

PSICOPATOLOGIA DEL SUICIDIO E SCELTA DEL METODO: ESISTE UNA RELAZIONE?

Gori A., Meneghel G., Corinto B., Pavan L.

Riassunto

Il nostro studio indaga la relazione tra psicopatologia, intenzionalità e metodo suicidario per meglio comprenderne il ruolo in un'ottica preventiva.

In 134 consulenze condotte su pazienti ricoverati in ospedale per un tentato suicidio abbiamo: raccolto i dati psicopatologici, formulato un'ipotesi diagnostica, valutato l'intenzionalità suicidaria tramite l'Intent Score Scale (ISS) e la Suicide Assessment Scale (SAS).

Vogliamo sottolineare come, nel nostro campione di tentatori di suicidio, l'intenzionalità suicidaria non risultasse direttamente correlata alla scelta del metodo, mentre altri fattori psicopatologici come la diagnosi (la psicosi in particolare) e l'età risultassero fortemente associati.

Parole chiave:

Metodo suicidario, diagnosi psichiatrica.

Summary

Our study investigates the relationship between psychopathology, suicidal intent and suicidal method.

In 134 suicidological consultations with subjects hospitalised in psychiatric wards we collected the principal psychopathological data, formulated a diagnostic hypothesis, assessed suicidal intention using the Intent Score Scale (ISS) and the Suicide Assessment Scale (SAS).

We would like to underline that, in our sample of suicide attempters, suicidal intent was not directly correlated with the choice of suicidal method, while other psychopathological factors like psychiatric diagnosis (particularly schizophrenia) and age were strongly associated.

Key words:

Suicidal method, psychiatric diagnosis.

Per corrispondenza:

Dr. Gori Andrea, Dipartimento Neuroscienze, Università di Padova, Via Giustiniani, 35100 Padova, Tel. +393931050668; e-mail: aggressuicide@unipd.it

Introduzione

Nonostante l'incapacità d'individuare con sufficiente accuratezza chi tenterà il suicidio, rimane l'esistenza di diverse variabili psicopatologiche, elementi oggettivi, la cui relazione col gesto suicidario è stata statisticamente dimostrata. Beck (1989), per esempio, ha segnalato come un alto grado di hopelessness sia associato al suicidio; altre caratteristiche cliniche quali l'ideazione suicidaria, la presenza di un disturbo psichiatrico (soprattutto depressione e schizofrenia), l'abuso d'alcol o di altre sostanze, l'isolamento sociale e la disponibilità dei mezzi per attuare il suicidio svolgono un importante ruolo (Appleby, 1992). Il metodo costituisce un'importante determinante nell'outcome dell'agito suicidario. In questo contesto di incertezza è difficile valutabilità della gravità dell'agito, ci domandiamo quali siano le variabili psicopatologiche legate alla scelta del metodo e se possa esistere una relazione tra intenzionalità e metodica adottata.

Il nostro studio si propone di confrontare le variabili socio-demografiche e psicopatologiche, rilevate nel campione di pazienti contattati dalla nostra Unità di Suicidologia, col metodo impiegato dal paziente nell'espletamento del gesto, al fine di evidenziare eventuali correlazioni ed effettuare un confronto con quanto descritto in letteratura. Questo tipo d'indagini svolgono un importante ruolo nella ricerca in suicidologia, in quanto permettono di disegnare strategie preventive del gesto diversificate a seconda delle sottopopolazioni cui applicarle (De Leo, 2004).

Tabella 1. Divisione in categoria hard e soft del metodo

Metodo hard	Metodo soft
Autolesionismo per impiccagione, strangolamento, soffocamento	Avvelenamento con barbiturici, altri sedativi, ipnotici e altri agenti psicotropi
Autolesionismo con armi da fuoco ed esplosivi	Avvelenamento con oppiacei, narcotici correlati e psico-sedativi
Autolesionismo per urto, investimento, scontro con un veicolo in movimento	Avvelenamento con analgesici non narcotici, antipiretici ed antireumatici
Autolesionismo con fuoco, fiamme e vapori	Avvelenamento con altri farmaci e medicinali
Autolesionismo con oggetti affilati, contundenti	Avvelenamento con alcool
Autolesionismo per annegamento	Taglio superficiale di superfici del corpo
Avvelenamento con prodotti petroliferi, solventi e loro vapori, pesticidi, erbicidi e altri prodotti chimici a uso agricolo tossici	

