



Il rischio di suicidio

di Salvatore Di Salvo

Introduzione

Uno dei problemi clinici più complessi in psichiatria riguarda la predizione e la prevenzione del comportamento anticonservativo. Nei paesi occidentali il suicidio rappresenta almeno l'1% di tutti i decessi, per gli adolescenti costituisce la seconda-terza causa di morte e per gli anziani la nona-decima.

Si calcola che ogni medico, mediamente, entri in contatto con almeno tre pazienti a grave rischio di suicidio ogni anno, mentre il numero di soggetti che riportano spontaneamente ideazioni anticonservative è almeno cinque volte maggiore.

Le suddette considerazioni evidenziano il bisogno di una più approfondita conoscenza delle problematiche connesse al suicidio, al fine di permettere una migliore identificazione dei soggetti a rischio.

Definizione

La definizione di suicidio ancora valida è quella di Durkheim, risalente al suo celebre *Le Suicide* del 1897: «Il termine suicidio deve essere applicato a tutti i casi di morte risultanti direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo della vittima, consapevole delle conseguenze del proprio agito».

La dizione “tentativo di suicidio” dovrebbe essere utilizzata solo quando, per cause totalmente imprevedibili, il soggetto fortuitamente sopravvive. In pratica un'accezione così restrittiva non è mai stata realmente accolta dalla comunità scientifica né dall'ambiente clinico e tra i “tentativi di suicidio” confluiscono anche agiti chiaramente manipolativi e senza alcuna reale intenzione di suicidarsi.

Un aspetto di rilevante interesse clinico è costituito dall'ideazione anticonservativa che può consistere nella presenza di pensieri fugaci che la vita non meriti di essere vissuta, ma può anche arrivare a progetti concreti e meditati di suicidio.

Connesso alle problematiche riguardanti l'eutanasia è il concetto di suicidio “razionale” che teorizza che quest'atto possa essere considerato una valida alternativa al vivere in condizioni intollerabili. I propugnatori del diritto al suicidio sostengono che, dopo valutazione ponderata delle condizioni positive e negative nell'esistenza, l'individuo, abbia il diritto di scegliere la morte

attraverso il suicidio, in tal caso definibile come razionale. A prescindere da considerazioni di carattere etico-filosofico, sulle quali in questa sede soprassediamo, almeno tre ordini di fattori contraddicono il fatto che il suicidio possa essere ritenuto un gesto “razionale”.

In primo luogo, solo eccezionalmente - se non mai - il suicidio può essere frutto di una libera scelta. Moltissimi studi hanno, infatti, evidenziato che il suicida è “costretto” dal bisogno intenso ed urgente di trovar sollievo da un’intollerabile situazione di vita.

In secondo luogo appare del tutto opinabile l’idea d’irrimediabilità a condizioni di vita vissute come intollerabili. Infatti molte di dette circostanze possono essere modificabili: atteggiamenti, valori, mentalità, risorse, relazioni.

In terzo luogo è criticabile il fatto che il “diritto al suicidio” si possa coniugare con una qualche sorta di promozione della dignità umana. Se è vero che alcune condizioni di vita troppo spesso sono realmente indegne, è altrettanto certo che la società dovrebbe promuovere la dignità umana provvedendo a creare adeguate condizioni di vita e non garantendo il diritto al suicidio.

Diffusione

Stime recenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità indicano che ogni anno nel mondo circa uno milione di persone muoiono per suicidio, mentre un numero almeno dieci volte superiore di soggetti mette in atto comportamenti di suicidio non letali. Tuttavia questi dati non riescono a rendere la misura del prezzo pagato in termini di sofferenza: basti pensare che per ogni persona morta per suicidio vi sono almeno altre quattro/cinque persone la cui vita risulta compromessa emozionalmente, socialmente ed economicamente dal gesto.

Il suicidio non è un fenomeno presente solo nei paesi occidentali o sviluppati, ma riguarda anche i paesi in via di sviluppo. Ne consegue che è un problema di salute pubblica molto importante, ma incredibilmente trascurato. In tutto il mondo le risorse indirizzate alla prevenzione del suicidio costituiscono solo una minima frazione di quelle dedicate a problemi comparabili, come per esempio gli incidenti stradali, o a problemi di grandezza inferiore in termini di mortalità, quale l’infezione da HIV.

Per quanto riguarda il rapporto tra età e suicidio, è un evento estremamente raro nei bambini fino all’età di 12 anni mentre diventa più comune dopo la pubertà. Dall’adolescenza in poi il rapporto età-mortalità inizia a divergere tra i diversi paesi e tra i sessi all’interno degli stessi paesi.

