi alimentari, ritiro sociale), presentano anche, in "comorbidità", comportamenti suicidari.

Se dunque la prevenzione del suicidio è sempre stata una priorità, negli ultimi anni, se possibile, questo tema è diventato ancora più urgente e rilevante. Essa rappresenta una sfida ambiziosa di salute pubblica. Occuparsi di prevenzione del suicidio vuol dire lavorare per ottenere una riduzione dei fattori di rischio e un'implementazione dei fattori protettivi. In entrambi i casi, si va innanzitutto a realizzare interventi che vadano nella direzione di un maggiore sostegno del benessere psichico degli adolescenti, con un impatto quindi non solo sui ragazzi e le ragazze a rischio specifico di comportamenti suicidari, ma, a monte, sul benessere mentale dei ragazzi e delle ragazze in generale, sulle loro relazioni e comunità. Uno dei fattori protettivi principali è infatti la presenza di reti sociali. Gli interventi di prevenzione del suicidio si devono realizzare infatti a più livelli, in maniera integrata, dal singolo individuo, alle sue relazioni, alla comunità tutta.

Occuparsi di prevenzione del suicidio non ha effetto solo sull'individuo potenzialmente a rischio vita, ma su tutto il suo contesto. Bisogna inoltre tenere a mente che quando si verifica il suicidio di un adolescente un'intera comunità rimane ferita e molte vite rimangono segnate per sempre dalla perdita che spesso si associa a senso di colpa, impotenza e vissuti angosciosi di grande intensità che accompagnano i *survivors* per tutta la vita, a volte modificando significativamente le traiettorie di vita. Questo vale per le famiglie ma anche per gli amici, i compagni di classe, gli insegnanti, i conoscenti fino a raggiungere persone che non avevano un rapporto diretto con il ragazzo deceduto. Si può dire che il suicidio di un adolescente abbia imprevedibili effetti negativi in una dimensione di distanza sia geografica sia temporale e che spesso tali effetti si mantengono nel tempo o tornano a essere attuali anche a distanza di anni.

Si tratta sicuramente di un problema clinico, rispetto al quale neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicoterapeuti, operatori sociali devono agire tempestivamente e in maniera appropriata in termini di diagnosi e cura e follow-

up dei soggetti a rischio. Al tempo stesso però il suicidio non può e non deve rimanere esclusivamente un argomento “clinico”, la cui prevenzione è nelle mani dei professionisti della salute mentale. Esistono dei forti determinanti di salute mentale, e anche quindi, fattori di rischio per suicidio, che sono di tipo sociale. Di questi aspetti si deve fare carico la società, con interventi che siano di tipo legislativo, politici e di sistema. Ecco allora che una prevenzione diventa possibile, nel momento in cui gli sforzi di tutti si trasformano in interventi di sistema, coordinati e con un orizzonte e degli obiettivi comuni.

L’approccio della Nuova Autorità applicato alla prevenzione del suicidio presentato in questo volume rappresenta uno strumento innovativo per lavorare direttamente sul ragazzo a rischio, ma anche sui suoi genitori e sui “sostenitori esterni”. Come clinici abbiamo bisogno di metodi e strumenti che ci aiutino a orientarci in quelle situazioni che, per la loro portata di angoscia estrema, possono risultare difficili, confondenti e che possono portare anche i clinici a perdere la speranza. Se da un lato sentiamo che gli adolescenti ci mettono in discussione con le problematiche di salute emergenti e gravi che presentano, noi adulti possiamo e dobbiamo rispondere in maniera competente e innovativa alle sfide che presentano per costruire insieme a loro un futuro possibile.

Introduzione

Il suicidio di ragazzi e adolescenti costituisce un problema di grande attualità e di primaria importanza per genitori, famiglie, educatori, terapeuti e per la società in generale. L'obiettivo di questo libro è quello di presentare un approccio sistematico e integrato alla prevenzione del suicidio, non solo nell'ambito di una terapia individuale ma anche nell'ambito di interventi rivolti alla famiglia, alla scuola e alla comunità. La crisi suicidaria può essere vista da due diverse prospettive: la prospettiva degli adolescenti, sempre più trascinati dalla loro profonda sofferenza nella disperazione e nella tentazione di porre fine alla loro vita, e la prospettiva di coloro che li circondano, che spesso vivono la crisi come una prova terrificante in cui perdono la loro influenza e la loro capacità di stabilire un contatto con l'adolescente. Dal punto di vista dell'ambiente e soprattutto dei genitori, è come se l'adolescente fosse spazzato via, fuori dalla loro portata. Al culmine della crisi si sentono come se lo avessero perso completamente. La maggior parte dei professionisti sono consapevoli del fatto che nelle crisi suicidarie dovrebbero lavorare non solo con il giovane ma anche con i suoi genitori e talvolta anche con i suoi insegnanti. Questo per diverse ragioni. Per esempio, il ragazzo non collabora con il trattamento che gli viene offerto, i genitori costituiscono parte integrante della crisi, i genitori sono quelli che sono in grado di proteggere l'adolescente, oppure anche i genitori soffrono profondamente. L'approccio NVR (Resistenza Non Violenta) è stato sviluppato per restituire a genitori e insegnanti la capacità di proteggere il bambino, resistere ai suoi impulsi distruttivi e fornire loro un senso di appartenenza (Omer, 2008, 2021).

Questi tre obiettivi (protezione, resistenza, appartenenza) sono condivisi da tutti gli interventi che verranno descritti nel corso di questo libro.

Il concetto di "Nuova Autorità" necessita di alcuni chiarimenti. La necessità di un nuovo tipo di autorità, che differisca da quella del passato, è

