

La prevenzione del suicidio e il ruolo strategico dei Medici di famiglia

Maurizio Pompili , Marco Innamorati*** , Antonio Del Casale** , Gianluca Serafini* , Roberto Tatarelli****

* Cattedra di Psichiatria, Ospedale "Sant'Andrea", Sapienza Università di Roma; ** McLean Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

*** Università Europea di Roma

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ¹ considera il suicidio come un problema complesso non ascrivibile a una sola causa o a un motivo preciso. Sembra piuttosto derivare da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali e ambientali. Il suicidio, nell'ambito della salute pubblica, è un grave problema che potrebbe essere in gran parte prevenuto; costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno con costi stimabili in milioni di euro secondo quanto indicato dall'OMS ².

Stando ai dati attuali e all'analisi dei tassi di morte per suicidio nel mondo, le stime suggeriscono che nel 2020 le vittime potrebbero salire a un milione e mezzo. Nel 2000 circa un milione di individui ha perso la vita a causa del suicidio, mentre un numero di individui variabile da 10 a 20 volte più grande ha tentato di togliersi la vita. Ciò rappresenta in media una morte per suicidio ogni 40 secondi e un tentativo di suicidio ogni 3 secondi. Questo porta a concludere che muoiono più persone a causa del suicidio che per i conflitti armati di tutto il mondo e per le catastrofi naturali e per gli attentati terroristici. In tutte le nazioni, il suicidio è attualmente tra le prime 3 cause di morte nella fascia di età 15-34 anni; nel recente passato il fenomeno predominava tra gli anziani, ma ai nostri giorni è più allarmante tra i giovani in termini sia assoluti, sia relativi in un terzo delle nazioni. Secondo quanto affermato da un documento dell'OMS ², il suicidio è un problema di grande entità nei paesi europei, soprattutto tra i nuovi stati indipendenti dell'Europa dell'Est. I governi di tutte le nazioni del mondo sono impegnati nella lotta contro il suicidio promuovendo la consapevolezza e migliorando gli interventi e le tecniche preventive. Ogni individuo può fare qualcosa per aiutare a ridurre il numero delle persone che considerano il suicidio come soluzione al loro dolore mentale. Le campagne di prevenzione del suicidio si distinguono solitamente in: universali, ossia strategie o iniziative rivolte a tutta la popolazione per aumentare la consapevolezza del fenomeno e fornire indicazioni sulle modalità di aiuto; selettive, ossia strategie preventive dirette ai gruppi a rischio e che hanno più probabilità di diventare suicidi; indicate, quali strategie dirette agli individui che hanno segni precoci di alto rischio di suicidio.

La prevenzione del suicidio dovrebbe ispirarsi alle campagne effettuate negli ultimi decenni per ridurre la mortalità per patologie cardiovascolari. L'opinione pubblica ha ormai assorbito concetti come controllare regolarmente la pressione arteriosa ed eventualmente assumere una terapia antipertensiva, oppure con-

trollare i valori di trigliceridi e colesterolo e ridurre o discontinuare il fumo di sigaretta. I messaggi reiterati nel tempo e con campagne *ad hoc* hanno portato la popolazione a prendere coscienza di comportamenti poco salutari e quindi a cercare rimedi.

Il fenomeno dei comportamenti suicidari è sottostimato, stigmatizzato e misconosciuto. Sono molto più comuni miti e false credenze che fatti sostenuti da una base scientifica.

Una prima falsa credenza è quella che sostiene che le persone che commettono il suicidio raramente parlano delle loro intenzioni e del loro intento. Al contrario, esse inviano spesso dei segnali verbali della loro intenzione. Ci sono studi che riportano che almeno 2/3 degli individui deceduti per un suicidio avevano espresso la loro intenzione di togliersi la vita. Oltre a questo, molte persone sono indecise sul vivere o sul morire e "scommettono" con la morte, lasciando agli altri il compito di salvarli. Quasi nessuno commette il suicidio senza lasciar sapere agli altri come si sente. Un altro mito riguarda l'idea che il suicidio non terminato con la morte sia una catarsi e il miglioramento che segue alla crisi significhi che il rischio di suicidio sia terminato. Se si può sostenere che il periodo successivo al tentativo fallito è a più basso rischio, si hanno invece indicazioni precise che molti suicidi avvengono nell'ambito dei 3 mesi che seguono l'inizio del "miglioramento", quando l'individuo ha l'energia sufficiente per mettere in atto i suoi pensieri.

Un altro aspetto controverso fa riferimento alla costante associazione tra disturbo mentale e suicidio. Più che un rapporto di causa-effetto, sembrerebbe piuttosto il coesistere di 2 dimensioni, quella del disturbo psichiatrico e quella della suicidalità che possono funzionare da diatesi rinforzantesi. Lo studio di centinaia di note lasciate da chi si suicida indica che, sebbene la persona sia molto infelice, non rappresenta necessariamente un malato mentale.

Diffusa è poi la convinzione, anche tra molti medici e professionisti del settore, che il parlare di suicidio possa funzionare da stimolo a commettere il gesto. Ci si impegna invece a far comprendere che è vero il contrario, ossia il rischio precede il colloquio (molti soggetti alle prese con problematiche psichiche e fisiche hanno già considerato il suicidio). La discussione di questi temi aiuta la persona in crisi a capire meglio i suoi problemi e le possibili soluzioni e spesso fornisce sollievo e comprensione. La persona che individua il suicidio come soluzione può essere considerata un individuo con problemi nelle sue abilità di *problem solving* e carico di sofferenza.

