

# STRATEGIE TERRITORIALI OPERATIVE PER SOPRAVVISSUTI AL SUICIDIO (STOPSS)

Loperfido A., Brieda B., Zamarian R., Cassin A., Tesolin F.

Antonio Loperfido, *psicologo-  
psicoterapeuta*  
Barbara Brieda, *infermiera professionale*  
Regina Zamarian, *infermiera  
professionale*  
Angelo Cassin, *psichiatra, direttore  
Dipartimento di Salute Mentale di  
Pordenone.*  
Fulvio Tesolin, *psichiatra*

## **Parole chiave:**

prevenzione suicidio, lavoro in rete,  
stigma, sopravvissuti, gruppo auto-mutuo  
aiuto, centro ascolto, liaison con  
l'ospedale generale.

## **RIASSUNTO**

La prevenzione dei comportamenti suicidari è una delle problematiche più difficili da affrontare nella pratica psichiatrica. In questo articolo vengono descritti i presupposti teorici e le esperienze pratiche e formative sviluppate presso il Dipartimento di salute mentale della provincia di Pordenone finalizzate a questo scopo. In particolare si pone l'attenzione sul significato della Liaison con l'Ospedale generale per la presa in carico dei tentativi di suicidio e sul modo in cui, attraverso il lavoro di rete, si è giunti alla creazione di esperienze pratiche mirate alla popolazione generale e ai sopravvissuti.

## **Introduzione**

Lo scopo di questo lavoro è fornire al lettore alcuni spunti di riflessione e indicazioni pratiche sulle logiche che sottostanno agli interventi preventivi messi in atto presso il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) di Pordenone mirati ai comportamenti suicidari.

L'importanza che tale area di ricerca ha assunto negli ultimi anni è facilmente comprensibile se consideriamo l'elevata frequenza con cui tali fenomeni si manifestano nella popolazione generale; a conferma di questo "ogni anno nel mondo vi sono circa un milione di decessi per suicidio" ed "è stato stimato che, per ogni suicida, sei persone a lui vicine cadono in un profondo sconforto" (Scocco et al 2004).

L'impatto di tali problematiche sulla pratica dei Servizi di salute mentale è immediatamente intuibile, sia per la già ricordata frequenza degli eventi sia per la complessità clinica che ad essi è associata. L'importanza di tale fenomeno ci assegna

l'indifferibile compito di affrontare queste problematiche e di interrogarci sugli strumenti più idonei da utilizzare.

La prevenzione rappresenta, dunque, uno degli argomenti su cui lavorare ed investire risorse al fine di produrre migliori conoscenze e più efficaci possibilità di trattamento.

Questa sfida, che si sta sviluppando da più parti e da vari punti di vista, è stata raccolta dal nostro Servizio da circa un decennio quando fu istituito "L'osservatorio del suicidio e del parasuicidio" tra le cui finalità si pone l'obiettivo di sviluppare alcune pratiche di trattamento che siano, oltre che semplici ed efficaci, anche facilmente fruibili dalle persone coinvolte da questo genere di problematiche.

In tal senso le aree tematiche e di intervento che sono state sviluppate riguardano la prevenzione di tali disturbi applicata ai sopravvissuti ad un tentativo di suicidio e al gruppo dei "sopravvissuti" ovvero delle persone (congiunti, partner, amici, ecc.)

coinvolte emotivamente con il protagonista del suicidio avvenuto.

I capitoli che seguiranno hanno l'intento di descrivere come si è sviluppata la nostra esperienza in questo campo e a quali strumenti di lavoro ci siamo affidati.

Premessa: "Osservatorio del suicidio e del parasuicidio".

Sulla scorta delle indicazioni provenienti dai Piani sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia e successivamente sostenuti dal Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000, è stata istituita nell'anno 1996 presso il D.S.M. di Pordenone un'unità operativa che è stata denominata "Osservatorio del suicidio e del parasuicidio".

L'Osservatorio è stato ed è costituito da un pool di operatori facenti parte dei quattro Centri di salute mentale del Dipartimento della provincia di Pordenone (\*), che spontaneamente hanno accettato di affrontare ed approfondire le problematiche in questione.