evidenziata dalla grave crisi che colpisce il settore dell'educazione dei figli nella maggior parte delle società del moderno mondo occidentale. La crisi nasce dalla combinazione di due fattori: 1) i bambini al giorno d'oggi sono esposti a pericoli e tentazioni come mai è accaduto finora nel corso della storia umana. La proliferazione delle tentazioni è una delle caratteristiche della società dei consumi, che le produce a un ritmo vertiginoso, insieme a mezzi per diffonderle capillari e invadenti. Attraverso i cellulari bambini e ragazzi sono esposti ovunque e a tutte le ore del giorno e della notte a un massiccio assalto di influenze e offerte di oggetti, sostanze e atti potenzialmente letali. Con un semplice clic possono raggiungere siti web che offrono loro molteplici tipi di situazioni dannose quali per esempio diete estreme, droghe leggere e pesanti e consigli pratici su come suicidarsi. È come un fiume in piena che minaccia di trascinare i giovani verso situazioni estremamente pericolose; 2) proprio nel momento in cui i bambini sono più che mai esposti a influenze pericolose, la capacità degli adulti responsabili (sia genitori sia insegnanti) di fermarli risulta molto ridotta rispetto al passato. I mezzi che nel passato venivano utilizzati per esercitare la loro autorità, sono stati tolti a genitori e insegnanti. Non c'è dubbio che si tratti di un processo di per sé positivo. Al giorno d'oggi, non vogliamo più che genitori o insegnanti utilizzino la forza fisica, le minacce e le punizioni che erano comunemente utilizzate in passato. Tuttavia, nient'altro ha riempito il vuoto venutosi a creare togliendo loro quegli strumenti. La critica all'autorità del passato è arrivata al punto di considerare qualsiasi autorità come indesiderabile. Secondo questa visione l'autorità non è una soluzione ma la radice del problema. Questo è lo stato delle cose che ci ha portato a formulare principi che consentano a genitori e insegnanti di sviluppare, nell'educazione dei figli, una nuova autorità, accettabile, applicabile e in linea con i nostri valori attuali. Questo tipo di autorità consente agli adulti responsabili di esercitare una funzione di ancoraggio che fornisca ai bambini stabilità e sicurezza contro la minaccia di essere sopraffatti dal fiume in piena costituito dalle molteplici tentazioni cui sono esposti.

L'approccio della Nuova Autorità alla prevenzione del suicidio può essere applicato in due modi: come terapia principale o in combinazione con un'altra terapia. Nella maggior parte dei casi, quando un adolescente attraversa una crisi suicidaria, viene trattato con una terapia individuale. L'approccio della Nuova Autorità contiene principi e strumenti che facilitano un buon esito del trattamento individuale. Ma in alcuni casi, come quando il minore non collabora o rifiuta una terapia individuale, il trattamento che utilizza l'approccio della Nuova Autorità può essere scelto come opzione principale.

Come molti sanno, la Nuova Autorità si basa sull'approccio NVR, originariamente sviluppato per affrontare i comportamenti violenti di bambini

e adolescenti (Omer, 2002). Solo gradualmente l'intervento è stato esteso ad altre situazioni come i disturbi d'ansia (Omer e Lebowitz, 2007), il rifiuto scolastico (Omer *et al.*, 2016), i disturbi alimentari (Shimshoni *et al.*, 2020), bambini nello spettro autistico (Golan *et al.*, 2016) e adulti dipendenti disfunzionali (Dulberger e Omer, 2021). Il suicidio e la violenza sono due problemi diversi, ma hanno un denominatore comune. Il suicidio è anch'esso una forma di violenza, sebbene questa sia diretta contro se stessi piuttosto che contro l'altro. Tuttavia, il danno subito da coloro che circondano l'individuo con tendenze suicide è spesso più profondo e molto più doloroso del danno della "violenza" eterodiretta.

Il suicidio degli adolescenti è collegato alla debolezza o a un difetto dell'attaccamento di base dell'adolescente al proprio gruppo di appartenenza, sia familiare sia sociale. L'adolescente suicida presenta un attaccamento debole. Questa debolezza aumenta quando le relazioni che uniscono la famiglia o il gruppo sono esse stesse instabili. L'indebolimento dei rapporti avviene su due livelli. In primo luogo, a livello micro: numerosi ricercatori hanno sottolineato i rapporti problematici degli adolescenti con la famiglia e l'ambiente vicino come causa centrale del rischio suicidario (Mufson *et al.*, 2004). In secondo luogo, a livello macro: il lassismo e la dissoluzione dei legami reciproci nella società in generale sono stati associati ad alti livelli di suicidio. Dobbiamo questa intuizione al padre della sociologia moderna, Emil Durkheim (2002). Sebbene sia stata formulata alla fine del XIX secolo, la teoria di Durkheim sull'associazione tra la dissoluzione dei legami sociali e il suicidio è tuttora condivisa e considerata attuale.

Durkheim ha coniato il termine "anomia" per indicare la situazione in cui il senso di mutua appartenenza alla società si indebolisce, il collante si allenta e il carattere vincolante delle regole viene gradualmente eroso. L'anomia si crea principalmente in condizioni di rapido cambiamento sociale come la rivoluzione industriale, la migrazione di massa o altre vicissitudini culturali. I rapidi cambiamenti che la società sta attualmente attraversando nei settori della tecnologia, della demografia urbana e delle norme sociali stanno probabilmente creando condizioni che aumentano il rischio di anomia.

Nel suo ampio studio sul suicidio, Durkheim ha dimostrato che il livello di anomia in una specifica società è strettamente associato al tasso di suicidio. Anche se i dati della ricerca di Durkheim hanno suscitato critiche, la sua argomentazione sull'associazione tra appartenenza sociale e bassi livelli di suicidio è ancora valida.

Il suicidio esiste in ogni società, anche in quelle che non vivono in uno stato di anomia. Durkheim ha osservato che la differenza tra tali società e le società in stato di anomia non sta solo nei livelli di suicidio ma anche nella

capacità della società di affrontare il problema. Una società che si trova in uno stato di anomia invia messaggi vaghi e mostra impotenza di fronte al suicidio. Quando ci si concentra sul suicidio degli adolescenti, spesso si riscontra un'incapacità da parte degli adulti responsabili di inviare messaggi chiari e mettere in atto azioni decise di protezione e prevenzione.

Anche quando la società nel suo insieme non è in uno stato di anomia, l'allentamento delle relazioni interpersonali può comunque verificarsi negli ambienti più stretti di appartenenza del bambino (famiglia, coetanei e scuola). Proprio come l'anomia opera a livello macro, l'allentamento delle relazioni può operare anche a livello micro. Ricercatori e terapeuti hanno descritto come la mancanza o carenza di relazioni possa aumentare il rischio di suicidio (Mufson *et al.*, 2004; Van Orden *et al.*, 2010; Weissman *et al.*, 2000). Un ragazzo le cui relazioni con l'ambiente non sono basate su legami interpersonali sicuri e che non ha sperimentato un sufficiente supporto familiare-sociale, sarà più vulnerabile alla depressione e al suicidio, così come ad altri problemi emotivi e comportamentali.

