

RIFLESSIONI SU UN CASO DI SUICIDIO: LA STORIA DEL SIGNOR A

Cibinel L., Pavanini M., Cremonese C.

Riassunto

Il presente articolo, prendendo spunto da un caso clinico, ha lo scopo di proporre al lettore alcune riflessioni sul tema del suicidio nella schizofrenia ed in particolare nei pazienti con una lunga storia di malattia.

Il lavoro con pazienti affetti da schizofrenia, una delle patologie psichiatriche più gravi e che maggiormente è associata al rischio di cronicizzazione e di suicidio, può indurre, infatti, l'équipe curante ad avvertire sentimenti d'impotenza e frustrazione soprattutto di fronte a ripetuti fallimenti terapeutici. Nell'ambito del rapporto terapeutico tra il paziente e l'équipe che lo ha in cura, si può giungere alla perdita della capacità di cogliere elementi nuovi e destabilizzanti quando questi intervengono in una storia di malattia apparentemente immutata nel tempo e possono determinare un aumento del rischio suicidiario. L'équipe, in questi casi, può trovarsi a riproporre in maniera quasi standardizzata interventi di tipo palliativo o rivolti alla gestione dell'urgenza, perdendo la capacità di elaborare interventi terapeutici diversi e maggiormente efficaci per un paziente a più alto rischio di suicidio.

Parole chiave:

Suicidio, Cronicità, Schizofrenia.

Summary

The present article, taking inspiration from a real case report, aims to propose to the reader some reflections about suicide in schizophrenia, especially when it occurs in chronic patients. Working with patients suffering from schizophrenia, a disorder associated with one of the highest rate of chronicity and suicide in psychiatry, may cause feelings of frustration and impotence for all those who are involved in treatment, especially after repeated therapeutic failures. Even when a therapeutic relation has been present for a long time, losing the ability to grab new elements, sometimes important in the story of illness but unmodified along time, may determine an increase in the risk of suicide. These elements, fixed in the patient, tend to be static in the caregivers too, sometimes exposing the équipe itself to suggest palliative interventions to face emergency in a standard way, losing

the ability to propose different and effective solutions for those patients with higher risk to commit suicide.

Key words:

Suicide, Chronicity, Schizophrenia.

Per corrispondenza:

Linda Cibinel, Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova, Via Giustiniani 2 – Padova, tel. 049.8213831.

Introduzione

È noto e documentato in letteratura che i pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico presentano una possibilità di compiere un atto suicidiario circa 20 volte superiore a quello della popolazione generale (Meltzer et al., 2000).

Assieme ai disturbi dell'umore e da abuso alcolico, infatti, la schizofrenia è la patologia psichiatrica che maggiormente si associa al rischio di suicidio ed il suicidio costituisce la maggior causa di morte tra i pazienti schizofrenici. È stato stimato che circa il 10% dei pazienti schizofrenici muore per suicidio (Caldwell et al., 1992; Palmer et al., 2005) e fino al 50% presenta ideazione suicidaria e/o tenta il suicidio nel corso della vita (Fenton et al., 1997; Harkavy-Friedman et al., 2003).

Nonostante i risultati della letteratura scientifica non siano omogenei, le caratteristiche che sembrano correlate al suicidio sono il sesso maschile e la giovane età, un buon livello di funzionamento premorbo con elevate aspettative prestazionali e realizzative, un decorso cronico della patologia, segnato da numerose ricadute e frequenti ospedalizzazioni, insieme alla scarsa collaborazione al trattamento, una storia di precedenti tentativi di suici-

dio e la presenza di sintomi depressivi. Inoltre, la dolorosa consapevolezza della malattia nonché delle limitazioni, della disabilità che essa impone e del progressivo deterioramento che può comportare inducono nel paziente sentimenti di demoralizzazione e perdita di speranza, anche questi associati ad un aumentato rischio suicidario (De Hert et al., 2001; Hawton et al., 2005).

