

## Caso clinico

# Il contagio e la collusione suicidaria tra terapeuta e paziente

## *Suicidal contagion and collusion between therapist and patient*

GIAN CARLO NIVOLI, LILIANA LORETTU, PAOLO MILIA, GRETA LUBINO, MARIA NOEMI SANNA,  
FABRIZIA L. NIVOLI, ALESSANDRA M. NIVOLI  
E-mail: llorettu@uniss.it

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Sassari

**RIASSUNTO.** Lo scopo del presente studio è di illustrare, attraverso la descrizione di casi clinici, le dinamiche del contagio e della collusione suicidaria tra terapeuta e paziente ai fini di una migliore formazione professionale del terapeuta nella valutazione e gestione del rischio suicidario del paziente. Sono descritte tre tipologie di contagio nel rapporto terapeuta-paziente: 1) contagio suicidario dell'ambiente sul terapeuta e sul paziente; 2) contagio suicidario dal paziente al terapeuta; 3) contagio suicidario dal terapeuta al paziente. Sono inoltre descritte quattro tipologie di collusione suicidaria con specifici tipi di paziente: 1) paziente sofferente di una grave malattia fisica; 2) paziente sofferente di un grave disturbo psichico; 3) il paziente manipolatorio; 4) il paziente auto ed etero-aggressivo. Nelle conclusioni è stata evidenziata la necessità del terapeuta di saper adeguatamente riconoscere e gestire il contagio e la collusione suicidaria per una migliore valutazione del rischio suicidario del paziente.

**PAROLE CHIAVE:** suicidio, contagio suicidario, collusione suicidaria, gestione e valutazione del rischio suicidario.

**SUMMARY.** The purpose of the present study is to point out suicidal contagion and suicidal collusion describing clinical cases, to improve professional skills in suicidal risk evaluation and management. In suicide contagion we described three typologies of contagion between therapist and patient: 1) suicide contagion of the environment on the therapist and on the patient; 2) suicide contagion of the therapist on the patient; 3) suicide contagion of the patient on the therapist. We described also four typologies of suicidal collusion with specific kind of patients: 1) with patient suffering of physical illness; 2) with patient suffering of a serious mental illness; 3) with manipulative patients; 4) with patient who is aggressive toward himself and toward other people. In conclusion we pointed out the importance of an adequate recognition and management of suicidal contagion and collusion to decrease patient suicidal risk.

**KEY WORDS:** suicide, suicide contagion, suicidal collusion, evaluation and management of suicidal risk.

## INTRODUZIONE

Il paziente suicidario può provocare numerose e differenti reazioni emotive, cognitive e comportamentali nel terapeuta<sup>1</sup>. Queste reazioni dipendono dall'interazione delle caratteristiche psicosociali del terapeuta con quelle del paziente<sup>2,3</sup>. Numerosi studi hanno messo in luce le variabili che possono influenzare le reazioni del terapeuta: il suo atteggiamento verso il suicidio, legato alle sue precedenti esperienze<sup>4</sup>; l'influenza del suo atteggiamento verso i valori della vita<sup>5</sup>; le sue capacità di controllare e gestire l'amore e l'odio<sup>4</sup>; la sua abilità professionale nella valutazione del rischio suicidario<sup>2</sup>. Alcune di queste reazioni del terapeuta non sono utili alla beneficiabilità del paziente in tema di valutazione e gestione del rischio suicidario<sup>2,3</sup>. Alcuni autori hanno messo in luce che reazioni emotive del terapeuta al paziente suicidario possono favorire il passaggio all'atto suicidario: un mancato controllo dell'aggressività e della rabbia del terapeuta<sup>6</sup>; i sentimenti negativi ed espulsori dell'équipe sul paziente<sup>7</sup>; il ruolo dei sentimenti negativi inconsapevoli verso il paziente da parte dell'équipe di tratta-

mento<sup>8</sup>; la difficoltà del terapeuta di trattare l'aggressività del paziente suicidario<sup>8-10</sup>.

Lo scopo del presente studio, nell'ambito di queste reazioni emotive, cognitive e comportamentali del terapeuta, non utili alla beneficiabilità del paziente, è di illustrare il contagio suicidario e la collusione suicidaria tra terapeuta e paziente, allo scopo di migliorare la formazione del terapeuta nella valutazione e nella gestione del rischio suicidario. La metodologia del presente studio consiste nell'illustrazione di casi clinici, tratti dall'esperienza clinica e forense degli autori, che mettono in luce varie tipologie del contagio e della collusione suicidaria fra terapeuta e paziente. Saranno di seguito descritti il contagio e la collusione suicidaria.

## IL CONTAGIO SUICIDARIO

Per contagio suicidario (*suicide contagion*), si intende quel processo psichico attraverso il quale l'esposizione a un suicidio attuato o tentato o a un comportamento suicidario di una o più persone influenza altri a tentare o a commettere il sui-

cidio<sup>5</sup>. L'esposizione al suicidio attuato o tentato o a comportamenti suicidari può essere diretta (presenza fisica contemporanea di tutti i protagonisti) o indiretta (attraverso, per es., notizie provenienti dai mezzi della stampa)<sup>11</sup>. Un'epidemia di suicidi legati a un apprendimento sociale<sup>12</sup> (*copycat suicide*) può essere localizzata (*point cluster*) quando vi è un aumento di suicidi situato in concomitanza di tempo e luogo (per es., piccole comunità) o "diffuso" (*mass cluster*) quando è rispettato il parametro temporale ma non spaziale (per es., un'epidemia di suicidi nella popolazione generale in seguito al suicidio di un personaggio noto al pubblico).

Il contagio suicidario è stato reso famoso dal romanzo che Goethe pubblicò nel 1774, "I dolori del giovane Werther". In quest'opera letteraria, il protagonista Werther, descritto come un giovane eroe, si uccide sparandosi alla testa dopo aver vissuto in modo romantico un amore tribolato e infine non corrisposto con la sua amata, Lotte, fidanzata e poi sposa a un altro uomo. I comportamenti imitativi suicidari che seguirono questo romanzo ("effetto Werther") furono di entità tale da provocare la censura del libro in numerosi paesi europei<sup>13</sup>.