Allo stato attuale, diverse visioni del suicidio possono essere identificate. Un approccio fa riferimento alla visione scientifica del suicidio, ossia lo considera come l'esito di fattori sui quali l'individuo non ha controllo e dunque non assegna giudizi di valore etico. Il suicidio è qualcosa che accade alla vittima, un sintomo della sua malattia, una disfunzionalità che l'individuo non può controllare. Si tratta di quella che viene definita la visione deterministica del suicidio, che include il modello medico (suicidio come risultato del disturbo psichiatrico), il *cry for help* (il suicidio come comportamento disadattivo), per finire con la visione di Durkheim (il suicidio come prodotto delle forze sociali che sono oltre il controllo dell'individuo)³. I dati della letteratura, provenienti sia dalla metodologia delle autopsie psicologiche sia dalle metanalisi, sottolineano la forte associazione tra suicidio e disturbo mentale. Ma è anche vero che tradizionalmente colui che si suicida è stato sempre considerato un folle, forse come difesa psicologica dalle ripercussioni per i familiari e per la memoria del defunto.

Il modello medico che si riferisce al *cry for help* descrive una strategia dell'individuo non necessariamente connessa al morire, quanto al voler apportare un cambiamento immediato nell'ambiente, stimolando l'attenzione di persone chiave alle quali è rivolta la comunicazione. Spesso questo gesto è descritto grossolanamente ed erroneamente come "suicidio dimostrativo", una terminologia che pone l'accento sulla colpevolezza del soggetto e sulla bassa letalità del gesto. In realtà si tratta di un gesto estremo di un individuo alle prese con una sofferenza mentale insopportabile. Questi individui, ancor più degli altri suicidi, sperimentano un'ambivalenza sul voler morire e sul voler vivere, e ogni sforzo dovrebbe essere effettuato per portarli sul versante della vita.

Il modello sociogenico sostiene la visione di Durkheim⁴ secondo cui il suicidio è il risultato di come l'individuo si posiziona in un certo contesto sociale. Un certo gruppo può "richiedere", a individui ben integrati nella società e che rispettano i suoi valori, il suicidio come atto altruistico, contrassegnato da onore e sacrificio. All'opposto si colloca il suicidio egoistico eseguito da individui per niente integrati e che non rispondono ai voleri della società. Il suicidio anomico è invece il risultato di mancanza di regole nella società in cui l'individuo non è né ben integrato, né ha problemi di integrazione, caso questo che viene spesso associato alla moderna società industriale e a quella contemporanea. Ma da qualsiasi prospettiva si studi il suicidio, si pone l'accento sul fatto che l'individuo è vittima della società e dunque esso è una risposta alle forze sociali sulle quali non si ha controllo.

Sebbene i sopracitati approcci forniscano una sintesi delle visioni sul suicidio, si è ancora lontani dal possedere un modello esauritivo. Il riconoscimento dei fattori di rischio, così come il porre attenzione ai segnali d'allarme⁵, sono elementi irrinunciabili della prevenzione del suicidio, sebbene conducano a troppi falsi positivi per essere presi come indici affidabili.

Uno dei cardini della prevenzione del suicidio è la diffusione di una cultura del fenomeno suicidario nell'ambito del personale medico. I curanti non sempre possiedono quegli strumenti e quelle conoscenze utili per fronteggiare il rischio di suicidio. Si assiste infatti a decisioni arbitrarie di fronte a un paziente a rischio, decisioni che per lo stesso caso possono evocare risposte estremamente diverse tra i professionisti della salute mentale. Un punto cruciale nella prevenzione del suicidio può essere la riflessione su

alcuni dati importanti, come ad esempio il fatto che molti pazienti commettono il suicidio entro un anno dalla prima visita presso un servizio di salute mentale⁶ oppure che un quarto delle persone muore entro un anno dall'esordio della patologia e nell'ambito di un contatto con i servizi di salute mentale⁷.

Ci si chiede dunque quale sia l'anello mancante per un'efficace prevenzione del suicidio in un'epoca in cui sempre più letteratura ci informa su questo fenomeno.

Lo scopo di questo saggio è quello di offrire degli spunti per approfondire alcune dinamiche che coinvolgono il personale sanitario nella gestione dei pazienti a rischio di suicidio.

Rischio di suicidio nei pazienti ospedalizzati

È stato più volte sottolineato che il ricovero in ambiente ospedaliero è un fattore di rischio per il suicidio nei pazienti psichiatrici⁸⁻¹⁰.

Questo è allarmante se si considera che molti pazienti accedono alle cure ospedaliere in quanto presentano proprio un elevato rischio di togliersi la vita e il ricovero non sembra ridurre in modo sensibile, nonostante cure scrupolose, il rischio di suicidio. Uno studio¹¹ che ha indagato il dolore mentale insopportabile (*psychache*), inteso nella concettualizzazione di Shneidman¹² come ingrediente principale del suicidio, ha evidenziato che la maggior parte dei pazienti studiati veniva dimesso senza aver avuto un miglioramento per tale dolore, sebbene le condizioni cliniche fossero notevolmente migliori alle dimissioni rispetto al primo giorno di ricovero.

Deisenhammer et al.¹³ hanno evidenziato un maggior tasso di ricoveri, un maggior numero medio di ricoveri e un maggior numero medio di giorni di ricovero negli ultimi 3 mesi prima del suicidio se confrontato con i 3 trimestri precedenti.

