La prevenzione del rischio di suicidio

Gabriele Sani

Sapienza Università di Roma

Centro Lucio Bini

gabriele.sani@uniroma1.it

Vi è solamente un problema filosofico veramente serio: quello del suicidio. Giudicare se la vita valga o non valga la pena di essere vissuta è rispondere alla questione fondamentale della filosofia.

Albert Camus, 1942

Non è irrazionale che uno debba uccidersi prima che la Divinità gliene mandi la necessità

Platone – Fedone

Aristotele considera “vile ed ingiusto nei confronti della società” il suicidio

Etica Nicomachea

In nessuna cosa più della morte dobbiamo seguire l'ispirazione del nostro animo… La legge eterna non ha fatto nulla di meglio di questa: ci ha dato un solo modo per entrare nella vita, ma molte possibilità di uscirne

Seneca Lettera a Lucilio

Il suicidio nella Bibbia

Antico Testamento

Abimelech (Gdc 9, 50-57

Sansone (Gdc 16, 22-31

Saul (1 Sam 31, 1-13

Achitofel (2 Sam 17,23

Zimri (1 Re 16, 15-18

Razis (2 Mac 14, 37-46)

Nuovo testamento

Giuda Iscariota (Mt 27, 3-5, At 1, 15-20)

Non è lecito uccidersi, giacché nel precetto Non uccidere, senza alcuna aggiunta, nessuno, neanche l'individuo cui si dà il comandamento, si deve intendere escluso … Non uccidere, quindi, né un altro né te. Chi uccide se stesso infatti uccide un uomo

Agostino d'Ippona (354-430) De Civitate Dei
"Martello dei donatisti"

Credo di aver provato che un individuo metterà fine alla propria vita solo quando è in preda al delirio e che i suicidi sono malati mentali

Esquirol (1838)

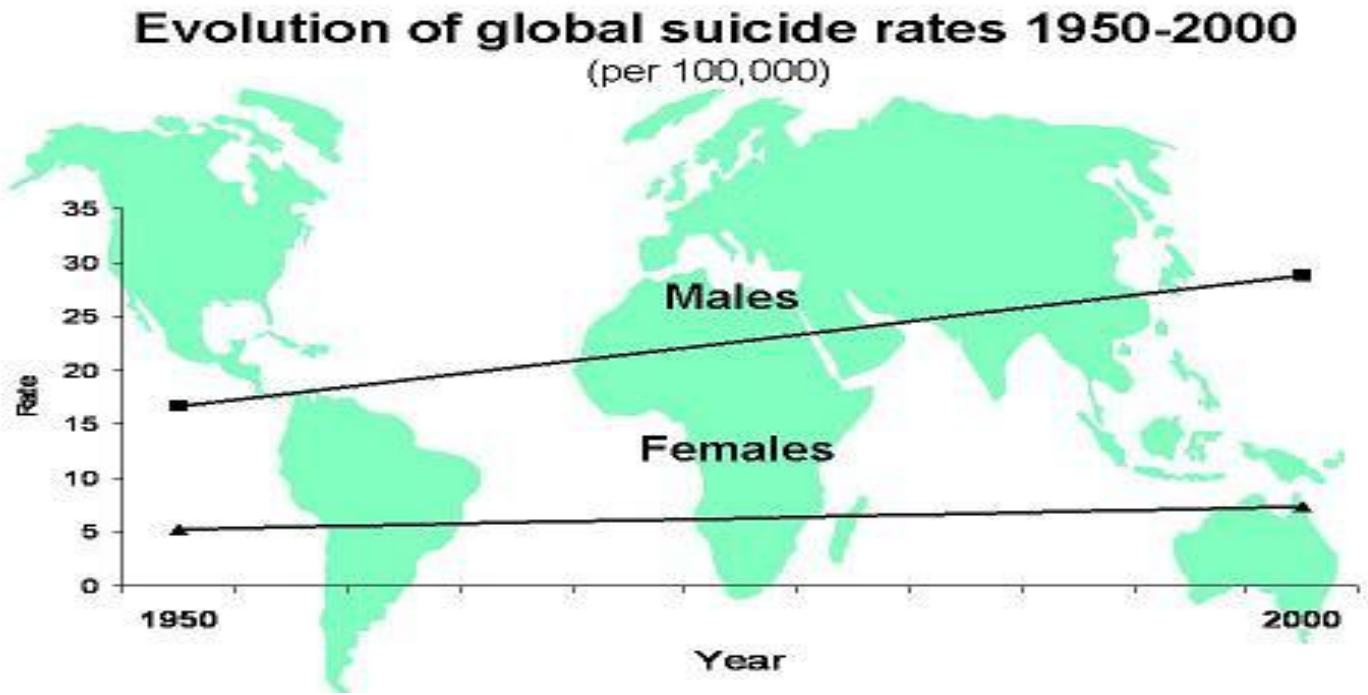
…There are two types of clinical psychiatrists:

those who have had patients commit suicide and those who will have patients commit suicide…

