

MIGLIORARE LA PREVENZIONE SECONDARIA DEL SUICIDIO ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI: UNO STUDIO QUALITATIVO CON FOCUS GROUP

Ghio L., Zanelli E., Natta W., Rossi P., Gabrielli F.

Riassunto

La prevenzione del suicidio è una delle sfide prioritarie e al tempo stesso più complesse della sanità pubblica, per il basso livello di predittività sia a breve che a lungo termine. Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza la comunità scientifica internazionale raccomanda, come integrazione ai risultati degli studi quantitativi, la realizzazione di studi di tipo qualitativo che prevedano il coinvolgimento dei pazienti.

Scopo del nostro lavoro è stato quello, attraverso uno studio qualitativo con focus group, di comprendere le ragioni e le emozioni legate a un episodio di tentato suicidio, di valutare la presenza di fattori di rischio o fattori protettivi rispetto al rischio di ripetizione del gesto e di analizzare il grado di soddisfazione per le cure ricevute e gli eventuali suggerimenti alla modalità di assistenza.

I pazienti hanno espresso soddisfazione per il coinvolgimento richiesto nell'analisi della loro patologia e del loro percorso di cura e si sono dimostrati competenti ed esperti, in grado di fornire indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza. In particolare i partecipanti hanno sottolineato come fattori di rischio per la ripetizione del tentato suicidio l'abuso alcolico, la depressione, il ripetersi di conflittualità interpersonali e il periodo di tempo immediatamente successivo al gesto, e hanno proposto, al fine di ridurre la probabilità, interventi di monitoraggio costante alla dimissione da parte di una figura sanitaria e l'attivazione di gruppi di auto-aiuto.

Parole chiave:

Tentato suicidio, fattori di rischio, fattori protettivi, focus group.

Summary

Suicide prevention is one of the main and, at the same time, most difficult challenges in public health, for the poor predictive value, both in short and long term.

In order to improve the quality of health care the scientific international community recommends, in addition to quantitative studies' results, the realization of qualitative studies through patient involvement.

The aim of our study was to understand, through a qualitative study with a focus group, the reasons and emotions connected to a suicide attempt and to evaluate the presence of risk or protective factors towards a new attempts, the degree of patients satisfaction for received assistance and eventual suggestions about care options.

The patients were satisfied in getting involvement in the analysis of their own disorder and treatment choices and they showed an impressive knowledge of the matter, being able to give suggestions for care improvement. Particularly they consider risk factors for the repetition of the suicide attempt alcohol abuse habit, depression, recurrent interpersonal conflicts and the time right after the attempt, and they suggested, in order to decrease the risk, a continuous monitoring from an health providers after the discharge from hospital and the creation of self-help groups.

Key words:

Suicide attempt, risk factors, protective factors, focus group.

Per corrispondenza:

Lucio Ghio, Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Università degli Studi di Genova, Largo Rosanna Benzi 10, 16100 Genova Tel: 010/5553314 Fax: 010/5556716 E-mail: lu.ghio@libero.it

Introduzione

La prevenzione del suicidio è una delle sfide prioritarie e al tempo stesso più complesse della sanità pubblica per il basso livello di predittività sia a breve che a lungo termine.

In uno studio condotto anni fa (Pokorny, 1983) si evidenziava come la validità della predittività a cinque anni fosse solo del 2-8%, con la presenza sia di falsi positivi che di falsi negativi.

Se da una parte, quindi, il suicidio appare imprevedibile a lungo termine, dall'altra la potenziale prevedibilità a breve termine del sui-

cidio è documentata da alcuni studi che mettono in evidenza come i 2/3 dei pazienti che si suicidano contattano il medico di famiglia nel mese precedente e il 60% contatta lo psichiatra nella settimana precedente (Barraclough et al., 1974; Roy, 1986; Feldman et al., 2007), dati che indicano nel problema della comunicazione della "suicidalità" (termine usato dagli autori di scuola anglosassone e comprendente i fenomeni delle idee di suicidio, dell'intenzionalità, dei tentativi) il fulcro della potenziale prevedibilità del suicidio.

Considerata la difficoltà di realizzazione di strategie di prevenzione primaria, estese all'intera popolazione, appare importante prevedere almeno interventi di prevenzione secondaria del suicidio, orientati, cioè, alla diminuzione dell'incidenza di comportamenti autolesivi in gruppi considerati ad alto rischio.

