- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.33.178 Mon, 29 Apr 2024, 12:46:12

Editoriale

La prevenzione del suicidio e il ruolo dello psichiatra

Suicide prevention and the role of the psychiatrist

MAURIZIO POMPILI
E-mail: maurizio.pompili@uniroma1.it

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Servizio per la Prevenzione del Suicidio, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

Summary. Suicide is a major public health issue with a huge number of unnecessary deaths. Suicide prevention is still a recent endeavour but despite the great production of research in the field there is no real impact on death rates. Scholars worldwide have puzzled over what makes a person suicidal and what individuals who die by suicide have in their minds. Most often the focus is not on the motives for suicide, nor on the phenomenology of this act. Psychiatrists are very often involved in the assessment and management of suicide risk. However, the search for psychiatric disorders as the key factor in energizing suicidality is now challenged by new models for describing suicide. Unbearable psychological pain is a common denominator in serious suicide risk. It is an escape from intolerable suffering; and this construct views suicide not as a movement toward death but a remedy to escape from intolerable emotion, unendurable, or unacceptable anguish. The author proposes reflections for aiding psychiatrists in broadening their view when assessing suicide risk.

Colpisce con assoluta regolarità il fatto che il suicidio sia confinato quasi esclusivamente alla sfera della psicopatologia, come epifenomeno di un disturbo psichiatrico, in particolare della depressione. Questo modello "medico" pone tuttavia il fenomeno suicidario in un ambito poco congeniale e assai ristretto, e dunque poco adatto a coglierne tutta la complessità. Eminenti padri della psichiatria, tra i quali Burton ed Esquirol, pongono l'accento sul fatto che il suicidio non sia altro che un sintomo o la manifestazione di un disturbo psichiatrico. Lo stesso Esquirol (1838) ritiene il suicidio un sintomo di follia, che contraddistingue quanti lo attuano; egli afferma: «Tutto ciò che ho detto fino ad ora, i fatti che mi hanno riferito, dimostrano che il suicidio presenta tutte le caratteristiche della pazzia, di cui non è che un sintomo, e non vi è alcun dato a favore dell'esistenza di un'unica causa del suicidio in quanto lo si osserva nelle circostanze più contraddittorie e perché esso è un sintomo secondario»[1].

Oggi, tuttavia, la suicidologia – la scienza nata per studiare il suicidio e per prevenirlo – propone una visione nuova, più globale di ciò che porta un individuo a voler morire. Decenni di ricerche, allo stato attuale, rendono testimonianza di un evento estremamente intimo e complesso, non riducibile a sintomo di disturbo mentale. È innegabile, tuttavia, che la depressione maggiore, il disturbo bipolare e gli altri disturbi psichiatrici siano fortemente rappresentati nella letteratura riguardante il suicidio[2], come elementi contribuenti al rischio di suicidio, ma non unici determinanti. Gli stessi dati evidenziano anche che la stragrande maggioranza dei pazienti affetti da disturbo psichiatrico non si suicida, né tenterà il suicidio, compresi coloro che sono affetti da un disturbo dell'umore, rappresentati in percentuali molto inferiori a quelle comunemente accreditate[3]. Senza dubbio l'umore depresso e la disperazione sono universalmente associati al rischio di suicidio; la psichiatria si trova pertanto, ora più che mai, a confrontarsi con il riconoscimento delle emozioni legate alla sofferenza umana e non riconducibili alla sfera della nosografia psichiatrica. Oggi assistiamo a uno sforzo sapiente e a una crescita produttiva nel comprendere la vera natura della sofferenza di quanti si rivolgono allo psichiatra, invocando, a buon diritto, un esercizio clinico ormai indispensabile[4-6].

I molti casi di suicidi di imprenditori, di fronte al fallimento economico o a ingiustizie finanziarie, ci portano a riflettere su come vite assolutamente normali possano essere interrotte da un trauma che lede gli aspetti più intimi e personologici dell'individuo, andandosi a collocare con straordinaria precisione proprio in quelle aree di vulnerabilità capaci di mettere in discussione l'esistenza.