È stato riscontrato inoltre che i pazienti schizofrenici appartenenti al sottotipo paranoide con sintomi "positivi" quali, in particolare, l'elevata sospettosità e l'ideazione delirante, abbiano un rischio di suicidio significativamente più elevato rispetto agli altri sottotipi di schizofrenia. La presenza, infatti, di una sindrome deficitaria, con sintomi "negativi" quali il ritiro sociale, l'appiattimento affettivo ed emozionale, l'indifferenza verso il futuro, determina un più basso rischio suicidario, probabilmente perché lo svuotamento vitale preclude la dolorosa e angosciante consapevolezza della propria condizione di malattia e delle proprie difficoltà esistenziali.

Tuttavia, nonostante i tentativi di identificare i fattori di rischio e gli sforzi nell'ambito della terapia farmacologia e nelle strategie psicosociali per prevenire il suicidio nella schizofrenia, il numero di suicidi tra i pazienti schizofrenici è rimasto praticamente immutato nel tempo. Questo dato evidenzia la complessità del problema e le difficoltà nell'individuazione di efficaci strategie preventive (Pompili et al., 2004), anche perché la causalità esterna (eventi, traumi, perdite) nel suicidio dei pazienti psicotici risulta essere meno evidente rispetto a quella riscontrabile nei pazienti non psicotici. Nei soggetti affetti da schizofrenia sarebbero infatti maggiormente rilevanti le profonde e patologiche dinamiche interne relative alla malattia (Gabrielli F, 1995; Heila et al., 1999; De Hert et al., 2000).

Queste considerazioni sottolineano la maggiore imprevedibilità dell'atto suicidario nella schizofrenia e la difficoltà di trovare fattori predittivi di utilità clinica ben identificabili.

La storia clinica e personale del Sig. A, ricostruita attraverso le cartelle cliniche dei ricoveri ospedalieri e del Centro di Salute Mentale da

cui era stato seguito, ci è sembrata emblematica di molte storie di pazienti che frequentano i nostri Centri di Salute Mentale. La nostra estraneità alla cura del paziente ci ha consentito di essere nella posizione privilegiata di osservatori esterni e pertanto emotivamente meno coinvolti. È stato possibile pertanto fermarci a riflettere con maggiore attenzione sia sul perché il Sig. A abbia deciso, in quel certo momento, di porre fine alla propria vita, sia sul tema molto difficile del suicidio di un paziente in cura e conosciuto da molto tempo dall'équipe di riferimento di un Servizio Psichiatrico.

Ci siamo quindi interrogati su alcune delle difficoltà che si possono presentare nella cura dei pazienti psicotici con un decorso cronico della malattia e una scarsa collaborazione al trattamento, quei pazienti che sembrano invalidare continuamente i più vari e diversi tentativi d'intervento, e che spesso inducono l'équipe curante a confrontarsi con sentimenti d'impotenza, ineluttabilità e di catastrofe.

Il caso clinico del Sig. A

Il Sig. A, quarantenne al momento del suicidio, era conosciuto dal Servizio Psichiatrico da più di vent'anni perché affetto da una forma di Schizofrenia Paranoide.

I genitori si erano trasferiti nel nord Italia per motivi di lavoro quando il paziente aveva tre anni di vita, ma non siamo riusciti a ricostruire dai carteggi clinici disponibili se fosse riuscito o meno crearsi una valida rete sociale nella nuova città.

Primogenito, con un percorso scolastico poco brillante, ebbe un esordio delle manifestazioni sintomatologiche intorno ai 18 anni d'età. Appena due anni dopo esser stato riformato al servizio di leva per problemi psichici, era già un paziente ben conosciuto ai servizi di salute mentale per numerosi ricoveri, alcuni dei quali in regime di trattamento sanitario obbligatorio. I ricoveri sembravano rendersi necessari per riacutizzazioni periodiche di un'angoscia incontenibile accompagnata frequentemente da agitazione psicomotoria. Già all'esordio della malattia il paziente manifestò le prime minacce di suicidio.

Non fu mai in grado di portare avanti un'attività lavorativa, pur avendone iniziate molte e, fin dall'inizio della presa in carico, furono numerosi e fallimentari i tentativi d'inserimento in attività di gruppo al centro di Salute Mentale, centri diurni e comunità riabilitative. Questi fallimenti venivano attribuiti alla sua scarsa capacità di aderire alle proposte terapeutiche e, soprattutto, alla sua scarsa capacità di mantenere un impegno nel tempo.