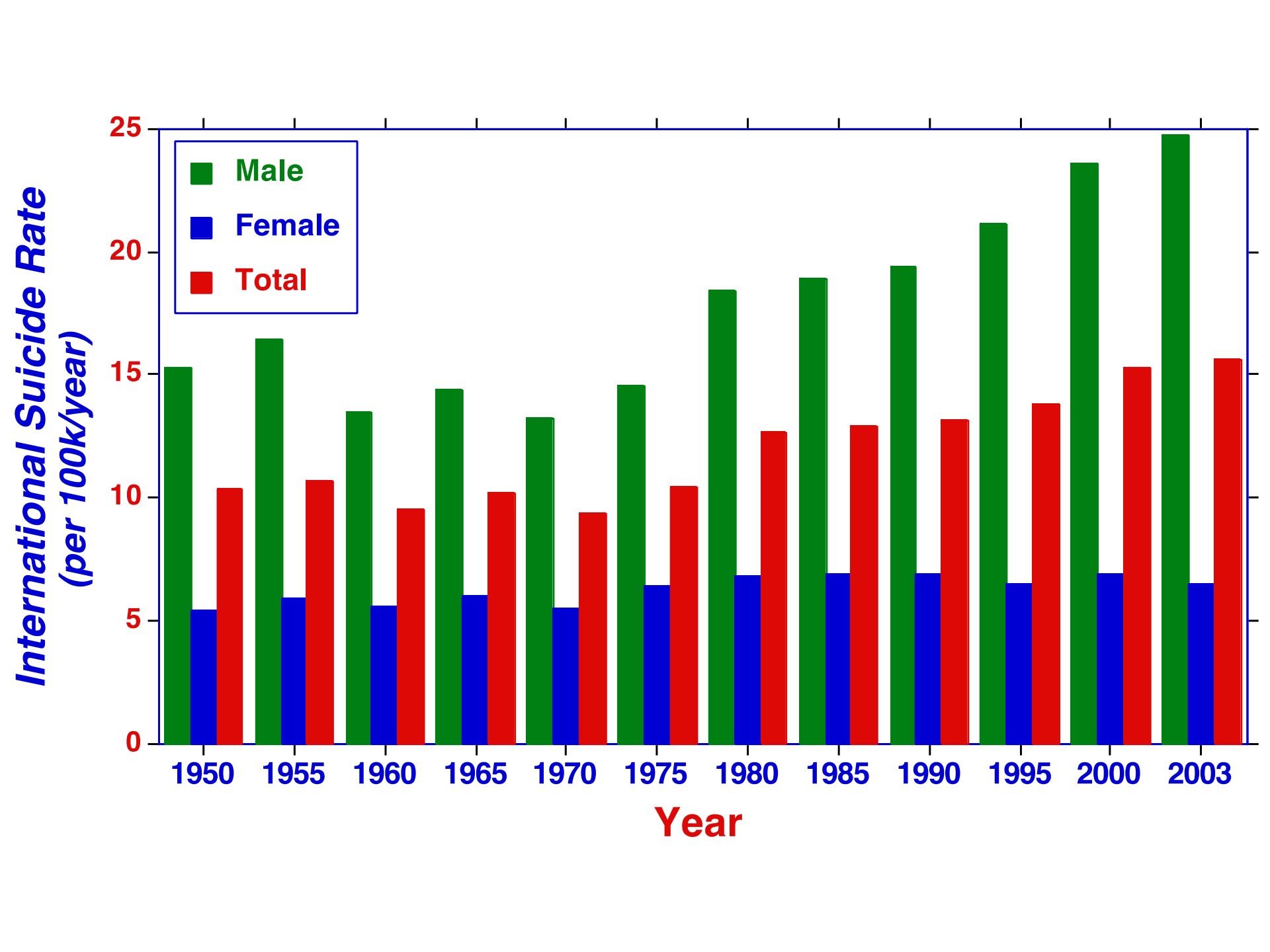
Robert I. Simon Suicide and litigation: lessons learned in risk management. Psychiatric Times. September 2002 Vol. XIX Issue 9

Alcuni numeri globali

Tasso globale suicidio	(2002)	= 1.6x100mila (1,02 M)
	(2015)	= 1.25x100mila (800 K)
causa di morte	= tra le prime 10 (1.8% di tutte le morti)	
	= tra le prime 3 nel gruppo di età 15-34	
tentativi di suicidio	= 10-20 volte più frequenti dei suicidi	
frequenza dei suicidi	= 1 ogni 30 secondi	
frequenzo di un tentativo	= 1 ogni 1-2 secondi	
rapporto uomini:donne	= 4:1	
aumento suicidi negli ultimi 45 anni	= 60%	