Materiali e Metodi

I dati fanno riferimento a 134 consulenze suicidologiche condotte tra ottobre 2001 e marzo 2006 dall'Unità di Suicidologia della Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova. Le consulenze hanno interessato soggetti ricoverati a seguito di un tentativo di suicidio nei reparti di degenza d'area medica, chirurgica e psichiatrica della ULSS 16 di Padova. La valutazione consisteva in: 1) una formulazione d'ipotesi diagnostica secondo i criteri DSM-IV TR; 2) la raccolta dei principali dati socio-demografici, psicopatologici e relativi all'intenzionalità del soggetto¹; 3) la descrizione della modalità e delle circostanze in cui si è verificato il gesto; in particolare, a questo proposito, abbiamo analizzato il metodo utilizzato dai nostri pazienti suddividendoli in due gruppi, utilizzando metodi hard o metodi soft (Tab. 1). Sono state inoltre valutate la condizione di ripetitore del gesto, quando l'eventuale gesto precedente si fosse verificato e che tipo di metodo fosse stato impiegato in quella circostanza.

¹ Per la valutazione dell'intenzionalità sono state utilizzate due scale: la SIS di Pierce per valutare l'intenzionalità precedente il gesto e la SAS per l'intenzionalità al momento della consulenza.

Risultati

Il nostro campione si distribuiva equamente tra i sessi (53,7%; n=72 donne) e l'età media era di 44,3 anni. Lo stato civile prevalente era quello di celibe/nubile (44%; n=59), seguito da quello di coniugato al primo matrimonio (31,3%; n=42), di separato (11,9%; n=16), di divorziato/a (5,2%; n=7), dai vedovi (5,2%; n=7). Relativamente ai nuclei familiari, la maggior parte dei pazienti viveva coi genitori (26,1%; n=35) o col partner e i figli (20,1%; n=27); meno frequente chi viveva da solo (14,9%; n=20), solo col partner (14,2%; n=19), in istituzioni (6,8%; n=9), con parenti e amici o in altre soluzioni abitative (6,1%; n=8 ciascuno). La valutazione della condizione economica vedeva numerosi pazienti privi di reddito o con basso reddito (32,8% ciascuna; n=44+44).

Per quanto riguarda la *diagnosi psichiatrica* il 42,5% (n=57) del campione soffriva di un disturbo depressivo, il 27,6% (n=37) soffriva di un disturbo della personalità, il 10,4% (n=14) di un disturbo di personalità in comorbilità con depressione, il 9,7% (n=13) di un disturbo dello spettro schizofrenico, il 4,5% (n=6) presentava una diagnosi di disturbo bipolare.

L'*intenzionalità* secondo le scale ISS e SAS individuava una popolazione a moderato-eleva-

to grado d'intenzionalità (4,5% in classe a basso rischio secondo la ISS, 9% secondo la SAS).

Nella scelta del *metodo* il 54,9% dei soggetti aveva scelto una modalità hard (n=73), il 45,1% (n=60) un metodo soft. Unitamente al tipo di metodo utilizzato sono stati indagati il grado di certezza soggettiva espressa relativamente alla letalità del gesto, la convinzione di lasciare o meno un danno permanente al proprio corpo tramite il gesto, se vi fosse concordanza tra i metodi utilizzati in eventuali precedenti gesti suicidari ed il metodo attuale.

L'analisi statistica ha riguardato, per le variabili qualitative, un'elaborazione in due livelli: in primo luogo abbiamo eseguito degli incroci tramite test χ^2 , quindi le variabili risultate significative sono state vagliate tramite un modello di regressione logistica, per eliminare eventuali *confounders*.

Incrociando tramite il test χ^2 le singole variabili col tipo di metodo utilizzato dal paziente (SOFT/HARD), abbiamo ottenuto numerosi riscontri tra cui segnaliamo: la relazione con il sesso del paziente (p=0,015), con l'età (p=0.023), la composizione del nucleo familiare (p=0.015), la condizione economica (p=0.032), i problemi familiari (p=0.003), la convinzione di lasciare o meno un danno permanente al proprio corpo tramite il gesto (p<0,001). Per quanto riguarda la correlazione col *sesso* del paziente, i maschi presentavano una tendenza maggiore all'utilizzo di un metodo hard rispetto alle femmine (66% contro 45,1%; n=41 contro 21 nei maschi e 32 contro 39 nelle femmine). La fascia d'età che aveva utilizzato di più una metodica di tipo hard era la over 65 (86% hard; n=17 contro 3). Nell'ambito della *composizione del nucleo familiare* chi era più propenso all'utilizzo di una metodica hard era chi viveva da solo senza figli o chi viveva col partner senza figli (rispettivamente 100% hard -n=5 contro 0- e 73,7% hard -n=14 contro 5). Per quanto concerne la *condizione economica* la fascia più a rischio era quella a basso livello economico (72,1% hard, n=31 contro 12). Hanno mostrato una maggior tendenza all'utilizzo di un metodo hard i pazienti privi di *problematiche familiari* (70,6% hard contro 43,8%; n=36 contro 15). La quasi tota-

lità dei pazienti convinti di *lasciare un danno fisico permanente al proprio corpo* avevano scelto una metodica hard (94.4% hard; n=17 contro 1). Al margine della significatività si era inoltre collocata la relazione tra scelta di un metodo soft e la presenza di precedenti contatti ambulatoriali (p=0,051).