Dai 25 anni d'età cominciò a manifestare episodi d'aggressività in particolare nei confronti del padre che fu vittima di un'aggressione piuttosto violenta.

Il suo malessere si manifestò però in maniera ancor più eclatante qualche anno più tardi, quando mise in atto un tentativo di suicidio che minacciava da tempo, dal quale sopravvisse per l'intervento fortuito del padre.

Un ulteriore aggravamento dei sintomi della malattia del Sig. A sembra essere dato proprio dalla morte del padre, poco dopo il primo tentativo di suicidio, e dal cambiamento, l'anno successivo, dello psichiatra curante. Il rapporto con i servizi psichiatrici sembrava così divenire più labile e l'atteggiamento verso le cure diventare ancora più svalutativo e sfiduciato. Ulteriori tentativi d'inserimento in comunità e strutture riabilitative fallirono. Parimenti inefficace era il trattamento farmacologico, assunto in modo discontinuo e parzialmente autogestito, ad eccezione di una terapia *long-acting*, comunque mal tollerata.

A complicare ulteriormente il quadro clinico interveniva l'abuso intermittente di sostanze stupefacenti che riprese, dopo un periodo di astinenza di alcuni anni, all'inizio del suo ultimo anno di vita. In quell'anno, il Sig. A sembrava essere sempre più preda delle sue paure profonde, dei suoi deliri e ossessioni e dopo ogni ricaduta sembrava rafforzarsi in lui l'idea d'incurabilità, accompagnata al peso di una sofferenza sempre più insostenibile.

Le ultime parole che rivolse alla madre e agli altri pazienti poco prima di morire furono, infatti, parole di disperazione e di rabbia contro "chi non era in grado di guarirlo".

Un elemento rilevante, che a nostro avviso può aver influito sulla situazione psicopato-

logica ed esistenziale del Sig. A, avvenuto due mesi prima della morte, è stato il ricovero della madre in ospedale.

Non sembra ci siano stati, nella storia del paziente, altri momenti di separazione dalla madre; in ogni caso, a questo distacco, sia pur breve, il Sig. A sembrava attribuire un significato drammatico. Fu ricoverato poco dopo e dalle parole riportate nella cartella del Centro di Salute Mentale traspariva in modo evidente tutta l'angoscia e lo smarrimento vissuti in quei momenti.

Al rientro a casa della madre dall'ospedale, il paziente peggiorò il suo comportamento, diventando più aggressivo e intrattabile, tanto che i familiari più volte si rivolsero ai curanti segnalando la situazione sempre più insostenibile e chiedendo maggiori interventi. Furono pertanto incrementate le visite domiciliari.

Nello stesso periodo il paziente accettò, almeno verbalmente, di riprovare a frequentare una struttura riabilitativa, come proposto dai curanti. Non farà in tempo ad iniziare.

L'ultimo ricovero, in cui il Sig. A pone fine alla propria tormentata esistenza, non sembrava diverso dagli altri. Il motivo che lo portò al ricovero fu l'ennesimo accesso d'angoscia ed agitazione psicomotoria, che si accompagnava alle "consuete" minacce di suicidio.

La notte dell'ingresso era agitato e aggressivo, ma già la mattina successiva apparve più calmo e disponibile. Come nei ricoveri precedenti, il quadro clinico sembrava essere prontamente stemperato nell'ambiente contenitivo del reparto.

Nel pomeriggio dello stesso giorno, tuttavia, senza che i medici e gli infermieri avessero ravvisato alcunché di diverso o d'allarmante nel suo comportamento, venne ritrovato privo di vita nella sua stanza con un capo d'abbigliamento legato attorno al collo.

Discussione

Abbiamo detto come il suicidio nei pazienti affetti da schizofrenia sembra si caratterizzi per una maggiore imprevedibilità e per la difficoltà di identificare fattori predittivi di utilità cli-

nica; anche le circostanze in cui è avvenuto il suicidio e il mezzo scelto dal Sig. A fanno pensare ad un gesto impulsivo che non poteva essere previsto dal personale del reparto.