I dati in possesso dell’Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziano che in alcuni paesi il primo picco del rischio di suicidio si colloca nel pieno della gioventù, approssimativamente tra i 24 e i 35 anni d’età, ad esempio nei maschi in Islanda, nelle femmine in Norvegia, nelle femmine in Bulgaria, negli Stati Uniti in entrambi i sessi. In altri paesi i tassi di suicidio continuano ad

aumentare fino alla mezza età, approssimativamente tra i 45-50 anni e i 55 anni e oltre i 65 anni, come ad esempio in entrambi i sessi in Ungheria e Danimarca. In quasi tutti i paesi del mondo i tassi più alti di suicidio si riscontrano tra gli anziani maschi in età superiore ai 75 anni. Tuttavia i tassi più alti tra le femmine sono collocati in età considerevolmente più giovani. Questo è il caso, per esempio, delle donne nei Paesi Scandinavi, con un picco in Norvegia e Islanda tra i 45-54 anni d'età e in Finlandia tra i 55-64 anni d'età.

Variabili sociali

Il suicidio è molto più frequente nel sesso maschile, anche se il rapporto M/F risulta influenzato dal contesto culturale. Ad esempio si passa da 2/1 della Danimarca al 5/1 della Polonia. Mediamente si può affermare che gli uomini mettono in atto il suicidio con frequenza circa tre volte maggiore delle donne. Per contro, il numero di tentativi di suicidio non riusciti, senza cioè esito letale, compiuti dal sesso femminile è tre volte maggiore rispetto agli uomini.

L'incidenza del suicidio tende ad aumentare con l'avanzare dell'età. La percentuale tra le persone con più di 65 anni è molto più alta rispetto alla popolazione generale e quella tra le persone al di sopra dei 75 anni è almeno tripla rispetto a quella dei giovani.

Il matrimonio sembra conferire una relativa "protezione" nei confronti del suicidio, soprattutto se accompagnato dalla presenza di figli in tenera età. Le persone che non si sono mai sposate ("single") registrano invece una percentuale quasi doppia rispetto ai coniugati.

Malattie psichiatriche e rischio anticonservativo

Le patologie psichiatriche in cui sono più frequentemente presenti tentativi di suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore (depressioni maggiori e disturbi bipolari), l'abuso di alcool e la schizofrenia.

Ai disturbi dell'umore spetta una posizione largamente prioritaria, interessando tra il 65 e il 90% dei suicidi. Tra i pazienti depressi, il rischio è maggiore nei casi in cui la terapia non venga assunta in modo corretto o sia presente resistenza ai farmaci.

Tra le cause di suicidio, l'alcolismo è secondo solo ai disturbi dell'umore: tra gli alcolisti il rischio di suicidio nel corso della vita è stimato intorno al 10-15%, dato sovrapponibile a quello presente nei depressi.

Del resto i punti di contatto tra tali patologie psichiatriche sono molteplici e non sempre agevolmente distinguibili; frequentemente un disturbo depressivo s'instaura secondariamente l'abuso di alcool, ma l'etilismo può a sua volta costituire una complicanza di diverse malattie

psichiatriche oltre agli stessi disturbi dell'umore, quale la schizofrenia, i disturbi d'ansia e i disturbi della personalità.

Mentre nei disturbi dell'umore il suicidio generalmente si verifica nelle prime fasi della malattia, negli alcolisti avviene nelle fasi finali, spesso in concomitanza a gravi rotture di relazioni interpersonali, emarginazione sociale ed indigenza, insorgenza di una complicanza somatica della malattia.

Anche per gli schizofrenici esiste un rischio di circa il 15% di suicidio ed è più accentuato per quei soggetti a buon funzionamento prima dell'esordio della malattia, che vanno incontro a ricadute croniche o che temono la disintegrazione mentale.

Anche nei Disturbi di Personalità di tipo Borderline ed Antisociale sono frequentemente presenti comportamenti anticonservativi: in particolare, risulta che tra pazienti con disturbo borderline circa il 10% va incontro a morte per suicidio. I disturbi di tipo antisociale sono associati ad un rischio leggermente inferiore di suicidio, ma in percentuale superiore (circa il 50%) sono presenti tentativi di tipo manipolativo

La ripetizione del tentativo di suicidio

La ripetizione dell'atto riveste particolare importanza nell'ambito dei comportamenti anticonservativi. Alcuni Autori descrivono i soggetti ripetitori come persone che vivono in una condizione cronica di disorganizzazione personale e sociale. La storia familiare trae spesso origine da nuclei caotici e disturbati, con presenza di malattie psichiatriche o abuso d'alcool. Tra i ripetitori sono di frequente riscontro personalità instabili, con difficoltà nel mantenere adeguate relazioni sociali e un rapporto di lavoro continuativo (disoccupazione e alternanza d'impieghi); non sono rari abuso di alcool o vero e proprio stato di alcolismo, tossicodipendenza e talvolta anche precedenti di comportamento criminale. Frequente, inoltre, il riscontro di diagnosi di disturbi di personalità, in particolare di tipo borderline, antisociale ed istrionico.