Abbiamo quindi utilizzato un modello di regressione logistica binaria (backward e forward hanno portato ai medesimi risultati) per capire se le nostre significatività fossero il frutto della presenza di alcuni confounder. Abbiamo incluso nel nostro modello tutte le variabili che avevano mostrato un livello di significatività <0.1. Sono risultati significativi ($\alpha = 0.05$) il sesso (p<0.001), l'età (p=0.004), lo stato economico (p=0.04), la diagnosi psichiatrica (p=0.026). Le variabili risultate significative, la loro significatività e l'odds-ratio vengono riportate nella Tabella 2.

Tabella 2. Riassunto delle significatività riscontrate a livello della regressione logistica

Nome della variabile	Probabilità associata
Il sesso	P<0.001; OR=18.437
L'età	P=0.004; OR=0.015
Lo stato economico	p=0.004; OR=14,868
La diagnosi psichiatrica	p=0.026; OR=77,698

Per quanto riguarda il *sesso* abbiamo verificato una maggiore disposizione all'utilizzo di un metodo hard per i maschi rispetto alle femmine (p<0.001; OR=18.437). Per l'età, l'adulto maturo (51-60 anni) è risultato più protetto dall'utilizzo di un metodo hard (p<0.004; OR=0.015) rispetto al giovane (età<30). Dal punto di vista della *condizione economica* un basso livello economico predisponneva all'utilizzo di un metodo hard (p=0.004; OR=14,868). A livello della regressione logistica è stata verificata la correlazione con la *diagnosi psichiatrica* del paziente: prendendo come riferimento la depressione i pazienti affetti da psicosi si so-

no mostrati molto più pronti all'utilizzo di una tecnica hard ($p=0.026$; $OR=77,698$).

Non è stata rilevata alcuna correlazione tra la scelta del metodo e l'intenzionalità suicidaria rilevata come categorie di rischio delle scale Intent Score Scale e Suicide Assessment Scale.

Per le variabili quantitative rilevate (il numero di anni del paziente, il punteggio totale delle scale SAS e Pierce) è stata eseguita una verifica sulle medie con un test della *t* di student, effettuando un confronto tra chi utilizzava un metodo soft e chi aveva utilizzato un metodo hard. Le medie sono risultate differire in maniera significativa ($\alpha = 0.05$) per l'età ($p=0,018$) con un'età media di 47,33 anni negli hard contro una media pari a 30,62 anni nei soft. Non sono state evidenziate altre differenze significative per i punteggi delle scale di valutazione dell'intenzionalità.

Nonostante il livello di missing per questo item fosse pari al 16% (10 pazienti su 63) riteniamo interessante segnalare come nei *repeaters* la tipologia di metodo negli agiti ripetuti rimanesse la stessa. Più specificamente, la scelta di un metodo *soft* è stata riattuata dalla gran parte di coloro che avevano già utilizzato questa modalità in passato (78.6%, $n=22$). Altrettanto di casi per il metodo *hard* (76.0% dei soggetti che lo avevano già sperimentato precedentemente); per il test χ^2 il valore di p è risultato <0.001 .

Discussione

La nostra indagine si è concentrata sull'analisi delle correlazioni tra il metodo autolesivo e le variabili psicopatologiche di un campione di parasuicidi. In particolare, dei tentati suicidi avvenuti a Padova negli ultimi anni, abbiamo scelto di osservare coloro i quali per un agito autolesivo avevano necessitato di un ricovero in un reparto ospedaliero. Abbiamo quindi concentrato l'analisi su una delle molteplici sottopopolazioni che compongono il vasto panorama delle condotte autolesive ad esito fatale e non.

La presenza di dati missing nel nostro database ha costituito in alcuni casi un limite all'elaborazione statistica. Non sempre i pazien-

ti sono stati complianti o sono stati in grado di rispondere a tutte le domande della nostra testistica. Questo fatto ha occasionalmente ridotto la qualità nelle nostre elaborazioni, come il caso, per esempio, della concordanza nella scelta del metodo in pazienti *repeater*. La bassa numerosità campionaria ha comportato che, negli incroci χ^2 , a tratti le numerosità attese scendessero sotto il valore critico di 5, limitando in casi isolati l'attendibilità del test. Questo limite non ha interessato in alcun modo alcuna delle variabili risultate significative.