Attualmente, numerosi studi mettono in luce un contagio suicidario, segnalato soprattutto fra i giovani, in relazione, per quanto concerne i giornali quotidiani, alla modalità con cui sono trasmesse al pubblico le notizie di suicidio<sup>14-16</sup>. In particolare, sono stati messi in luce dalla letteratura più recente i suicidi imitativi di persone in giovane età in seguito a specifiche modalità di comunicazioni di informazioni che aumentano il rischio suicidario (per es., iper-semplificazione dei motivi di suicidio, sensazionalizzazione dell'atto, glorificazione della persona che si è uccisa, ecc.), in relazione a personalità famose<sup>17,18</sup> personaggi che pur non essendo famosi hanno avuto il loro caso di suicidio fortemente drammatizzato nei mezzi di comunicazione di massa rispetto all'importanza di altre notizie<sup>19-21</sup>, spettacoli televisivi in cui era descritto un suicidio<sup>22-25</sup>, siti internet che valorizzano l'istigazione al suicidio<sup>26</sup>, casi clinici di "omicidio-suicidio"<sup>27,28</sup> o di "patto suicidario"<sup>29</sup>, assunzione di overdose da parte di gruppi di giovani dediti all'abuso di sostanze stupefacenti<sup>22-30</sup>. Nonostante questi studi siano numerosi, seppur centrati prevalentemente sulle informazioni diffuse da quotidiani, vi è la necessità di una metodologia scientifica più appropriata quanto a significatività per il loro effettivo ruolo nel contagio suicidario<sup>31,32</sup>. Sono infatti da considerare in letteratura alcune osservazioni critiche sull'esistenza, sull'entità e sulla distribuzione del contagio psichico<sup>33,34</sup> e sulla difficoltà di modificare i fattori psicosociali correlati al suicidio essendo quest'ultimo spesso legato a una dimensione umana di psicologia della "normalità" e non a una psicopatologia di interesse psichiatrico<sup>35</sup>. A prescindere da queste limitazioni, numerose associazioni scientifiche che dedicano la loro attenzione alla prevenzione del suicidio<sup>36</sup> hanno tracciato delle linee-guida che cercano di regolare le modalità di comunicazione del suicidio da parte dei giornali allo scopo di ridurre la quantità del contagio del suicidio tra la popolazione. Secondo queste linee-guida<sup>37</sup> gli elementi mediatici che più favoriscono il contagio suicidario sono: a) riferimenti sensazionalistici (servizio in prima pagina soprattutto nella metà superiore, la parola suicidio appare in prima pagina); b) presenza di immagini della vittima o della scena del suicidio; c) la vittima è descritta come eroe. Sempre secondo queste linee-guida l'effetto di contagio suicidario sulle persone più fragili sarà maggiore: a) se sono pre-

sentiti dettagli sul come e dove il suicidio sia avvenuto; b) se il suicidio è descritto come inspiegabile (per es., il soggetto che si è suicidato aveva tutte le fortune possibili per essere felice); c) se i motivi del suicidio sono presentati sotto l'aspetto romantico (si sono uccisi per essere uniti nell'eternità); d) se i motivi del suicidio sono presentati in modo semplicistico (per es., il ragazzo ha commesso il suicidio a causa della lite con i propri genitori).

Sotto il profilo eziologico il contagio suicidario può essere esaminato attraverso varie teorie che sono alla base del generale comportamento imitativo presso le persone<sup>38</sup>, dal punto di vista sociologico<sup>39</sup> come apprendimento (*copycat suicide via social learning*), o come uguale reattività delle persone a stessi stimoli (*independent suicide within a homophilous network*)<sup>39-41</sup>, o dal punto di vista delle varie teorie neurofisiologiche (per es., neuroni a specchio)<sup>42</sup>.

In ragione dell'importanza che può rivestire il disturbo mentale nel contagio suicidario, è anche utile arricchire le teorie che cercano di spiegare il comportamento imitativo suicidario con la chiarificazione delle possibili dinamiche che spiegano il contagio del disturbo psichico tra le persone. Modalità di contagio del disturbo psichico tra le persone sono contemplate nel DSM-IV TR attraverso il disturbo psicotico condiviso [297.3] e nel ICD-10 (F24) attraverso il disturbo delirante indotto. Si rimanda ai rispettivi manuali statistici e diagnostici dei disturbi mentali<sup>43,44</sup> per l'eziologia, le caratteristiche dei vari soggetti protagonisti; possibili interventi terapeutici e le diagnosi differenziali. Sotto il profilo storico, sempre a proposito del contagio psichico, la "follia a due" (*folie à deux*) è stata descritta sin dal 1887<sup>45</sup>, e poi più recentemente<sup>46</sup> chiarificata nelle seguenti forme: a) follia indotta (due pazienti con una preesistente psicosi adottano parte dei sintomi deliranti dell'altro arricchendo ognuno in questo modo i deliri dell'altro); b) follia comunicata (due individui predisposti sviluppano una psicosi con intervallo di tempo, uno dall'altro); c) follia simultanea (due pazienti, entrambi predisposti a sviluppare una psicosi, sviluppano sintomi produttivi nello stesso momento e nessuna parte sembra essere predominante); d) follia imposta (è la forma più comune nella quale i sintomi di un individuo attivo e dominante vengono adottati da un altro soggetto passivo e suggestionabile). Non è sempre possibile, tuttavia, fare rientrare in modo esauriente la clinica del contagio suicidario, e la sua eventuale integrazione col contagio del disturbo psichico, nelle classificazioni dei manuali statistici e diagnostici, o nelle storiche classificazioni della follia a due, tre, quattro persone, ecc.<sup>47</sup>.

Per quanto concerne l'aspetto più specifico del contagio suicidario tra terapeuta e paziente non sono presenti in letteratura studi specifici, metodologicamente controllati, su grandi numeri di casi clinici. Attualmente sono presenti in letteratura numerosi studi che mettono in luce come la reattività emotiva inadeguata del terapeuta può aumentare il rischio suicidario del paziente<sup>48-51</sup>. Sono altresì presenti studi che descrivono le modalità di trasmissione (contagio) della psicopatologia del paziente al terapeuta<sup>52,53</sup>. Per esempio, questo contagio si può manifestare attraverso "l'identificazione globale" del terapeuta al paziente. In questi casi il terapeuta incomincia a ritenere che il mondo dello psicotico non sia più estraneo e angosciante, ma sempre più familiare, adeguato alla realtà e degno di essere vissuto. È come se il terapeuta trovasse che il mondo dello psicotico è diventato non solo "normale" ma anche "bello, interessante, creati-

### *Il contagio e la collusione suicidaria tra terapeuta e paziente*

vo”<sup>52,53</sup>. Il terapeuta così acriticamente accetta e vive il mondo psicotico, e attraverso processi introiettivi incomincia a “pensare, amare, odiare, e comportarsi come il paziente” assumendone la psicopatologia<sup>52</sup>. Vi sono anche studi che descrivono le modalità di trasmissione (contagio) della psicopatologia del terapeuta al paziente<sup>52-54</sup>. Per esempio, questo contagio può manifestarsi attraverso “reazioni collusive complementari”<sup>52</sup>. La psicopatologia, cioè, del terapeuta può integrarsi con una psicopatologia complementare del paziente e causare reciproci danni psichici. È il caso clinico di un terapeuta con un distorto sentimento di potere e di dominio che può mantenere in terapia e cronicizzare aggravando la psicopatologia di un paziente caratterizzato da una patologia dipendente e regressiva di succubanza.

