



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

Corso di laurea in Scienze psicologiche cognitive e psicobiologiche

Strumenti per la prevenzione alle condotte suicidarie in adolescenza.

L'esperienza del progetto 'Radio GaGa'

Prevention tools for suicidal behaviours in adolescence.

The experience of the 'Radio GaGa' project

Relatrice: Prof.ssa Marina Miscioscia

Correlatore esterno: Dott. Francesco Merlo

Laureando: Giuseppe Guidoboni

Matricola: 1202031

Anno Accademico 2021/2022

Indice

1. Introduzione	
1.1 Epidemiologia del suicidio in adolescenza	p.3
1.2 Il suicidio in adolescenza	p.4
1.2.1 Fattori di rischio.....	p.5
1.2.2 Fattori protettivi.....	p.6
1.3 Attività di prevenzione primaria nelle scuole	p.7
2. Il laboratorio ‘Radio GaGa. You have the power!’	p.8
2.1 Il primo incontro	
2.1.1 Presentarsi.....	p.9
2.1.2 Psicoeducazione alle emozioni.....	p.10
2.1.3 Introspezione.....	p.11
2.1.4 Il regalo.....	p.11
2.2 Il secondo incontro	
2.2.1 Psicoeducazione alla richiesta d’aiuto.....	p.12
2.2.2 Quali problemi ha Superman?	p.12
2.2.3 Il dibattito a squadre.....	p.13
3. Discussione	p.14
3.1 Strumenti operativi	p.14
3.1.1 Training di abilità socio-emotive.....	p.14
3.1.2 Apprendimento cooperativo e role-play.....	p.16
3.2 Criticità del laboratorio	p.17
3.3 Sviluppi futuri	p.18
4. Bibliografia	p.19
5. Appendice	p.24

1. Introduzione

1.1 Epidemiologia del suicidio in adolescenza

Ogni anno nel Mondo le morti per suicidio sono stimate a circa 800.000, un terzo delle quali interessano giovani persone tra i 15 e i 19 anni di entrambi i sessi, facendo così del suicidio la seconda causa di morte in questa fascia di età (WHO, 2018a; WHO, 2018b).

Bertolote e Fleischmann (2002, citato in Pompili, 2019), basandosi sul rapporto della mortalità del World Health Organization, hanno stimato che i tassi di suicidi registrati all'inizio del millennio sarebbero dovuti aumentare fino a raggiungere 1.56 milioni di morti nel mondo nel 2020. Tali proiezioni sono state però corrette con il passare degli anni, registrando una riduzione del fenomeno suicidario rispetto alle stime iniziali (Bertolote & De Leo, 2012).

Ciò che desta la preoccupazione maggiore è come, secondo il WHO (2018b), “i tassi di suicidi nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni stiano crescendo in controtendenza rispetto ai tassi generali” (p. 1). Il suicidio è un problema sanitario e sociale di prim'ordine, che ha tra le principali vittime gli adolescenti. È dunque necessario porre la massima attenzione agli strumenti preventivi messi in campo per ridurre la prevalenza dei comportamenti suicidari negli adolescenti.

Nel 2014 il WHO ha pubblicato il suo primo rapporto globale sulla prevenzione del suicidio, dichiarando che “la prevenzione è possibile” (WHO, 2014) e deve essere “un imperativo globale nell'agenda politica dei governi” (WHO, 2014, p. 9).

Dal 2014 ad oggi molti passi sono stati compiuti nella conoscenza dei comportamenti suicidari e delle relative strategie preventive, sviluppando “programmi multisettoriali per la prevenzione rivolti alla popolazione come gruppo e come singolo” (WHO, 2018b, p. 7), ma ancora molti passi rimangono da compiere.

In Italia, nel biennio 2015-2017 il tasso standardizzato di mortalità per suicidio nei giovani tra i 15 e i 19 anni era di 0,7 decessi per 100.000 abitanti. Nella fascia di età immediatamente successiva (20 e i 34 anni), nello stesso biennio, il tasso aumentava fino al 4,3 per 100.000 abitanti, facendo del suicidio la causa del 12% dei decessi. Questi dati suggeriscono la necessità di “valutare con attenzione le traiettorie di sviluppo dei pensieri e dei comportamenti suicidari” (Goldston et al., 2016, p. 6).

Altri fattori cruciali che occorre considerare sono rappresentati dalla differenza di genere e dalla eterogeneità del fenomeno nelle diverse aree geografiche (WHO, 2014). A tutte le età esistono importanti differenze nei tassi di suicidio a svantaggio degli uomini (10 per 100.000 abitanti) rispetto alle donne (3 per 100.000 abitanti). Per quanto riguarda le differenze territoriali, nel 2015 la ripartizione con i tassi totali più elevati di mortalità era il Nord-Est con 7,6 decessi per 100.000 abitanti e 0,8 decessi per 100.000 abitanti che interessavano la sola popolazione adolescenziale (Istat, 2018).

In Veneto, nel 2019¹, nella popolazione tra i 15 e i 29 anni il tasso osservato totale per 100.000 abitanti è di 3,85: 4,98 per i maschi e 2,66 per le femmine (www.ser-veneto.it).

1.2 Il suicidio in adolescenza

Il suicidio è “un atto con conseguente morte che è iniziato e portato a termine da un individuo, con la consapevolezza di un potenziale risultato fatale. Tale comportamento può implicare l'accettazione del rischio di morire, o un intento ambiguo e poco chiaro, o non implicare l'intenzione esplicita di morire” (De Leo et al., 2021, p. 8). Inoltre, si tratta di fenomeno complesso e “multi-determinato”, che si verifica, solitamente, in adolescenti vulnerabili (Migliarese et al., 2012, p. 344).

Secondo Colecchia (1995, p. 9) per comprendere “il significato profondo” del suicidio è necessario valutarne le traiettorie di sviluppo, individuando le sottese motivazioni psicologiche e le sfumature evolutive. Tale approccio si concentra su alcune tendenze peculiari del periodo adolescenziale quali la ricerca del rischio, la tendenza all'alterazione degli stati di coscienza e la tendenza all'affermazione autonoma di sé al di fuori delle aspettative familiari e sociali. Dall'adolescenza alla giovane età adulta si osserva un aumento di ideazioni e comportamenti suicidari (Goldston et al., 2016).