Tra i fattori di rischio per l'utilizzo di una metodica hard spicca, nel nostro studio, il sesso maschile: due terzi dei maschi avevano utilizzato una metodica hard, mentre nelle femmine vi era una leggera prevalenza per il metodo soft. Quello tra sesso e tipologia di metodo utilizzato è un legame noto e ben documentato in letteratura. Nel sesso maschile è costituzionale una maggior tendenza all'impulsività e all'aggressività; rispetto al sesso femminile sono in oltre meno presenti fattori protettivi quali la preoccupazione del dolore fisico e dello sfregio del proprio corpo (Canetto et al., 1995).

Il nostro studio conferma quanto riportato in letteratura rispetto alla relazione tra età e scelta del metodo: chi utilizzava un metodo hard aveva un'età mediamente più elevata rispetto a chi utilizzava un metodo soft (Clark et al., 1989). In particolare gli over 65 risultavano la fascia più rappresentata in questo senso. Il rilievo di una maggiore tendenza nel giovane all'utilizzo di una metodica hard rispetto all'adulto, riteniamo sia prevalentemente un artefatto dovuto ai criteri di selezione del campione adottati nel nostro studio.

Nelle campione in esame abbiamo riscontrato una correlazione positiva tra basso livello economico e scelta di un metodo hard, in conformità con la letteratura (Hawton et al., 2000). È nostra convinzione che la bassa condizione economica costituisca un fattore di rischio diretto ed indiretto: concorre in modo diretto a favorire la perdita di prospettive future e può indirettamente indicare una deriva sociale preesistente su base psicopatologica.

La presenza di un disturbo dello spettro schizofrenico si accompagnava ad un rischio

d'utilizzo di una metodica hard molto elevato (ben 77 volte maggiore rispetto ai pazienti depressi). A questo proposito ipotizziamo che un importante ruolo venga svolto sia dalla sofferenza e dallo stigma che si accompagnano nelle fasi inter-critiche, sia dallo stato dissociativo delle fasi produttive. In esse l'esame di realtà viene compromesso e i naturali fattori protettivi dell'individuo (paura del dolore, irreversibilità del gesto, ecc.) vengono inibiti.

Pur consci di una letteratura generalmente ostile a questa tesi, (van Praag et al., 1999; Haw et al., 2003), abbiamo voluto verificare se nei nostri pazienti l'intenzionalità fosse determinante nella scelta del metodo. Nel nostro campione non è stata rilevata alcuna correlazione tra scelta del metodo e livello d'intenzionalità né precedente il gesto (ISS) né al momento della consulenza (SAS). Il nostro studio dunque si pone in linea con la poco numerosa letteratura al riguardo. Riteniamo non tanto che l'intenzionalità non sia una delle determinanti nella scelta del metodo, piuttosto consideriamo siano determinanti, a questo proposito, i limiti delle scale di valutazione dell'intenzionalità attualmente a disposizione. Esse si basano su criteri solo in parte oggettivi e tendono in questo modo a dare troppi falsi positivi.

Vogliamo fare un'ultima considerazione sui *repeaters*: il fatto che vi sia una concordanza nel metodo tra i vari tentativi sottolinea da un lato l'importanza di elementi quali la disponibilità o la familiarità col gesto, dall'altro suggerisce come vi possano essere aspetti personologici importanti nella scelta del metodo: utilizzan-

do lo stesso metodo possiamo supporre il paziente possa, sulla base dell'esperienza pregressa, avere una sensazione di maggiore controllo sullo svolgimento del gesto sia che venga utilizzata una modalità soft che hard.

Bibliografia

Appleby L. Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *Br J Psychiatry* 161: 749-758, 1992.

Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric in-patients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol* 57: 309-310, 1989.

Canetto SS, Lester D. Women and suicidal behaviour. *New York Springer*, 1995.

Casey PR. Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatr Scand* 79: 290-295, 1989.

De Leo D. International Suicide Rates and prevention Strategies. Hogrefe & Huber (Ed.), 2004.

Hawton K, van Heeringen. The International Handbook of suicide and attempted suicide. Wiley, 2000.

Hawton C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide Life Threat Behav* 33(4): 353-364, 2003.

Van Praag HM, Plutchik R, Conte H. The serotonin hypothesis of (auto)-aggression: critical appraisal of the evidence. *Annuary of New York Academy of Science*, 836: 150-167 1997

Van Praag, H.M., Plutchik, R., Conte, H. The serotonin hypothesis of (auto)-aggression: critical appraisal of the evidence. *Annuary of New York Academy of Science* 836: 150-167, 1999.

Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In "Suicide an unnecessary death", D. Wasserman (Ed) Martin Dunitz, Ltd, 2001.