In questi studi sul contagio del disturbo psichico si tratta, in genere, di terapeuti che soffrono di psicopatologie personali o non hanno raggiunto un buon grado di formazione professionale soprattutto a livello di equilibrio emotivo. Tra questi terapeuti che soffrono di psicopatologie personali ricordiamo quelli che non hanno effettuato una buona revisione interna dei loro sentimenti e comportamenti<sup>55</sup>, non hanno chiari i propri confini dai confini dei pazienti<sup>56</sup>, perdono facilmente il loro equilibrio psichico quando si trovano a trattare le psicosi dei pazienti<sup>57</sup>, manifestano la tendenza nelle situazioni di crisi a identificarsi troppo al paziente<sup>50</sup>, presentano confini di sé stesso particolarmente “spessi” o eccessivamente “fragili”<sup>58</sup>, usano agiti psicotizzanti attraverso i loro meccanismi primari sui pazienti<sup>53</sup>, possono presentare psicopatologie nei confronti dell’asse I, asse II del DSM-IV TR o diagnosi di personalità psicopatiche o antisociali<sup>52</sup>.

#### **Contagio suicidario dell’ambiente sul terapeuta e sul paziente**

Vi sono ambienti di reclusione e di cura (carceri, campi di reclusione, ospedali psichiatrici, ecc.) nei quali la privazione di libertà e le condizioni di vita irrispettose delle più elementari regole di igiene mentale possono favorire sia nei custodi sia nei custoditi una maggiore stimolazione e accettazione del rischio di suicidio, favorendo il contagio suicidario<sup>59,60</sup>. Riportiamo a titolo di esempio un contagio suicidario in ambiente di ricovero ospedaliero e in ambiente carcerario.

##### *Contagio suicidario in una situazione di ricovero ospedaliero*

Nello spazio di tempo di circa un mese tre pazienti si sono uccisi nello stesso reparto ospedaliero di ricovero gestito dalla stessa équipe trattante.

##### **I caso di suicidio**

P.C., paziente di genere femminile di 60 anni con diagnosi di demenza e depressione. Intollerante al ricovero, è solita richiedere più volte al giorno il rinvio al proprio domicilio. Agitata, ansiosa e contrariata dall’équipe perché non gli ha permesso, in modo brusco e autoritario, di uscire all’esterno per fumare. La paziente, in seguito a questo rifiuto, si reca, in silenzio, nella propria stanza dove s’impicca con la propria sciarpa.

##### **II caso di suicidio**

Due giorni dopo quanto successo a P.C., un’altra donna, F.O., di 52 anni, ricoverata quattro giorni prima, si getta dalla finestra di un corridoio mentre era accompagnata a praticare esami medici di controllo. F.O. aveva saputo del suicidio di P.C. anche se quest’ultimo non era stato ammesso in modo ufficiale, ma era stata diffusa voce che P.C. era morta per infarto cardiaco. F.O., schizofrenica, delirante a contenuto persecutorio, era particolarmente diffidente e sospettosa nei confronti soprattutto dell’équipe di trattamento. Spesso F.O. aveva verbalizzato ad altri pazienti che in quell’ospedale non si fidava di nessuno e che li avrebbero potuti ammazzare quando volevano.

##### **III caso di suicidio**

Dopo cinque giorni dal primo suicidio di P.C., un paziente, R.S., di 47 anni, si suicida dopo aver ottenuto un permesso di uscita di un giorno al proprio domicilio pur essendo in costante compagnia di controllo del padre. R.S. circa trenta minuti prima di tornare in ospedale, dopo aver trascorso una giornata calma e tranquillo, chiede al padre, che continuava a tenerlo sotto osservazione, di potersi recare al bagno. Il padre acconsente senza fare controlli. R.S. si taglia la gola con un coltello. R.S. aveva già tentato altre due volte di uccidersi, gettandosi da una finestra e riportando danni gravi e irreversibili alla gamba sinistra e alla spalla sinistra, e tagliandosi le vene dopo essersi immerso nella vasca da bagno con l’acqua calda. R.S., schizofrenico, delirante, aveva spesso verbalizzato agli altri pazienti che l’unico modo per togliersi dai guai era quello di uccidersi, e in particolare aveva confidato a un membro dell’équipe che se ci erano riuscite quelle due vecchiette (riferendosi a F.O. e P.C.), finalmente ci sarebbe riuscito anche lui.

Nella descrizione dei casi che precedono può essere messo in luce, sotto l’aspetto del contagio suicidario, il rinforzo della psicopatologia che l’esposizione a un precedente suicidio (caso P.C.) può esercitare su di un delirio a contenuto di nocumento (caso F.O. “in quest’ospedale ci possono ammazzare”) e l’azione facilitante sulle fantasie liberatorie (caso R.S. “con il suicidio mi tolgo dai guai”) e sulla stimolazione al passaggio all’atto (caso R.S. “se ce l’hanno fatta quelle due vecchiette ce la posso fare anch’io”).

##### *Contagio suicidario in carcere*

In carcere nello spazio di tempo di quattro giorni si verificano due suicidi.

##### **I caso di suicidio**

R.P., 32 anni, tossicomane, depresso, impulsivo, in fase di astinenza e sotto minacce dei compagni (avendoli denunciati all’autorità giudiziaria), si uccide impiccandosi il giorno stesso del suo arresto e detenzione. R.P. si è ucciso nella stessa cella di isolamento ove 5 anni prima si era ucciso il fratello R.F. anche lui tossicomane depresso, pochi giorni prima della sua uscita dal carcere.

#### Il caso di suicidio

C.A., 45 anni, tossicomane, psicopatico, impulsivo, richiede senza giustificazione numerosi farmaci allo psichiatra. Di fronte al rifiuto di quest'ultimo, C.A. getta i suoi occhiali per terra e li distrugge calpestandoli, rovescia la scrivania cercando di schiacciare con il mobile lo psichiatra. Immediatamente e con violenza contenitiva, C.A. è neutralizzato dal personale di custodia. In questa circostanza C.A. urla "Siete degli assassini, avete già ucciso R.P. e i magistrati condanneranno anche voi come delinquenti ... adesso voi volete farmi uccidere ... ci sarà qualcuno che pagherà ... voi dovrete pagare ... voi siete i veri delinquenti da punire e tutti lo devono sapere ...". C.A. pochi minuti dopo essere rientrato in cella riesce a uccidersi impiccandosi.

Nei casi che precedono è possibile mettere in luce l'aumento del rischio suicidario in relazione al "trauma d'entrata" (caso R.P.) e alla "vertigine d'uscita" (caso R.F.) in ambiente carcerario<sup>52</sup>. Inoltre, più specificamente per quanto concerne il contagio suicidario è da rilevare come stesse situazioni stressanti di detenzione carceraria possono favorire il suicidio (caso R.P., R.F., C.A.) e l'importanza dei fattori "scatenanti" (caso C.A.: la negazione della prescrizione di psicofarmaci) e di "fantasie rivendicative" (caso C.A.: "il personale di custodia e i medici saranno puniti per il mio suicidio").

#### Contagio suicidario dal paziente al terapeuta

In questi casi il desiderio e le motivazioni di uccidersi che sono vissute e verbalizzate dal paziente possono essere uno stimolo che aumenta il rischio di passaggio all'atto suicidario del terapeuta.

#### Il terapeuta

P.A., terapeuta, 62 anni, è sofferente di gravi disturbi fisici (diabete, epatopatia) e psichici (disturbo bipolare II con lunghi periodi depressivi). P.A. solo dopo i 45 anni ha incominciato a prendere in cura pazienti psichiatriche avendo praticato in precedenza come medico attività di laboratorio e successivamente come specialista neurologo. P.A. presenta altresì abuso di sostanze alcoliche.