La maggior parte delle ripetizioni avviene entro i primi tre mesi dal tentativo. Particolarmente pericolosi sono i giorni immediatamente successivi e la scelta delle modalità di solito non varia tra il primo episodio e quelli successivi.

La valutazione dei fattori di rischio riveste un'enorme importanza per la comprensione della ripetizione del tentativo di suicidio, pur tenendo presente che la predittività è molto difficile per l'importante ruolo giocato da fattori imprevedibili quali l'impulsività, la persistenza di conflitti interpersonali e sociali, l'insorgenza di gravi malattie fisiche e l'incapacità di reagire adeguatamente di fronte alle avversità della vita.

I principali fattori di rischio per la ripetizione possono essere comunque così elencati: precedenti tentativi di suicidio, personalità antisociale, sesso maschile, storia di trattamento psichiatrico, alcolismo, dipendenza da droghe, disoccupazione, storia di comportamenti criminali, familiarità suicidaria, isolamento sociale. Le fasce d'età più interessate sono tra i 25 e i 35 anni ed oltre i 55.

Il divorzio o la separazione sono, inoltre, fattori importanti sia per la condizione d'isolamento in cui lasciano il soggetto sia per la sensazione di fallimento e vuoto interiore che vanno spesso ad intaccare un equilibrio già precario.

Trattamento del paziente con tentativo di suicidio

La disponibilità è il più importante requisito necessario alla struttura o persona che intendano aiutare professionalmente il potenziale suicida. In considerazione della grave natura della crisi suicidaria, chi se ne fa carico dovrebbe essere sempre rintracciabile. La disponibilità diretta ha due importantissime funzioni: in primo luogo il potenziale suicida sa che ci sarà sempre qualcuno pronto a rispondere alle sue domande o a rispondere alle sue richieste d'aiuto. In secondo luogo, grazie alla disponibilità di un operatore, la persona che ha intenzione di suicidarsi può rompere l'isolamento sociale nel quale è caduta ed esprimere i propri sentimenti e le proprie idee.

Se non è possibile fornire tale tipo di disponibilità da parte di una struttura o del singolo operatore, è necessario che persone con grave rischio di suicidio siano ricoverate.

L'intervento in una crisi suicidaria significa parlare, parlare e ancora parlare. La comunicazione e la costruzione di una relazione, per quanto fragile all'inizio, può essere di vitale importanza. Per le persone con propositi di suicidio la comunicazione con altri spesso dà la possibilità di sfogare aggressività, rabbia, dolore. Il tentativo o la minaccia di suicidio è molto spesso l'espressione di aggressività verso altri, ad esempio i genitori o il partner. Offrendo metodi alternativi di espressione di tale aggressività si possono ridurre le tendenze al suicidio.

L'intervento sulla crisi deve anche comprendere l'assistenza a lungo termine in quanto le tendenze anticonservative appaiono il più delle volte espressione di una grave frattura personale o sociale. Il trattamento a lungo termine dovrebbe concentrarsi su due aspetti. Come prima cosa si dovrebbe contribuire ad affrontare i problemi psicologici o sociali che hanno portato al proposito di suicidio. Secondariamente si dovrebbero insegnare ai soggetti a rischio strategie alternative per far fronte ai periodi di crisi acuta. In definitiva il trattamento a lungo termine dei soggetti a rischio di suicidio non si propone scopi diversi dai trattamenti di aiuto psicologico o psicoterapico in generale.

Terapia e prevenzione del comportamento anticonservativo

La stragrande maggioranza delle persone che muoiono per propria mano soffre di un disturbo psichiatrico e, nella maggior parte dei casi, di un disturbo depressivo. E' quindi appropriato affermare che metodi efficaci di trattamento e prevenzione dei disturbi depressivi agiscono anche sull'incidenza dei comportamenti anticonservativi.

Nella psichiatria contemporanea le modalità principali di trattamento sono la psicoterapia e i trattamenti con antidepressivi. Entrambe i tipi d'intervento sono efficaci sia usati singolarmente sia in combinazione e sono quindi anche efficaci per ridurre e prevenire il comportamento anticonservativo.