La suicidalità segue traiettorie di sviluppo eterogenee in individui diversi, e si può manifestare in forma di pensieri, di pianificazione dell'atto senza attuazione, di singola messa in atto o di plurimi tentativi suicidari. Su queste traiettorie intervengono inoltre covariate quali caratteristiche demografiche, fattori di rischio e fattori protettivi (Goldston et al., 2016).

¹I dati presentati non sono omogenei per anno di riferimento. Il rapporto Istat più esaustivo si riferisce al biennio 2015-2017. I dati nazionali sono aggiornati all'anno 2018, mentre per la Regione Veneto sono reperibili i dati epidemiologici dell'anno 2019.

1.2.1 Fattori di rischio

L'ideazione e i comportamenti suicidari sono il risultato di complesse interazioni di fattori di rischio individuali e sociali, delle quali esistono modelli descrittivi².

Attraverso un lavoro di analisi della letteratura sul tema, O'Connor e Nock (2014) hanno ordinato i fattori di rischio in quattro aree: individuali, sociali, cognitivi ed eventi di vita negativi.

La prima area di rischio, che concerne i fattori individuali, conta la perdita di speranza (hopelessness), l'impulsività e le psicopatologie.

La perdita di speranza è un fattore critico nello sviluppo dell'ideazione suicidaria e ha funzione predittiva dell'atto suicidario (Beever & Miller, 2004), sebbene recenti studi suggeriscano che la perdita di speranza risulti meno efficace di altri fattori nella previsione clinica del fenomeno suicidario (O'Connor & Nock, 2014).

Il secondo fattore di rischio, l'impulsività, è una tendenza che si manifesta maggiormente negli adolescenti (Hawthorn et al., 2012; Migliarese et al., 2012) e può essere considerata specificamente uno dei target clinici più importanti per la prevenzione del suicidio in questa popolazione (Migliarese et al., 2012).

Il terzo fattore di rischio associato al comportamento suicidario è la psicopatologia. I quadri clinici che concorrono maggiormente sono la depressione, il disturbo bipolare, l'abuso di sostanze e la schizofrenia (Hawton et al., 2012; O'Connor & Nock, 2014). Occorre inoltre porre particolare attenzione al grado di severità della patologia e ad eventuali comorbidità.

La seconda area di rischio, che concerne i fattori psicosociali, comprende l'isolamento sociale e l'assenza di supporto all'interno di relazioni interpersonali, e l'esposizione a comportamenti suicidari di familiari o amici. La scarsa presenza di relazioni con i pari accresce il rischio di suicidio in giovani adolescenti di entrambi i generi. Inoltre le discordie familiari e i problemi relazionali sono tra i più comuni fattori precipitanti dell'atto suicidario (Hawton et al., 2012; Turecki & Brent, 2016).

² Nel presente elaborato sono stati presi in considerazione il modello integrato motivazionale-volitivo di O'Connor (citato in O'Connor & Nock, 2014) e il modello convenzionale delle interazioni temporali tra le aree di rischio di Turecki e Brent (2016) (Figura 1).

Tra i fattori di rischio cognitivo si possono citare le scarse capacità di problem solving e le inefficaci strategie di coping³ per superare difficoltà interpersonali (Guerreiro et al., 2013), a cui si aggiunge l'assenza di ragioni per vivere, che può essere associata ai disturbi affettivi (Galfalvy et al., 2006).

In ultima analisi anche eventi di vita negativi incidono sul rischio suicidario. Le esperienze avverse dell'infanzia, il divorzio dei genitori o la morte degli stessi (Bruffaerts et al., 2010), così come le esperienze negative legate alla sessualità o all'identità di genere (Miranda-Mendizábal et al., 2017), hanno una forte associazione con successive esperienze di comportamenti suicidari.

1.2.2 Fattori protettivi

La presenza di fattori di protezione riduce il rischio di tentativi di suicidio nella popolazione adolescenziale (Borowski et al., 2001; WHO, 2018b). Come per i fattori di rischio, anche i fattori protettivi possono essere ordinati in due aree differenti: sociali e individuali (Wasserman et al., 2021).

La prima area di protezione, che concerne i fattori sociali, consiste nella presenza di un'efficace rete di supporto sociale, e di relazioni familiari e scolastiche positive (Kalmar et al., 2013; Kleiman & Liu, 2013; Shahram et al., 2021).

Per supporto sociale si intende “ogni elemento che porti il soggetto a percepirsi amato, stimato e membro di una comunità di mutuo aiuto” (Cobbs, 1976, p. 300). La presenza di questo tipo di sostegno si associa ad un decremento consistente del rischio suicidario lungo tutto il corso della vita (Kleiman & Liu, 2013).

Inoltre le relazioni positive con familiari, adulti di riferimento, e coetanei permettono al soggetto di sperimentare l'espressione e la condivisione dei vissuti emotivi, il supporto e la vicinanza (Shahram et al., 2021). Tutto ciò è connesso ad una riduzione del rischio suicidario (Foster et al., 2017).

³Lo stile di coping è “la modalità individuale di far fronte ai problemi e alle difficoltà” (De Beni et al., 2014). Folkman e Lazarus (1980) hanno individuato come principali stili di coping: quello orientato al problema, quello orientato all'evitamento, e quello centrato sull'emozione.

La seconda area di protezione, che riguarda i fattori individuali, annovera fra i principali: una positiva immagine di sé, forti ragioni per vivere, efficaci strategie di coping, ed altri elementi di resilienza psicologica.

Una positiva immagine di sé e un buon grado di autostima, specialmente quando associati alla percezione di essere parte di un'efficace rete sociale (Wasserman et al., 2021), sono fattori protettivi contro la solitudine e l'isolamento (Shahram et al., 2021), già descritti sopra fra i principali fattori di rischio psicosociali.

Il secondo elemento protettivo consiste nel possedere forti ragioni per vivere. La prospettiva di vita e le credenze personali orientate al futuro permettono infatti di contrastare il rischio suicidario (Costanza et al., 2019).

Il terzo fattore protettivo consiste nel disporre di efficaci strategie di comunicazione di pensieri ed emozioni connesse ad eventi negativi (Shahram et al., 2021). Pertanto, per contrastare la suicidalità giovanile risulta fondamentale favorire la capacità di chiedere aiuto, e la capacità di affidarsi al supporto altrui (Shahram et al., 2021).

Infine, gli elementi di resilienza psicologica che permettono al soggetto di adattarsi in situazioni di vita avverse o a stressor ambientali, e che perciò concorrono al contrasto della suicidalità, sono: vissuti emotivi positivi, un'efficace regolazione delle emozioni, e la flessibilità cognitiva (Kalmar, 2013).