#### Il paziente

P.A. ha in cura un paziente bipolare I, Z.N., in stato di depressione che, in concomitanza con un crollo finanziario e la separazione della moglie, si uccide con psicofarmaci.

#### Il contagio suicidario

P.A. vive con grande turbamento depressivo il suicidio del paziente. P.A. in quella situazione confida a un collega che anche lui spesso pensa di liberarsi con il suicidio di tutte le sue sofferenze. Inoltre, la sua reattività depressiva si allarga sino a procurargli estesi sentimenti di colpa e mancanza di valorizzazione nella propria scelta professionale e sentimenti di mancanza di speranza, di aiuto e d'indignità per quanto riguarda la sua situazione personale percependosi isolato ed emarginato sociale. Per questi motivi,

P.A. sospende la sua attività di terapeuta recandosi altresì raramente al lavoro. Dopo circa 3 mesi P.A., anche lui in situazione di un rovescio finanziario e percependosi definitivamente abbandonato dalla propria famiglia, moglie e figli, si uccide con psicofarmaci. Ai colleghi, P.A. aveva spesso verbalizzato in relazione al suo paziente suicida che almeno lui aveva avuto il coraggio di andarsene da questo mondo al momento giusto.

Il caso clinico che precede mette in luce la fragilità del terapeuta nei confronti del rischio suicidario (legato anche alla sofferenza per i gravi disturbi fisici, abuso di alcol e per lunghi periodi depressivi), e la sua insufficiente formazione professionale a livello psichiatrico nel gestire il lutto per il suicidio del paziente (a causa della acritica "idealizzazione" delle scelte suicidarie del paziente con il quale condivideva "fantasie suicidarie" del tipo "anch'io penso spesso di uccidermi").

#### Contagio suicidario dal terapeuta al paziente

In questi casi il terapeuta che presenta un rischio suicidario contagia e cioè stimola e aumenta il rischio suicidario del paziente. Dalla verbalizzazione di un paziente N.C. a uno psichiatra:

"... mi sono rivolto a lei come psichiatra perché ho bisogno di un consiglio. Io sono in cura per depressione da una psichiatra. Questa psichiatra soffre anche lei di una grave depressione. Tutti sanno che questa psichiatra ha già tentato il suicidio con psicofarmaci e che spesso si assenta dal suo lavoro per settimane a causa della sua depressione. Io ho stima e sono affezionato a questa psichiatra che è anche del mio paese e che mi ha curato con successo per tanti anni. Però adesso questa psichiatra mi 'fa paura' ... mi parla spesso dei suoi dispiaceri soprattutto a causa di sua figlia che è drogata e a causa di suo marito che l'ha abbandonata per una collega più giovane e più bella e non malata come lei. Questa psichiatra mi 'fa paura' perché ha un viso sempre triste. Io cerco di farla sorridere, cerco anche di consolarla. Sicuramente questa psichiatra ha tante paure, tanta depressione e prima o dopo cercherà di uccidersi un'altra volta. Mi dispiacerebbe che la mia psichiatra si uccidesse ... vorrei fare qualcosa per lei ... io so che lei la conosce questa psichiatra ... il cui nome è S.I. ... il consiglio che le voglio chiedere e se lei la può aiutare ...".

Nel prosieguo dei colloqui con lo psichiatra il paziente precisa:

"... è vero che io sono venuto a chiedere aiuto per la psichiatra che mi cura, ma è anche vero che io stesso ho paura di uccidermi e ho bisogno di aiuto. L'idea di uccidermi era molto lontana ... adesso dopo tutti i colloqui e la frequentazione della mia psichiatra depressa che si vuole uccidere ... io percepisco l'idea di uccidermi troppo vicina e pericolosa ... A volte mi pare che il colloquio con la dottoressa che mi dovrebbe curare si concluda solo con la frase "la vita non vale la pena di essere vissuta"... e questo mi pare che la dottoressa lo dica con un grande dolore e sofferenza insopportabile per lei ma anche insopportabile per me che la vedo ... la ascolto ... e mi sento obbligato a provare gli stessi sentimenti".

### *Il contagio e la collusione suicidaria tra terapeuta e paziente*

Il caso che precede mette in luce una dinamica di contagio suicidario dal terapeuta al paziente attraverso, in modo prioritario e manifesto, il “ruolo inverso”. Si tratta cioè di un terapeuta che invece di esercitare in modo attivo il suo ruolo di cura e di protezione del paziente assume il ruolo passivo di paziente depresso e suicidario che necessita di aiuto. In questa situazione il paziente, anche lui depresso e suicidario, deve assumersi il ruolo di terapeuta: compito però gravoso e difficile per lui da portare a termine. Per fortuna di ambedue (N.C. e F.I.) il paziente è stato in grado di richiedere e ottenere aiuto da un altro terapeuta.

#### **LA COLLUSIONE SUICIDARIA**

Il rapporto tra terapeuta e paziente, per essere terapeutico, deve rispettare la compatibilità relazionale tra i due protagonisti, e cioè la loro capacità di accettarsi, comunicare, comprendere e condividere prospettive e obiettivi<sup>61</sup>. Questa compatibilità relazionale può essere legata a numerosi fattori tra cui ricordiamo: fattori strutturali (somiglianza culturale che permette, per es., un senso di familiarità); fattori attitudinali (per es., essere capaci di provare empatia l'uno per l'altro); fattori evolutivi (per es., esperienza e maturità professionale che accrescono la capacità di comprendere le altre persone); fattori legati alle caratteristiche psicologiche o psicopatologiche dei protagonisti (per es., possedere tratti di personalità che favoriscono la reciproca comunicazione)<sup>62</sup>. Vi possono essere terapeuti e pazienti che presentano dei tratti psicologici o psicopatologici che “incontrandosi, scontrandosi e integrandosi”, e cioè attraverso una loro “collusione”, possono rendere il rapporto non terapeutico e talvolta particolarmente dannoso alla beneficialità del paziente<sup>52</sup>.

La definizione di collusione tra terapeuta e paziente è complessa e non univoca. È stata messa in luce, per es., «l'attribuzione a vicenda di sentimenti condivisi che inconsciamente costituiscono l'essenza di un processo simbiotico e collusivo [...] dove una coppia, in realtà, si riunisce in una sorta di unità [...], di confine congiunto all'io»<sup>63</sup>; «l'illusione reciproca in cui medico e paziente cadono in un vicendevole inganno [...] in cui il medico sta dalla parte della malattia del paziente [...] gratificando le sue richieste nevrotiche [...] e comportandosi esattamente secondo le risposte provocatorie (del paziente)»<sup>64</sup>; una «paralisi della terapia tra terapeuta e paziente [...] per evitare l'emergere di nuclei emotivi perturbanti [...] così l'analisi diviene sterile, priva di elementi emotivi pericolosi, ma di fatto inutile e interminabile»<sup>49</sup>; «la collusione inconscia tra terapeuta e paziente come uno tra gli elementi non utili alla terapia legati alla mancata gestione della controtraslazione del terapeuta»<sup>65</sup>; una «zona cieca di introspezione del terapeuta» che accetta in modo non utile per il paziente il ruolo che quest'ultimo gli impone<sup>66</sup>.