Tale staff è formato da operatori di varia qualifica professionale (psichiatri, psicologi, infermieri) che lavorano in gruppo con l'obiettivo di produrre e diffondere materiali scientifici, di creare momenti formativi e di scambio intra ed extra-dipartimentali, di incrementare le capacità cliniche dei singoli e le possibilità di intervento clinico.

Questo gruppo, che rappresenta la mente di tutte le attività che sono sorte, si riunisce con una cadenza mensile e utilizza il lavoro in équipe per rilevare, elaborare e risolvere le problematiche che sorgono a vario livello.

Tra le attività che l'Osservatorio ha promosso, vi è il monitoraggio epidemiologico dei fenomeni suicidari nella provincia, attività che si realizza redigendo una scheda cartacea (scheda di rilevazione del tentativo di suicidio e scheda di rilevazione del suicidio) ogni qual volta un operatore del Centro di salute mentale si trova di fronte ad uno di questi eventi. Questa attività, avviata da circa quattro anni, viene integrata dai dati sul suicidio ottenuti attraverso la collaborazione avviata con la Prefettura di Pordenone e con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 6 Friuli Occidentale.

Questo lavoro di raccolta dati ha permesso agli operatori che partecipano all'Osservatorio di iniziare una prima, sebbene parziale, stima del fenomeno e di individuare, come è stato detto in un nostra precedente comunicazione (Tesolin et al 2004), alcune aree problematiche su cui primariamente intervenire.

Tali aree di criticità, tenuto conto dei tre livelli possibili di prevenzione ("primaria" che ha come oggetto la popolazione in generale, "secondaria" relativa a coloro che hanno tentato il suicidio ed infine "terziaria" riferita ai gruppi a rischio per evitare il fenomeno della ripetizione del comportamento suicida) sono diventate oggetto di riflessione critica e hanno condotto a sviluppare tre settori di intervento:

- la liaison con l'ospedale generale;
- la promozione di gruppi terapeutici e di auto-mutuo aiuto;
- gli interventi informativi-formativi sulla popolazione generale.

Queste tre aree di intervento che andiamo a descrivere hanno in comune l'obiettivo di facilitare la presa in carico, sempre difficile e mai scontata, delle persone che tentano il suicidio (Nana et al 2003) e di offrire ai "sopravvissuti" una possibilità terapeutica.

(\*) La provincia di Pordenone ha una popolazione di 286.198 abitanti ed è dotata di quattro Centri di salute mentale, di un Servizio di diagnosi e cura, di quattro Ospedali civili e di una Clinica privata con annessi Pronto soccorso e Divisioni mediche. Nell'anno 2004 il Dipartimento di salute mentale della provincia di Pordenone ha seguito 3395 utenti, che rappresentano 1.2% circa della popolazione residente. Nel 2002 il numero dei suicidi è stato di 32, pari ad un tasso di 11,68 per 100.000 abitanti.

*La Liaison con l'Ospedale Generale e la presa in carico delle persone che compiono un tentativo di suicidio.*

E' segnalato da più parti in letteratura (Beck et al 1989) che la "presenza di un disturbo psichiatrico" è statisticamente correlata

all'agito suicidario, e i nostri dati epidemiologici (Tesolin et al 2005) lo confermano. La metà circa dei nostri interventi per tentativi di suicidio, infatti, riguarda persone già in cura presso il nostro Servizio.

L'altro 50%, invece, riguarda persone che non hanno mai avuto contatti con i nostri Centri, pur avendo provveduto a consultare, in precedenza, o il proprio medico di Medicina Generale o un altro specialista privato.

Questa seconda metà del nostro campione rappresenta, secondo noi, lo zoccolo duro, ovvero è il gruppo di persone sul quale è più complicato intervenire efficacemente, sul quale è spesso impossibile effettuare una congrua valutazione psico-diagnostica e sociale, e, come è confermato in letteratura (Nana et al 2003), arrivare alla successiva presa in carico. Dopo questo primo contatto la maggior parte di questi pazienti si perderà, per riapparire qualche tempo dopo con lo stesso sintomo; diventeranno dei repeaters con tutti i rischi che ciò comporta.