Il fattore di rischio più importante correlato al suicidio, oltre alla presenza di una patologia psichiatrica, è rappresentato da una storia precedente di tentati suicidi (rischio fino a 100 volte maggiore rispetto a quello della popolazione generale), dato confermato dalle cosiddette "autopsie psicologiche" che indicano che circa un quarto delle persone che si suicidano ha tentato il suicidio nell'anno precedente e tra il 40 e il 60% nella loro vita (Hawton, 1998).

Tra coloro che tentano il suicidio il 15% mette in atto una nuova condotta autolesiva entro un anno e l'1% si suicida, con un rischio particolarmente alto nei primi tre mesi successivi alla dimissione dall'ospedale (Hawton et al., 1997; Hawton et al., 2003; Gilbody et al., 2007).

Alla luce di questi dati il National Institute for Clinical Excellence (Nice), nel luglio 2004, ha pubblicato le linee guida per la gestione a breve termine dei pazienti che mettono in atto gesti autolesivi, sottolineando le scarse evidenze per interventi preventivi efficaci e raccomandando anche ricerche di tipo qualitativo al fine di esplorare il punto di vista dei pazienti riguardo l'assistenza ricevuta e migliorare la comprensione dei gesti autolesivi.

"La ricerca qualitativa permette di studiare gli atteggiamenti, le convinzioni e le preferenze dei pazienti e dei medici, e di affrontare globalmente il problema di come trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica quotidiana. Il valore di tali metodi deriva dalla possibilità che

offrono di rispondere, in modo strutturato e sistematico, al tipo di domande che non trovano risposte soddisfacenti con le metodologie sperimentali" (Green et al., 1998; Trillino, 1999).

La revisione della letteratura mette in evidenza la carenza di studi di questo tipo, che esplorino il punto di vista dei pazienti che hanno tentato il suicidio, nonostante le più recenti indicazioni di politica sanitaria considerino il coinvolgimento dell'utente un elemento strategico per il miglioramento dei sistemi assistenziali.

Scopo del nostro lavoro è quello, attraverso uno studio di tipo qualitativo su un campione di pazienti ricoverati per tentato suicidio, di comprendere le ragioni e le emozioni legate a un episodio di tentato suicidio, di valutare la presenza di fattori di rischio o fattori protettivi rispetto al rischio di ripetizione del gesto e infine di analizzare il grado di soddisfazione per le cure ricevute e gli eventuali suggerimenti alla modalità di assistenza.

Materiali e metodi

Tra i metodi qualitativi disponibili è stato scelto per la nostra ricerca quello del Focus Group.

Con questo termine viene denominata una tecnica di ricerca nata negli anni quaranta negli Stati Uniti ad opera di due sociologi, K. Levin e R. Merton, finalizzata a focalizzare uno specifico argomento e a far emergere nei partecipanti pareri, opinioni, ed eventuali interazioni interpersonali.

Il Focus Group, a differenza delle interviste di gruppo (spesso usate come metodo veloce per avere simultaneamente molte informazioni), utilizza esplicitamente l'interazione tra le persone come parte del metodo, valorizzando la comunicazione tra i partecipanti come strumento per la raccolta dei dati. L'obiettivo del gruppo è quello di stimolare una discussione che permetta al ricercatore di vedere il mondo con gli occhi del partecipante.

Si tratta di un metodo di ricerca qualitativa, ben sperimentato nelle scienze sociali e sanitarie, che ha come principale obiettivo quello di raccogliere informazioni per migliorare la qualità dei servizi sanitari e disegnare campagne di prevenzione nei confronti di particolari tipi di patologie.

Il Focus Group viene condotto da due per-

sone e ha una durata media di 90-120 minuti; i partecipanti devono essere almeno 7/8 e non più di 9/10, perché un numero inferiore potrebbe inficiare le dinamiche di gruppo e un numero superiore, invece, potrebbe portare a ridurre o a censurare l'intervento delle opinioni contrarie o deboli, impedendo a tutti i partecipanti di esprimere al meglio le proprie idee.

Il conduttore principale introduce l'incontro, spiega lo scopo della riunione e incoraggia lo scambio di idee; solo successivamente può intervenire in modo più incisivo, per consentire di affrontare in modo esauriente i temi previsti.

Il secondo conduttore si occupa della registrazione e dell'osservazione delle dinamiche di gruppo.

Al nostro Focus Group, realizzato secondo le regole descritte sopra, hanno partecipato 8 pazienti, nello specifico 3 uomini e 5 donne, ricoverati presso i reparti maschili e femminili della Clinica Psichiatrica dell'Ospedale San Martino; per tutti questi pazienti il motivo del ricovero era un tentativo di suicidio. Sono stati esclusi i pazienti che avevano messo in atto solo comportamenti autolesionistici.