Se tuttavia proviamo a prendere un po' di distanza dalla situazione contingente ed osservare con più distacco quanto avvenuto, ricollocandolo nel contesto della storia personale e di malattia del paziente, forse è possibile cogliere alcuni elementi che suggeriscono la possibilità di un'evoluzione così drammatica.

Ci sembra, infatti, che con il suo suicidio il signor A, nel momento in cui la malattia della madre lo ha condotto a convivere con una percezione d'angoscianti e lacerante separazione, abbia messo in atto il tentativo tragico di porre termine ad una situazione che per anni era stata di stallo, non soltanto per lui, ma, parallelamente, anche per l'équipe che lo aveva in cura.

Il paziente sembrava essere arrivato ad un momento della propria vita in cui, in qualche modo, percepiva l'intollerabile prospettiva di un'esistenza condannata alla malattia, ai ricoveri e alla solitudine; possibilità, quest'ultima, sperimentata forse per la prima volta proprio con la malattia della madre e la sua assenza. In queste condizioni la sofferenza mentale sembra diventare insostenibile e portare così a perdere definitivamente la speranza che "qualcuno possa fare qualcosa per lui".

L'équipe curante, che di fronte a tale situazione appariva in una dimensione sostanzialmente bloccata e statica, si trovò ad affrontare le difficoltà della cura e della gestione di un paziente cronico e poco collaborante, in cui le aspettative dei curanti, nel contesto di un rapporto terapeutico conflittuale e dopo i ripetuti fallimenti terapeutici, si erano verosimilmente ridotte progressivamente nel tempo.

Anche la sensazione che si ricava nel leggere le cartelle cliniche è di uno smarrimento nella possibilità di collocare il paziente in un suo contesto ambientale e culturale; è difficile, infatti, ricostruire la sua storia personale, in particolare quella degli ultimi anni, dalle notizie riportate dai curanti, piuttosto frammentate e vaghe, e dalle brevi annotazioni quali "paziente già noto per precedenti ricoveri" ed "emergono

le solite idee suicidarie". La storia, anche se un tempo ben conosciuta, sembra essere stata lasciata al ricordo di qualcuno, o venire tramandata a voce; nelle équipe però il personale può cambiare e non sempre una trasmissione orale mantiene appieno il suo compito.

È verosimile che esistesse una conoscenza più approfondita del paziente, soprattutto da parte di alcuni operatori, sembrava però che nell'équipe prevalesse una visione del paziente come presenza statica e poco personale nell'ambito del Centro di Salute Mentale e che la sua situazione fosse vissuta come priva di potenzialità evolutive, immutabile, "senza tempo", in cui sembrava non poter accadere nulla di nuovo.

Coinvolta nella cronicità del paziente, all'équipe risultava difficile cogliere appieno gli appena percettibili cambiamenti della situazione clinica e il loro importante significato per la vita psichica del paziente, trovandosi dunque in difficoltà nel pensare e attuare modalità d'intervento efficaci. Negli operatori sembrava essersi persa quella capacità di rappresentazione della persona e delle sue potenzialità evolutive che costituisce, come sottolineato da Foresti e Rossi Monti (2002), un requisito indispensabile per lavorare a lungo con i pazienti psicotici. Questi autori insistono, infatti, sulla necessità di mantenere sempre viva e presente tra gli operatori dell'équipe curante l'immagine del paziente e delle sue potenzialità, in altre parole "la capacità di rappresentare nelle sue linee generali il progetto che è possibile formulare per quel paziente e allo stesso tempo rappresentarsi la posizione particolare che il singolo operatore occupa nell'ambito di quel progetto". Ne risulta una rappresentazione quasi visiva delle potenzialità e delle particolarità del paziente, nella quale diagnosi, ma anche problemi difficoltà e sintomi, possano essere condivisi dal gruppo di lavoro. "Un po' come se ogni operatore che lavora sul caso potesse, chiudendo gli occhi, avere davanti a sé una rappresentazione della persona di cui si sta occupando e anticiparne le possibilità evolutive" (Foresti et al., 2002).