La letteratura ha anche fornito esempi clinici concreti di collusione tra terapeuta e paziente. Secondo la teoria dell'attaccamento<sup>67</sup> sono state descritti vari tipi di collusione tra terapeuta e paziente<sup>68</sup>. Per esempio, un terapeuta e un paziente ambedue con stili di “attaccamento insicuro distanziante” imposteranno la loro relazione terapeutica collusiva: a) su un approccio rigidamente tecnico (per es., richiesta eccessiva di esami strumentali, di prescrizione di farmaci, di spiegazioni razionali ma superficiali); b) sull'evitamento di aree proble-

matiche che rimangono poco esplorate (per es., non sono esaminate le difficoltà relazionali, i contenuti delle depressioni, le fantasie suicidarie, i traumi e i lutti irrisolti); c) su di un sistematico distanziamento delle emozioni negative con la tendenza a falsificare tutte le emozioni che possono risultare pericolose per il sé (per es., tutti e due sorridono e scherzano quando affrontano argomenti che possono provocare profonda ansia). Per citare un altro esempio, una collusione tra terapeuta e paziente ambedue con un “attaccamento insicuro preoccupato” tenderà, da parte di entrambi, a: a) mettere in luce solo le emozioni; b) alimentare aspettative di cure eccessive e irrealistiche; c) avere difficoltà nel mantenere la relazione entro i limiti corretti del setting; d) prolungare in modo indefinito i colloqui nel tempo. In quest'ultimo tipo di collusione, dopo un primo periodo in cui terapeuta e paziente si trattano come se fossero grandi e affettuosi amici, segue un secondo periodo in cui si verificano aspri conflitti relazionali con interruzione spesso del rapporto terapeutico<sup>68</sup>. La collusione tra terapeuta e paziente è anche stata descritta sulla base di stili e strutture della personalità<sup>52</sup>. In questo caso le collusioni presentano numerosi contesti dinamici a contenuto prevalente tra terapeuti e pazienti (per es., di tipo persecutorio, simbiotico, di maltrattamento, di stimolazione, di silenzio, di rigetto, di dipendenza, di seduzione, di fantasia, ecc.), che sono di danno alla beneficialità del paziente. Per esempio, se il terapeuta e il paziente presentano ambedue tratti narcisistici, la dinamica prevalente della collusione può essere una forma di competizione in cui il paziente desidera essere considerato “unico, speciale e particolarmente ammirato”. Il terapeuta entra però in competizione con il paziente perché anche lui con tratti narcisistici desidera essere “unico, speciale e particolarmente ammirato”. Tutti e due, terapeuta e paziente, possono soffrire di attacchi di invidia reciproci. Tuttavia, è da precisare che gli elementi psicopatologici della collusione tra terapeuta e paziente non sono rigidi e legati a una sola dinamica (per es., competizione tra narcisisti), ma possono essere comprensivi di varie dinamiche. Per continuare l'esempio precedente, un terapeuta con tratti narcisistici e un paziente con tratti narcisistici possono non solo essere in competizione, ma possono rigettarsi, autovalorizzarsi, stabilire reciproche dipendenze, ecc. Inoltre, il tratto narcisistico, in unione con tratti di personalità diversi (quali borderline, istrionico, ecc.), può contemplare al suo interno dinamiche di base assai varie, come per esempio comportamenti con difficoltà alla separazione e individuazione, alla presenza di falsi sé, a tendenze simbiotiche e fusionali che possono fortemente condizionare l'esito clinico della collusione e la tipologia del danno alla beneficialità del paziente<sup>52</sup>.

Nell'ambito della collusione tra terapeuta e paziente, è da considerare un particolare tipo di collusione, e cioè la collusione suicidaria tra terapeuta e paziente: processo per il quale il terapeuta, in modo più o meno conscio, accetta e favorisce il desiderio e il passaggio all'atto suicidario del paziente (pur avendo il terapeuta nessun desiderio suicidario nei confronti di se stesso). Numerosa è la letteratura che ha messo in luce come la reattività inadeguata del terapeuta nei confronti del rischio suicidario possa favorire il passaggio all'atto suicidario del paziente<sup>69</sup>. Carente è invece la letteratura sullo specifico tema della obiettivazione clinica della collusione suicidaria tra terapeuta e paziente.

## Tipologia delle collusioni suicidarie del terapeuta col paziente

Sono riportate le descrizioni cliniche di quattro tipologie di collusione suicidaria del terapeuta con il paziente.

### *Collusione suicidaria con il paziente sofferente di grave malattia fisica*

Il terapeuta che ha in cura un paziente che presenta gravi malattie fisiche – soprattutto quando queste sono devastanti e destruenti l'estetica del corpo e le sue funzionalità di base più elementari, quando hanno un carattere cronico ingravescente e incurabile, quando queste richiedono trattamenti cronici invasivi, ricchi di dolorosi e invalidanti effetti collaterali – può tendere emotivamente ad accettare e favorire senza ulteriori approfondimenti diagnostici, la volontà e gli agiti suicidari del suo assistito.

#### Caso clinico

P.C., 48 anni. Carcinoma epatico con metastasi diffuse alle ossa e al polmone. Numerosi interventi chirurgici palliativi e massivi interventi di chemioterapia con invalidanti effetti collaterali. La richiesta di consulenza psichiatrica è motivata dalla verbalizzazione del paziente che “rifiuta il cibo” e “desidera morire”. Il primo consulente psichiatra descrive P.C. affetto da una grave depressione, prescrive antidepressivi e commenta: “La psichiatria non può fare nulla in questi casi, anche io, al suo posto, preferirei morire subito e non prolungare l'agonia”. Il secondo consulente psichiatra segnala ai medici curanti la necessità di neutralizzare il dolore fisico che P.C. lamenta e che gli rende “insopportabile la vita”. P.C., adeguatamente curato con antidolorifici, riprende ad alimentarsi e non verbalizza in seguito propositi suicidari.

Il caso è un esempio clinico di “pseudoempatia”<sup>1</sup> del terapeuta in tema di suicidio. Il primo consulente psichiatra non ha esaminato con obiettività e profondità lo stato psichico del paziente e non ha colto che era soprattutto il dolore fisico insopportabile la motivazione più aggredibile terapeutica nei confronti del desiderio suicidario. Il primo consulente psichiatra non ha riconosciuto che la sua “pretesa” empatia (“Io al suo posto preferirei morire subito piuttosto che prolungare l'agonia”) in realtà era una pseudoempatia e cioè una proiezione di paure e scelte di vita personali che non erano quelle del paziente. La pseudoempatia deve essere riconosciuta e approfondita in modo critico soprattutto nei casi, ove le leggi lo permettono, di un suicidio assistito<sup>70,71</sup>.