La decisione di svolgere il Focus Group con pazienti ricoverati è stata determinata dall'idea di coinvolgere un campione di pazienti con tentati suicidi più gravi o, comunque, potenzialmente più a rischio di ripetizione.

La durata è stata di un'ora e mezza.

I partecipanti hanno firmato un foglio di consenso a partecipare al gruppo, nel quale erano spiegati scopi e obiettivi della ricerca e si chiedeva l'autorizzazione alla registrazione della discussione, spiegando che il materiale registrato sarebbe stato utilizzato per scopi assistenziali e di ricerca e che l'anonimà dei contributi dei singoli sarebbe stata rigorosamente preservata.

Tutti i pazienti hanno accettato di partecipare al focus group e hanno firmato il consenso alla registrazione della discussione. Il gruppo è stato condotto seguendo un protocollo di domande prestabilite suddivise in tre diverse aree, sulle quali è stata stimolata la discussione:

- 1) la comprensione delle motivazioni e delle emozioni correlate a un episodio di tentato suicidio;
- 2) la comprensione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi rispetto alla possibilità di ripetizione del gesto;

- 3) la valutazione della soddisfazione per le cure ricevute e gli eventuali suggerimenti sulla modalità di assistenza.

L'analisi dei risultati, come raccomandato dalla letteratura (Kitzinger, 1995), è avvenuta attraverso il riascolto e la trascrizione integrale della registrazione dell'incontro.

Risultati

Tutti i pazienti contattati hanno una storia di ripetuti tentati suicidi, una paziente è ricoverata per aver ripetuto il tentativo il suicidio dopo una settimana dalla dimissione dal reparto di Psichiatria, un'altra ha compiuto un nuovo tentativo di suicidio in reparto il giorno dopo il ricovero attuale. L'età media è di 44 anni, sei pazienti sono affetti da depressione maggiore, uno da disturbo bipolare in fase depressiva, una da schizofrenia paranoide. Tutti i pazienti sono ricoverati per un tentato suicidio compiuto non più di tre settimane prima rispetto alla data dello svolgimento del focus group.

1. *Comprensione delle cause e delle emozioni legate a un episodio di tentato suicidio*

In relazione a questo tema sono state esplorate le cause che hanno indotto i pazienti a tentare il suicidio, le modalità e il tempo necessario a prendere la decisione (impulsività/premeditazione), la comunicazione dell'intento e la prevedibilità del gesto e, infine, i vissuti emotivi presenti prima del gesto e dopo la presa di coscienza del fallimento dell'intento.

Come in altri studi qualitativi, anche nel nostro emerge che il proposito comune del suicidio, come sostiene Shneidamm (1985), consiste nel trovare una soluzione per allontanare il cosiddetto "tormento della psiche" (*psychache*), in cui predominano sentimenti di hopelessness e helplessness.

Il senso di "liberazione", di soluzione a problemi insolubili o a un dolore intollerabile viene comunemente considerato il motivo principale che determina l'insorgere dell'intento suicida (Tabella 1, a-c).

L'evento scatenante è generalmente una difficoltà o un conflitto in ambito familiare: una separazione coniugale, la malattia di un genitore, disaccordi con il partner (Tabella 1, d-e).

La patologia psichica è considerata in mo-

do unanime una concausa importante all'origine delle idee e dei tentativi di suicidio: in particolare lo sono l'alcolismo, la depressione, anche nell'ambito di un disturbo bipolare e la presenza di dispercezioni uditive. L'alcolismo viene riconosciuto come fattore autoterapico e slatentizzante comportamenti impulsivi nello stesso tempo (Tabella 1, d, f, g).

Non sempre tuttavia è possibile riconoscere una causa sicura e, comunque, la genesi del tentato suicidio viene considerata multifattoriale.

Le modalità con cui vengono compiuti i tentativi di suicidio sono eterogenee e rispecchiano un continuum che va dalla premeditazione all'impulsività (Tabella 2, d, e).

La decisione, comunque, viene presa in modo isolato, in segreto e ha un carattere di esclusività; le idee di suicidio non vengono comunicate nei giorni e nelle settimane precedenti né ai familiari, né ad amici, né a figure sanitarie (Tabella 2, a, b, f).