La difficoltà ad allacciare un rapporto terapeutico che si prolunghi anche dopo l'intervento d'urgenza, che come sappiamo avviene quasi esclusivamente in ospedale generale, ci ha indotto a riflettere sul tipo di setting sanitario più idoneo per affrontare questo genere di problematiche.

È nostra esperienza che, quando si opera all'interno dell'ospedale generale e in particolare presso i dipartimenti di emergenza, uno dei presupposti essenziali è che il paziente venga accolto da un ambiente emotivamente accogliente e per quanto possibile esente dalle conflittualità che spesso sono presenti quando operano congiuntamente équipe multi professionali appartenenti a specialistiche diverse.

In altre parole, di fronte ad un paziente che ha compiuto un tentativo suicidario e al quale sono state fornite le cure più urgenti, emerge di sovente la difficoltà di disporre di un luogo ed un tempo idonei per completare l'intervento, per il prevalere dello stigma psichiatrico, che in questi casi si esprime attraverso la delega delle competenze in una sorta di ostruzionismo istituzionale che si

oppone tenacemente alla permanenza del paziente dentro le mura dell'ospedale generale.

Le difficoltà maggiori si incontrano, paradossalmente, non tanto nei tentativi che sono da considerarsi clinicamente gravi o gravissimi per le loro conseguenze medico-chirurgiche, quanto nei casi in cui la componente medica è meno prevalente rispetto a quella psicologico-relazionale. Particolarmente complessa e di difficile realizzazione è, secondo noi, la presa in carico delle persone giovani e senza precedenti psichiatriche che hanno assunto psicofarmaci in maniera incongrua; per loro l'urgenza tossicologica si risolve in poche ore, mentre persiste spesso un disturbo psicopatologico e relazionale che non è possibile affrontare in tempi tanto ristretti.

L'esito di questi interventi è spesso la dimissione prematura con nessuna o scarse possibilità che il trattamento abbia uno sviluppo successivo, o viceversa che avvenga un'ospedalizzazione in ambiente psichiatrico con tutte le sue possibili e spesso negative implicazioni sulla prognosi.

Queste semplici considerazioni per ribadire che, soprattutto in questi casi, è indicato l'utilizzo dell'ospedale generale, in quanto luogo sanitario meno connotato sotto il profilo psichiatrico, e garanzia di una più immediata e proficua adesione del paziente e dei familiari al progetto di trattamento.

Muovendosi da questi presupposti, il gruppo degli operatori dell'Osservatorio ha costruito un protocollo di collaborazione con il dipartimento di emergenza e con la divisione di medicina d'urgenza dell'ospedale civile di Pordenone allo scopo di garantire le condizioni strutturali affinché fossero superate le croniche inefficienze e gli scarsi risultati.

Il protocollo, che prevede la possibilità di trattenere in osservazione per 72 ore i casi che necessitano di un maggiore approfondimento, consente oggi di avere a disposizione uno strumento per gestire con maggiore qualità professionale queste tematiche, oltre ad aumentare la sensibilità istituzionale ad un fenomeno che veniva spesso disconosciuto e trascurato.

I dati in nostro possesso, di prossima pubblicazione, confermano che intensificare e regolamentare i livelli di liaison con l'ospedale generale aumenta la probabilità di presa a carico, anche se ci rimane il compito, nei prossimi anni, di valutarne gli sviluppi con maggiore accuratezza scientifica.

Resta comunque aperta un'altra questione spinosa che riguarda il collegamento con i medici di medicina generale, questione su cui non possiamo non riflettere e sulla quale bisognerà intervenire ipotizzando percorsi informativo-formativi di sensibilizzazione al problema e di miglioramento della collaborazione.

### *La prevenzione e il lavoro di rete.*

L'altro aspetto su cui ci è parso necessario intervenire ha riguardato la prevenzione primaria e terziaria dei comportamenti suicidari.