1.3 Attività di prevenzione primaria nelle scuole

“La scuola ha un ruolo di prim'ordine nello sviluppo [...] degli adolescenti” ed è un ambiente privilegiato per la promozione del benessere psichico e per la prevenzione al suicidio, dal momento che permette di raggiungere il numero maggiore di adolescenti possibile (Wasserman et al., 2021, p. 9).

Le iniziative psicoeducative attuate all'interno del contesto scolastico sono “tra le più comuni strategie implementate per la prevenzione al suicidio” (Wasserman et al., 2021, p. 9), ed hanno come obiettivi: promuovere nella popolazione le risorse per riconoscere il malessere psicologico e attuare la richiesta di aiuto, incentivare la resilienza psicologica e i comportamenti protettivi. Queste attività devono essere progettate in funzione delle

caratteristiche associate alla suicidalità adolescenziale (Hawton et al., 2012) al fine di attuare una prevenzione mirata ed efficace.

Alcuni studi evidenziano un impatto positivo di questi approcci sulla cultura del benessere nelle scuole, sulle capacità individuali di coping e di richiesta di aiuto (Hawton et al., 2012; Katz et al., 2013; Wasserman et al., 2021). Il limite principale è la mancanza di report conclusivi sull'efficacia preventiva di una singola strategia. Secondo Katz e colleghi (2013) si può colmare questa mancanza attraverso lo sviluppo di programmi multisettoriali, fornendosi di strategie multiple di intervento. Altri limiti riguardano lo stigma associato al disagio psichico, e la riluttanza delle istituzioni scolastiche nell'autorizzare programmi volti alla prevenzione del distress emotivo e dei comportamenti suicidari in adolescenza (WHO, 2018b).

2. Il laboratorio “Radio GaGa. You have the power!”

Il laboratorio ‘Radio GaGa’ è parte del programma preventivo promosso sul territorio dal Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda ULSS 5 Polesana per potenziare il benessere e prevenire il rischio suicidario nelle fasce a rischio.

L’attività si compone di due incontri della durata di due ore ciascuno ed è rivolta a studenti delle classi quarte e quinte degli istituti secondari di secondo grado. In tali incontri vengono condotti gruppi di discussione, utilizzando il training socio-emotivo, l’apprendimento cooperativo e il role-play.

Gli obiettivi di tale progetto sono riassunti nei seguenti punti:

- Favorire l’ascolto degli altri e l’esperienza di un ritrovato contatto con se stessi
- Fare psicoeducazione sui vissuti emotivi, sulla regolazione delle emozioni e su altri elementi protettivi⁴
- Lavorare sulle strategie di coping che possono agevolare il superamento di momenti di difficoltà
- Fare psicoeducazione sulla richiesta di aiuto e sui vissuti emotivi correlati

È necessario precisare che alcuni istituti scolastici temono che si parli apertamente del tema suicidario, nella credenza che ciò possa in qualche modo favorire il fenomeno tra gli

⁴Si faccia riferimento al paragrafo 1.2.2 in merito ai fattori protettivi del rischio suicidario.

adolescenti. La progettazione è, quindi, costruita su temi legati al benessere psicologico e ai fattori protettivi relativi al disagio in senso ampio.

Risulta evidente come questo vincolo impedisca al professionista di parlare direttamente della suicidalità, dovendo costruire attività che portino, nel corso del laboratorio, la classe a far emergere il tema. Tale criticità verrà approfondita nel capitolo successivo.

2.1 Il primo incontro

2.1.1 Presentarsi

Inizialmente lo psicologo si presenta alla classe attraverso il solo nome – senza qualificarsi come professionista per liberarsi dal ruolo di ‘esperto’ – e definisce un setting flessibile grazie alle poche regole presenti, tese a favorire uno spazio di lavoro libero, nel quale i giudizi di valore siano accantonati per dare spazio all’ascolto di sé e degli altri (Bisan et al., 2020). Le regole amichevoli che lo psicologo propone alla classe, come la possibilità di utilizzare un linguaggio informale e senza filtri, permettono di costituire uno spazio di ascolto protetto, in cui sentirsi liberi di sperimentare senza la necessità di rispettare i canoni di comportamento scolastici.

La prima strategia adottata per entrare in relazione con la classe è quella di associare al proprio nome una delle quattro metafore che seguono: un animale guida, un simbolo, uno stato d’animo o una carta da gioco illustrata. Successivamente viene chiesto agli studenti di motivare la propria scelta, e lo psicologo, attraverso alcune domande, permette loro l’esplorazione delle caratteristiche scelte per rappresentarsi. Il processo che si vuole favorire con questa strategia è l’emersione dei costrutti di ruolo⁵ e le rappresentazioni di sé.

⁵“I costrutti nucleari governano i processi di mantenimento dell’individuo – ovvero, aiutano l’individuo a conservare la sua identità e la sua esistenza.[...] Grazie alla loro estensione, un individuo può considerare coerente con la propria personalità una grande varietà di eventi conosciuti”. (Kelly, 1955/2004, p.331)

2.1.2 Psicoeducazione alle emozioni

La psicoeducazione costituisce l'attività creativa⁶ centrale del primo incontro del laboratorio 'Radio GaGa' ed è incentrata sulla definizione dei processi sottesi alle emozioni e alla regolazione emotiva, e alla facilitazione dell'espressione libera del proprio sentire⁷.

La fase iniziale del processo di apprendimento cooperativo⁸ nasce da un brainstorming sul concetto di emozione. Lo psicologo conduce questo momento ponendo poche domande, per favorire le risposte istintive della classe. Lo scopo è quello di dar voce alle idee degli studenti e favorire il dibattito nonché l'elaborazione condivisa della conoscenza.

Al brainstorming segue il momento in cui si chiede agli studenti di definire le emozioni, ponendo attenzione alla relazione tra emozioni ed esperienza⁹, come strumento per ridefinire il proprio sistema interno (Kelly, 1955).

L'ultima fase dell'attività consiste in un dibattito tra gli studenti guidato dallo psicologo, che ha per oggetto quattro affermazioni intenzionalmente ambigue per favorire la discussione:

- "Le emozioni sono belle in tutte le situazioni"
- "Le emozioni sono inutili o addirittura un ostacolo in certe situazioni"
- "Esistono emozioni positive e negative"
- "Parlare delle emozioni è difficile perché le persone non capirebbero o potrebbero giudicare"

Lo scopo di questa attività è quello di generare discussione attorno ai temi dell'espressione e della condivisione dei vissuti emotivi, e come effetto secondario di favorire la condivisione e l'ascolto dei vissuti emotivi tra i ragazzi.