### *Collusione suicidaria con il paziente con grave disturbo psichico*

Il terapeuta può essere confrontato con un paziente che presenta un grave disturbo mentale, caratterizzato dagli aspetti più lesivi alla dignità umana e con un livello di qualità di vita e di sofferenza individuale, ritenuto intollerabile e senza possibilità di speranza di guarigione. In questo senso il terapeuta, in modo più o meno inconsapevole, può accettare e favorire, soprattutto attraverso il meccanismo psicologico di difesa della razionalizzazione, la possibilità che il paziente

si uccida. In questo senso il terapeuta si può comportare, pur essendone non sempre perfettamente consapevole, in modo omissivo, con le conseguenze concrete di un aumento del rischio suicidario del paziente.

#### Caso clinico

R.T., 52 anni, con diagnosi di schizofrenia paranoide cronica caratterizzata da deliri, allucinazioni e deterioramento mentale. R.T. è affetto anche da diabete, epatopatia e cardiopatia ed è autore di due tentativi di suicidio con ingestione di psicofarmaci. Da circa due anni R.T. minaccia in modo cronico seppur fluttuante, quasi ogni settimana al controllo psichiatrico, di volersi uccidere. Il gruppo dei suoi terapeuti ritiene assai modesto il rischio suicidario, comunica questa sua impressione al paziente e non adotta le opportune misure cautelari di prevenzione. R.T. si uccide impiccandosi nella propria abitazione.

Il caso clinico mette in luce elementi della dinamica di “alienazione maligna terminale”<sup>72</sup>, caratterizzata dal fatto che l'équipe ha sottovalutato il rischio suicidario in un paziente con gravi disturbi psichici e anche fisici che minaccia in modo cronico ma fluttuante (la volontà di uccidersi a volte è presente e a volte è assente), comunicando al paziente una sua non credibilità al livello della messa in atto del suo desiderio suicidario. In particolare, nel caso clinico di R.T., alcuni dei suoi terapeuti hanno verbalizzato in riunioni cliniche di gruppo che “la vita di R.T. non vale la pena di essere vissuta e noi non possiamo restare in stato di allarme perenne per il suo possibile suicidio ogni giorno per la durata di anni”. Questa tipologia di “pazienti cronicamente suicidari” (*chronically suicidal patients*)<sup>73</sup> non raramente può sollevare nel gruppo di terapeuti sentimenti di essere “ricattati”, “sfruttati”, “ridicolizzati”, che a loro volta stimolano reazioni emotive di aggressività, evitamento e abbandono da parte dei curanti. Il paziente comprende queste reazioni di aggressività, evitamento e abbandono, realizza la delegittimazione dei suoi sentimenti di sofferenza, si sente alienato dal gruppo sociale, aumentando così il suo rischio suicidario. A queste componenti è da aggiungere talvolta una sorta di collusione omissiva di tutta l'équipe nei confronti di un paziente che si dimostra estremamente ansioso e disturbante nella gestione tecnico-organizzativa ed emotiva delle attività quotidiane di cura del paziente.

### *Collusione suicidaria con il paziente manipolatorio*

Il terapeuta, nei confronti del paziente che minaccia in modo cronico e manipolatorio il suicidio (e cioè per ottenere benefici economici, agevolazioni lavorative, misure giudiziarie di libertà dalla detenzione o di riduzione della pena, ecc.), può presentare una reattività emotiva inadeguata. Il terapeuta cioè non solo sottovaluta il rischio suicidario, ma anche, seppure in modo non sempre consapevole, può coltivare sentimenti aggressivi verso il paziente. Infatti, questi può essere percepito come “intrusivo”, “disturbatore volontario” e “ingiusto” della tranquillità e professionalità del terapeuta. Quest'ultimo, non necessariamente in modo consapevole, può ridurre le attenzioni di cura e di protezione del paziente, o trattarlo in modo aggressivo, emarginante, colpevolizzante e vendicativo, colludendo con i suoi verbalizzati e agiti suicidari.

### *Il contagio e la collusione suicidaria tra terapeuta e paziente*

#### Caso clinico

Z.S., 36 anni, detenuto in carcere per spaccio di droga, continua a minacciare di uccidersi se non ottiene gli arresti domiciliari. Z.S. in più occasioni ha fatto accorrere di notte il medico di guardia e di giorno sovente ha obbligato lo psichiatra a effettuare delle visite di urgenza sempre in seguito ai suoi comportamenti suicidari manipolativi finalizzati a ottenere gli arresti domiciliari. Il comportamento di Z.S. ha provocato vivaci reazioni aggressive di difesa e di rivendicazione nell'ambito non solo del personale di custodia carcerario addetto alla sicurezza, ma anche degli operatori della salute mentale addetti al suo trattamento, percependosi tutte queste persone ricattate e manipolate in modo arbitrario, prevaricatorio e ingiusto. In un'ultima occasione di visita urgente un terapeuta ebbe modo di comunicare a Z.S.: "Nessuno può impedirti di ucciderti ... a noi tutti dispiace se tu ti uccidi ... però la vita è tua e puoi fare quello che vuoi ...". Z.S. dopo questa verbalizzazione del terapeuta sbatte violentemente la porta dell'ambulatorio, si allontana e giunto nella propria cella di isolamento, dopo pochi minuti, riesce a impiccarsi.

Il caso clinico mette in luce la percezione di Z.S. dell'aggressività del terapeuta e delle altre persone presenti al colloquio che nella loro comunicazione globale (anche attraverso il tono, il timbro della voce, le mimiche specifiche e gli atteggiamenti del corpo) non hanno comunicato accettazione, benevolenza, legittimazione e non hanno cercato di mettere in atto un controllo contenitivo del rischio suicidario. Nonostante le informazioni che precedono, non è stato possibile effettuare una diagnosi precisa sulle reali volontà suicidarie di Z.S.: voleva veramente uccidersi o ha voluto mettere in atto un ulteriore agito dimostrativo che si è concluso, contro la sua volontà, col suicidio? È da segnalare che il fragile sgabello di canne su cui Z.S. aveva poggiato i piedi per impiccarsi è stato trovato sfondato, sollevando così il dubbio che Z.S. volesse mettere in atto un ulteriore agito manipolatorio di tentativo di suicidio senza volersi realmente sopprimere. Il caso di Z.S., comunque, sottolinea l'importanza delle reazioni aggressive collusive suicidarie che i terapeuti possono provare nei confronti di pazienti che mettono in atto tentativi suicidari con un fine chiaramente manipolatorio. Eguali reazioni aggressive e collusive suicidarie possono essere stimolate nei terapeuti da quei pazienti che cronicamente si procurano in modo frequente ripetuti autolesionismi non letali, come per esempio tagli, bruciacature, piccole mutilazioni, assunzioni di dosi non letali di psicofarmaci, ecc. Questo particolare gruppo di pazienti a rischio suicidario (*low lethality at-temper*)<sup>74</sup> può essere vittima di una sottovalutazione del rischio suicidario e di reazioni emotive inadeguate dei curanti consistenti in una collusione suicidaria caratterizzata da comportamenti omissivi, aggressivi, rivendicativi ed emarginanti.