Il periodo immediatamente successivo alle dimissioni è poi quello in cui si verifica il maggior numero di suicidi. Lo studio di Meehan et al.¹⁴ ha evidenziato che su 754 pazienti con un episodio di ricovero e 1100 pazienti dimessi, il 16 e il 23% rispettivamente si erano suicidati: i primi nell'ambito del ricovero, i secondi nell'ambito di 3 mesi successivi alle dimissioni. Sembra infatti che nelle settimane successive alle dimissioni i pazienti mettano in atto i loro intenti suicidi, il che pone l'accento sul ruolo del ricovero come fattore precipitante dell'evento suicidario⁸. Tale fenomeno è ampiamente riportato nella letteratura internazionale riferita ai pazienti schizofrenici, mentre un numero minore di contributi si registra per le altre patologie.

Molti suicidi avvengono durante permessi dall'ospedale, e in questo caso i metodi utilizzati sono spesso violenti, come ad esempio il saltare contro treni o autovetture, precipitarsi da edifici o impiccarsi¹⁵. Nei pazienti ricoverati per schizofrenia il suicidio è spesso imprevedibile in quanto il paziente fornisce pochi segni del suo intento¹⁶⁻¹⁷. La previsione si presenta dunque estremamente difficile, soprattutto se si considera che i pazienti che commettono il suicidio sono spesso quelli che erano giudicati in via di miglioramento e che solo raramente avevano manifestato comportamenti suicidi evidenti¹⁸⁻²⁰. Sono a rischio anche quei pazienti che presentano molte ricadute e sono resistenti al trattamento, che talvolta vengono considerati dallo staff medico come manipolativi, provocatori, irragionevoli, eccessivamente dipendenti e falsa-

mente disabili^{16 21 22} e che per tale motivo stimolano nello staff minore attenzione e solidarietà. La combinazione dell'alienazione e delle idee fluttuanti di tipo suicidario può portare a un mancato riconoscimento della serietà del rischio a cui questi pazienti sono esposti¹⁵. È stato inoltre evidenziato²³ che il rischio di suicidio è estremamente alto nei primi 5 giorni dopo le dimissioni e che, anche nei 28 giorni che seguono l'allontanamento dall'ospedale, il rischio continua a essere quello valutato nella prima fase di ammissione. Anche la comorbidità con patologie organiche al momento del ricovero può essere considerata un fattore di rischio per i periodi successivi. L'anno che precede il suicidio può essere valutato in numero di ricoveri e secondo la durata degli stessi. Il moderno approccio che propone ricoveri più brevi ma più frequenti potrebbe avere in realtà conseguenze negative, aumentando il rischio di suicidio²⁴. Secondo Stephens et al.²⁵ un'alta percentuale di decessi può essere ricondotta in parte a un inefficace rapporto medico-paziente, reso difficile dal solo utilizzo della terapia farmacologica, che impedirebbe l'instaurarsi di una relazione terapeutica nella quale può essere possibile il riconoscimento di quei soggetti esposti a maggior rischio. Secondo gli stessi autori tale fenomeno spiegherebbe l'aumento del tasso di suicidi tra gli schizofrenici nella seconda metà del secolo scorso.

Nel riconoscere il rischio di suicidio nei pazienti ricoverati, Roy e Drapper²⁶ sottolineano che il programma di dimissione conduce alla dolorosa realizzazione da parte del paziente di essere in procinto di perdere il suo ambiente e il contatto con il personale della struttura. La famiglia del paziente suicida è spesso impreparata ad accoglierlo, quindi al momento della dimissione il paziente, suicidandosi, realizza quello che per molte volte aveva solo tentato di fare. Secondo gli autori tale fenomeno è particolarmente evidente nei pazienti ospedalizzati per più di un anno. Pertanto, un'attenta valutazione del rischio dovrebbe essere accertata nei 6 mesi che seguono le dimissioni, considerati il periodo più delicato per l'equilibrio del paziente²³.

Nello studio di Mortensen e Juel²⁷ è risultato che i pazienti con meno di 30 anni al follow-up, dopo 5 anni dall'ospedalizzazione, continuavano a essere 50 volte più a rischio di suicidio se comparati con pazienti di altre classi di età, nei quali nonostante il perdurare del rischio questo si riduceva sensibilmente al follow-up dopo 1 anno.

Una particolare attenzione deve essere posta verso le problematiche che lo staff medico prova nei confronti dei pazienti a rischio di suicidio²⁸. Lo studio di Saarinen et al.²⁹ ha identificato alcune aree di interesse per migliorare la comprensione delle dinamiche relazionali che si instaurano quando ci si confronta con un paziente a rischio di suicidio. In alcuni casi problematici la stigmatizzazione gioca un ruolo centrale, altre volte sono invece la mancanza di abilità necessarie a gestire il rischio, oppure la visione del suicidio come soluzione dei gravi problemi del paziente e quindi il recondito desiderio che il paziente si suicidi per porre termine alla sua sofferenza. In altri casi sono i problemi personali e familiari, così come la paura del paziente o l'ottimismo infondato nei confronti di un miglioramento, che inducono a compiere errori di stima.

