



Il rischio anticonservativo

di Salvatore Di Salvo

Introduzione

Uno dei problemi clinici più complessi in psichiatria riguarda la predizione e la prevenzione del comportamento suicidario. 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, possa entrare in contatto con almeno tre pazienti a grave rischio di suicidio ogni anno, mentre il numero di soggetti che riportano spontaneamente ideazioni anticonservative sarebbe cinque volte più grande.

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

Una definizione di suicidio ancora molto riportata 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».

Teoricamente, la dizione “tentativo di suicidio” dovrebbe essere riservata solo a quei casi in cui, per cause totalmente imprevedibili, il soggetto fortuitamente sopravvive. In pratica un'accezione così restrittiva non è mai stata realmente accolta né dalla comunità scientifica né tantomeno dall'ambiente clinico e tra i “tentativi di suicidio” confluiscono anche agiti chiaramente manipolativi e senza alcuna reale intenzione suicidaria.

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

Intimamente connesso alle problematiche riguardanti l'eutanasia è il concetto di suicidio “razionale” che teorizza che quest'atto rappresenta una valida alternativa al vivere in condizioni intollerabili. I propugnatori del diritto al suicidio sostengono che, dopo una valutazione ponderata delle condizioni positive e negative nell'esistenza di un individuo, questi abbia il diritto di scegliere la morte attraverso il suicidio, conseguentemente definibile come razionale.

A prescindere da considerazioni di carattere etico-filosofico, sulle quali in questa sede soprassediamo, almeno tre ordini di fattori si oppongono alla concezione “razionale” di suicidio. 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 insostenibili circostanze possono essere considerate modificabili: atteggiamenti, valori, mentalità, risorse, relazioni.

In terzo luogo è molto criticabile 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 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 1 milione di persone muoiono per suicidio, mentre un numero almeno dieci volte superiore di soggetti mette in atto comportamenti suicidari non letali. Ma questi dati non riescono comunque a dare la misura del prezzo pagato in vite umane ed in sofferenza dal suicidio: basti pensare che per ogni persona morta per suicidio vi sono almeno altre cinque persone la cui vita risulta compromessa emozionalmente, socialmente ed economicamente dall’evento.

Del resto il suicidio non rappresenta un fenomeno pertinente esclusivamente ai paesi occidentali o sviluppati, ma riguarda anche i paesi in via di sviluppo. Ne consegue che rappresenta un problema di salute pubblica estremamente importante, ma incredibilmente trascurato. In tutto il mondo le risorse indirizzate alla prevenzione del suicidio costituiscono solo una minima frazione di quelle che vengono dedicate a problemi comparabili, come per esempio gli incidenti stradali o a problemi, in termini di mortalità, di grandezza inferiore, come l’infezione da HIV e l’AIDS.

Per quanto riguarda il rapporto tra età e suicidio, esso è un evento estremamente raro nei bambini fino all’età di 12 anni, diventa più comune dopo la pubertà. Dall’adolescenza tardiva alla giovane età adulta in sù, comunque, la relazione 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 il fatto 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 di 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 54 anni e oltre i 64 anni di età, 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. Ma in un numero ragguardevole di paesi i tassi più alti tra le femmine sono rinvenibili a 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 di età e in Finlandia tra i 55-64 anni di 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 dall'1,79/1 della Danimarca al 5,45/1 della Polonia. In nessun paese occidentale, comunque, il suicidio risulta più frequente nel sesso femminile rispetto al maschile. Mediamente si può affermare che gli uomini commettono suicidio con una 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 di suicidi tra le persone di 65 anni ed oltre 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 a quella dei coniugati.

Malattie psichiatriche e rischio anticonservativo

La presenza di una malattia psichiatrica costituisce in assoluto il rischio suicidario più grave. Le patologie psichiatriche più frequentemente associate al 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 depressi, il rischio sembra maggiore qualora il paziente non segua la terapia in modo corretto o che presenti una resistenza ai farmaci assunti.

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 sostanzialmente sovrapponibile a quello presente nei pazienti depressi.