#### *Collusione suicidaria con il paziente auto ed eteroaggressivo*

Il terapeuta può relazionarsi con un paziente a rischio suicidario che si mostra non solo autoaggressivo, ma anche eteroaggressivo. Si tratta di pazienti che presentano la loro suicidalità unitamente a minacce di violenza fisica anche omicidaria verso altre persone. Le vittime minacciate nella loro integrità fisica o di omicidio possono essere il terapeuta e la

sua famiglia, i familiari del paziente, il datore di lavoro, rappresentanti di autorità, ecc. Questi pazienti suicidari auto ed eteroaggressivi possono provocare nel terapeuta reazioni emotive inadeguate di rabbia, di collera, di vendetta, ecc., che possono contemplare non solo l'accettazione, ma anche il desiderio nel terapeuta, seppure spesso non consapevole al livello manifesto, che mettano in atto il loro suicidio.

#### Caso clinico

O.A., 36 anni, tossicomane con disturbo borderline e disturbo antisociale. O.A. ha tentato due volte il suicidio ingerendo dosi non letali di psicofarmaci. O.A. è solito minacciare e percuotere la madre e la sorella per ottenere denaro allo scopo di acquistare l'eroina e la cocaina di cui fa abuso da oltre dodici anni. O.A. minaccia lo psichiatra curante e anche la sua famiglia a causa della mancata prescrizione di psicofarmaci di cui non presenta alcuna indicazione terapeutica. O.A. minaccia anche di morte la propria madre e la propria sorella: "Se mi denunciate ai carabinieri io prima di uccidermi uccido voi due che siete la mia rovina ...". In occasione della morte di O.A. - per overdose - lo psichiatra curante verbalizza con la madre e la sorella: "O.A. ha fatto l'unica cosa giusta nella sua vita. Ho provato un gran sollievo quando ho saputo che si è ucciso ma non ha ucciso voi due. Per fortuna non ha ucciso la madre e la sorella. Mi dispiace che A. sia morto, ma almeno voi due siete vive ... e potete vivere senza la sua continua minaccia di morte".

È da rilevare che il sentimento di sollievo che lo psichiatra ha provato dopo il suicidio di O.A. legato alla mancata violenza omicidaria in persona della madre e della sorella, si è accompagnato, prima del suicidio, a un diradamento delle visite di O.A. e poi di un suo trasferimento terapeutico inadeguato a una giovane assistente sociale (il cui scopo era solo quello di provvedere a un sussidio economico). In altri termini, O.A. era stato oggetto di abbandono da parte dello psichiatra con omissione di adeguata cura e protezione nei confronti del pur sempre presente rischio suicidario. Le verbalizzazioni dello psichiatra curante dopo il suicidio di O.A. sono un'ulteriore conferma della "collusione suicidaria omissiva" e cioè del fatto che il terapeuta era d'accordo e accetta che il paziente si uccidesse, seppur attraverso il meccanismo psicologico di difesa della razionalizzazione ("Meglio che si uccida solo il paziente piuttosto che il paziente si uccida dopo aver ucciso due persone innocenti come la madre e la sorella").

### **CONCLUSIONI**

Il contagio suicidario e la collusione suicidaria fra terapeuta e paziente sono temi che presentano una grande complessità e difficoltà metodologica per essere definiti e valutati nella loro obiettività sia sul piano clinico sia su quello forense. Inoltre, la difficoltà a delimitare con obiettività fantasie, desideri e intenzionalità suicidarie, nel paziente e nel terapeuta, accresce ancora la complessità della valutazione del rischio suicidario nelle sue componenti multifattoriali di tipo biologico, psichiatrico, psicologico, sociale e culturale. Non-

stante i limiti che precedono è possibile formulare alcune riflessioni, utili sotto il profilo dell'intervento clinico nella valutazione e gestione del rischio suicidario.

1. *Sensibilità del terapeuta al contagio suicidario*: è utile che il terapeuta sia attento e consapevole degli ambienti di cura e alla specifica suggestionabilità del paziente, in tema di passaggio all'atto suicidario, come è stato descritto, nel contagio suicidario dell'ambiente sia sul terapeuta sia sul paziente e nel contagio suicidario reciproco che può avvenire tra paziente e terapeuta.
2. *Sensibilità del terapeuta alla collusione suicidaria*: è utile che il terapeuta sia anche in questo caso attento e consapevole delle sue reazioni emotive, cognitive e comportamentale nel caso di pazienti sofferenti di gravi malattie fisiche o gravi disturbi psichici, di pazienti manipolatori, di pazienti che manifestano contemporaneamente auto ed eteroaggressività. In questi casi comportamenti compiacenti, omissivi o aggressivi del terapeuta potrebbero aumentare il rischio suicidario del paziente.

Sarà compito di ulteriori studi un esame qualitativo e quantitativo più approfondito sulla realtà clinica del contagio e della collusione suicidaria, e della sua valutazione più specifica e approfondita in rapporto alla gestione del rischio suicidario del paziente da parte del terapeuta.