Per contro, alcuni studi suggeriscono che i pazienti affetti da schizofrenia sono a volte meno inclini a comunicare il loro intento suicidario ai clinici. In uno studio che prendeva in considerazione un periodo di 10 anni, la revisione delle cartelle cliniche mise in evidenza

che solo 3 pazienti schizofrenici su 20 (15%) avevano verbalizzato un intento suicidario a confronto del 44% dei pazienti affetti da altre diagnosi, anch'essi morti per suicidio. Quando si prendeva in considerazione il tempo trascorso tra l'ultimo tentativo di togliersi la vita e la morte, si osservava che i pazienti schizofrenici presentavano un lasso di tempo più lungo rispetto agli altri pazienti (in media 24 contro 12 mesi). Altro dato che ci proviene da tale studio è che il 75% degli schizofrenici aveva avuto un contatto con il dipartimento di salute mentale nella settimana precedente l'atto letale, parte dei quali nelle 36 ore precedenti la morte³⁰.

Consistente con questi dati, un altro studio ha riportato che 8 pazienti su 10 suicidatisi durante i primi 2 anni di un nuovo programma di supporto avevano incontrato un clinico nelle 72 ore precedenti la loro morte³¹.

Il ruolo del personale infermieristico

Il prendersi cura del paziente a rischio di suicidio necessita di attenzioni e abilità particolari da parte del personale infermieristico^{32 33}. Tuttavia, in molti casi non è tanto un'abilità in una certa tecnica terapeutica a essere essenziale, quanto il calore umano, la comprensione e la solidarietà persino in casi in cui il paziente afferma e nega un certo bisogno, come ad esempio volere compagnia e voler stare solo, voler vivere e voler morire, voler mangiare e non aver fame^{34 35}.

Già nel 1966, Farberow et al.³⁶ avevano notato che tra i pazienti ricoverati coloro che erano a rischio di suicidio tendevano a lamentarsi, a criticare e a fare numerose richieste allo staff medico. Questi pazienti richiedevano più cure e attenzioni, erano etichettati come "dipendenti-insoddisfatti" e mettevano a dura prova lo staff che doveva confrontarsi con continue difficoltà. Tale situazione evocava dunque sentimenti di rifiuto e conduceva all'alienazione maligna terminale. Sembra anche che l'atteggiamento e le attitudini con le quali il personale medico e infermieristico si cimentano nella gestione di questi pazienti possano influenzare il rischio di suicidio. Demoralizzazione e sfiducia, così come pure conflitti tra colleghi o mancanza di comunicazione e collaborazione, sono fattori ritenuti importanti nell'influenzare il rischio di suicidio³⁷. Pazienti che vengono spostati da un reparto a un altro o che vengono messi in stanze singole senza adeguato sostegno emotivo sono descritti come a maggior rischio³⁸. I reparti in cui invece regna calma, collaborazione, spirito di squadra e dove vengono erogati programmi di informazione sul suicidio sono luoghi in cui il rischio di suicidio è minore¹⁹.

Anderson et al.³⁹ hanno evidenziato che secondo medici e infermieri che lavorano nella Psichiatria il suicidio non è legato alla patologia psichiatrica ma rientra nel modello del *cry for help*. Successivamente questo gruppo di ricerca ha anche sottolineato l'esistenza di barriere nello stabilire relazioni terapeutiche efficaci da parte di infermieri e medici nei confronti di giovani che si presentano con propositi suicidari o tentativi di suicidio⁴⁰.

Il personale infermieristico dovrebbe essere anche partecipe nel gestire l'organizzazione delle dimissioni, cercando di verificare il tipo di ambiente che accoglierà il paziente, magari verificando le sue attitudini e interagendo con i familiari^{41 42}. Ramberg e Wasserman⁴³ hanno notato che spesso c'è mancanza di chiarezza nello staff medico nel lavoro con i pazienti a rischio di suicidio.

Secondo questo studio, gli infermieri più degli psichiatri mancavano di abilità necessarie per fronteggiare il rischio di suicidio e solo la supervisione era determinante per chiarire dubbi e incertezze. Il personale medico dovrebbe poi porre particolare attenzione alla disperazione⁴⁴ e all'*hopelessness* (sentimento di mancanza di speranza)⁴⁵⁻⁴⁶ come elementi che preannunciano un alto rischio di suicidio, e dunque predisporre misure adeguate come la comunicazione e l'informazione della famiglia, servizi territoriali e programmare visite di controllo già nei giorni seguenti le dimissioni. Un possibile fattore che può compromettere l'abilità dello staff infermieristico nel riconoscere il rischio di suicidio è lo stress lavorativo, o ancor peggio il *burnout*. Pompili et al.⁴⁷ hanno eseguito uno studio che includeva 120 infermieri appartenenti all'area della Medicina d'Urgenza, della Medicina Interna e della Psichiatria. Gli autori hanno rilevato che il *burnout* e specifici elementi comportamentali e psicodinamici (proiezione, aggressione rivolta verso se stessi, esaurimento emotivo o *emotional exhaustion*) possono non solo esporre gli operatori sanitari a un maggiore rischio di suicidio, ma anche impedire un'efficace azione preventiva nei pazienti a rischio⁴⁸⁻⁴⁹.