Inizialmente la nostra riflessione si è sviluppata partendo da alcune considerazioni critiche che riassumiamo:

l'attenzione focalizzata unicamente sull'evento acuto e sul trattamento d'urgenza, oltre a dare scarsi risultati clinici, era rivolta solamente verso le persone che arrivavano alla nostra attenzione, trascurando tutta la restante domanda sommersa e prevedibile;

la complessità e multifattorialità associata a queste problematiche, dimostrata in letteratura, giustificava la necessità di utilizzare un'ottica di osservazione, studio ed intervento più ampia;

attrezzare un setting specifico per il trattamento di queste problematiche e migliorare la liaison con le altre agenzie sanitarie per facilitare l'accesso al Servizio, per quanto importante, non era sufficiente per attrarre quella domanda di aiuto che risentiva della pesante connotazione ancora associata all'etichetta psichiatrica;

poiché tali disturbi trovano spesso, nella fase che precede l'agito, una modalità "esistenziale" che porta il soggetto a fraintendere la propria sofferenza, essi danno luogo ad una ricerca di aiuto che trova luoghi di ascolto diversi da quelli sanitari;

la sofferenza legata alle problematiche suicidarie non riguarda unicamente chi le agisce direttamente ma anche coloro che accompagnano o sopravvivono a questi eventi.

Queste preliminari considerazioni ci hanno indotto a promuovere una serie di interventi ispirati ai "networking approaches" (L. Maguire, 1989), con caratteristiche che permettono di arrivare all'interno della rete sociale a cui appartengono le persone oggetto del nostro interesse.

L'idea e la risorsa fondamentale a cui abbiamo attinto è rintracciabile nel ruolo che svolgono le solidarietà "naturali" della comunità che contengono in sé la capacità di reclutare, attivare, sostenere gli individui che le compongono, compresi i "sopravvissuti", e che contemporaneamente sono dei luoghi simbolici poco connotati ed a cui è facile accedere.

Il lavoro di rete ha avuto inoltre il significato ed il pregio di inserirci nella rete stessa, permettendoci di uscire da un isolamento che riduceva le nostre capacità di comprensione e di lettura del fenomeno considerato, oltre a sviluppare risorse di aiuto alternative e complementari ai soliti strumenti di intervento.

Partendo da questi presupposti, l'Osservatorio ha promosso una serie di iniziative, che pur spingendosi in direzioni diverse, hanno concorso insieme a rafforzare la nostra presenza in rete e contemporaneamente hanno generato nella rete stessa nuove idee ed esperienze che ora andiamo a descrivere singolarmente.

### *L'analisi preliminare del network locale.*

La mappatura della realtà associativa e di volontariato della provincia ha rappresentato il primo passo verso un lavoro di rete orientato alle persone e ai gruppi oggetto della nostra attenzione.

Il gruppo di operatori dell'Osservatorio ha considerato questo atto metodologicamente necessario al fine di definire i nodi della rete e verificare quante e quali connessioni essa avesse a disposizione.

Nello svolgimento di questo compito ci siamo avvalsi dell'aiuto e dell'esperienza fornitaci dai volontari della Casa dell'auto-mutuo aiuto di Pordenone (\*).

Questo lavoro preliminare sul network ci ha permesso di individuare chiaramente le persone che potevano essere coinvolte nel processo di attivazione, di constatare la grande ricchezza di risorse associative a disposizione ma anche la scarsità di legami tra di loro.

Se come dicono Martini et altri (1997), "Uno degli obiettivi principali dell'organizzazione di comunità è quello di creare connessioni fra individui e gruppi, in modo che questi scoprano i bisogni che hanno in comune e i vantaggi che possono ottenere dall'impegno congiunto", l'accesso alla rete ha significato, per noi, innanzitutto farne parte e concorrere attivamente a rafforzare i legami tra i vari nodi utilizzando le competenze che ci provenivano dalla concreta e corretta applicazione dei principi del lavoro di rete.

La conclusione di questa prima fase è coincisa con l'avvio sequenziale degli interventi sulla popolazione generale.

(\*)Questo centro è un'associazione che offre ascolto attento e partecipa a coloro che vivono situazioni di alcol-dipendenza, disagi di coppia o di convivenza, problematiche familiari, sofferenza psichica, disagio sociale, malattie in genere e ogni altra problematica riguardante la difficoltà di rapporto con se stessi e gli altri.

Inoltre l'Associazione promuove e sostiene attività d'ascolto e gruppi di auto/ mutuo aiuto che si aggregano a partire da un disagio comune.