⁶"Il Ciclo della Creatività parte da un costrutto allentato e termina il suo percorso con un costrutto stretto e valido". (Kelly, 1955/2004, p. 376)

⁷L'espressione, la comprensione e la regolazione delle emozioni sono elementi protettivi contro il rischio suicidario (Kalmar, 2013).

⁸"L'apprendimento cooperativo informale consiste nel lavoro condiviso da un gruppo di studenti per raggiungere una conoscenza condivisa.[...] Questo apprendimento permette di creare un'atmosfera che favorisce l'apprendimento e assicura l'elaborazione del materiale di lavoro da parte degli studenti" (Johnson & Johnson, 2019, p. 6).

⁹Si faccia riferimento al significato di esperienza di Kelly (1955/2004, p. 67): "L'esperienza è costituita da successive costruzioni di eventi [...]; sono le costruzioni e ricostruzioni successive di ciò che accade, quando accade, che arricchiscono la sua esperienza di vita".

2.1.3 Introspezione

Successivamente, nel silenzio della classe, lo psicologo guida verbalmente gli studenti in un'attività personale di rievocazione di uno stato d'animo connesso ad un evento stressante, scelto liberamente dallo studente.

È necessario precisare che se il clima di classe¹⁰ non permette il dialogo e l'assenza di giudizio, o durante l'incontro alcuni membri riportano allo psicologo vissuti emotivi gravosi, l'attività proposta viene svolta in forma scritta e senza la possibilità della condivisione in gruppo, per garantire il mantenimento di uno spazio emotivamente sicuro (Friedlander et al., 2011).

Questo momento è volto a stimolare l'introspezione e l'analisi di un'esperienza vissuta dalla persona. Lo psicologo stimola l'elaborazione e la sintonizzazione degli studenti sulle proprie emozioni, suggerendo di focalizzare l'attenzione su un'esperienza, sulla comprensione delle emozioni provate, sulla rete di supporto sociale presente al momento dell'evento, e sulla possibilità di attuare una richiesta d'aiuto.

Al termine del momento introspettivo, lo psicologo chiede agli studenti di condividere liberamente gli elementi superficiali di ciò che hanno rievocato, ricordando come la classe possa essere un luogo di ascolto. Questo momento di condivisione facilita la rielaborazione e permette ai ragazzi di reinserirsi nella dimensione collettiva della classe con tranquillità.

2.1.4 Il regalo

A seguito della condivisione reciproca delle esperienze si conclude il primo incontro con un momento ludico e di relazione, nel quale la classe, divisa in due gruppi, ha il compito di pensare a dei regali simbolici da indirizzare ad ogni componente del gruppo opposto. Quest'ultima fase permette l'immedesimazione e la comprensione, favorendo l'avvicinamento tra compagni di classe.

¹⁰Il clima del gruppo è stato descritto da MacKenzie (1983) come un una pressione ambientale che può ostacolare o favorire il raggiungimento di un particolare obiettivo.

2.2 Il secondo incontro

2.2.1 Psicoeducazione alla richiesta d'aiuto

All'inizio del secondo incontro il setting viene ripristinato ricordando le regole e chiedendo ai ragazzi di riassumere brevemente quanto detto durante l'incontro precedente.

Come per la psicoeducazione ai vissuti emotivi, anche in questo caso, la fase iniziale del processo di apprendimento nasce da un brainstorming sulle motivazioni che rendono la richiesta d'aiuto un'operazione difficile. Lo psicologo incentiva le risposte immediate della classe, lasciando gli studenti liberi di riflettere su questo tema.

Successivamente viene chiesto loro se e quali strategie di coping utilizzano per far fronte ad eventi stressanti. Lo psicologo propone alcune domande su cui dialogare, come: "Cosa mi aiuta in un momento di difficoltà?", "Quali caratteristiche deve avere una persona per potermi sostenere?". Con questo processo si vuole favorire negli studenti il riconoscimento delle strategie da loro comunemente attivate, e delle risorse psicologiche necessarie per attuare la richiesta d'aiuto.

Lo scopo ultimo di questa attività è di far comprendere agli studenti la centralità della richiesta d'aiuto, e l'affidamento agli altri come risorsa necessaria per contrastare eventi di vita negativi.

2.2.2 Quali sono i problemi di Superman?

Per tematizzare la richiesta di aiuto è stato scelto di utilizzare un espediente ludico prendendo come esempio la condizione di vita di Superman, comunemente associata ad onnipotenza e assenza di malessere. La quotidianità di un supereroe, ad una più attenta analisi, pare essere invece dominata dall'assenza di relazioni e dall'impossibilità di essere compreso, a causa della rappresentazione d'infalibilità che ha di se stesso. Inoltre, gli è negata l'esperienza della richiesta d'aiuto a causa delle forti aspettative sociali, e del senso di colpa connesso alla perdita del ruolo di 'salvatore'.

Questo espediente è utilizzato per estremizzare e slantizzare il vissuto negativo connesso alla richiesta di aiuto di un adolescente. Tale esperienza può essere vissuta come pericolosa per la persona, che la associa a sentimenti di inadeguatezza, inferiorità, imbarazzo, incompetenza, paura dello stigma (Nadler, 1998, citato in Cigularov et al., 2008).

L'attività è pensata affinché la classe comprenda come l'autosufficienza nel fronteggiare i problemi sia una caratteristica tipica della costruzione dell'identità in adolescenza (Caprara et al., 1998; Bacchini & Magliulo, 2003), ma costituisca anche un elemento di rischio in condizioni di isolamento e fragilità.

Per fornire risorse contro il rischio suicidario, lo psicologo, attraverso un approccio maieutico, guida la classe all'individuazione dei fattori protettivi e di resilienza psicologica contro eventi stressanti: riconoscere l'isolamento sociale persistente, sviluppare la complessità del sé¹¹ coltivando attività ed interessi (Rafaeli-Mor & Steinberg, 2002), affidarsi ad una rete di supporto sociale efficace e diversificata, sperimentare l'esperienza della richiesta d'aiuto, darsi la possibilità di essere supportati e di condividere i propri vissuti emotivi (Foster et al., 2017; Shahram et al., 2021).