Il ruolo centrale dei Medici di famiglia

I dati della letteratura riportano che frequentemente i soggetti che commettono il suicidio si sono recati da un operatore della salute, in primo luogo un Medico di famiglia, nei mesi e settimane precedenti la morte⁵⁰⁻⁵¹. Secondo la *review* di Luoma et al.⁵⁰, il 45% delle persone decedute per suicidio aveva avuto un contatto con la Medicina di Base nel mese precedente. Altri studi indicano che percentuali tra il 25 e il 75% dei pazienti che commettono il suicidio hanno un contatto con la Medicina di Base in un lasso di tempo che varia da 30 a 90 giorni⁵²⁻⁶⁰.

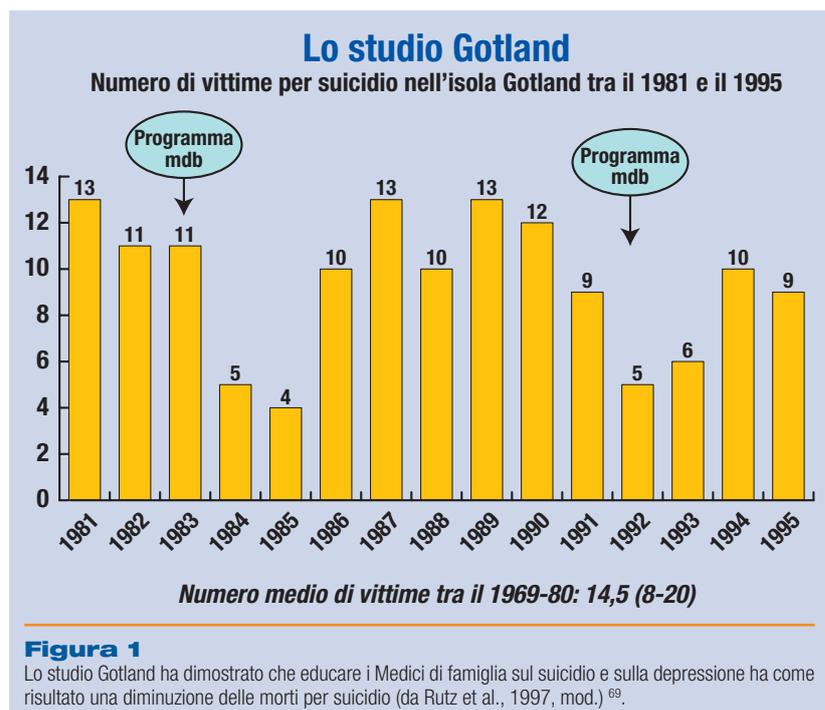
Allungando il periodo preso in considerazione fino a 180 giorni, si apprende che l'82% di coloro che muoiono per una overdose aveva ricevuto una visita medica⁵³. Anderson et al.⁶¹, in uno studio comprendente 472 individui che si erano suicidati tra il 1991 e il 1995 in una regione della Danimarca, hanno osservato che ben il 66% aveva consultato un Medico di famiglia, di cui il 13 e il 7% erano stati dimessi rispettivamente da un ospedale psichiatrico e da un ospedale generale.

Spesso i Medici di famiglia hanno difficoltà ad assicurare una situazione di calma in cui poter accertare il rischio di suicidio⁶²⁻⁶⁴. Sono auspicabili un canale diretto con i servizi di salute mentale e la possibilità di consultazione tra Medico di famiglia e Psichiatra di riferimento. Nel sospetto di rischio di suicidio il Medico di famiglia dovrebbe ascoltare attentamente e astenersi da ogni giudizio, dovrebbe ricostruire la storia del paziente e verificare il supporto sociale e familiare a sua disposizione. Successivamente dovrebbe concentrarsi sullo status psichico e sulla visita fisica (soprattutto se vi è stato un tentativo di suicidio). Nel caso di un comportamento suicidario, il medico può chiedere "Perché

adesso?" come momento per esplorare le vicissitudini che hanno portato al gesto⁶⁵. È importante discutere l'ideazione suicidaria con il paziente senza temere che ciò possa aumentare il rischio, potendo al contrario essere di aiuto per esplorare l'*hopelessness*, l'anedonia, l'insonnia, l'ansia grave, la diminuzione della concentrazione e l'agitazione psicomotoria⁶⁶.

I programmi rivolti ai Medici di famiglia con nozioni riguardanti il riconoscimento della depressione e del rischio di suicidio sono di grande valore per sfruttare la posizione strategica di questi operatori⁶⁷. Nel 1983-84 un programma di istruzione sul riconoscimento della depressione rivolto ai Medici di famiglia dell'isola Gotland (Svezia) fu seguito da una riduzione della mortalità per suicidio⁶⁸. Gli effetti benefici di questo programma si interruppero però quando nuovi medici sostituirono coloro che avevano preso parte al programma. Tuttavia gli effetti positivi sulla riduzione del tasso di suicidio si ripresentarono quando un nuovo programma fu riproposto ai Medici di famiglia (Fig. 1)⁶⁹.

Più recentemente uno studio tedesco ha segnalato una riduzione dei tentativi di suicidio dopo un programma di istruzione sulla depressione⁷⁰. Meno incoraggianti sono stati gli studi inglesi nei quali l'istruzione ai Medici di famiglia sul come riconoscere la depressione non ha portato a una migliore diagnosi e terapia della depressione⁷¹. Le cose però miglioravano se si poneva attenzione a come migliorare l'aderenza al trattamento dei pazienti diagnosticati depressi ai quali era stata assegnata una terapia⁷². Più recentemente Szanto et al.⁷³ hanno riportato che in una regione dell'Ungheria, dopo un programma di istruzione rivolta ai Medici di famiglia per meglio diagnosticare la depressione, si era osservato un declino del tasso di suicidio (da 59,7/100.000 a 49,9/100.000 in 5 anni) rispetto a una regione presa come controllo. In questo studio, comunque, la presenza dell'alcolismo rendeva più difficile il riconoscimento della depressione e probabilmente non ha permesso risultati ancora migliori.