Organizzazione mondiale della Sanità, 2002


International Suicide Rate
(per 100k/year)
25
20
15
10
5
0
Male
Female
Total
1950
1955
1960
1965
1970
1975
1980
1985
1990
1995
2000
2003
Year

La prevedibilità non è da confondersi con la prevenibilità per la quale nessuno standard professionale esiste

- Il concetto che la giurisprudenza più recente indica come fondante la prevedibilità è quello della “rappresentabilità”: l’evento (suicidario) cioè deve essere mentalmente prospettabile alla luce delle conoscenze di settore

- La prevedibilità si fonda sulla possibilità di analisi e comprensione dei fattori di rischio suicidario (non solo psicopatologici) in gioco nel singolo caso

- Il suicidio non può essere infatti considerato come esito **esclusivo, in altri termini sintomo,** di una malattia psichiatrica; ma un fenomeno cui si giunge grazie alla contestuale azione di svariati fattori che dipendono dalle seguenti caratteristiche:

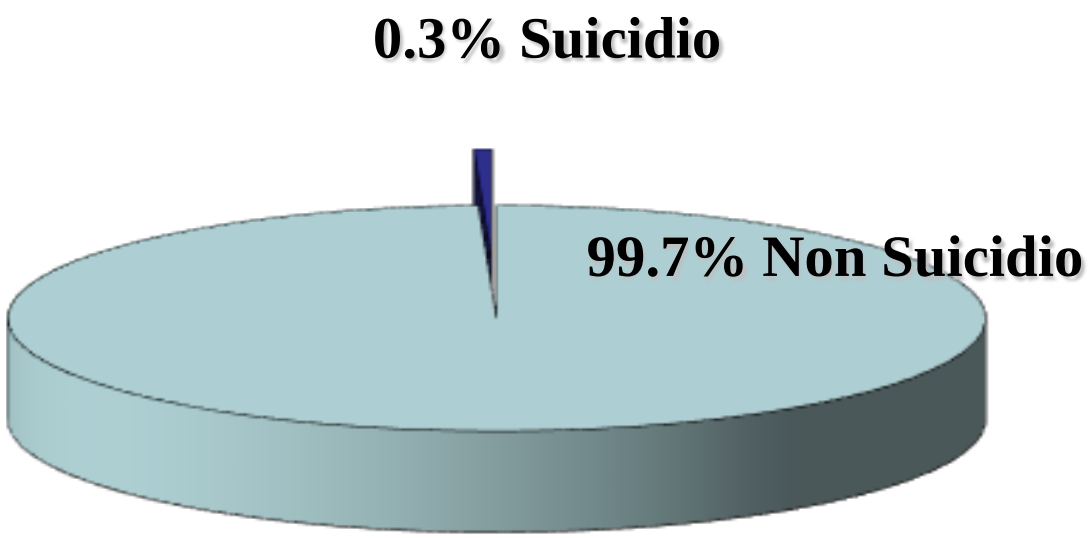


Simon, J Am Acad Psychiatry Law, 2002; Catanesi e Carabellese, Rivista di Psichiatria, 2011