1. Genitori ed educatori

Le persone significative per il ragazzo non sono coinvolte solo in termini di possibile contributo al problema o alla sua soluzione, ma anche come possibili vittime di una crisi suicidaria. I genitori sono tra coloro che soffrono maggiormente di tali situazioni. A volte hanno essi stessi tendenze suicide. Pertanto è importante considerare i genitori non solo come partner nell'aiutare l'adolescente, ma anche come persone che meritano di essere aiutate a loro volta. I genitori hanno bisogno di sostegno sia per aiutare il ragazzo sia per aiutare se stessi. Uno dei punti di forza del nostro approccio è la capacità di relazionarci con genitori e insegnanti sia come clienti a pieno titolo sia come agenti chiave di cambiamento per il ragazzo. Nell'approccio della Nuova Autorità, genitori e insegnanti imparano a proteggere i ragazzi e a resistere ai loro impulsi pericolosi, aiutando allo stesso tempo se stessi e riducendo la propria impotenza.

2. Resistenza non violenta, Nuova Autorità e funzione di ancora

All'inizio, il nostro approccio non comprendeva tutte le caratteristiche che gli permettevano di raggiungere il triplice obiettivo di protezione, resistenza e crescente appartenenza. Nella prima versione del modello ci siamo concentra-

ti principalmente sulla resistenza non violenta alla violenza sui minori (Omer, 2002). Si è trattato di un approccio interventistico e non necessariamente preventivo. Il presupposto era che i comportamenti problematici avessero già raggiunto un livello di gravità tale da giustificare un intervento terapeutico intensivo. Ma il modello non includeva un quadro sistematico per la prevenzione. Questo sviluppo ha richiesto alcuni anni ed è culminato nella pubblicazione del libro *La nuova autorità: famiglia, scuola, comunità* (Omer, 2015). Il presupposto centrale del modello della Nuova Autorità è che il nostro concetto tradizionale di autorità (“la vecchia autorità”) contiene elementi che hanno cessato di essere accettabili per noi come fondamenti dell’educazione dei figli. La vecchia autorità si basava su elementi quali la distanza, il controllo e l’obbedienza, una gerarchia ripida e una punizione immediata per sopprimere le tendenze negative non appena si manifestavano. Questi elementi non sono più compatibili con i nostri valori e desideri relativamente all’educazione dei nostri figli. La distanza tra la nostra immagine dell’autorità tradizionale e i valori educativi attuali ha portato a considerare l’autorità come un fattore negativo che potrebbe esasperare i problemi invece di prevenirli.

La critica all’autorità ha fatto nascere il sogno di un’educazione senza autorità. La filosofia dell’educazione senza autorità ha preso piede a partire dagli anni Sessanta. Questa filosofia è tuttora molto influente. Nella sua forma più pura, il sogno di un’educazione senza autorità sostiene che i bambini dovrebbero crescere senza confini o costrizioni esterne, che soffocano la loro crescita spontanea. Quel sogno non ha resistito alla prova della realtà. Non solo è evidente che la promessa di una generazione di bambini creativi, curiosi, non violenti e responsabili non si è concretizzata, ma tali aspettative sono state anche smentite da centinaia di studi che hanno messo alla prova i risultati di tale educazione rispetto a un’educazione autorevole. La pioniera della ricerca in questo campo è Diane Baumrind (1971, 1991), ma a lei sono seguiti innumerevoli altri ricercatori, i quali hanno dimostrato che l’educazione liberale nella sua versione coerente (che fu quindi chiamata “educazione permissiva”) portava ad alti livelli di impulsività e violenza, maggiore vulnerabilità ai rischi ambientali e persino minore autostima, rispetto ai bambini cresciuti con un’educazione più tradizionale, anche se non rigidamente autoritaria (Larzelere *et al.*, 2013). I livelli di depressione, ansia e suicidio tra i bambini e i ragazzi che avevano ricevuto un’istruzione permissiva erano significativamente più alti rispetto a quelli che avevano ricevuto un’istruzione autorevole (Ebrahimi *et al.*, 2017; Fletcher *et al.*, 1999). Questi risultati sono molto significativi per l’oggetto di questa discussione: mostrano che in assenza di autorità, i bambini potrebbero essere maggiormente a rischio di sviluppare modelli suicidari.

Le basi della Nuova Autorità sono state definite in modo da consentire alla figura di autorità di costruire il proprio status e adempiere al proprio ruolo senza gli elementi di distanza, controllo/obbedienza, gerarchia ripida e punizione immediata, che caratterizzano il vecchio tipo di autorità. Così, invece della distanza, la Nuova Autorità si basa sulla presenza benevola, decisa e vicina della figura di autorità; invece di esercitare il controllo sul bambino, la Nuova Autorità si basa sull'autocontrollo dell'adulto responsabile; invece di una ripida gerarchia in cui l'adulto responsabile è inequivocabilmente al vertice della piramide e immune alle critiche, la Nuova Autorità si basa sul sostegno (dell'adulto responsabile e del bambino), su un'ampia legittimazione e sulla trasparenza; e, invece di imporre una punizione immediata, la Nuova Autorità si basa sulla tenacia e sulla pazienza. I nostri studi sulla Nuova Autorità indicano che questi elementi rafforzano lo status e l'influenza dell'adulto, riducono i conflitti con il bambino e migliorano la relazione tra adulto e bambino (vedi Omer, 2021 per un'ampia rassegna dei nostri studi in quest'area).

Grazie all'applicazione dei fondamenti della Nuova Autorità, abbiamo ottenuto una chiara funzione di prevenzione del nostro approccio, perché questo tipo di autorità si è dimostrato efficace non solo per risolvere i problemi ma anche per creare le condizioni affinché i problemi non si sviluppino. L'efficacia della Nuova Autorità in questo ambito è stata supportata da una serie di studi sulla riduzione dei comportamenti a rischio negli adolescenti (Omer *et al.*, 2017).