In questo senso il tentato suicidio non viene considerato dai partecipanti prevedibile, anche se viene "annunciato" in modo indiretto da frasi, atteggiamenti, comportamenti inusuali (Tabella 2, c, e).

Alcuni pazienti hanno riflettuto riguardo ad alcuni gesti o comportamenti risalenti ai giorni antecedenti l'accaduto, osservando come, in realtà, questi avrebbero potuto essere considerati come dei "campanelli d'allarme", seppur celati dietro ad un'apparente normalità.

Le emozioni riferite al momento del gesto autolesivo sono rappresentate da rabbia, dolore e sofferenza mentale, confusione, sensazione di essere un automa, disperazione e depressione; ma il suicidio viene anche vissuto in modo quasi magico, attraente, investito di istanze salvifiche e onnipotenti (Tabella 1, a) e solo in un caso ne viene riconosciuto un carattere dimostrativo (Tabella 1, h).

La rabbia e la delusione per il tentativo rivelatosi fallimentare e i sensi di colpa per i familiari sono, invece, i sentimenti più frequenti al momento del risveglio, quando ci si percepisce ancora in vita.

2. Fattori di rischio e fattori protettivi rispetto alla possibilità di ripetizione del gesto

Nell'esplorazione di queste tematiche è emerso un iniziale atteggiamento di resistenza, al-

Tabella 1. Cause che inducono al suicidio.

- a. "A volte cerchi di tagliarti per farlo uscire questo dolore dal tuo corpo, ma sai che non funziona... l'unica cosa che funziona è il suicidio... il suicidio è bellissimo, è una liberazione dalle sofferenze"
- b. "L'idea del suicidio è stata una liberazione dal dolore forte che sentivo ...il dolore arriva a un livello tale che non si riesce più a gestire, a organizzare, e quindi l'unica prospettiva, l'unica via di liberazione sembra il suicidio... che sembra in quel momento una cosa positiva"
- c. "E' la disperazione, la mancanza di vie di uscita che porta a questo... la disperazione più profonda..."
- d. "Per me è stata una crisi di rabbia dovuta alla separazione da mia moglie... da lì ho iniziato ad avere sempre più bisogno di alcol... bevevo per trovare una soluzione e quando bevevo pensavo più facilmente a questa cosa..."
- e. "Per me si era creata una situazione in casa talmente pesante, volevamo separarci... non ci ho più visto... ho preso dei farmaci... non riesco a reagire al dolore... avevo tutti contro... mi sentivo abbandonata, sola..."
- f. "Io soffro di depressione da molti anni, certi periodi sono peggiori... non riesco più a legarmi ai miei figli... e mi succede di abusare di farmaci... è un senso di dormire, di non pensare alla vita che mi ha portato tristezza e tanto dolore. Quasi non me ne accorgo... poi mi dispiace, piango, provo sensi di colpa, sento rimorso..."
- g. "Anch'io mi sono fatta del male... non vorrei averlo fatto mai... però quando stai con questa situazione dentro di te non pensi, non reagisci... è stata la voce che sentivo..."
- h. "Per quanto riguarda me non lo so... forse è stata una finzione... c'erano tutta una serie di elementi che messi insieme hanno determinato poi questo gesto..."

cuni pazienti hanno espresso sentimenti di impotenza e scarsa speranza nella reale possibilità di prevenire il gesto suicida, considerato scarsamente prevedibile anche nel momento della conoscenza dei fattori di rischio e dei fattori protettivi.

L'evolversi della discussione in un clima accogliente e l'interazione tra le persone partecipanti ha permesso tuttavia di far emergere progressivamente alcuni elementi chiave nell'analisi dei fattori di rischio e dei fattori protettivi rispetto al pericolo di un nuovo gesto autolesivo.

Tutti i pazienti partecipanti hanno individuato come particolarmente rischioso il periodo immediatamente successivo la messa in atto del tentativo autolesivo e la conseguente presa di coscienza del fallimento dello stesso,

Tabella 2. Prevedibilità del suicidio.