Del resto i punti di contatto tra tali patologie psichiatriche sono molteplici e non sempre agevolmente distinguibili; frequentemente un quadro depressivo s'instaura secondariamente

all'abuso di alcool, ma l'etilismo può a sua volta costituire una complicanza di diverse malattie psichiatriche oltre agli stessi disturbi dell'umore, come la schizofrenia, i disturbi d'ansia e i disturbi della personalità.

Mentre nei disturbi maggiori dell'umore il suicidio generalmente avviene nelle prime fasi della malattia, negli alcolisti si presenta 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 andare incontro a suicidio nel corso della vita. Il rischio appare maggiore per quei soggetti a buon funzionamento prima dell'esordio della malattia, che vanno incontro a ricadute croniche, che temono la disintegrazione mentale.

Alla schizofrenia possono associarsi altre condizioni morbose capaci di per sé di produrre un marcato aumento della pericolosità suicidaria, quali l'alcolismo e la depressione.

Tra i disturbi psichiatrici, anche i Disturbi di Personalità di tipo Borderline ed Antisociale risultano frequentemente associati al comportamento suicidario.

In particolare, risulta che tra i portatori di disturbo borderline circa il 10% va incontro a morte per suicidio, mentre un numero molto maggiore ricorre a comportamenti senza intento letale. I disturbi di tipo antisociale sembrano associati ad un rischio leggermente inferiore di suicidio (5%, ma a condotte suicidarie di tipo manipolativo in percentuale superiore (circa il 50%).

La ripetizione del tentativo di suicidio

Peculiare importanza clinica nell'ambito dei comportamenti suicidari riveste la ripetizione dell'atto. Alcuni Autori descrivono i soggetti ripetitori come persone che vivono in una condizione cronica di disorganizzazione personale e sociale. La storia familiare presenta spesso origini da nuclei caotici e disturbati, con storie di malattie psichiatriche o abuso d'alcool. Di frequente riscontro è la perdita di uno o entrambi i genitori durante l'infanzia o la prima adolescenza e sarebbero anche comuni severe o croniche malattie debilitanti in quel periodo di vita.

I ripetitori si presentano in maggioranza come personalità instabili, con difficoltà nel mantenere adeguate relazioni sociali e un corretto rapporto di lavoro (disoccupazione e alternanza di impieghi). In essi non sono rari disturbi nel comportamento sessuale, 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 con caratteristiche borderline, antisociali ed istrioniche.

Il rischio di recidive decresce col passar del tempo dall'ultimo tentativo: la maggior parte delle ripetizioni cade entro il primo anno con ulteriore aumento dell'incidenza nei primi tre mesi ed ancor

più elevata probabilità nei giorni immediatamente successivi al tentativo. La scelta delle modalità di solito non varia tra il primo episodio e i 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 come l'impulsività del soggetto, il ricorrere di conflitti interpersonali e sociali, l'insorgere di gravi malattie fisiche e l'incapacità di reagire adeguatamente di fronte alle avversità della vita.

I principali fattori di rischio per la ripetizione di un atto possono essere comunque così elencati: precedenti tentativi di suicidio, personalità antisociale, sesso maschile, condizioni di separato o divorziato, storia di trattamento psichiatrico, alcolismo, dipendenza da droghe, appartenenza ad una bassa classe sociale, disoccupazione, storia di comportamenti criminali, familiarità suicidaria, episodi di violenza negli ultimi 5 anni, isolamento sociale.

L'essere sposato sembra invece essere un fattore protettivo. Le fasce d'età più interessate sono tra i 25 e i 35 anni ed oltre i 55. Il profilo del ripetitore caratteristico potrebbe essere quello di un maschio di oltre 30 anni, non sposato, appartenente ad una bassa classe sociale, disoccupato, con problemi di rapporti interpersonali e storia di dipendenza da alcool o stupefacenti. Frequente anche la diagnosi di disturbo della personalità. Il divorzio o la separazione risultano fattori importanti oltre che per la condizione d'isolamento in cui lasciano il soggetto anche per la sensazione di fallimento e vuoto interiore che vanno spesso ad intaccare un equilibrio già precario. La variabile "bassa classe sociale" deve essere considerata in maniera non disgiunta dalla variabile disoccupazione, essendo molto di frequente l'una causa dell'altra.