Fin d'ora va precisato che l'aver circoscritto il rischio di suicidio alla sfera del disturbo mentale rispondeva a una chiara esigenza della società dei secoli passati. In alcuni contesti medievali chi commetteva il suicidio veniva giudicato (da morto) e riconosciuto *felo de se* e dunque un criminale, la cui famiglia perdeva tutti gli averi, confiscati dal regnante del momento. Solo con il passare di alcuni secoli si trovò il modo di mitigare la condanna. Le giurie popolari dei piccoli centri rurali, per esempio inglesi, spesso costituite da parenti o amici della famiglia del suicida, potevano riconoscere la condizione di *non compos mentis* e dunque di disturbo mentale, per il quale la condanna del suicida veniva risparmiata e gli averi ereditati dalla famiglia.

Molti studi che invocano il ruolo dei disturbi psichiatrici come determinante essenziale del suicidio sono retrospettivi, vengono cioè effettuati a suicidio avvenuto, anche dopo molto tempo. Tali studi sono spesso criticati a causa di una mancanza di obiettività. Questa tendenza è indirettamente confermata dalle statistiche: «La stima della malattia mentale, quando un campione veniva sottoposto a diagnosi prima del suicidio, era del 22%, ma saliva notevolmente dopo il suicidio, arrivando al 90%»[7].

Già Stengel e Cook[8] notano che molti sono i motivi che conducono a considerare il ruolo dei risultati degli studi retrospettivi. Gli stessi autori riportano che gli interventi degli

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.138.33.178 Mon, 29 Apr 2024, 12:46:12

psichiatri non possono influenzare l'incidenza del suicidio nella popolazione generale, in quanto la maggior parte di coloro che si suicidano non sono loro pazienti. Riflettono, tuttavia, sulla possibilità che gli psichiatri abbiano potuto ridurre i tassi di suicidio tra i loro pazienti soprattutto alla luce delle nuove terapie tipiche dell'era pre-farmacologica, come per esempio l'elettroshock. La conclusione alla quale giungono, analizzando i dati di Inghilterra e Galles, è che non vi sia stata alcuna riduzione. Anche recentemente è stato appurato che su circa 400 suicidi avvenuti nel Sud Tirolo solo circa la metà era nota ai servizi psichiatrici e, confrontando i due gruppi, si sono trovate differenze significative come a indicare due popolazioni distinte[9].

Oggi finalmente possiamo assistere a una nuova era per comprendere meglio il rischio di suicidio. Lungi dall'essere solo ad appannaggio della psichiatria, tale rischio si colloca nell'unicità dell'individuo e nelle risposte che la salute pubblica propone per gli individui in crisi. Inevitabilmente lo psichiatra viene chiamato in causa tra i primi a occuparsi del problema ma non può, né deve essere l'unica figura coinvolta. Come si evince dal motto di una campagna di sensibilizzazione internazionale: «La prevenzione del suicidio è possibile e riguarda tutti»; il rischio per lo psichiatra è di dover sostenere un fardello enormemente superiore alle risorse a lui disponibili e vedersi anche come l'unico responsabile della vita e della morte dei soggetti a rischio di suicidio.

La nostra conoscenza sulla mente suicida deriva in gran parte dai dati forniti dall'"autopsia psicologica", tecnica che mira a far luce sullo stato mentale del suicida a partire da interviste fatte a persone attendibili che conoscevano il defunto. Se all'inizio questa tecnica nasce in ambito forense per far luce sulle morti equivoche, finisce per insegnare molto sulla fenomenologia del suicidio. A oggi le autopsie psicologiche non sono più indagini meticolose sui motivi che hanno condotto un individuo al suicidio, bensì raccolte sistematiche di dati catalogati ed elaborati per lo più su caratteristiche cliniche e socio-demografiche del suicida, al fine di riconoscere fattori di rischio nel confronto con un gruppo di controllo. In questo contesto è facile dicotomizzare alcune variabili e domande sull'umore depresso, presente in una situazione difficile e per la quale non si trova soluzione. Nell'interpretazione dell'esaminatore che ascolta le parole del familiare, il suicidio può facilmente essere assimilato e finire per essere considerato depressione maggiore. Inoltre, si è visto che il dato risente della soggettiva narrazione della persona intervistata.