Questa capacità di rappresentazione può rendere comprensibili quei gesti e quei segna-

li che, se isolati dal contesto e dalla storia che li ha preceduti, possono suonare “estranei o anche alieni: fatti inspiegabili, inconcepibili” (Foresti et al., 2002).

Nel caso del Sig. A ci è sembrato che le difficoltà incontrate nel percorso di cura possano aver favorito nell'équipe una visione del paziente più orientata alla gestione dell'*hic et nunc*, dell'acuzie, e che prevalesse una sorta d'atteggiamento quasi sfiduciato nel rapportarsi ai “soliti sintomi” e alle “solite idee suicidarie”, per i quali, dopo aver sperimentato tutti i programmi possibili, non resta che riproporre “i soliti percorsi”.

Questo atteggiamento sfiduciato, a nostro parere, non ha reso possibile cogliere appieno l'altissimo rischio che, da estranei alla vicenda e a posteriori, possiamo individuare con più facilità: quello di un paziente schizofrenico che, con un mancato suicidio alle spalle e una marcata impulsività e aggressività, si debba confrontare con il tema della perdita anche se solo supposta, dell'unica relazione significativa presente nella sua vita, quella con la madre.

Vorremmo a questo punto ricordare con Pavan: “Si può pensare che lo schizofrenico quando è costretto ad affrontare o a venire in contatto con le problematiche della perdita, della separazione e con tutto ciò che rimanda ai limiti propri di ognuno e all'estremo limite qual è quello della finitezza dei rapporti umani e della vita, allora tende a vivere una sofferenza dominante ed insopportabile” (Pavan, 1995).

Ci sentiamo così di concludere le nostre osservazioni, per cercare di ridurre il rischio che altri pazienti scelgano di porre termine drammaticamente come il Sig. A ad una tale e insopportabile sofferenza, ricordando l'importanza per i curanti di mantenere sempre viva la capacità di rappresentarsi, di immaginare il paziente, cercando di non “dimenticare” mai le potenzialità evolutive, anche limitate, del paziente, per non colludere con l'immagine che il paziente stesso ci può comunicare, “nessuno può fare niente per me”.

Bibliografia

Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenia- A high risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life-Threat* 22: 479-493, 1992.

De Hert M, Peuskens J. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Schizophrenia. In “*The international handbook of suicide and attempted suicide*”. K.Hawton & K. van Heeringen (Eds.) John Wiley & Sons, Ltd, 2000.

De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 47 (2-3): 127-134, 2001.

Fenton WS, WcGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiat* 154: 199-204, 1997.

Foresti G, Rossi Monti M. La diagnosi e il progetto. Visioning clinico e organizzatori psicopatologici. In “*Psicoterapia e scienze umane*”, XXXVI, 3, 2002.

Gabrielli F. Implicazioni suicidarie delle relazioni oggettuali interne nella psicosi. In “*Paura della morte e suicidio*”. L. Pavan. Il pensiero scientifico (Ed), Roma, 1995.

Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. Suicide attempts in schizophrenia: The role of command auditory hallucination for suicide. *J Clin Psychiat* 64 (8): 871-874, 2003.

Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Brit J Psychiat* 187: 9-20, 2005.

Heila H, Heikkinen ME, Isometsa ET, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Life events and completed suicides in schizophrenia: A comparison of suicide victims with and without schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 25: 519-531, 1999.

Meltzer HY, Anand R, Alphs L. Reducing Suicide Risk in Schizophrenia: focus on the role of clozapine. *CNS Drugs* 14 (5): 355-365, 2000.

Meltzer HY, Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assesment. *Am J Psychiat* 152 (2): 183-190, 1995.

Palmer BA, Pankratz VS, Bostwyck JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia- A re-examination. *Arch Gen Psychiat* 62: 47-253, 2005.

Pavan L. Controtransfert, vulnerabilità schizofrenica e suicidio. In “*Paura della morte e suicidio*”. L. Pavan. Il pensiero scientifico (Ed), Roma, 1995.

Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicide in schizophrenia. What are we going to do about it? *Ann Ist Super Sanita* 40 (4): 463-473, 2004.