L'enfasi sulla depressione come diagnosi importante nella Medicina di Base al fine di prevenire il suicidio non deve portare alla conclusione che esiste necessariamente una relazione di causa-effetto tra i 2 eventi. Se è vero che la depressione medi il rischio di suicidio nella varie patologie organiche (AIDS, cancro, sclerosi multipla, ecc.)⁷⁴, dobbiamo ammettere che il suicidio può essere il risultato di un dramma che si svolge nella mente dell'uomo come reazione a qualcosa di estremamente doloroso nella sua vita. Quello che ci si sforza di comunicare, dunque, è la necessità di creare una cultura della sofferenza umana sia da parte dello Psichiatra, sia da parte di tutti gli operatori della salute. Nella valutazione del rischio di suicidio e della sofferenza psicologica si dovrebbe indagare oltre le domande di rito, per verificare se i criteri per la depressione o per altro disturbo mentale sono soddisfatti. Viene quindi da domandarsi se è lecito concludere, in accordo con gli studi *post mortem*, che la maggior parte dei suicidi soffre di un disturbo psichiatrico, spesso la depressione, quando invece ciò che i familiari riferiscono è solo la comune miseria umana di fronte a un evento insormontabile, sia oggettivamente sia puramente soggettivo. Parlare di suicidio come conseguenza della depressione può portare all'erronea convinzione che ci si può fermare a effettuare una diagnosi corretta, a fornire la terapia più adatta e a verificare l'aderenza al trattamento. Sarebbe come dire che si è trovata la soluzione al problema. Invece il soggetto a rischio di suicidio spesso si reca dal Medico di famiglia prima dell'evento letale⁵⁰ nella speranza di ricevere sollievo per la sua situazione psichica di tormento insopportabile, magari presentando al medico solo lamentele somatiche⁷⁵ o disturbi di poco conto. In molti casi è l'indagare sulle relazioni affettive e sulla famiglia che spesso è dirimente per avere un quadro chiaro del tormento di questi individui⁷⁶. Riportiamo in Tabella I un tentativo di separare le 2 dimensioni descritte.

Suicidio del paziente

Il suicidio è un atto personale, ma tutti ne sentiamo gli effetti. Così recita uno slogan diffuso da una grande associazione statunitense che si occupa della prevenzione del suicidio. Secondo le stime di questa associazione, ogni anno 180.000 individui entrano nella categoria dei sopravvissuti (*survivors*), ossia individui che hanno perso un caro per suicidio. Il termine sopravvissuto è dunque utilizzato per descrivere le difficoltà che le persone che hanno perso un loro caro a causa del suicidio devono affrontare quotidianamente. L'impatto è sulle famiglie, la

comunità e la società nella sua interezza. Ogni suicidio sottrae a chi rimane in vita un potenziale di affetti, creatività, contributo ai vari aspetti dell'esistenza. Non si tratta solo della perdita della vita di un individuo, ma soprattutto del buco che esso lascia nelle molteplici attività dei viventi.

I sopravvissuti sono la più grande comunità di vittime che ruota nell'area della salute mentale connessa al suicidio⁷⁷. La perdita di una persona cara per suicidio è scioccante, dolorosa e inaspettata. Il lutto che segue questa esperienza è un processo individuale molto complesso, che si risolve in tempi diversi, nei casi più fortunati. Il dolore non segue sempre un percorso lineare e non necessariamente progredisce e si risolve. Queste persone non si aspettano di tornare alla vita normale che svolgevano prima dell'evento, ma vogliono adattarsi a una vita senza la persona cara. L'*American Psychiatric Association* considera il trauma derivante dalla perdita di un caro per suicidio "catastrofico" al pari di un'esperienza in un campo di concentramento.

Sebbene coloro che hanno perso un caro per suicidio condividano molte emozioni tipiche del lutto, essi affrontano però una gamma di sentimenti unici per la loro condizione. Molti studi hanno identificato ripercussioni notevoli sia sulla vita professionale, sia sulla vita privata dei curanti che possono dunque essere anch'essi considerati dei sopravvissuti⁷⁸. L'idea di non aver fatto abbastanza e il sentirsi in colpa, aggiunta alla paura di azioni legali, sono solo 2 della fitta lista di sentimenti e reazioni di fronte al suicidio di un proprio paziente^{62,79}. Le reazioni dei curanti di fronte al suicidio del paziente sono tali da compromettere la loro vita professionale e quella personale⁸⁰. Alcuni studi evidenziano che gli Psichiatri sono in grado di ricordare nome e dettagli dei loro pazienti che si sono suicidati anche distanza di 30 anni⁸¹.

La Tabella II riassume le più comuni risposte emotive e comportamentali osservate nei curanti quando affrontano il suicidio di un loro paziente⁶².