Il concetto che sintetizza tutta la struttura iniziata con la resistenza non violenta e proseguita con la Nuova Autorità è quello della “funzione di ancoraggio”. Questo concetto è stato sviluppato quando abbiamo guardato all'autorità non solo dal punto di vista degli adulti ma anche dal punto di vista dello sviluppo psicologico del bambino. Ci siamo chiesti quale fosse il ruolo evolutivo della Nuova Autorità. La nostra risposta è stata che quando genitori ed educatori seguono i principi della Nuova Autorità, svolgono per il bambino una funzione di ancoraggio. Il concetto della funzione di ancoraggio, fa da ponte tra il modello della Nuova Autorità e la teoria dell'attaccamento (Omer *et al.*, 2013). La teoria dell'attaccamento definisce due funzioni genitoriali come necessarie e sufficienti per creare un attaccamento sicuro: un porto sicuro e una base sicura. Il porto sicuro si riferisce all'accettazione incondizionata del bambino da parte del genitore. Tale accettazione è rappresentata al meglio dalle braccia aperte e da un abbraccio protettivo, amorevole e confortante. La base sicura si riferisce all'incoraggiamento del genitore e alla spinta gentile esercitata sul bambino fuori dall'abbraccio per esplorare il mondo esterno. Più il bambino è sicuro di poter ritornare in un

porto sicuro quando necessario, più sperimenta la relazione con il genitore come una base sicura per esplorare l'ambiente. Siamo certamente d'accordo con la necessità di questi due ruoli, ma ci chiediamo se siano effettivamente sufficienti per creare un attaccamento sicuro e stabile. La nostra risposta è che a questa descrizione manca un elemento centrale: il ruolo dell'ancora. La teoria dell'attaccamento è lo sviluppo concettuale e teorico di una metafora: il genitore è paragonato a un porto e il bambino a una barca in crescita. Affinché il porto possa svolgere il suo ruolo deve essere aperto verso l'interno (porto sicuro). Ma deve anche essere aperto verso l'esterno (base sicura), altrimenti non sarà un porto ma una gabbia chiusa. Quando riflettiamo su quella metafora ci chiediamo: non manca un terzo elemento? Cosa succede quando la nave cresce e si rafforza e inizia a scontrarsi con le altre navi nel porto o con le mura del porto stesso? Cosa succede quando la nave viene trascinata via dalle correnti o viene attratta dal canto delle sirene? Cosa succede quando la nave viene spinta a schiantarsi contro le rocce e ad affondare? La nostra risposta è che tali rischi richiedono che la nave sia ancorata. La funzione di ancoraggio è una garanzia contro i danni derivanti dagli impulsi interni e dalle tentazioni ambientali che portano all'autodistruzione, nonché a danneggiare altri.

I quattro pilastri della Nuova Autorità le permettono di svolgere efficacemente la funzione di ancoraggio per il bambino in via di sviluppo.

Il primo pilastro è rappresentato dalla **presenza**: il genitore o l'adulto responsabile deve essere presente fisicamente e mentalmente nella vita del bambino. L'ancora è un buon simbolo di presenza costante perché è sempre assicurata al fondo del mare.

Il secondo pilastro è l'**autocontrollo**: un'ancora è un simbolo ideale di autocontrollo. Una persona che si controlla non si scatena né scatta di colpo, ma mostra stabilità e credibilità. Quando i genitori migliorano il proprio autocontrollo utilizzando gli strumenti dell'approccio, a volte dimostrano il cambiamento con gesti delle mani che indicano un attaccamento al terreno, il che significa auto-ancoraggio.

Il terzo elemento è il **sostegno**. L'ancora con i suoi tre bracci è un perfetto simbolo di punti di appiglio e di sostegno, senza i quali l'ancora scivolerebbe sul fondo invece di fissarsi a esso.

Il quarto elemento è la **tenacia** o persistenza: l'ancora è un buon simbolo di persistenza perché resta fissata al fondo del mare, domani e dopodomani, per tutto il tempo necessario.

Durante il processo di crescita il bambino impara ad ancorarsi, vale a dire a interiorizzare il ruolo del genitore ancorante. Se continuiamo la nostra metafora, possiamo dire che quando il bambino crescerà, alla fine leverà

l'ancora e salperà con la sicurezza di potersi ancorare nuovamente una volta raggiunta la destinazione. Il concetto di funzione di ancoraggio ci aiuta a comprendere come la Nuova Autorità non solo ancora ma anche connette. La funzione di ancoraggio offre una risposta alla sensazione di disconnessione, distanza e alle forti vicissitudini del rapporto tra il bambino e l'ambiente circostante.

Tutti i nostri interventi per prevenire il suicidio negli adolescenti cercano di promuovere la funzione di ancoraggio dei genitori e delle altre figure responsabili del bambino. La sofferenza del ragazzo e le sue relazioni deboli e travagliate lo abbandonano a una corrente pericolosa, la cui spinta raggiunge il suo apice nella crisi suicida. Di conseguenza, il nostro obiettivo è rafforzare gli elementi che collegano il bambino alla vita, al suo porto sicuro e al suo gruppo di appartenenza.

Come abbiamo notato, il nostro approccio non è stato inizialmente sviluppato per affrontare problemi comportamentali internalizzati (come ansia o depressione). Ha dovuto essere modificato in modo significativo per applicarlo a quelle situazioni. Pertanto, ogni volta che il nostro approccio viene applicato a una nuova area, in particolare ai problemi comportamentali internalizzati, deve essere riadattato. La prevenzione del suicidio è una sfida diversa dalle precedenti applicazioni di questo approccio. Pertanto, abbiamo condotto un ampio processo di sviluppo concettuale e pratico. Uno degli obiettivi di questo libro è presentare l'applicazione dell'approccio alla prevenzione del suicidio, con particolare attenzione agli adattamenti necessari per affrontare una crisi suicidaria. Uno dei principali adattamenti è la necessità di lavorare in parallelo con i professionisti di altri approcci. Le crisi suicidarie richiedono spesso il coinvolgimento di diversi professionisti provenienti da una varietà di contesti teorici e pratici. Questo libro è il primo tentativo di descrivere l'approccio della Nuova Autorità non solo come un approccio indipendente ma come una pratica che può essere combinata con altri approcci.

*1. La Nuova Autorità e altri approcci alla prevenzione del suicidio**

L'approccio della Nuova Autorità può essere applicato in diversi modi e contesti: come metodo di parent training per genitori e insegnanti (Omer, 2008), come approccio di auto-aiuto per genitori (Omer, 2020) e insegnanti (Omer, 2018), come formazione per volontari in organizzazioni che offrono supporto per la salute mentale nella comunità e come integrazione alle varie forme esistenti di psicoterapia. In questo capitolo si affronterà l'ultima tipologia di applicazione, ovvero l'integrazione della Nuova Autorità con gli approcci psicoterapici esistenti per i giovani a rischio suicidio.