Allo scopo di fornire un adeguato ventaglio di strumenti per fronteggiare il malessere psicologico e gli eventi stressanti, lo psicologo fornisce alla classe una lista dei recapiti dei servizi socio-sanitari dell'Azienda Sanitaria Locale.

2.2.3 Il dibattito a squadre

Per concludere il ciclo di incontri è stata scelta un'ultima attività ludica di role-play, nella quale la classe, divisa in due gruppi, ha il compito di dibattere sull'affermazione: "È importante chiedere aiuto", proposta dallo psicologo-moderatore, il quale sceglie arbitrariamente quale gruppo dovrà attaccare e quale dovrà difendere.

Ad ogni gruppo viene chiesto di confrontarsi attivamente sulla linea da adottare nel corso del dibattito, con l'obiettivo di valutare e integrare le molteplici opinioni espresse dai vari membri. Ad ogni gruppo viene poi chiesto di nominare un avvocato, il quale sarà l'unico portavoce, mentre il resto del gruppo svolgerà il ruolo di consulta.

Il dibattito si svolge attraverso scambi di opinioni tra difesa e accusa, fin tanto che il moderatore non decide di intervenire per identificare il nucleo delle argomentazioni principali delle due squadre.

In seguito alla sperimentazione dello scontro tra opinioni diverse, il moderatore chiede agli avvocati di collaborare per costruire insieme, e non più uno contro l'altro, una sintesi che comprenda le idee emerse durante il dibattito.

¹¹Linville (1985,1987) ha proposto un modello secondo il quale una elevata complessità del Sé costituisce una sorta di protezione nei casi di fallimento in cui l'immagine del Sé sia messa a rischio" (Castelli, 2018, p. 106).

Lo scopo dell'attività è quello di creare uno spazio di lavoro nel quale gli studenti possano fare le esperienze di confronto, di relazione, di collaborazione e competizione, attenendosi ad una modalità ludica per dibattere sulla questione della richiesta d'aiuto.

3. Discussione

Per illustrare il laboratorio 'Radio GaGa' e individuare gli strumenti preventivi peculiari, è stata di fondamentale importanza l'attività di osservazione compiuta nei mesi di novembre e dicembre 2021 all'interno degli istituti secondari di secondo grado della Provincia di Rovigo. In questo capitolo verranno discussi gli strumenti operativi del laboratorio 'Radio GaGa', analizzandone le criticità ed i possibili sviluppi futuri.

3.1 Strumenti operativi

L'intervento psicoeducativo compiuto attraverso il laboratorio 'Radio GaGa' si avvale di un set di strumenti operativi che comprende: il training di abilità socio-emotive, l'apprendimento cooperativo tra pari e il role-play.

3.1.1 Training di abilità socio-emotive

La promozione delle abilità socio-emotive e la formazione dei più giovani nelle abilità di coping sono state delineate dal WHO come le due attività più efficaci nella prevenzione primaria della suicidalità (World Health Organization, 2018). Numerosi studi internazionali hanno evidenziato il beneficio come i programmi preventivi scolastici che impiegano il training di abilità socio-emotive, offrano beneficio agli adolescenti, accrescendo il loro benessere psicologico e favorendo il funzionamento sociale (Barry et al., 2013; Clarke et al., 2015).

Questa tipologia di interventi educativi è incentrata sullo sviluppo e l'acquisizione nei più giovani di competenze interpersonali e socio-emotive, allo scopo ultimo di favorire lo sviluppo di relazioni positive e di una rete sociale di supporto (Taylor et al., 2017). Inoltre, gli autori

hanno evidenziato che il training socio-emotivo promuove il benessere psicologico agendo su cinque abilità cognitive, affettive e comportamentali: la consapevolezza di sé, delle proprie emozioni, e delle proprie capacità; le competenze di autogestione, come la regolazione emotiva e comportamentale; la consapevolezza delle emozioni, esperienze e prospettive altrui; la capacità di stabilire relazioni interpersonali positive e infine la capacità di prendere decisioni responsabili (Elias et al., 2015; Taylor et al., 2017).

Gli interventi psicoeducativi necessitano di particolare cura durante la fase di progettazione e definizione degli obiettivi preventivi, affinché la promozione del benessere sia efficace e mirata (Weissberg & O'Brien, 2004). Risulta, dunque, necessario conoscere quali siano le caratteristiche che garantiscano la riuscita dell'intervento psicoeducativo.

Durlak *et al.* (2011) ha elaborato un resoconto sulle caratteristiche peculiari di un programma educativo efficace, delineando tre elementi specifici: la presenza di attività sequenziali coordinate e connesse per garantire lo sviluppo di abilità sociali ed emotive; l'integrazione dell'attività educativa con forme attive di apprendimento; la definizione di obiettivi d'intervento chiari.

Nel contesto specifico del laboratorio 'Radio GaGa', l'intervento educativo ha l'obiettivo di potenziare seguenti aree di abilità socio-emotive: la gestione delle emozioni, la comunicazione dei vissuti, l'agentività¹² e la creatività (Clarke et al., 2015).

Nella fase di training del primo incontro, l'attenzione è stata posta sulle capacità di gestire le emozioni, così da favorire negli studenti l'elaborazione delle abilità per riconoscere, regolare emozioni e comportamenti, e stimolare l'accettazione dei propri vissuti emotivi.

Inoltre l'attività di training si fonda sul dialogo e sul confronto tra pari come modalità di apprendimento per rielaborare le strategie comunicative personali e apprenderne di nuove. La psicoeducazione ha così lo scopo di incentivare la creatività e la possibilità di elaborare modi alternativi di agire, creando un terreno fertile per accogliere nuove esperienze e generare cambiamento (Carletti et al., 2015).

Nella fase psicoeducativa del secondo incontro, il focus principale è stata l'agentività, intesa come risorsa sia per la costruzione di personali elementi di resilienza psicologica contro eventi negativi, che per sviluppare una rete di sostegno sociale, con funzione protettiva.

¹²Nella prospettiva socio-cognitiva di Bandura "essere un agente significa influenzare intenzionalmente il proprio funzionamento e le circostanze della vita. Le persone sono proattive, auto-regolanti e auto-riflettenti. Non semplici spettatori del loro comportamento" (Bandura, 2006, p. 164).