*Gli incontri di informazione-formazione diretti alla popolazione.*

Una delle attività che abbiamo promosso e che continua ad essere proposta annualmente consiste in incontri di sensibilizzazione della popolazione sulle problematiche del suicidio e del parasuicidio. Questi eventi vengono organizzati in collaborazione con le diverse

associazioni locali e vengono ospitati in sedi diverse e a seconda degli interessi espressi dalle varie realtà locali.

Sul piano metodologico possiamo distinguere due modalità organizzative:

eventi che si articolano attraverso conferenze tematiche e frontali tenute dagli operatori dell'Osservatorio. I temi trattati riguardano, ad esempio, le caratteristiche dei resilienti, il senso della vita e della morte, la separazione, la gestione delle emozioni, il bullismo ed il nonnismo;

eventi che hanno un'impostazione teorico-seminariale e che prevedono una relazione iniziale tenuta alternativamente dagli operatori dell'Osservatorio e/o dai volontari, seguita dalla partecipazione mista e attiva dei partecipanti ai tavoli seminariali.

Tra i due tipi di intervento descritti, il primo è solitamente utilizzato in aree in cui questo genere di tematiche non è mai stato affrontato in precedenza, mentre il secondo è stato spesso l'evoluzione del primo ed è stato richiesto da persone interessate ad un approfondimento e a proporsi in rete.

Entrambi questi eventi rappresentano, in generale, un modo non solo di parlare della morte ma di fare educazione alla salute.

*Il Centro di ascolto.*

Il Centro di Ascolto nasce per iniziativa di un gruppo di volontari e di "sopravvissuti", dopo che queste stesse persone avevano frequentato uno dei corsi di sensibilizzazione alla tematica del suicidio. L'idea è che aprire una finestra di ascolto sulla popolazione rappresenta il modo per iniziare a raccogliere i bisogni non espressi e ad intercettare la domanda di aiuto.

Questa iniziativa ha sede all'interno dell'ospedale generale e si svolge unicamente ad opera dei volontari che due pomeriggi la settimana raccolgono la domanda telefonica e programmano incontri con le persone che accettano un contatto diretto.

Gli operatori dell'Osservatorio svolgono una funzione di supervisione periodica delle domande raccolte ed in questo modo

sostengono il pool dei volontari ed orientano le richieste pervenute.

Fra gli obiettivi che il Centro si prefigge vi sono i seguenti:

garantire un sostegno immediato e discreto di ascolto e di conforto;

prospettare l'ingresso nella rete di aiuto sociale e psicologico;

orientare verso specialisti o centri di consulenza psicologica e/o spirituale le persone che hanno subito il suicidio di familiari, amici, conoscenti, colleghi di lavoro o compagni di scuola;

collaborare con enti, associazioni, istituzioni gruppi di auto-mutuo aiuto per organizzare campagne di sensibilizzazione, di prevenzione e di formazione sul suicidio.

#### *Il lavoro di prevenzione attraverso i media e gli Enti non sanitari.*

È risaputa l'importanza che giocano i media sui fenomeni suicidari. Questa constatazione ci ha indotto a considerarli come nodi di rete e in quanto tali ad utilizzarli per la loro capacità di diffondere capillarmente l'informazione.

Le iniziative che abbiamo promosso si sono svolte attraverso i giornali, le televisioni e le radio locali e perseguono il duplice scopo di pubblicizzare gli eventi da noi promossi e di far partecipare il pubblico direttamente al dibattito. Per il 2005, ad esempio, abbiamo preso accordi con due emittenti radiofoniche locali affinché settimanalmente vada in onda una trasmissione in cui si illustrano e si trattano in diretta con gli ascoltatori argomenti che direttamente o indirettamente affrontano i temi in questione. Queste trasmissioni hanno previsto la partecipazione di un pool misto di volontari, sopravvissuti e operatori dell'Osservatorio che hanno portato le loro esperienze.

Entrare in rete ha anche il significato di curare i rapporti con tutti gli enti, istituti, associazioni e organismi sociali che non hanno un profilo squisitamente sanitario. Le nostre partecipazioni in tal senso sono state varie; di recente abbiamo accolto l'invito del prefetto di Pordenone ad organizzare un

tavolo di coordinamento permanente in materia di prevenzione del suicidio.