Per comprendere il potenziale contributo della Nuova Autorità agli approcci terapeutici esistenti, dobbiamo avere familiarità con questi approcci. Tutti gli interventi che verranno descritti in questo capitolo si sono dimostrati aperti all'integrazione di elementi derivanti da altri approcci. Il bisogno di integrazione è sentito molto più fortemente nella prevenzione del suicidio rispetto ad altri ambiti terapeutici. Questo perché il suicidio è un problema complesso che coinvolge non solo i giovani a rischio ma anche l'ambiente (genitori, educatori, personale ospedaliero e vari soggetti della comunità). Non esiste un approccio unico in grado di offrire una risposta alle sfide che si presentano a tutti questi livelli. Inoltre, la minaccia di suicidio pone sfide urgenti e stressanti, in una misura che non si verifica nella maggior parte degli altri ambiti terapeutici. Un terapeuta che incontra un giovane con forti impulsi suicidari deve trovare una risposta che dia al cliente (e al terapeuta) un certo grado di sicurezza. Questa sfida ha portato i terapisti CBT a elaborare l'idea di sviluppare un "piano di sicurezza e di gestione delle crisi". Com'è tipico di questo approccio terapeutico, sono state elaborate istruzioni dettagliate su come creare tale piano. In breve tempo, i piani di sicurezza

* Questo capitolo è stato scritto in collaborazione con Tal Nakash.

sono apparsi anche in altri approcci terapeutici. Lo stesso vale per altre caratteristiche della prevenzione del suicidio. Per esempio, la necessità di autoregolazione, la necessità di coinvolgere i genitori e la necessità di un piano di prevenzione delle recidive. Non appena uno degli approcci ha offerto una soluzione a una di queste sfide, gli altri approcci lo hanno seguito. Sebbene ciascun approccio descriva in termini propri i contenuti specifici del piano di sicurezza e di gestione delle crisi, la somiglianza tra le diverse soluzioni è evidente. Oseremo addirittura dire che la prevenzione del suicidio giovanile “forza” l’integrazione con altri approcci, perché nessun approccio può rimanere indifferente agli sviluppi ideati dagli altri.

Esistono diverse psicoterapie che si concentrano sulla prevenzione del comportamento suicidario tra i giovani, come per esempio: terapia comportamentale dialettica per adolescenti (DBT-A); la terapia cognitivo comportamentale per la prevenzione del suicidio (CBT-SP); la psicoterapia interpersonale per adolescenti depressi; e la terapia familiare basata sull’attaccamento (ABFT). Le prime tre terapie sono individuali e la quarta è una terapia familiare. Ma anche le terapie individuali riconoscono la necessità di coinvolgere i genitori, e talvolta anche la scuola.

Sono stati scritti numerosi libri e articoli sulla terapia per gli adolescenti con tendenze suicide, ma fino agli ultimi decenni non era stata studiata l’efficacia delle diverse terapie applicate a questo tipo di popolazione. La situazione è cambiata quando alcuni dei suddetti approcci hanno mostrato efficacia nel ridurre i sintomi della depressione e talvolta anche nel ridurre i tentativi di suicidio e l’ideazione suicidaria. La Nuova Autorità non è stata testata direttamente nel contesto del suicidio ma ha mostrato efficacia in una serie di variabili associate al suicidio giovanile, come depressione, solitudine, impulsività, crisi nelle relazioni genitore-figlio e reazioni genitoriali problematiche (Omer, 2021; Turecki e Brent, 2016).

L’importanza di sviluppare interventi psicologici efficaci contro il suicidio giovanile è evidenziata dall’insoddisfazione nei confronti dei trattamenti farmacologici per gli adolescenti, compreso l’uso di antidepressivi e farmaci ansiolitici¹. Sebbene questi farmaci riducano i sintomi di depressione e ansia, la ricerca li ha anche associati a un aumento del rischio di suicidio. Nel 2004, la direzione della FDA (Food and Drugs Administration) ha emesso un avvertimento secondo cui questi farmaci potrebbero aumentare pensieri e comportamenti suicidari in alcuni bambini e giovani con depressione o disturbi d’ansia (Lenzer, 2004). Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi studi che sostengono che i benefici di questi farmaci superano i rischi, a

¹ I principali farmaci utilizzati sono gli SSRI.

condizione che vengano assunti sotto stretta supervisione (Center for Drug Evaluation and Research, 2018). Tuttavia, il monito resta valido e rafforza la necessità della psicoterapia, che non comporta un rischio simile.

La letteratura scientifica individua quattro criteri principali affinché un trattamento possa essere considerato efficace (Kaslow e Thompson, 1998): 1) il trattamento è descritto da un protocollo terapeutico dettagliato; 2) le caratteristiche del campione sono chiare; 3) il trattamento è stato testato in uno studio clinico randomizzato; 4) almeno due gruppi indipendenti di ricercatori hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento.

I trattamenti per la prevenzione esistenti soddisfano tali criteri in modi diversi e talora parziali. Come abbiamo detto, l'approccio della Nuova Autorità non è stato testato direttamente su una popolazione di giovani con tendenze suicide. Ma la sua efficacia è stata testata con varie popolazioni ad alto rischio di suicidio, come: bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Schorr-Sapir, 2021); disturbi d'ansia (Lebowitz *et al.*, 2014, 2019), dipendenza disfunzionale dagli adulti (Lebowitz *et al.*, 2012) e dipendenza dagli schermi (Sela, 2020). L'efficacia dell'approccio è stata studiata anche in contesti particolari come le famiglie affidatarie (Van Holen *et al.*, 2016, 2018) e i reparti psichiatrici (Van Gink *et al.*, 2018, 2019). Per ciascuna di queste situazioni esiste un protocollo terapeutico dettagliato.

Prima di presentare le varie terapie, è importante notare che, come per qualsiasi intervento psicologico, gli elementi comuni a tutta la buona psicoterapia sono molto probabilmente i più importanti. Gli elementi comuni includono: l'alleanza terapeutica, un approccio non giudicante e una buona motivazione. Quando si parla di suicidio giovanile, i genitori svolgono un ruolo centrale. Pertanto, la capacità di creare un'alleanza terapeutica con loro e di reclutarli negli sforzi di prevenzione gioca un ruolo fondamentale. Inoltre, i terapeuti devono essere in grado di parlare apertamente e direttamente del suicidio ed essere disponibili anche al di fuori di normali orari di lavoro. Ogni terapeuta che si occupa di suicidio giovanile, qualunque sia il suo approccio, deve avere familiarità con l'esperienza emotiva del giovane suicida. Israel Orbach (1997, 2007) ha scritto molto su questi aspetti. Ha sottolineato il desiderio di vivere, che esiste nei giovani suicidi contemporaneamente al desiderio di morire. Ha incoraggiato i terapeuti a comprendere le esperienze spaventose e il dolore emotivo insopportabile di questi giovani. Orbach credeva che solo un'empatia coraggiosa nei confronti del paziente, compreso il suo desiderio di morte, avrebbe paradossalmente portato alla speranza e alla volontà di scegliere la vita.