Trattamento del paziente con tentativo di suicidio

Uno dei più importanti requisiti che deve possedere la struttura o la persona che intende aiutare professionalmente un soggetto in una situazione di crisi è la disponibilità. In considerazione della grave natura di una situazione di crisi suicidaria, chi se ne fa carico dovrebbe essere sempre rintracciabile. La disponibilità diretta ha due importantissime funzioni: in primo luogo la persona che ha intenzioni suicide sa che ci sarà sempre qualcuno pronto a rispondere alle sue domande o a reagire alle sue richieste d'aiuto. In secondo luogo, grazie alla disponibilità di un operatore, la persona suicidaria può rompere l'isolamento sociale nel quale è caduta e la comunicazione con altre persone può dare la possibilità di esprimere i propri sentimenti e le proprie idee.

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

L'intervento in una crisi suicidaria significa parlare, parlare e ancora parlare, e spesso ascoltare, ascoltare e ascoltare. La comunicazione e la costruzione di una relazione, per quanto fragile all'inizio, può essere di vitale importanza. Una delle cose che l'operatore può riuscire a fare è di convincere la persona suicidaria a non prendere una decisione estrema in una situazione di crisi, ma di aspettare fino ad un momento di maggior calma, per poter poi esaminare le eventuali soluzioni in modo più tranquillo. Per persone disposte al 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, come i genitori, il partner. Offrendo metodi alternativi di espressione dell'aggressività si possono ridurre le tendenze suicidarie. È anche importante contenere e risolvere l'ansia intensa e l'insonnia frequentemente presenti. Ansiolitici e sedativi possono, in molti casi, essere d'aiuto sia per l'insonnia sia per l'ansia. Questo tipo di trattamento deve essere visto come una misura per superare la crisi, ma non deve sostituire l'attenzione per l'individuo.

L'intervento sulla crisi non può escludere l'assistenza a lungo termine in quanto le tendenze suicidarie appaiono il più delle volte come l'espressione di una grave frattura personale o sociale o entrambe. Il trattamento a lungo termine dovrebbe comunque concentrarsi su due aspetti. Come prima cosa si dovrebbe contribuire a diminuire o a rimuovere i problemi psicologici o sociali che hanno portato al comportamento suicidario. Secondariamente, si dovrebbero insegnare strategie alternative nel risolvere i problemi da usare in situazioni di crisi.

In definitiva il trattamento a lungo termine dei soggetti suicidari non si propone scopi molto diversi dai trattamenti di aiuto psicologico o psicoterapico in generale.

Terapia e prevenzione del comportamento suicidario

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 di prevenzione dei disturbi depressivi hanno anche un effetto sull'incidenza dei comportamenti suicidari.

All'interno della psichiatria contemporanea, le modalità principali di trattamento dei disturbi depressivi sono la psicoterapia (variando dalla tradizionale psicoanalisi agli approcci interpersonali ed alla terapia comportamentistica) e i trattamenti con farmaci antidepressivi.

Entrambe i tipi d'intervento sono efficaci sia usate singolarmente che in combinazione e sono quindi anche efficaci per ridurre e prevenire il comportamento suicidario.

Per quanto riguarda i trattamenti psicoterapici, la conclusione globale che emerge dalla letteratura è che la psicoterapia ha un effetto riduttivo sui sintomi implicando la riduzione della ideazione suicidaria.

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici antidepressivi alcuni studi indicano che, se prescritti e utilizzati appropriatamente, possono avere un effetto sull'ideazione suicidaria e forse anche sul comportamento suicidario, ma nello stesso tempo questi farmaci possono essere un fattore di rischio dal momento che molti pazienti suicidari usano un'overdose dei loro farmaci.