Rischio di suicidio in persone con o senza ideazione

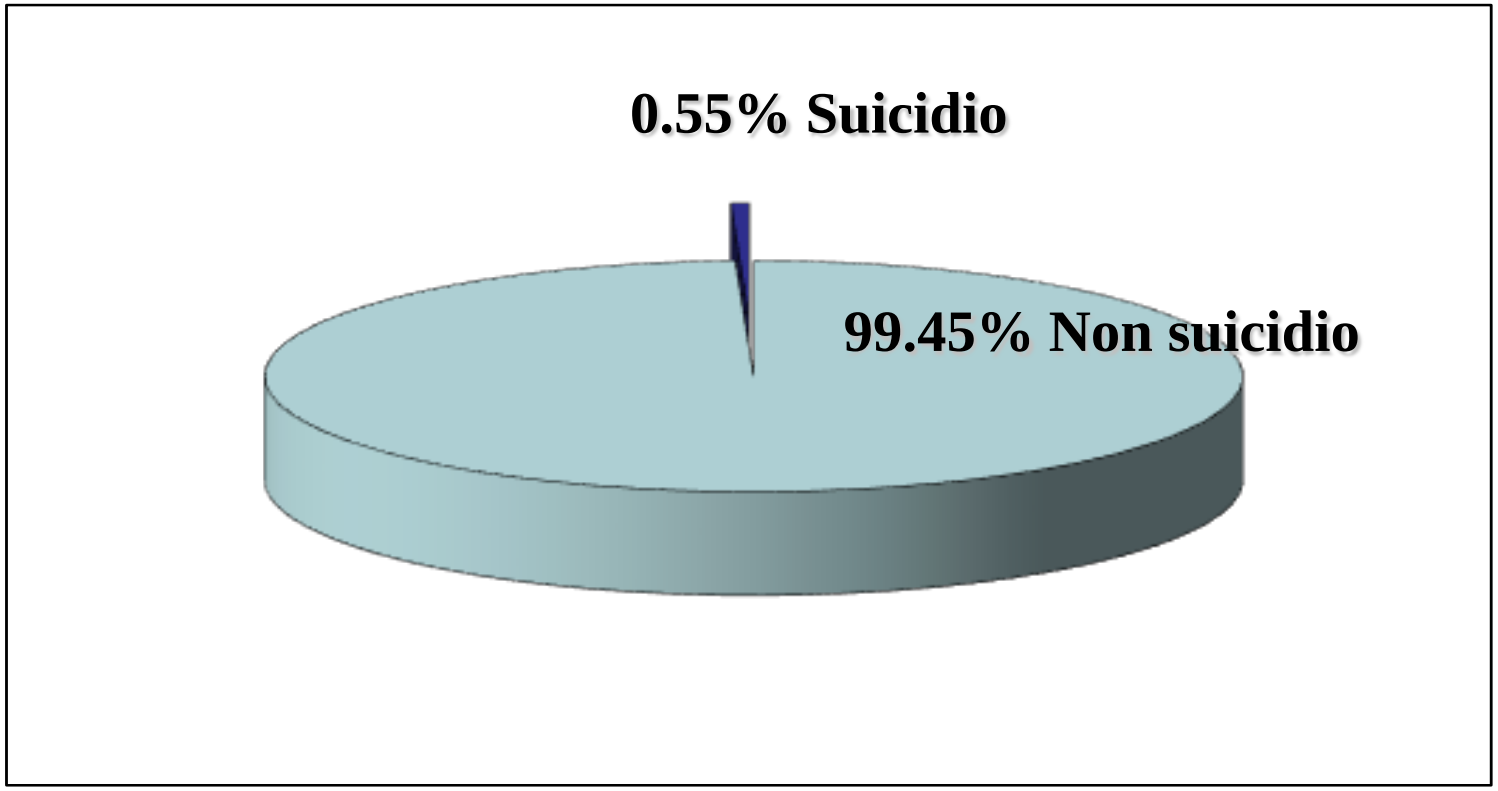


Esito dell'ideazione suicidaria (per anno)



$$\frac{\text{Totale Suicidi}}{\text{Prevalenza Ideazione}} = \frac{30.000}{10 \text{ milioni}}$$

Esito dei tentativi di suicidio (per anno)



www.psych.org

American Psychiatric Association Practice Guidelines

Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors

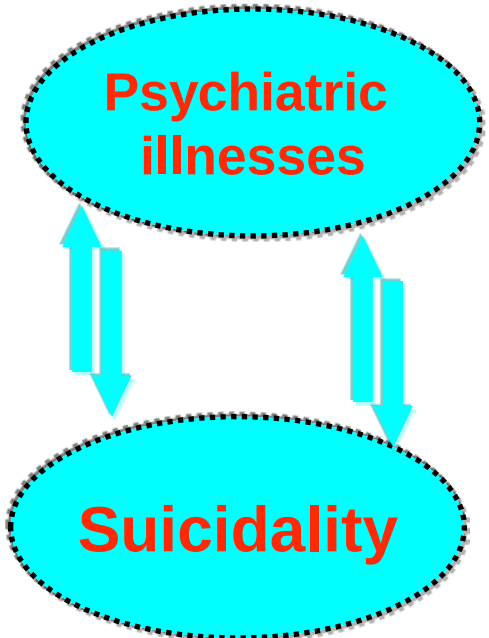
Work Group on Suicidal Behaviors

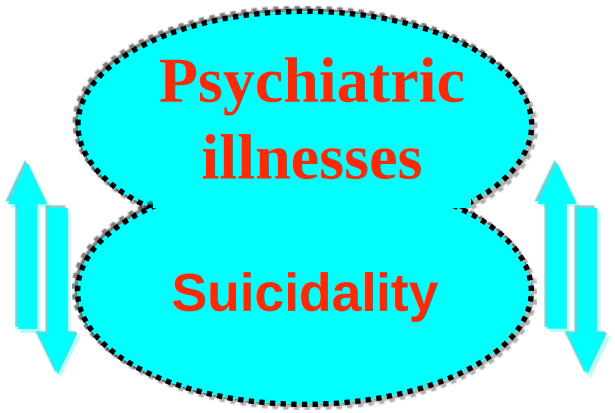
Douglas G. Jacobs, M.D., Chair

Ross J. Baldessarini, M.D.
Yeates Conwell, M.D.
Jan A. Fawcett, M.D.
Leslie Horton, M.D., Ph.D.
Herbert Meltzer, M.D.
Cynthia R. Pfeffer, M.D.
Robert I. Simon, M.D.