#### *I gruppi di auto-mutuo aiuto.*

I due gruppi di auto-mutuo aiuto per "sopravvissuti"(AMA) sono nati nel 2004 e sono il frutto della riflessione avvenuta all'interno di uno dei corsi di formazione-informazione a cui abbiamo accennato sopra.

Per la creazione di questi gruppi ci siamo affiliati alla Casa dell'auto-mutuo aiuto, inserendo questa iniziativa tra le numerose attività analoghe già esistenti.

Tali gruppi sono rivolti sia a persone che hanno tentato il suicidio, sia a coloro che ne sono stati involontariamente coinvolti.

Pur nascendo come gruppi AMA, data la complessità della tematica affrontata, si è pensato di utilizzare come "facilitatore" un operatore dell'Osservatorio secondo il modello proposto da alcuni studiosi (Castiglioni,2002; Grosso, 1996; Balgopal, Ephross, Vassil,1986).

Il ruolo del facilitatore può essere sintetizzato come segue:

1. fondare e avviare il gruppo;
2. facilitare la comunicazione nel gruppo, la solidarietà, la formazione della cultura del noi e della reciprocità;
3. consentire la leadership naturale dei partecipanti per assumere un ruolo sempre più marginale nel gruppo ( Albanesi C. 2004 ).

La prassi prevede un colloquio preliminare di accesso al gruppo che è di solito costituito da otto-dieci persone, con incontri settimanali.

Sulla base dell'esperienza in corso, possiamo dire che il gruppo ha messo in luce i vantaggi terapeutici descritti da Irvin Yalom (1995, pp.75-79), e cioè permette ai suoi componenti di:

- incominciare ad affrontare il sentimento della vergogna e dello stigma;
- attenuare e rendere sopportabili i sensi di colpa;
- riuscire a parlare di qualcosa che si tende a negare, prendendone coscienza;
- esprimere il sentimento della rabbia;

In conclusione si può dire che "tali gruppi

non si pongono l'obiettivo di esplorare in profondità le dinamiche individuali o di modificare la personalità, ma sono in grado di migliorare lo stato di salute emozionale e il benessere dei partecipanti". (Scocco et al 2004).

## **Conclusioni**

In questo articolo abbiamo voluto descrivere le varie attività dell'"Osservatorio del suicidio e del parasuicidio" del D.S.M. di Pordenone, rilevando quanto sia complesso ed articolato l'intervento di prevenzione del suicidio. L'idea e la risorsa fondamentale a cui abbiamo attinto sono rintracciabili nel ruolo che svolgono le solidarietà "naturali" della comunità, che in sé contengono la capacità di reclutare, attivare e sostenere gli individui che le compongono, compresi i "sopravvissuti", e contemporaneamente essere dei luoghi simbolici poco connotati e di facile accesso. Abbiamo proposto il lavoro di rete per permettere al Servizio di uscire dall'isolamento operativo e sviluppare risorse di aiuto alternative e complementari agli strumenti della psichiatria, curando i rapporti con tutti gli enti, istituti, associazioni e organismi sociali che non hanno un profilo squisitamente sanitario.

Partendo da questi presupposti, l'Osservatorio ha promosso una serie di interventi come la creazione di due gruppi di auto-mutuo aiuto per "sopravvissuti"(AMA); un tavolo di coordinamento permanente in materia di prevenzione del suicidio in collaborazione con il prefetto di Pordenone; l'attività di prevenzione attraverso trasmissioni radiofoniche ed articoli su media locali; la realizzazione di un centro di ascolto specifico per le tematiche inerenti al suicidio ed al tentativo di suicidio; la stesura di un protocollo di collaborazione con il Dipartimento di emergenza e con la Divisione di medicina d'urgenza dell'ospedale civile di Pordenone allo scopo di garantire il ricovero di chi tenta il suicidio, soprattutto in quei casi in cui è indicato l'utilizzo dell'ospedale generale, in quanto luogo sanitario meno connotato sotto il profilo psichiatrico e