3.1.2 Apprendimento cooperativo e role-play

Gli approcci educativi attivi svolgono un ruolo primario nella realizzazione di progetti di prevenzione, in quanto permettono al professionista di coinvolgere gli studenti sia sul piano intellettuale che su quello emotivo (W. Johnson & T. Johnson, 2019), favorendo l'interazione del gruppo, così da valorizzare la dimensione sociale dell'apprendimento (Clarke et al., 2015). A partire dall'analisi di numerose esperienze di prevenzione, il gruppo di ricerca di Boustani (2015) ha riscontrato in molti casi un uso congiunto di psicoeducazione e role-play. Questi strumenti educativi sono stati infatti definiti come i più efficaci per rafforzare e accrescere le competenze socio-emotive degli adolescenti (Clarke et al., 2015).

L'apprendimento cooperativo permette di sviluppare idee e soluzioni innovative attraverso la negoziazione dei significati¹³ tra i membri di un gruppo (W. Johnson & T. Johnson, 2019).

La metodologia inclusiva e incentrata sui vissuti personali facilita la conoscenza di sé e degli altri, creando un clima di condivisione sereno, che risulta essere un prerequisito necessario allo svolgimento del laboratorio (Dowling & Barry, 2020).

Il role-play consente di sperimentare l'ascolto, la comprensione e l'elaborazione delle credenze sia personali che condivise da parte degli studenti, lasciando questi liberi di commettere errori senza correzioni immediate dello psicologo (Carletti et al., 2015). La funzione di questo strumento è quella di stimolare la creatività e dar loro la possibilità di diventare consapevoli delle nuove risorse per proteggersi dal malessere psicologico e dal rischio suicidario.

Nel contesto specifico del laboratorio 'Radio GaGa', la sessione di role-play ha costituito l'attività finale del progetto. Questa tecnica è stata sfruttata per sensibilizzare alle motivazioni che facilitano la richiesta di aiuto o che impediscono che questa avvenga. Le sequenze di gioco sono strutturate per permettere l'esperienza del contrasto e della negoziazione dei significati, utili strumenti di apprendimento nel contesto di classe (Carletti et al., 2015). In particolare, gli studenti sono tenuti a rispettare le parti di accusatore, difensore e consulta¹⁴, costruendo una tesi congrua al proprio ruolo, nonostante questa possa risultare in contrasto con le credenze personali. Attraverso questo scontro di idee indotto dal gioco, ciascuno è stimolato a ripensare all'esperienza della richiesta di aiuto. La necessaria risoluzione di questo nasce dalla richiesta

¹³ "Se la conoscenza è individuale e situata, e non è possibile condividere completamente il significato che si attribuisce ad un concetto", la negoziazione del significato è il processo che permette a due interlocutori di condividere parte di questa conoscenza (Carletti & Varani, 2006, p. 3).

¹⁴ Si faccia riferimento al paragrafo 2.2.3 del capitolo 2.

di sintesi da parte dello psicologo, che incentiva il processo di negoziazione tra studenti, assumendo il ruolo di guida (Carletti et al., 2015).

3.2 Criticità del laboratorio

Nella realizzazione del progetto preventivo sono state riscontrate tre principali criticità: la resistenza degli istituti scolastici, la durata del progetto e le difficoltà relazionali riscontrate nelle classi.

L'implementazione delle strategie preventive nel contesto scolastico è ostacolata dalla paura che queste “scavino” nei comportamenti suicidari degli studenti (Gijzen et al., 2022, p. 417) e che i genitori difficilmente possano accettare che ciò accada (Whitney et al., 2011).

Alcune ricerche sul gradimento dei programmi di prevenzione scolastici evidenziano come la scelta della scuola ricada più facilmente su attività di training socio-emotivo e sulla psicoeducazione, rispetto che su interventi di screening (Eckert et al., 2003; Scherff et al., 2005), i quali vengono percepiti come altamente intrusivi (Scherff et al., 2005).

Un ulteriore motivo per cui gli istituti scolastici ostacolano l'implementazione delle strategie preventive è da ricercare nella credenza secondo cui parlare di suicidio possa in qualche modo incoraggiare l'ideazione suicidaria o indurre comportamenti suicidari negli studenti (Evans et al., 2019).

Molte evidenze dimostrano che lo screening per la suicidalità non produce effetti iatrogeni negli adolescenti coinvolti, e che la valutazione compiuta attraverso questionari per i comportamenti suicidari, non è percepita come una fonte di angoscia dagli studenti, i quali, anche giovanissimi, ritengono che sia un intervento protettivo per i coetanei esposti al rischio suicidario (Gould et al., 2005; Lockwood et al., 2018).

Un secondo fattore di criticità riguarda la durata di svolgimento del laboratorio, di sole quattro ore totali, che non permettono di garantire all'interno degli istituti scolastici il supporto necessario a contrastare l'isolamento, le fragilità, e la suicidalità in una popolazione ad alto rischio, come quella adolescenziale (Whitney et al., 2011).

In ultima analisi, pur non essendo l'obiettivo dell'intervento, risulta doveroso rimarcare le difficoltà relazionali emerse in molte delle classi in cui è stato svolto il laboratorio 'Radio GaGa'. In questo ultimo biennio, giovani studentesse e studenti hanno vissuto in condizioni di isolamento e di mancanza di supporto sociale, che hanno messo a dura prova il mantenimento

del benessere psicologico (Caffo et al., 2020). La quarantena e la conseguente chiusura delle scuole hanno causato uno sconvolgimento nella vita quotidiana di milioni di adolescenti italiani, per i quali sarà necessario impiegare ogni energia e risorsa, affinché siano garantiti loro gli strumenti adeguati per superare gli eventi negativi e traumatici del biennio COVID-19 (Caffo et al., 2020).

3.3 Sviluppi futuri

Il suicidio è un problema sociale e sanitario dalle dimensioni in continuo aumento, anche a causa della condizione di isolamento dettata dalla pandemia COVID-19. La prevenzione risulta necessaria e urgente soprattutto nella fascia di età presa in esame (15-19 anni), a causa dei molteplici fattori di rischio presentati nel primo capitolo di questo elaborato.

Per ridurre la prevalenza del suicidio, favorire lo sviluppo della cultura del benessere psicologico e affrontare lo stigma connesso alla suicidalità, il settore socio-sanitario deve lavorare a stretto contatto con quello scolastico (WHO, 2018b).

Questa cooperazione si è materializzata nel laboratorio di psicoeducazione ‘Radio GaGa’, che può essere considerato come un primo punto di partenza all’interno di un più complesso e articolato programma preventivo.