FEATURES TO BE EVALUATED:

1) Current presentation of suicidality
2) **Psychiatric illnesses**
3) History
4) Psychosocial situation
5) Individual strengths and vulnerabilities







La valutazione sistematica del rischio di suicidio è un processo, non un evento

Rischio imminente o acuto (entro 48 ore): viene espressa l'intenzione di suicidarsi e viene descritto un piano operativo realistico. In genere questo accade:

Rischio a lungo termine o cronico: riscontro di uno o più fattori di rischio clinici

Rischio a breve termine o intermedio (da qualche giorno ad alcune settimane): anche in assenza di una chiara disposizione o rappresentabilità suicidaria, coesistenza tra depressione del tono dell'umore, elevati livelli di ansia e disperazione

Fattori di rischio per il suicidio

1. Fattori di rischio primari (**malattie psichiatriche**: depressione, precedenti tentativi di suicidio, etc.)
2. Fattori di rischio secondari (**psicosociali**: precoci eventi di vita negativi, perdita del lavoro, etc.)
3. Fattori di rischio terziari (**demografici:** sesso maschile, età avanzata, etc.)

Rihmer, JAD 1996, 39:83-91

Rihmer et al, COP 2002, 15: 83-87

Fattori di rischio per suicidio

DISTURBO BIPOLARE

1. Esordio precoce nel decorso della malattia
2. Giovane età
3. Stati depressivi, misti irritabili-disforici
4. Razza caucasica
5. Stato civile celibe/nubile
6. Depressione pregressa
7. Pregressi stati disforici-agitati
8. Disperazione
9. Tentativi di suicidio
10. Abuso di sostanze o di alcol
11. Impulsività
12. Scarsa compliance
13. Eventi di vita stressanti
14. Ideazione suicidaria
15. Limitato accesso ai servizi di supporto o clinici
16. Accesso a mezzi letali
17. Familiarità per suicidio

SCHIZOFRENIA

- Sesso maschile, giovane età
- Stato civile celibe, nubile
- Razza caucasica
- Depressione post-psicotica
- Tentativi di suicidio
- Disperazione
- Abuso di sostanze
- Consapevolezza di malattia
- Effetti collaterali extrapiramidali
- Ospedalizzazione, periodo di dimissione
- Eventi di vita stressanti
- Isolamento sociale
- Scarsa compliance
- Paura della disintegrazione mentale
- Buon funzionamento pre-morboso
- Familiarità per suicidio
- Eventi di perdita o rifiuto recenti
- Sottotipo paranoideo

Raccomandazioni per la Salute Pubblica

- *L'inglese CSM (Committee on Safety of Medicines) proibisce l'uso degli SSRI's (ad eccezione della fluoxetina) nei ragazzi al di sotto dei 18 anni*

  (Dec. 2003)
- *L'FDA (Food and Drug Administration) raccomanda molta attenzione nell'uso degli SSRI's nei giovani, in seguito ad un aumento nel numero di idee o di tentativi di suicidio*

  (Oct. 2003)

Associations between Specific Substances and Suicide Behavior

Substance Abuse:	**Strong**
Alcohol:	**Strong**
Cocaine:	**Strong**
Heroin:	**Strong**
Nicotine Smoking:	**Strong**
Amphetamines:	Likely
Caffeine:	Weak
Cannabinoids:	Weak
LSD:	Uncertain
Phencyclidine:	Uncertain

Tondo et al, 1999

Metodi più frequenti
(Italia, 2010)

- **Impiccagione** **(42.8%)**
- **Precipitazione** **(22.6%)**
- **Arma** **(14.1%)**
  - **da fuoco (84.4%)**
  - **taglio (15.6%)**
- **Annegamento** **(5.09%)**
- **Avvelenamento** **(3.77%)**
- **Asfissia da gas** **(2.46%)**
- **Investimento** **(2.10%)**

Fattori precipitanti

Eventi stressanti recenti:

- **perdita di sicurezza emotiva (lutti)**
- **sociale (pensionamento, licenziamento)**
- **fisica (malattie invalidanti)**
- **economica (problemi finanziari)**

