

La sofferenza individuale, il cattivo adattamento, le alterate relazioni interpersonali, possono, integrandosi tra loro, far determinare la persona all'autosoppressione.

Esiste una ampia zona tra il pensare al suicidio e il metterlo in atto.

Tuttavia, in questa zona, si deve riconoscere che esiste un confine, una linea di demarcazione che deve essere riconosciuta per evitare che avvenga la decisione autolesiva.

I tentativi di suicidio possono anche sganciarsi da sofferenza profonda;

i mancati suicidi, o quelli comunque realizzati, sono quasi sempre, salvo eccezioni, sono stati aggravati dalle circostanze casuali che si associano alle intenzioni dipendenti dalla presenza di eventuale patologia grave.

Nello studio dell'evento suicidiario va tenuta in grande considerazione l'epoca della vita in cui sopravviene il pensare, e agire, da suicida.

Nella adolescenza, e nella prima giovinezza, si oscilla inevitabilmente tra la regressione e l'ineluttabile progressione verso compiti diversi e successivi.

Si deve decidere tra la necessità di dover sopportare la solitudine e il rifiuto degli altri.

Si è spinti ad essere individui autonomi, ma si avvertono modelli rassicurativi e protettivi molto allettanti.

Si diventa grandi attraverso una costante riorganizzazione della vita.

E non solo si diviene grandi, ma anche si vive.

Il pensare al suicidio, al modo come suicidarsi, come metterlo in atto, è la conseguenza di una percezione e convinzione di fallimento, di una crisi nella riorganizzazione strutturale.

Si hanno dei presentimenti, delle conferme di perdite, di svuotamento totale, di impossibilità ad avere prospettive.

Queste dimensioni mentali si configurano in quella condizione che si definisce patologia della crisi.

Questa patologia della crisi ha una evoluzione lenta o rapida, a cui bisogna porre molta attenzione.

Le funzioni cognitive subiscono una modificazione, non si è più capaci di discernere tra insidie, ostacoli, soluzioni o strategie di soluzioni.

La percezione del tempo vissuto viene ridotta all'evento immediato che viene riconosciuto come irrimediabile.

Non si riesce più a passare del tempo;

si è in un tempo che non passa.

Nella mente il passato diviene presente. Si funziona senza capacità di rimodellamento, tutte le offese si rendono presenti e si sommano all'ultima ricevuta, o vissuta.

La rappresentazione del proprio corpo è negativa, spesso è il corpo che viene colpito come se fosse una cosa diversa del sé.

Gli equivalenti suicidari possono essere considerati come paradigmatici di questa dimensione.

Compaiono fantasie in cui la morte viene considerata come apportatrice di soddisfazione, sia in termini fantastici che in termini realistici.

Non sempre si cerca la morte in quanto annullamento, bensì come soppressione di quella vita, di quella condizione insopportabile.

Il morto ha una sola idea quella di tornare al proprio cadavere per riprenderselo e proseguire nel tempo.

Il candidato al suicidio è un membro di una famiglia che non sempre sa gestire le tensioni morfostatiche rispetto a quelle morfogenetiche, cioè tra il bisogno di mantenere inalterato il proprio stile rispetto alla necessità di far fronte ai cambiamenti alle esigenze dovute ai vari eventi non ultimo la crescita stessa dei figli.

Le barriere intragenerazionali si strutturano quando le forze morfostatiche diventano preminenti nel funzionamento di quel gruppo, e quando le emergenze della nuova identificazione e autonomia non vengono riconosciute e non si attuano soluzioni negoziate.

Si riconoscono tre dimensioni

Una è il vincolo per mezzo del quale si può realizzare dipendenza ovvero avvertire costrizione

La seconda è la delega quando si avverte di avere un mandato, un compito all'interno della famiglia e fuori nel sociale, ovvero si riconosce una inversione di ruoli,
l'ultima è quella della espulsione che un meccanismo attraverso il quale si sottolinea la necessità che l'altro abbia una vita autonoma, facendo sentire il peso della responsabilità, il figlio si sente superfluo, ovvero i genitori si dichiarano esausti.
Tutte queste condizioni possono cronicizzare la crisi.
Altra condizione è quella in cui risulta evidente l'incapacità di uno dei genitori, o di entrambi, a sostenere il figlio, ovvero quando il genitore portante crolla.
Non tutti sono capaci a decodificare i segni di una crisi incipiente
A volte si ha difficoltà a comunicare la crisi stessa.

L'ideazione suicida, accompagnata a comunicazione diretta è meno pericolosa di quella comunicata indirettamente, o sottaciuta.

L'intenzione suicida è meno pericolosa del tentativo di suicidio.

L'intensità dei tratti di personalità è direttamente proporzionale alla decisione suicidiaria.

La profondità dei disturbi psichici è correlata alla decisione suicida.

Le malattie in fase iniziale sono certamente causa della maggiore parte dei suicidi mancati o attuati in età giovanile.

La scelta della modalità, deve far valutare la quota di rischio insita nel TS, che per eventi diversi dalla volontà dell'attore può divenire mortale.

Infine si calcola che per 100 TS si ha in genere un decesso, con oscillazioni minime in tutti i paesi europei

Chi tenta un TS una seconda volta entro i primi dieci dodici mesi ha una probabilità 4 volte maggiore di ricommettere un gesto a lui fatale.

Ogni gesto suicidiario va considerato grave.

Mai sottovalutare gli eventi.

Spesso si affinano le tecniche, si cambia modalità.

Valutare i fattori extra personali, si deve essere capaci di indirizzare il candidato al suicidio al centro più idoneo che lo sappia prendere in carico.

Si deve riconoscere la fase preclinica anche se non vi è ancora una metodologia precisa.

Turbe del sonno, della alimentazione, sintomi somatici vaghi, modificazioni comportamentali.
difficoltà nello studio nelle amicizie.