Come evidenziato precedentemente nell’analisi delle criticità, l’impatto del laboratorio può essere in futuro accresciuto, proponendo agli istituti scolastici uno studio di valutazione dell’efficacia, atto a monitorare gli effetti sulla popolazione studentesca.

Inoltre, il singolo laboratorio potrà essere implementato da ulteriori pratiche preventive, come un programma di screening per l’identificazione dei soggetti a più alto rischio suicidario, e un eventuale intervento di prevenzione secondaria, al fine di fornire agli adolescenti gli strumenti necessari per riconoscere e contrastare la fragilità psicologica.

4. Bibliografia

- Bacchini, D., & Magliulo, F. (2003). Self-Image and Perceived Self-Efficacy During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(5), 337–349. <https://doi.org/10.1023/A:1024969914672>
- Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide & life-threatening behavior*, 34(2), 126–137. <https://doi.org/10.1521/suli.34.2.126.32791>
- Bertolote, J. M., & De Leo, D. (2012). Global suicide mortality rates - a light at the end of the tunnel?. *Crisis*, 33(5), 249–253. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000180>
- Bisan, T., Merlo, F., Bressan, G., & Toniolo, E. (2020). Un viaggio nella Terra di Mezzo. *Costruttivismi*, 7(1), 48–62. <https://doi.org/10.23826/2020.01.048.062>
- Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485–493. <https://doi.org/10.1542/peds.107.3.485>
- Boustani, M. M., Frazier, S. L., Becker, K. D., Bechor, M., Dinizulu, S. M., Hedemann, E. R., Ogle, R. R., & Pasalich, D. S. (2015). Common Elements of Adolescent Prevention Programs: Minimizing Burden While Maximizing Reach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(2), 209–219. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0541-9>
- Caffo, E., Scandroglio, F., & Asta, L. (2020). Debate: COVID–19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 167–168. <https://doi.org/10.1111/camh.12405>
- Caprara, G. V., Scabini, E., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Regalia, C., & Bandura, A. (1998). Impact of Adolescents' Perceived Self-Regulatory Efficacy on Familial Communication and Antisocial Conduct. *European Psychologist*, 3(2), 125–132. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.3.2.125>
- Carletti, A., & Varani, A. (2006). Per una didattica costruttivista. Un atteggiamento che si espone al mondo interrogandolo. *Pedagogica*, 1-5.
- Carletti, A., Varani, A., & LegoDigit. (2015). *Didattica costruttivista: Dalle teorie alla pratica in classe*. Centro studi Erickson.

Castelli, L. (2018). *Psicologia sociale cognitiva. Un'introduzione*. (3. ed.). Laterza.

Cigularov, K., Chen, P. Y., Thurber, B. W., & Stallones, L. (2008). What Prevents Adolescents from Seeking Help After a Suicide Education Program? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 74–86. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.74>

Clarke, A. M., Morreale, S., Field, C.-A., Hussein, Y., & Barry, M. M. (2015). *What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence?* 236.

Costanza, A., Prelati, M., & Pompili, M. (2019). The Meaning in Life in Suicidal Patients: The Presence and the Search for Constructs. A Systematic Review. *Medicina*, 55(8), 465. <https://doi.org/10.3390/medicina55080465>

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

Colecchia, N. (1995). La prevenzione mirata: dagli indicatori di rischio ai fattori di protezione del Sé. In N. Colecchia (Cur.), *Adolescenti e prevenzione. Disagio, marginalità, devianza* (pp. 1-43). Il Pensiero Scientifico Editore.

De Beni, R., Carretti, B., Moè, A., & Pazzaglia, F. (2014). *Psicologia della personalità e delle differenze individuali*. (2.ed.). Il Mulino.

De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A.-M., Heisel, M., & Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: A survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*, 11(2), e043409. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>

Dowling, K., & Barry, M. M. (2020). Evaluating the Implementation Quality of a Social and Emotional Learning Program: A Mixed Methods Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093249>

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions: Social and Emotional Learning. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

Eckert, T. L., Miller, D. N., DuPaul, G. J., & Riley-Tillman, T. C. (2003). Adolescent Suicide Prevention: School Psychologists' Acceptability of School-Based Programs. *School Psychology Review*, 32(1), 57–76. <https://doi.org/10.1080/02796015.2003.12086183>

Elias, M. J., Leverett, L., Duffell, J. C., Humphrey, N., Stepney, C., & Ferrito, J. (2015). Integrating SEL with related prevention and youth development approaches. In J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg, & T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (pp. 33–49). The Guilford Press.

Evans, R., Parker, R., Russell, A. E., Mathews, F., Ford, T., Hewitt, G., Scourfield, J., & Janssens, A. (2019). Adolescent self-harm prevention and intervention in secondary schools: A survey of staff in England and Wales. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(3), 230–238. <https://doi.org/10.1111/camh.12308>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239.

Foster, C. E., Horwitz, A., Thomas, A., Opperman, K., Gipson, P., Burnside, A., Stone, D. M., & King, C. A. (2017). Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Children and youth services review*, 81, 321–331. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.08.01>

Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25–33. <https://doi.org/10.1037/a0022060>

Galfalvy, H., Oquendo, M. A., Carballo, J. J., Sher, L., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2006). Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar disorders*, 8(5 Pt 2), 586–595. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00340.x>

Gijzen, M. W. M., Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Engels, R. C. M. E., & Smit, F. (2022). Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 408–420. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.062>

Goldston, D. B., Erkanli, A., Daniel, S. S., Heilbron, N., Weller, B. E., & Doyle, O. (2016). Developmental Trajectories of Suicidal Thoughts and Behaviors From Adolescence Through Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(5), 400–407.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.010>

Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 293(13), 1635. <https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1635>

Guerreiro, D. F., Cruz, D., Frasilho, D., Santos, J. C., Figueira, M. L., & Sampaio, D. (2013). Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 17(2), 91–105. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.776439>

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

Istat. (2018). La salute mentale nelle varie fasi della vita. https://www.istat.it/it/files//2018/07/Report_Salute_mentale.pdf

Johnson, W. D., & Johnson, T. R. (2019). Cooperative Learning: The Foundation for Active Learning. In S. Manuel Brito (A c. Di), *Active Learning—Beyond the Future*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.81086>

Kalmar, S. (2013). The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13.