Fattori protettivi

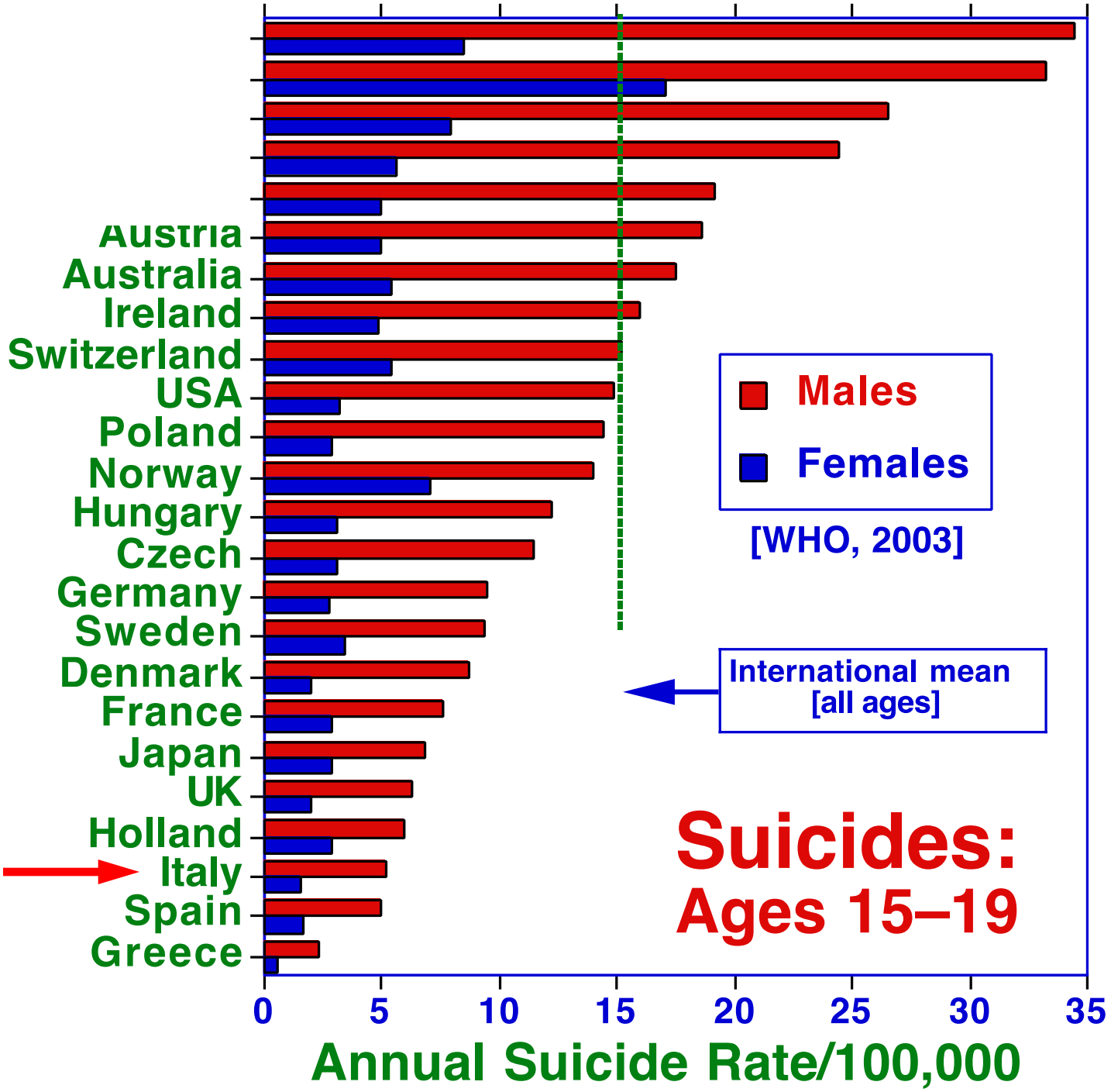
- **Supporti sociali intatti**
- **Matrimonio**
- **Presenza di bambini piccoli**
- **Fede religiosa**
- **Presenza di assistenza**
- **Facile accesso a risorse mentali o mediche**
- **Consapevolezza del disturbo di base**
- **Buone capacità di *problem-solving* e *coping***