garanzia di una più immediata e proficua adesione del paziente e dei familiari al progetto di trattamento. Un altro obiettivo che ci siamo prefissato è stato quello di coinvolgere sempre più i "sopravvissuti" nei programmi sia di prevenzione del suicidio sia di aiuto a chi lo tenta. Nell'ambito delle attività di prevenzione primaria, con i "sopravvissuti" stiamo cercando di sollevare sempre più il sipario sul silenzio che, molto spesso, cala dopo il suicidio di un parente, affrontando argomenti come la vergogna, lo stigma, i pregiudizi, il ricatto morale, i falsi luoghi comuni che per secoli hanno accompagnato i familiari dei suicidi. Questi ultimi, partecipando attivamente e da protagonisti alle varie iniziative, desiderano liberarsi da quel senso di diversità, di unicità, di umiliazione, di inferiorità e di vergogna in cui vengono a trovarsi emotivamente dopo l'evento suicidio.

## *Bibliografia*

Albanesi C. "I gruppi di auto-mutuo aiuto, Carocci Editore 2004,

Balgopal P.R., Ephross P.H., Vassil T.V., Self help and professional helpers, in "Small Group Behaviour", 17, 2, pp.123-37, 1986.

Bauleo A, M. De Biasi, Clinica gruppale clinica istituzionale, Il poligrafo, Padova, 1994.

Beck A.T, Brown G, Steer R.A: Prediction of eventual suicide in psychiatric in-patient by clinical ratings of hopelessness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57:309-310 – 1989.

Castiglioni M. , L'auto aiuto: avvisi ai naviganti, in Tognetti Bordogna, 2002.

Doel M., C. Sawdon, "Lavorare con i gruppi", Erikson, Trento, 2003.

Grosso L., Il percorso dei gruppi di autoaiuto, in AA.VV., I gruppi di autoaiuto, Torino, 1996.

Hellinger B., G.ten Hovel, "Riconoscere ciò che si è", Urra, Milano,2002.

Yalom I. D., The theory and practice of group psychotherapy, New York, Basic Books, 1995, pp.75-79.

Loperfido A., Irti R., La metamorfosi della sofferenza dopo il suicidio di un familiare, Dehoniane, Bologna 2005.

Maguire L., Il lavoro sociale di rete, Erikson, Trento, 1989.

Martini E.R. R.Sequi, “ Il Lavoro nella comunità”, NIS Roma, 1997.

Nana S, Dello Buono M, Meneghel G, De Leo D, Colombo G: La presa in carico dei soggetti parasuicidari presso i Servizi pubblici: studio di follow-up a sette anni sui primi tentatori in Padova. *Psichiatria di Comunità* vol. II n.°1 marzo 2003.

Pangrazzi A, Aiutami a dire addio, Erikson, Trento, 2000.

Pizzini I: Dopo il suicidio di chi ami. Gruppo di auto/mutuo aiuto per i “sopravvissuti” al suicidio. *Ricerca di senso*, Edizioni Erikson - Trento, vol. I,193-210, giugno 2003.

Pozzan T, Cordioli E, Faggionato A: Come prevenire il suicidio: strategie per la valutazione e il trattamento di pazienti a rischio di suicidio”, *Psichiatria di Comunità* – vol. II n° 4 dicembre 2003.

Scocco P, Frasson A, Costacurta A, Donà M, Pavan L: Post-Intervento nel suicidio. *Studi su aggressività e suicidio*,4:41-55,2004.

Scocco P, Marietta P, Tonietto M: The role of psychopathology and suicidal intention in predicting suicide risk. *Psychopathology*, 33, 143-150, 2000.

Scocco P., Frasson A., Costacurta A., Donà M., Pavan L.: Post-Intervento nel suicidio, *Studi su aggressività e suicidio*,4:41-55, 2004.

Tesolin F, Anzallo C, Loperfido, A Cassin A: Il chi, dove, come dei tentamen. Un’indagine a Pordenone. *Psichiatria di Comunità* vol IV n. 1 marzo 2005.

Tesolin F, Anzallo C, Cassin A, Loperfido A: Il tentato suicidio a Pordenone. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno XXXIV n.13 -15 Luglio 2004.