L'esperienza ci insegna che il forte elemento emergente in tutti i suicidi è una insopportabile sofferenza psicologica, che supera quella soglia di sopportazione individuale, ed è tale da condurre alla conclusione di voler porre termine alla vita[10-12].

Eppure, nel cercare la morte, permane il desiderio di vivere; l'individuo cerca sollievo e invia segnali più o meno codificati. Si tratta di elementi premonitori o segnali di allarme che spesso si riferiscono al voler morire, al suicidio e al non farcela più, affermazioni spesso trascurate da familiari e amici. In molti casi il sonno è disturbato, o si hanno insonnia – prima assente nella storia dell'individuo –, cambiamenti di umore repentini, da umore depresso a sentimento di serenità e pace, a indicare che il soggetto può avere individuato nel suicidio la modalità per disfarsi della sua sofferenza.

In alcuni casi, i soggetti che meditano il suicidio mettono a posto i loro affari, intestando un immobile a un familiare o dando via qualche oggetto caro. Da ciò si evince che chiunque dovrebbe sapere riconoscere i soggetti in crisi. Sebbene dallo psichiatra ci si aspetti una valutazione puntuale, anche l'assessment più accurato può mancare il riconoscimento del soggetto che, apparentemente a basso rischio, si rivelerà poi un soggetto suicida. Ecco perché il lavoro di squadra tra operatori della salute e familiari deve essere sempre auspicabile, assieme alla possibilità, per tutti, di porre le domande: "hai mai pensato di voler morire?", "hai mai pensato al suicidio?". Tali domande, mai pericolose, permettono al medico di prendere le precauzioni del caso, al familiare di cercare prontamente aiuto, al soggetto in crisi la sicurezza di potersi affidare a qualcuno capace di comprenderlo, che finalmente ha osato sfiorare quella dimensione dove il dolore mentale è veramente concentrato. Alleviando anche di poco tale sofferenza il soggetto può considerarsi fuori pericolo e un diverso intervento di cura si rende possibile.

Spogliandosi dal retaggio della follia, il fenomeno suicidario diviene oggetto di studio e di comprensione senza esulare dal disturbo psichiatrico, si propone di arrivare al motore che energizza il rischio, ossia la sofferenza mentale. Entrare in questo intimo dialogo è possibile e lo psichiatra, facendo leva sull'empatia, può, in punta di piedi, diventare per il soggetto in crisi quell'interlocutore e quella sponda sicura da cui guardare a quella sofferenza che altrimenti finirebbe per ucciderlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Esquirol JE. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Baillière, 1838, vol. 1, p. 639.
2. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry1997; 170: 205-28.
3. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 2000; 157: 1925-32.
4. Maj M. When does depression become a mental disorder? Br J Psychiatry 2011; 199: 85-6.
5. Maj M. "Clinical judgement" and DSM-5 diagnosis of major depression. World Psychiatry 2013; 12: 89-91.
6. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
7. Temoche A, Pugh TF, Macmahon B. Suicide rates among current and former mental institution patients. J Nerv Ment Dis 1964; 138: 124-30.
8. Stengel E, Cook NG. Attempted suicide and its social significance and effects. London: Oxford University Press, 1958.
9. Giupponi G, Pycha R, Innamorati M, et al. The association between suicide and the utilization of mental health services in South Tirol, Italy: a psychological autopsy study. Int J Soc Psychiatry 2014; 60: 30-9.
10. Shneidman ES. Suicide as psychache. J Nerv Ment Dis 1993; 181: 145-7.
11. Pompili M. La prevenzione del suicidio. Bologna: Il Mulino, 2013.
12. Shneidman ES. The suicidal mind. New York: Oxford University Press, 1996.