Valutazione del rischio suicidario

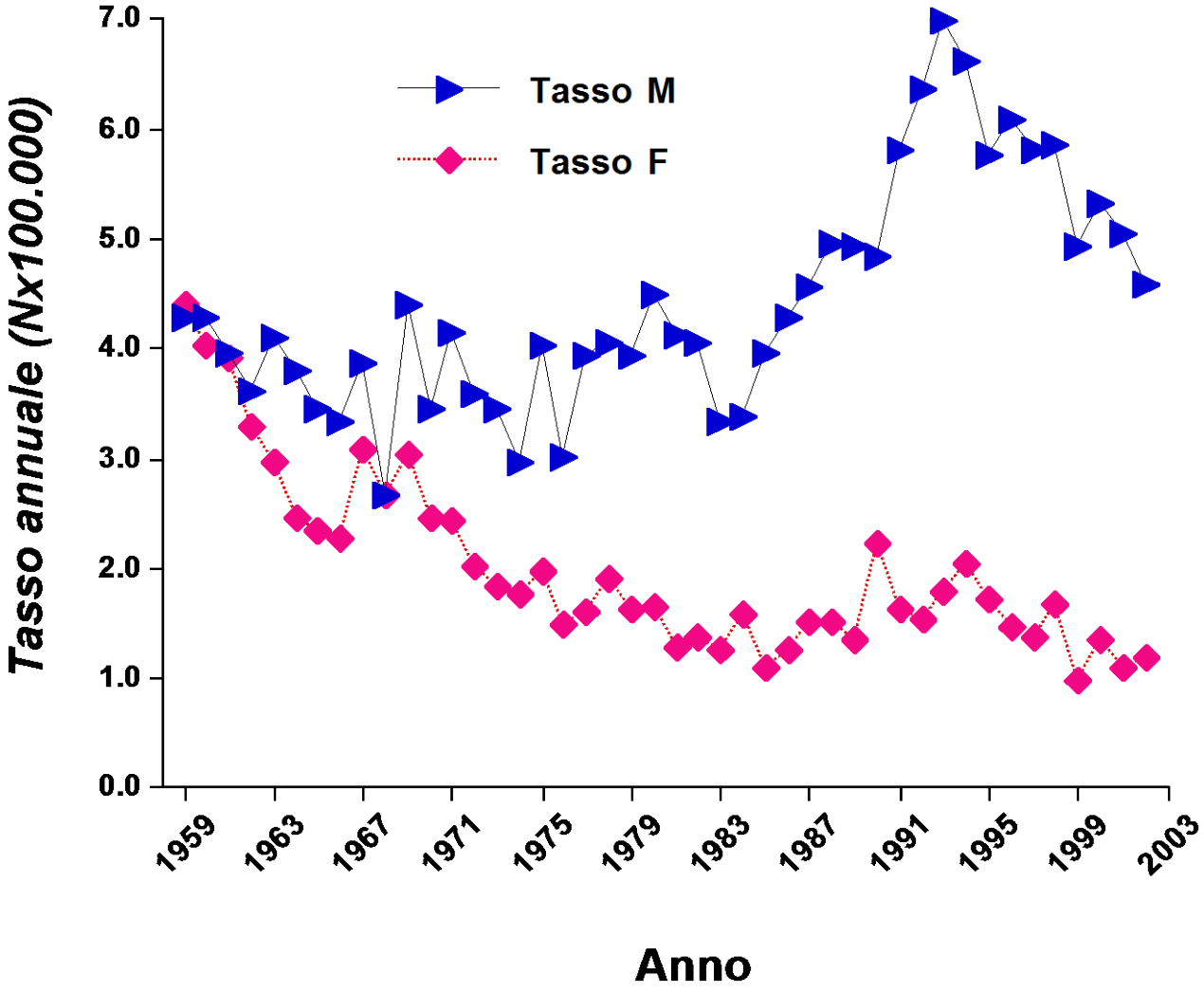
- **Richiesta di informazioni precise:**
  - **Voglia di vivere**
  - **Farsi del male**
  - **Pensare di togliersi la vita**

- **Ricerca e identificazione dei fattori di rischio**
- **Valutazione di fattori precipitanti**
- **Indagine specifica sull'intento di suicidio**
- **Suicidalità acuta o cronica**
- **Livello di consapevolezza**
- **Alleanza terapeutica**