Grande importanza assumono gli interventi che seguono il suicidio. Quando questo avviene in ambiente ospedaliero o immediatamente dopo le dimissioni, lo staff dovrebbe essere coinvolto in riunioni che permettano di identificare gli eventi chiave dell'accaduto. Piuttosto che identificare possibili colpevoli, tali incontri dovrebbero servire per condividere esperienze emotive, capire se il paziente aveva dato messaggi che non hanno destato l'attenzione del personale e se esiste "quel qualcosa che si poteva fare per salvargli la vita". Ciò che esce fuori da tale riunione dovrebbe

TABELLA I

Sintomi della depressione vs. sintomi della crisi suicidaria (da Shneidman, 1993, mod.)¹².

Depressione	Suicidio
1. Tristezza	1. Alle prese con dolore psicologico
2. Apatia	2. Non riesce a sopportare il dolore
3. Insonnia o ipersonnia	3. Vede la fine della vita come soluzione
4. Perdita o aumento dell'appetito	4. Non vede altra possibilità a parte la morte (costrizione)
5. Sentirsi fisicamente agitato o rallentato	5. Può avere o meno sintomi di depressione (suicidio come stato mentale)
6. Fatica o mancanza di energia	
7. Inabilità a concentrarsi	
8. Sentimenti di svalutazione o di colpa	
9. Sentimenti di colpa	

TABELLA II
Impatto del suicidio sulla vita dei curanti.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Maggiore concentrazione sugli indizi suicidari • Maggiore attenzione agli aspetti medico-legali • Sentimento di essere stato tradito • Maggiore cura nelle cartelle cliniche • Preoccupazioni per i problemi legati alla morte • Incremento delle consulenze con altri specialisti • Pensieri intrusivi di suicidio • Perdita di autostima • Maggiore riferimento alla supervisione • Aumento della tendenza a ricoverare • Selezione dei pazienti da seguire • Enfasi sui follow-up • Problemi relazionali con la famiglia • Sogni che si riferiscono al suicidio • Coartazione emotiva • Aneidonia | <ul style="list-style-type: none"> • Ritiro sociale • Problemi relazionali con gli amici • Rabbia • Colpa • Ansia • Shock • Dolore, lutto • Incredulità • Negazione • Paura di essere incolpato • Dubbi di vario genere, interrogarsi • Diminuzione della propria auto-stima • Paura di conseguenze legali • Inadeguatezza • Frustrazione • Vergogna o imbarazzo |
|---|--|

TABELLA III
Suggerimenti per organizzare una conferenza clinica dopo il suicidio di un paziente: postvention.

1. Adottare il metodo dell'autopsia psicologica che permette di analizzare la cartella clinica e di raccogliere informazioni da persone attendibili
2. Permettere alle persone più intimamente coinvolte con il suicidio del paziente di parlare senza interruzioni in un'atmosfera serena
3. Coinvolgere tutti coloro che sono entrati in contatto con il paziente
4. Analizzare il ruolo di indagini legali
5. Sottolineare l'utilità di incontrarsi per valutare le misure preventive
6. Discutere possibili reazioni dei familiari del paziente
7. Evitare l'autoaccusa e rimorsi nella pratica clinica. Insistere invece sul fatto che una maggiore consapevolezza del problema può aiutare una migliore prevenzione
8. Considerare la possibilità di incontrare i membri della famiglia del paziente
9. Sottolineare quali strategie di *coping* possono essere utilizzate

essere un proposito da applicare agli altri pazienti a rischio, piuttosto che generare sensi di colpa. La Tabella III riassume alcuni suggerimenti per meglio sfruttare una conferenza clinica nell'ambito del suicidio del paziente.

Attitudini nei confronti dei soggetti suicidari

Il pronto soccorso è spesso il terreno in cui la discriminazione nei confronti dei pazienti a rischio di suicidio è più facilmente evidenziabile⁸². Lo staff medico sembra essere addestrato a fronteggiare solo emergenze somatiche, con scarse conoscenze sul come relazionarsi con emergenze prettamente psicologiche. Il risultato è la modesta capacità di far fronte a crisi suicidarie o di relazionarsi correttamente con chi ha tentato il suicidio. Molto spesso si assiste a una forte stigmatizzazione nei confronti di chi ha tentato il suicidio, perdendo inevitabilmente la possibilità di curare e valutare correttamente il paziente^{83 84}. Ciò che è più grave è il rischio di ripetizione del gesto suicidario da parte di quei soggetti che, venuti a contatto con il personale sanitario,

non hanno ottenuto né consigli su come comportarsi una volta lasciato il posto di cura, né quella solidarietà che speravano di ricevere da parte del personale medico. Sebbene spesso il pronto soccorso imponga turni faticosi e il lavorare sotto pressione, si ha motivo di pensare che si possa creare una cultura tramite l'informazione che possa cambiare le attitudini negative del personale medico nei confronti dei pazienti suicidari. Come detto, questo rappresenta un obiettivo irrinunciabile in quanto intimamente connesso con un outcome migliore.

Conclusioni

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di considerare alcune problematiche dei curanti e il rischio di suicidio dei loro pazienti. Uno dei quesiti più scottanti è come riconoscere il rischio di suicidio quando un paziente non comunica direttamente la sua intenzione di uccidersi al proprio medico. Nello studio di Isometsä et al.⁸⁵, in cui si cercava di identificare cosa fosse comunicato dai pazienti nel loro ultimo appuntamento con il medico prima del suicidio, si evidenzia che le informazioni circa l'intenzione suici-

daria sono scarse. Infatti, di tutti i suicidi analizzati, il 41% ha un contatto con un medico nelle 4 settimane precedenti l'atto letale, ma solo il 22% comunica in qualche modo l'intenzione di uccidersi. Tali dati risentono però dei limiti delle indagini retrospettive, compresa la possibile distorsione delle informazioni da parte dei curanti per paura di ripercussioni legali, sebbene in Finlandia tali ripercussioni siano eventi molto rari.