## BIBLIOGRAFIA

1. Demirkiran F, Eskin M. Therapeutic and nontherapeutic reactions in a group of nurses and doctors in Turkey to patients who have attempted suicide. *Soc Behav Pers* 2006; 34: 891-906.
2. Knott E, Range LM. Does suicidal history enhance acceptance of other suicidal individuals? *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 397-404.
3. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 536-42.
4. Hendin H, Lipschitz A, Maltzberger JT, Haas PA, Winecoop S. Therapist reactions to patient's suicide. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 2002-27.
5. Davidson LE, Gould MS. Contagion as a risk factor for youth suicide. In: *Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration. Report of the Secretary's Task Force on Youth suicide. Vol 2. Risk factors for youth suicide*, Washington, DC: US Department of health and Human services, Public Health Service, 88-109, DHHS publication no. (AMD) 89-1622, 1989.
6. Maltzberger JT. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 625-33.
7. Plakun EM. Making the alliance and taking the transference in work with suicidal patients. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 269-76.
8. Rossberg JI, Friis S. Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 1388-94.
9. Jorstad J. Some experience in psychotherapy with suicidal patients. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 336 (suppl): 76-81.
10. Milch WE. Suicidal patients' psychological attacks on the therapist. *Bull Menninger Clin bulletin* 1990; 54: 384-90.
11. Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH, O'Carroll P, Mercy J. Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *Am J Public Health* 1990; 80: 211-2.
12. Mesoudi A. The cultural dynamics of copycat suicide. *PLoS One* 2009; 4: e7252.
13. Gould MS. Suicide and the media. In: Hendin H, Mann JJ (eds). *Suicide prevention: clinical and scientific aspects* (Annals of the New York Academy of Sciences, 200-224). New York: New York Academy of Sciences, 2001.
14. Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. A dose-response relationship of imitative suicides with newspaper distribution. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 251.
15. Phillips DP. The influences of suggestions on suicide; substantive and theoretical implication of the Werther effect. *Am Sociol Rev* 1974; 39: 340-54.
16. Stack S. Media impacts on suicide: a quantitative review of 293 findings. *Soc Sci Q* 2000; 81: 957-71.
17. Bollen KA, Phillips DP. Imitative suicides: a national study of the effect of television news stories. *Am Sociol Rev* 1982; 47: 802-9.
18. Gundlach J, Stack S. The impact of hyper media coverage on suicide: New York City, 1910- 1920. *Soc Sci Q* 1990; 71: 619-27.
19. Collins S. Health prevention messages may have paradoxical effect. *BMJ* 1993; 306: 926.
20. Waldron G, Walton J, Helowicz R. Medical messages on television: copycat overdoses coincidental. *BMJ* 1993; 306: 1416.
21. Merskey H. Influences of the media: a powerful what? *Lancet* 1996; 347: 416.
22. Hawton K, Simkin S, Deeks JJ, et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study. *BMJ* 1999; 318: 972-7.
23. O' Connor S, Deeks JJ, Hawton K, et al. Effects of a drug overdose in a television drama on knowledge of specific dangers of self-poisoning: population-based surveys. *British Medical Journal*; 1999; 318: 978-9.
24. Ostroff RB, Behrends RW, Lee K, Oliphant J. Adolescent suicides modelled after television movie. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 989.
25. Ostroff RB, Boyd JH. Television and suicide: comment. *New Engl J Med* 1987; 316: 876-7.
26. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 238-40.
27. Yip PS, Fu KW, Yang KC, et al. The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *J Affect Disord* 2006; 93: 245-52.
28. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part I: reportage on nonfictional media. *Crisis* 2001; 22: 146-54.
29. Fishbain DA, D'Achille L, Barsky S, Aldrich TE. A controlled study of suicide pacts. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 154-7.
30. Gould MS, Jamieson P, Romer D. Media contagion and suicide among the young. *Am Behav Sci* 2003; 46: 1269-84.
31. O'Carroll PW, Potter LB. Suicide contagion and the reporting of suicide: recommendations from a National Workshop. *MMWR* 1994; 43: 9-18.
32. Becker K, El-Faddagh M, Schmidt MH. Cybersuizid over Werther-Effekt online: Suizidchatrooms unter-foren im Internet. *Kindheit und Entwicklung* 2004; 13: 14-25.
33. Becker K, Mayer M, Nagenborg M, El-Faddagh M, Schmidt MH. Parasuicide online: can suicide websites trigger suicide behavior in predisposed adolescents? *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 111-4.
34. Hacker K, Collins J, Gross-Young L, Almeida S, Burke N. Coping with youth suicide and overdose: one community effort to investigate, intervene and prevent suicide contagion. *Crisis* 2008; 29: 86-95.
35. Rossi R. Suicidio: la bestia nera dello psichiatra. In: Rossi R. *Sottovoce agli psichiatri*. Padova: Piccin, 2010.
36. Booth H. The evolution of epidemic suicide on Guam: context and contagion. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40: 1-13.
37. Michel K, Frey C, Wyss K, Valach L. An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis* 2002; 21: 71-9.



*Il contagio e la collusione suicidaria tra terapeuta e paziente*

38. Gould MS. Suicide clusters and media exposure. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ (eds). *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.
39. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1997; 84: 191-215.
40. Joiner JTE. The clustering and contagion of suicide. *Current Directions in Psychological Sciences* 1999; 8: 89-92.
41. McPherson M, Smith Lovin L, Cook JM. Birds of a feather: homophily in social networks. *Ann Rev Sociol* 2001; 27: 415-44.
42. Iacoboni M, Woods RP, Brass M, Bekkering H, Mazziotta JC, Rizzolatti G. Cortical mechanisms of human imitation. *Science* 1999; 286: 2526-8.
43. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
44. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization, 1992.
45. Lasègue C, Falret J. La folie à deux. *Ann Med Psychol* 1877; 18: 321-55.
46. Gralnick A. Folie à deux. The psychosis of association. *Psychiatric Q* 1942; 16: 230-63.
47. Patel A, Arnone D, Ryan W. Folie à deux in bipolar affective disorder: a case report. *Bipolar Disord* 2004; 6: 162-5.
48. Freud S (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. In: OSF. vol. 11. Torino: Boringhieri, 1979.
49. Rossi R, Fele P. Quando la psicoterapia fa male. [www.pol.it](http://www.pol.it)
50. Gabbard GO, Lester EP. *Violazioni del setting*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
51. Bianciardi M, Telfener U. *Ammalarsi di psicoterapia. Il rischio iatrogeno nella cura*. Milano: Franco Angeli, 1995.
52. Nivoli GC. La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente: incontri e scontri. Milano: Edi Hermes, 1999.
53. Nivoli GC, Loretto L, Milia P. La modalità di trasmissione ("contagio") della psicopatologia del paziente al terapeuta. *Formazione Psichiatrica* 1999; 3-4: 99-108.
54. Nivoli GC, Loretto L, Milia P. La modalità di trasmissione ("contagio") della psicopatologia del terapeuta al paziente. *Formazione Psichiatrica* 2000; 1-2: 7-14.
55. Giberti F. Identità professionale e sofferenza psichica: la "reciprocità" psichiatrica. *Il Vaso di Pandora* 1997; 5.
56. Reich A. Sul controtrasfert. In: Albarella C, Donadio M (a cura di). *Il controtrasfert*. Napoli: Liguori, 1986.
57. Conforto C, Traverso S. Dialogo sul concetto d'identità dello psichiatra. *Il Vaso di Pandora* 1997; 5.
58. Epstein RS. *Keeping Boundaries*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
59. Nock MK, Marzuk PM. Murder-suicide: phenomenology and clinical implications. In: Jacobs DG (ed). *Guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: The Harvard Medical School, 1999.
60. Volterra V. *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*. Amsterdam: Elsevier, 2005.
61. Clarckson P. *The therapeutic relationship*. London: Whurr Publishers, 1996.
62. Langs R. *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
63. Dicks HV. *Marital tension*. London: Routledge and Keagan Paul, 1967.
64. Cazzullo CL (a cura di). *Psichiatria*. Firenze: Micarelli, 1993.
65. Campbell D. The role of the father in a pre-suicide state. *Int J Psychoanal* 1995; 76: 315-23.
66. Sandler J. *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
67. Bowlby J. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989.
68. Baldoni F. L'influenza dell'attaccamento sulla relazione clinica: collaborazione, collusione e fallimento riflessivo. *Maieutica* 2008; 27-30: 57-72.
69. Nivoli AMA, Nivoli FLG, Nivoli GC, Loretto L. Reattività inadeguata del terapeuta nei confronti del paziente a rischio suicidario. *Riv Psichiatr* 2011; 46: 57-65.
70. Gabbard GO. *Countertransference issues in psychiatric treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.
71. Schoevers RA, Asmus FP, Van Tilburg W. Physician assisted suicide in psychiatry: developments in the Netherlands. *Psychiatric Service* 1998; 11: 1475-80.
72. Morgan Hf, Priest P. Management of suicidal behavior. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 259-60.
73. Kutcher S, Chehil S. *Suicide risk management. A manual for health professional*. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.
74. Maltzberger JT, Buie DH. The psychotherapist as an accomplice in suicide. *Italian Journal of Suicidology* 1984; 4: 75-81.