Katz, C., Bolton, S.-L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A SYSTEMATIC REVIEW OF SCHOOL-BASED SUICIDE PREVENTION PROGRAMS: Review: School-Based Suicide Prevention Review. *Depression and Anxiety*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/da.22114>

Kelly, G. (2004). La psicologia dei cotrutti personali. Teoria e personalità (O. Realdon, V. Zurloni, Trad.; 1.ed.). Raffaello Cortina Editore. (Originariamente pubblicato nel 1955)

Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>

Lockwood, J., Townsend, E., Royes, L., Daley, D., & Sayal, K. (2018). What do young adolescents think about taking part in longitudinal self-harm research? Findings from a school-based study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0230-7>

MacKenzie, K.R. (1983), The clinical application of a group climate measure. In R.R. Dies, K.R. MacKenzie (Cur.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp.159-170), International Universities Press.

Migliarese, G., Longo, M. G., & Mencacci, C. (2012). *Il suicidio e l'impulsività in adolescenza. Una revisione sistematica della letteratura*. *Journal of Psychopathology*, 18, 344-351.

Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 211(2), 77–87. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345>

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)

Pompili M. (2019). Epidemiology of suicide: from population to single cases. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e68. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000647>

Rafaeli-Mor, E., & Steinberg, J. (2002). Self-Complexity and Well-Being: A Review and Research Synthesis. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 31–58. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_2

Scherff, A. R., Eckert, T. L., & Miller, D. N. (2005). Youth Suicide Prevention: A Survey of Public School Superintendents' Acceptability of School-Based Programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), 154–169. <https://doi.org/10.1521/suli.35.2.154.62874>

Shahram, S. Z., Smith, M. L., Ben-David, S., Feddersen, M., Kemp, T. E., & Plamondon, K. (2021). Promoting “Zest for Life”: A Systematic Literature Review of Resiliency Factors to Prevent Youth Suicide. *Journal of Research on Adolescence*, 31(1), 4–24. <https://doi.org/10.1111/jora.12588>

Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>

Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of affective disorders*, 259, 302–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: A narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3). <https://doi.org/10.1111/appy.12452>

Weissberg, R. P., & O'Brien, M. U. (2004). What Works in School-Based Social and Emotional Learning Programs for Positive Youth Development. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 86–97. <https://doi.org/10.1177/0002716203260093>

Whitney, S. D., Renner, L. M., Pate, C. M., & Jacobs, K. A. (2011). Principals' perceptions of benefits and barriers to school-based suicide prevention programs. *Children and Youth Services Review*, 33(6), 869–877. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.12.015>

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.

World Health Organization. (2018a). Global health estimates. Geneva: World Health Organization http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 8 November 2018

World Health Organization. (2018b). National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>

www.ser-veneto.it

5. Appendice

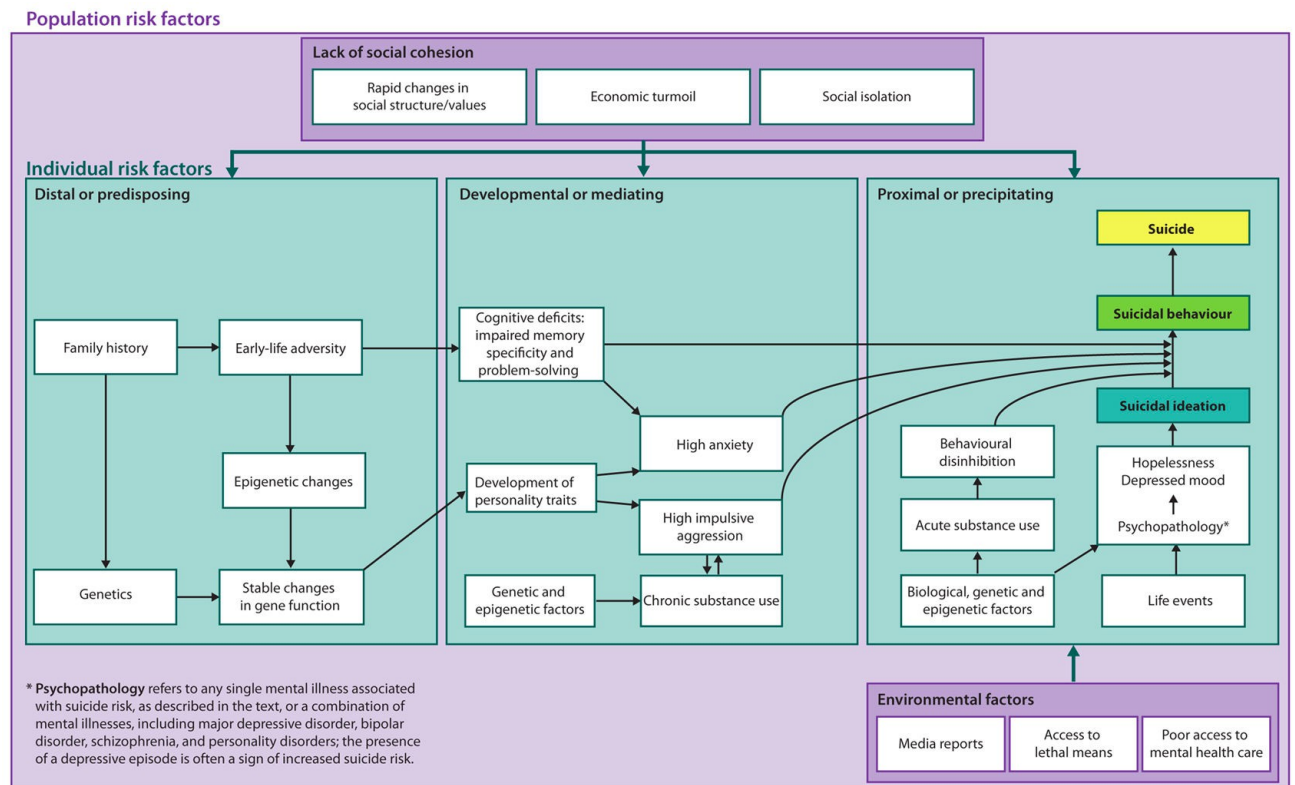


Figura 1. Modello dei fattori di rischio del suicidio (Turecki & Brent, 2016)

Il rischio suicidario è modulato da fattori individuali e sociali.

I fattori di rischio individuali si dividono in predisponenti, favorenti, precipitanti, e tutti questi partecipano alla sviluppo di comportamenti suicidari.

I fattori di rischio sociali possono interagire in tutte le fasi temporali.