1. Terapia comportamentale dialettica

La terapia comportamentale dialettica (DBT) è stata originariamente sviluppata da Marsha Linehan come approccio agli adulti con disturbo borderline di personalità (Linehan *et al.*, 2015). L'approccio è stato successivamente adattato agli adolescenti con tratti di personalità borderline (Miller *et al.*, 2007). Il trattamento si compone di quattro elementi: psicoterapia individuale, terapia di gruppo, un gruppo multifamiliare per apprendere e mettere in pratica le competenze e un gruppo di supervisione e supporto per i terapeuti. I genitori sono una parte indispensabile della terapia. Partecipano al gruppo multifamiliare per apprendere competenze e a sessioni individuali secondo necessità.

Il pensiero dialettico che caratterizza l'approccio enfatizza l'incontro tra i contrasti. Per esempio, la terapia è allo stesso tempo convalidante e sfidante, affrontando contemporaneamente la tendenza a distruggere e la tendenza a funzionare, il desiderio di vivere e il desiderio di morire. Un altro presupposto dialettico è che, anche se l'adolescente non è causa dei suoi problemi, è l'unico che può risolverli. Lo scopo del pensiero dialettico non è che un aspetto prevalga, ma piuttosto combinarli entrambi in una sintesi più ricca. L'approccio è influenzato anche dalle dottrine orientali (come il buddismo Zen), come nell'uso della mindfulness. Uno degli aspetti centrali dell'approccio è la validazione dell'esperienza dell'adolescente: le reazioni dell'adolescente vengono descritte come comprensibili e persino ragionevoli nella situazione di vita che stanno vivendo. La validazione è un obiettivo terapeutico chiave non solo per l'adolescente ma anche per i genitori. Ma convalidare l'esperienza non è la stessa cosa che legittimare l'atto. Il pensiero dialettico non è solo un presupposto teorico del terapeuta ma diventa anche un linguaggio comune in terapia, con il quale l'adolescente e i genitori imparano ad articolare e contenere gli aspetti conflittuali della loro esperienza.

La principale componente comportamentale di questo approccio è l'apprendimento di abilità e competenze come la capacità di tollerare lo stress, regolare le emozioni e migliorare l'efficacia interpersonale. Queste competenze sono anche un obiettivo centrale del lavoro con i genitori. Il lavoro comportamentale combina l'insegnamento diretto delle abilità, la pratica durante e tra le sessioni e il rinforzo positivo per la prestazione, fornito sia dal terapeuta che dai genitori.

I contenuti della terapia individuale sono costruiti gerarchicamente, dando la massima priorità ai comportamenti potenzialmente letali e agli atti di autolesionismo. La priorità successiva sono i comportamenti che compromettono il trattamento, come la mancata collaborazione, l'arrivare in ritardo

e il non presentarsi agli appuntamenti. Solo quando non ci sono elementi di rischio per la vita e danni alla terapia il dialogo si concentra su contenuti relativi alla qualità della vita come conflitti con i pari, difficoltà accademiche o rapporto con i genitori.

Ogni seduta prevede la revisione di un diario settimanale, in cui l'adolescente registra comportamenti di autolesionismo, rischio di vita o altri atti distruttivi. La revisione del diario all'inizio di ogni sessione stabilisce l'ordine del giorno della sessione. Quando si verifica un atto suicidario o autolesivo, l'adolescente e il terapeuta effettuano un'"analisi comportamentale", con la quale identificano i punti di debolezza che possono essere correlati all'evento, gli eventi scatenanti e i risultati (come per esempio di rinforzo positivo o negativo del comportamento problematico). Il terapeuta incoraggia l'adolescente a stabilire un contatto telefonico ogni volta che combatte l'impulso di autolesionismo o quando ha bisogno di aiuto per applicare un'abilità.

Nel gruppo multifamiliare gli adolescenti e i loro genitori (o altri membri della famiglia) apprendono insieme quattro gruppi di abilità e competenze:

- **abilità di mindfulness.** Imparano a focalizzare i propri pensieri e la propria attenzione sul presente e a combinare la consapevolezza con il pensiero non giudicante e accettazione della realtà;
- **tollerare lo stress.** I partecipanti selezionano alcune esperienze che considerano intollerabili e imparano a guardarle senza cercare di cambiarle immediatamente;
- **regolazione emotiva.** I partecipanti apprendono le capacità di controllare emozioni potenti come rabbia, ansia e disperazione;
- **abilità interpersonali.** I partecipanti apprendono strategie per migliorare le relazioni e affrontare i conflitti.

L'obiettivo dei genitori è duplice: migliorare la propria condotta e servire da modello per i figli.

Il gruppo di sostegno per i terapeuti è anch'esso una parte fondamentale dell'approccio. I terapeuti ricevono sostegno e incoraggiamento per affrontare le difficoltà terapeutiche e personali, imparano a seguire la gerarchia terapeutica e discutono la necessità di intervenire sull'ambiente dell'adolescente, attraverso incontri con la famiglia, la scuola o altri interlocutori terapeutici. Ciò aggiunge una dimensione sistemica integrata all'approccio.

Il primo studio sistematico di questo approccio si è concentrato sugli adolescenti con tendenze suicide con tratti di personalità borderline (Rathus e Miller, 2002). Il gruppo sperimentale ha ricevuto una terapia DBT individuale bisettimanale per 12 settimane, oltre a un programma di gruppo multifamiliare. Il gruppo di controllo ha ricevuto una terapia psicodinamica bisettimanale per 12 settimane e un incontro settimanale con la famiglia. Lo

studio non ha riscontrato differenze significative tra i gruppi nel numero di tentativi di suicidio avvenuti durante il trattamento. Tuttavia, il gruppo DBT ha avuto meno ricoveri ospedalieri durante il trattamento, un tasso di abbandono inferiore e un calo significativo di pensieri suicidi, sintomi psichiatrici generali e sintomi borderline di personalità.

Un altro studio che ha confrontato la DBT con la terapia abitualmente offerta nello stesso centro è stato condotto in un reparto ospedaliero per adolescenti che avevano tentato il suicidio (Katz *et al.*, 2004). Hanno scoperto che i pazienti trattati con DBT hanno mostrato un miglioramento significativo degli eventi comportamentali durante il ricovero. Il gruppo di terapia e il gruppo di controllo hanno avuto un miglioramento simile nei comportamenti suicidari, nei sintomi della depressione e nei pensieri suicidi alla fine del trattamento e a un anno di follow-up.