Da quanto esposto ritorna il problema di identificare i soggetti a rischio al di là della comunicazione da parte del paziente. Spesso i pazienti evitano di riferire i loro propositi suicidari ma sono pronti a discuterne se il curante pone specifiche domande circa la loro intenzione di uccidersi. Il fornire istruzione e informazioni ai Medici di famiglia⁸⁶ e al personale infermieristico⁸² ha grande impatto su come vengono valutati e gestiti i pazienti a rischio ed è un elemento che sottolinea l'importanza di programmi di istruzione specifici. Infatti, vari studi riportano un miglioramento delle abilità di riconoscimento e delle attitudini nei confronti del suicidio.

Non va dimenticato comunque che molti di coloro che necessitano di contatti con il sistema sanitario non accedono purtroppo ad alcuna cura medica. Lo studio di Suominen et al.⁸⁷ riferisce che molti degli adolescenti e dei giovani adulti presi in considerazione che avevano tentato il suicidio (1198 soggetti con tentativi di suicidio) non avevano avuto alcun contatto con la medicina né il

mese prima e neppure il mese successivo al tentativo di suicidio. Motto e Bostrom⁸⁸ hanno condotto un trial controllato su coloro che avevano ricevuto cure psichiatriche ospedaliere e avevano rifiutato successivi contatti, sebbene giudicati a rischio di suicidio. Un gruppo di pazienti, in modo randomizzato, ricevette il protocollo di studio, mentre i controlli non ricevettero alcun intervento. I pazienti del primo gruppo, che furono contattati tramite lettera almeno 4 volte l'anno per i 5 anni dello studio, avevano un tasso di suicidi inferiore, soprattutto nei primi 2 anni di osservazione. Sembra dunque che la frequenza dei contatti e la loro regolarità possa giocare un ruolo decisivo nella prevenzione del suicidio. Per concludere, vorremmo nuovamente sottolineare che la prevenzione del suicidio deve basarsi, oltre che sulla ricerca sperimentale, anche su una maggiore sensibilità individuale. La formazione degli operatori riveste un ruolo decisivo per correggere atteggiamenti e attitudini spesso dannosi e ingiustificati. Sebbene la mole delle informazioni sul suicidio sia sempre più mastodontica, la nostra comprensione di questo fenomeno è tutt'altro che completa, un assunto che deve farci riflettere sulle direzioni future che devono intraprendere ricerca di base e ricerca clinica.

Bibliografia a richiesta
Maurizio.Pompili@uniroma1.it

Riconoscere i segnali di allarme

Porre attenzione ai segnali che denotano rischio di suicidio imminente

- Parlare del suicidio o della morte
- Dare segnali verbali come "Magari fossi morto" o "Ho intenzione di farla finita", oppure segnali meno diretti come "A che serve vivere?", "Ben presto non dovrai più preoccuparti di me" e "A chi importa se muoio?"
- Isolarsi dagli amici e dalla famiglia
- Esprimere la convinzione che la vita non ha senso e non ha speranza
- Disfarsi di cose care
- Mostrare un miglioramento improvviso e inspiegabile dell'umore dopo essere stato depresso
- Trascurare l'aspetto fisico e l'igiene

Suggerimenti per la gestione della crisi suicidaria

Come comunicare

- Ascoltare attentamente, con calma
- Comprendere i sentimenti dell'altro con empatia
- Emettere segnali non verbali di accettazione e rispetto
- Esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi
- Parlare onestamente e con semplicità
- Esprimere la propria preoccupazione, l'accudimento e la solidarietà
- Concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi

Come non comunicare

- Interrompere troppo spesso
- Esprimere il proprio disagio
- Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso
- Dare ordini
- Fare affermazioni intrusive o poco chiare
- Fare troppe domande

Domande utili

- Ti senti triste?
- Senti che nessuno si prende cura di te?

- Pensi che non valga la pena di vivere?
- Pensi che vorresti suicidarti?

Indagine sulla pianificazione del suicidio

- Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?
- Hai un'idea di come farlo?

Indagine su possibili metodi di suicidio

- Possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio?
- Sono facilmente accessibili e disponibili?

Indagine su un preciso lasso di tempo

- Hai deciso quando vuoi porre fine alla tua vita?
- Quando hai intenzione di farlo?

Che cosa non è utile

Ignorare o liquidare il problema

- "Oh, parliamo di qualche altra cosa"
- "Incontrerai un'altra ragazza e dimenticherai quella persa. Sei un ragazzo in gamba"

Agire con imbarazzo e paura

- "Non starai pensando veramente al suicidio, vero?"

Sfidare e dibattere

- "Guarda avanti. Vedrai che le cose andranno di sicuro meglio"
- "Non sai che è idiota uccidersi?"

Dare consigli dannosi

- "Andiamo a ubriaccarci e dimentichiamo tutti i problemi"

Che cosa è utile

Mostrare attenzione, ascoltare attentamente

- "Mi preoccupi... Come ti senti?"

Fare la domanda, essere diretti ma accoglienti ed evitare il confronto

- "Stai pensando al suicidio?"

Trovare aiuto, non lasciarlo solo

- "Non sei solo. Permettimi di aiutarti"