L’emergenza suicidio nei giovani

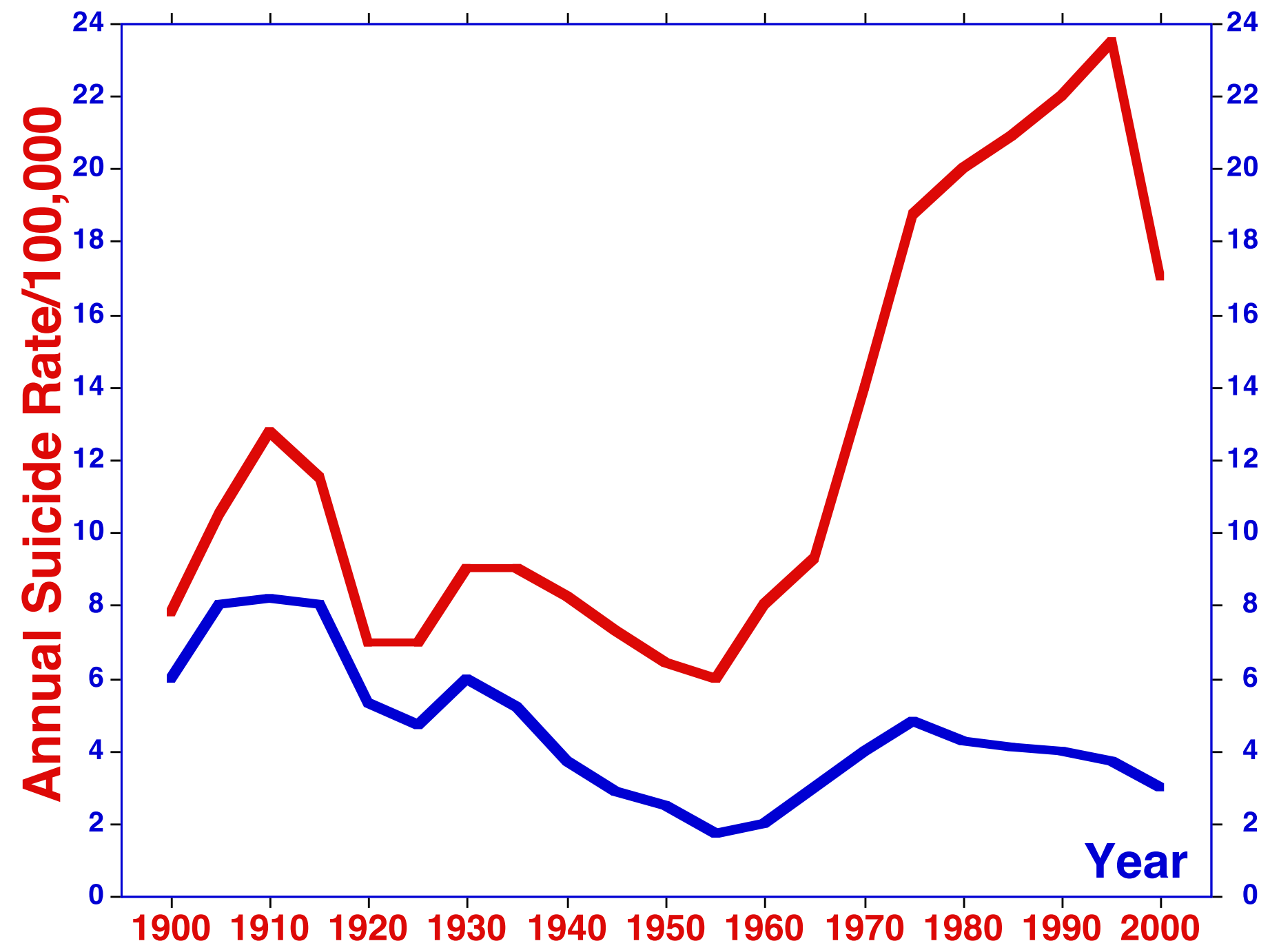

Austria
Australia
Ireland
Switzerland
USA
Poland
Norway
Hungary
Czech
Germany
Sweden
Denmark
France
Japan
UK
Holland
Italy
Spain
Greece
Males
Females
[WHO, 2003]
International mean
[all ages]
Suicides:
Ages 15–19
0
5
10
15
20
25
30
35
Annual Suicide Rate/100,000

Variazione tasso di suicidio nei giovani (1959-2002)



Rapporto M:F = 2:1

ISTAT, 2005


Annual Suicide Rate/100,000
24
22
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
1900
1910
1920
1930
1940
1950
1960
1970
1980
1990
2000
Year

Considerazioni sul minore tasso di suicidio nelle ragazze

Il suicidio nelle ragazze è meno frequente eppure soffrono di depressione più dei ragazzi

Interpretazione

Le ragazze:

- **abusano meno di droghe**
- **tendono a chiedere aiuto**
- **parlano più facilmente delle loro emozioni**
- **accettano più facilmente terapie**
- **aderiscono più spesso ai trattamenti**

Fattori di rischio nei giovani

- Recente matrimonio
- Gravidanza non desiderata
- Mancanza di supporto familiare
- Abusi nell'infanzia
- Problemi scolastici
- Umiliazione sociale
- Orientamento omosessuale

Conclusioni

- **Le autorità internazionali per la salute (OMS) riconoscono il suicidio come un problema *medico* più che sociale**
- **La ricerca empirica sulla terapia preventiva per il suicidio era praticamente sconosciuta dieci anni fa**
- **Il trattamento a lungo termine con litio presenta la più elevata evidenza per un effetto preventivo antisuicidario, la clozapina inferiore e gli antidepressivi nessuno**
- **Gli interventi psicosociali vanno giustificati clinicamente ma sono poco studiati**
- **La pratica clinica recente per la gestione del paziente depresso è inadeguata e si affida eccessivamente alle terapie farmacologiche mancando di sostegno economico per tempo e cure**

Non soffrire,

l’ho fatto perché è meglio per tutti

Vincent Van Gogh al fratello Theo
28 Luglio 1890