La DBT e la Nuova Autorità perseguono obiettivi simili, in parte sovrapposti, ma utilizzano mezzi diversi. Entrambi gli approcci condividono gli obiettivi di validazione, autocontrollo e reclutamento di genitori e familiari. Una differenza significativa è costituita dal fatto che nella Nuova Autorità i genitori e altre figure significative del loro contesto ambientale sono incluse sia che l'adolescente sia in terapia e che collabori oppure no. Con qualche semplificazione può essere affermato che nella DBT il lavoro con i genitori serve a rinforzare il lavoro con gli adolescenti, mentre nella Nuova Autorità costituisce un obiettivo a sé stante. Un'altra differenza sta negli obiettivi, negli strumenti e nel linguaggio utilizzato per comunicare con i genitori. Pertanto, nell'approccio della Nuova Autorità l'attenzione è posta sul rafforzamento dei genitori, della loro autorità e del loro peso nella vita dell'adolescente e della famiglia. Il concetto centrale è l'ancoraggio genitoriale, che significa allo stesso tempo atti di attaccamento e arresto della deriva distruttiva. Riteniamo che questi obiettivi e concetti siano importanti per la maggior parte dei genitori e consentano un alto tasso di reclutamento e un tasso di abbandono minimo (Omer, 2021).

Considerando gli obiettivi comuni, una combinazione della DBT con l'approccio della Nuova Autorità sembra promettente. Di conseguenza, nei Paesi Bassi è stato sviluppato un programma che combina il lavoro con i genitori mediante un protocollo della Nuova Autorità con il lavoro con gli adolescenti mediante DBT-A (Van Dongen *et al.*, 2023)². Il presupposto era che i genitori necessitano di un trattamento e di un sostegno a loro dedicato, che non sia semplicemente la replica dello stesso lavoro svolto con i propri

² Il programma sviluppato all'Università di Leiden, sotto la guida di Kathelijne van Dongen, ha vinto un premio nazionale per la prevenzione del suicidio.

figli. La Nuova Autorità ha fornito agli ideatori del programma la risposta necessaria. I genitori vengono trattati in un contesto di gruppo. Un contesto del genere potrebbe rendere difficile lo svolgimento di un incontro con i sostenitori. Gli organizzatori del programma hanno trovato una soluzione originale: hanno organizzato una serata speciale per tutti i genitori, i loro sostenitori e gli stessi ragazzi. Quella serata si è rivelata molto efficace e ha rappresentato un evento unificante. Molte famiglie hanno descritto quella serata come l'evento centrale di tutta la terapia.

2. Terapia cognitivo comportamentale per la prevenzione del suicidio

Nell'ambito dell'approccio cognitivo comportamentale (CBT) è stato sviluppato uno specifico programma di prevenzione del suicidio. Il programma è stato inizialmente sviluppato per gli adulti e successivamente è stato adattato agli adolescenti affetti da depressione che avevano tentato il suicidio (Brown *et al.*, 2005; Stanley *et al.*, 2009).

Il focus della terapia è l'interazione tra pensiero, emozione e comportamento. Il lavoro a livello cognitivo include l'identificazione dei pensieri automatici e delle distorsioni cognitive (per esempio il pensiero in bianco e nero o una visione catastrofica degli eventi), noti per essere correlati al suicidio. Allo stesso modo, il lavoro terapeutico include elementi di attivazione comportamentale e ripresa di attività piacevoli, nonché lo sviluppo di capacità di risoluzione dei problemi. Questi elementi mirano a migliorare la passività, l'anedonia e l'impotenza appresa. La terapia include anche una componente di consapevolezza emotiva, regolazione emotiva e accettazione delle emozioni negative e degli stati di disagio. Questa è una componente che si è evoluta nella terza generazione della CBT, ispirata alla terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT) (Hayes *et al.*, 1999). In realtà il programma non è una CBT "pura", ma piuttosto un esempio di approccio integrato, perché contiene molte componenti della DBT.

Il trattamento inizia con la creazione di un "piano di sicurezza" (Stanley e Brown, 2012). Il terapeuta chiede esplicitamente se esiste la possibilità che l'adolescente si faccia del male prima della successiva seduta terapeutica. La domanda consente l'esplorazione dell'intento suicidario e mira a suscitare risposte alternative. Il piano di sicurezza è elaborato in collaborazione tra il terapeuta, l'adolescente e i genitori e include un elenco scritto di strategie di coping. L'elenco è costruito gerarchicamente in modo che se una strategia non funziona l'adolescente passa a quella successiva. L'elenco comprende un'ampia gamma di misure, dalle tecniche di rilassamento o di distrazione

(musica, TV, sport), all'aiuto di altre persone significative (come genitori o professionisti), alla valutazione psicologica urgente e al ricovero ospedaliero. Uno degli strumenti chiave della CBT è un "kit della speranza". Il kit include un elenco di ragioni per vivere. La persona in difficoltà inserisce nel kit lettere, immagini o oggetti che le ricorderanno le ragioni per vivere quando si presenta l'impulso suicidario.

La fase iniziale della terapia prosegue con un'analisi a catena degli eventi che hanno portato al tentativo di suicidio. L'analisi comprende i pensieri, le emozioni e i comportamenti della persona, nonché le reazioni di altre persone significative legate al tentativo di suicidio. Questa analisi attraversa la terapia come un filo unificante. L'analisi iniziale avviene nelle prime due sedute ma continua a essere elaborata e dettagliata durante tutta la terapia. La catena di eventi consente l'identificazione di carenze nelle capacità emotive, comportamentali e cognitive, su cui si può lavorare nel corso della terapia.

La fase intermedia della terapia si concentra sull'apprendimento e sulla pratica di abilità quali: attivazione comportamentale, aumento delle attività piacevoli, ristrutturazione cognitiva, regolazione emotiva e tolleranza al disagio, risoluzione dei problemi e abilità sociali. L'adolescente svolge un ruolo attivo nella selezione delle competenze su cui si concentrerà la terapia.

All'inizio di ogni seduta, il terapeuta esamina con il paziente i comportamenti dell'adolescente che mettono in pericolo la vita o compromettono la terapia. Questo elemento è identico alla gerarchia oggettiva della terapia dialettico-comportamentale. L'adolescente e il terapeuta rivedono la sessione precedente e i compiti assegnati in quella sessione. Sulla base di questa revisione stabiliscono l'obiettivo principale della sessione corrente. Alla fine della seduta il terapeuta e l'adolescente riassumono quanto appreso e decidono i compiti da svolgere a casa.

Un esempio di abilità appresa durante la terapia è la ristrutturazione cognitiva. Nel corso dell'analisi della catena di eventi, il terapeuta identifica una serie di pensieri automatici legati al comportamento suicidario. I tipici pensieri automatici sono i discorsi interiori di disperazione ("è inutile!"), impotenza ("Non posso risolvere questo problema!"), inutilità ("Sono un fallimento!"), assenza di amore o ostilità ("tutti mi odiano!"), la sensazione di essere un peso ("i miei genitori starebbero meglio senza di me!"), o l'assenza di ragioni per vivere ("Non ho niente per cui valga la pena vivere!"). Il terapeuta lavora con il paziente sui modi per far emergere pensieri alternativi o, in alternativa, sui modi per accettare i pensieri negativi senza cercare di combatterli o di essere trascinato in azioni distruttive.

Un'altra abilità su cui si lavora nella fase intermedia della terapia è la capacità di tollerare il disagio e regolare le emozioni. La base per farlo è

sviluppare la consapevolezza e dare un nome alle emozioni problematiche. Il giovane impara a esaminare se la situazione che causa il disagio può essere cambiata. Se la risposta è positiva, la conversazione si concentra su azioni attive per cambiarla.

Se la situazione non può essere modificata, è necessario attivare le capacità di tollerare il disagio e regolare le emozioni. La CBT utilizza strategie apparentemente semplici per la regolazione emotiva, come ascoltare musica, evocare ricordi piacevoli, fare esercizio fisico o giocare al computer. Queste attività parlano alla maggior parte degli adolescenti e quindi costituiscono una parte significativa del dialogo terapeutico. Per esempio, il terapeuta può discutere con il paziente che tipo di musica preferisce e quali giochi preferisce. La disponibilità del terapeuta a discutere in dettaglio il tipo di musica o di giochi che potrebbero interessare l'adolescente crea una presenza mentale benevola.

Un'altra abilità su cui si lavora nella fase intermedia della terapia è la risoluzione dei problemi. La terapia esamina con l'adolescente quali sono i principali problemi che gravano sulla sua vita come conflitti con i genitori, difficoltà con gli amici, con gli insegnanti ecc. L'adolescente impara a regolarsi emotivamente in situazioni problematiche, a trovare alternative di azione e a valutare i vantaggi e svantaggi di ciascuna alternativa. Alla fine del processo, l'adolescente seleziona un'alternativa sufficientemente buona, cerca di metterla in pratica e si esercita per riuscire ad affrontare le varie situazioni. Questa tecnica insegna ai giovani adolescenti ad affrontare piccole e grandi sfide.

L'ultima fase della terapia si concentra sulla prevenzione delle recidive. Questo processo prevede quattro fasi. Nella prima fase il compito viene spiegato all'adolescente e ai genitori. Nella seconda fase, all'adolescente viene chiesto di "rivivere" con immagini guidate la sequenza di eventi che hanno portato al tentativo suicidario. Nella terza fase, all'adolescente viene chiesto di rivedere nuovamente la sequenza degli eventi, ma questa volta mettendo in pratica le abilità apprese e messe in pratica nel corso della terapia. Nella quarta fase viene chiesto all'adolescente di prevedere quando e come potrà utilizzare tali abilità nelle crisi future.

La CBT per i giovani depressi con tendenze suicide è stata studiata per la prima volta in un ampio progetto di ricerca sostenuto dal National Institute of Mental Health degli Stati Uniti. Lo studio ha confrontato tre gruppi: CBT con l'aggiunta di antidepressivi, solo CBT e solo farmaci. L'intervento comprendeva una fase di terapia intensiva di 12 settimane e un periodo di follow-up di sei mesi (Brent *et al.*, 2009). Questo studio pionieristico e quelli successivi hanno dimostrato che la CBT porta a un declino del pensiero e del

comportamento suicidario nei giovani che avevano tentato il suicidio. Ma la psicoterapia da sola non si è rivelata più efficace rispetto ai soli farmaci. La condizione con maggiori risultati in questi studi includeva la CBT insieme agli antidepressivi (Brent *et al.*, 2011; Stanley *et al.*, 2009; Turner, 2009).

La CBT in questi studi era principalmente individuale. I genitori sono stati coinvolti secondo necessità e non facevano parte del protocollo standard. Secondo la nostra valutazione i risultati dello studio indicano la necessità di un coinvolgimento sistematico e intenso dei genitori e possibilmente anche di ulteriori sostenitori. Ampie parti del protocollo terapeutico, come il piano di sicurezza, la creazione di un kit di speranza e le misure di prevenzione delle recidive, sono coerenti con l'approccio della Nuova Autorità. Uno degli obiettivi del nostro lavoro con genitori e sostenitori è creare una presenza mentale continua nella mente dei giovani, in modo da ridurre l'intensità dei pensieri di morte e rafforzare i pensieri a favore della vita. Ciò aggiunge un sistema di richiami interpersonali al dialogo interiore del giovane. In questa situazione la forza dei pensieri a favore della vita dipende non solo dalla capacità dell'adolescente di coltivarli, ma è anche rafforzata dalla presenza benevola di genitori e sostenitori. Per esempio, i sostenitori che hanno un buon rapporto con l'adolescente possono aiutarlo a sviluppare il "kit della speranza". Possono aggiungere le proprie ragioni ("Non rinuncerò al nostro progetto di correre la maratona insieme") o rafforzare idee sollevate dall'adolescente, per esempio aggiungendo storie o immagini collegate ai contenuti positivi sollevati dall'adolescente. I due approcci si arricchiscono a vicenda. Pertanto, ispirandoci al programma di prevenzione delle recidive della CBT, abbiamo elaborato un programma parallelo nel nostro metodo.

3. Terapia interpersonale per adolescenti

La terapia interpersonale è una terapia focalizzata e limitata nel tempo (12 sessioni), originariamente sviluppata per adulti che soffrono di depressione (Weissman *et al.*, 2000). L'approccio è stato adattato agli adolescenti affetti da depressione non bipolare o psicotica (Mufson *et al.*, 2004; Samoilov, 1994). La terapia è stata inoltre adattata a un formato di gruppo orientato alla prevenzione, per identificare i giovani a rischio di sviluppare depressione clinica (Young *et al.*, 2019). Negli ultimi anni la terapia è stata adattata ai giovani depressi che praticano autolesionismo non suicidario (Jacobson *et al.*, 2012), così come ai bambini e agli adolescenti depressi a rischio di suicidio (Klomek *et al.*, 2021).