- a. “Io ho salutato mia figlia come se fosse stata l’ultima volta che la vedevo ma non le ho detto niente... neanche a mio marito...”
- b. “...io mascheravo benissimo anche se già durante la giornata di lavoro ci pensavo che volevo andare a prendere i farmaci per suicidarmi... però ho fatto la mia giornata di lavoro impeccabile poi dopo sono andata a comprare dei farmaci...”
- c. “Io non mi ricordo però mio figlio mi ha detto che due giorni prima al telefono gli avevo detto “mi raccomanderei se mi sento male non chiamare nessuno a soccorrermi Per cui lui aveva già intuito questa cosa e ne aveva parlato con il padre...”
- d. “E’ stato un gesto di rabbia ma ci pensavo comunque già da tempo... a volte mi passava di mente... però questo pensiero lo avevo...”
- e. “Io invece ero molto depressa, depressissima... l’ho meditato, l’ho meditato tanto, soffrendo anche molto la decisione... sono stata tutto il giorno precedente ad ascoltare musica molto triste, di un certo tipo... i miei intuivano che avrei potuto fare qualcosa però poi ero determinata ed ho preso tantissimi psicofarmaci...”
- f. “Psichiatri? Ma chi ci pensa? Io non penso a parlare con i dottori, non penso neanche a parlare a un amico, non gli dico che sono depresso, cosa ne capisce di come mi sento.. è un mio segreto, sono io che soffro”

in quanto caratterizzato da emozioni e da stati d’animo fortemente contrastanti, favorenti l’insorgenza imprevedibile di reazioni impulsive. In particolare i pazienti considerano momenti particolarmente a rischio il periodo del ricovero e i primi mesi successivi alla dimissione (Tabella 3, a-c; Tabella 5, b).

Sono, inoltre, ritenuti fattori di rischio la ripresa dell’abuso di alcol e di sostanze, la solitudine, il vivere soli, la sensazione di una mancanza di comprensione empatica da parte degli altri, la mancata adesione al trattamento farmacologico e il ripetersi di conflittualità interpersonali.

Sono invece giudicati fattori protettivi il ricovero, un’adeguata terapia farmacologica, la sensazione di vicinanza emotiva dei curanti e dei familiari e, soprattutto, il monitoraggio costante e continuo delle figure curanti nel periodo immediatamente successivo alle dimissioni (considerato il principale e forse unico fattore realmente protettivo e preventivo) (Tabella 3, d-g).

Viene infine attribuito un significato protettivo, in modo quasi paradossale, al tentato suicidio stesso, per un effetto catartico lega-

Tabella 3. Fattori di rischio e protettivi rispetto al pericolo di ripetizione del tentato suicidio.

- a. “Secondo me dopo il tentato suicidio uno deve avere la vicinanza dei medici... ci sono troppi sentimenti dentro in gioco appena uno si risveglia e si rende conto di essere vivo... c’è il rischio di rifarlo”
- b. “Io l’ho rifatto subito, una settimana dopo che ero stata dimessa da qui...”
- c. “Io l’ho fatto a Luglio e l’ho rifatto ora, a Ottobre, dopo tre mesi...”
- d. “Il ricovero è importante e utile...”
- e. “...cercare di non lasciare la persona sola con se stessa, cercare di farla parlare il più possibile, di rimanerle il più vicino possibile, di farla aprire il più possibile...”
- f. “secondo me è protettivo che ci sia qualcuno che monitori costantemente il paziente dopo le dimissioni”
- g. “...i farmaci mi fanno stare bene... danno più sicurezza, più aiuto di una persona...”
- h. “Mah, penso che paradossalmente potrebbe essere protettivo proprio che il suicidio non sia riuscito... perché quello ti mette in gioco, mette in campo comunque tematiche che ti riguardano, che ti portano a riflettere nuovamente... perché hai compiuto un gesto che non è un gesto normale come bersi un bicchiere d’acqua... quindi poi secondo me ti porta a pensarci di più, a rifletterci di più.”

to alla sopravvivenza, che stimolerebbe l’auto-riflessione, l’autoanalisi e l’autocritica (Tabella 3, h).

3. Soddisfazione per le cure ricevute ed eventuali suggerimenti sulla modalità di assistenza

Per quanto riguarda le opinioni relative all’assistenza sanitaria, a partire dal momento del primo soccorso sino alle cure ricevute durante il ricovero, i pareri dei pazienti sono stati piuttosto uniformi.

Nel complesso è stata valorizzata l’efficienza e la disponibilità del personale sanitario e l’adeguatezza del percorso terapeutico “standard” costituito dal ricovero e dalla terapia farmacologica (Tabella 4, a-c); è stato tuttavia rilevato come si possa riscontrare talora da parte di medici ed infermieri una più o meno esplicita difficoltà di relazione, indotta dalla scarsa comprensione della sofferenza celata dietro il gesto autolesivo, che porta a comportamenti di colpevolizzazione e stigmatizzazione (Tabella 4, d-f).

I suggerimenti espressi dai pazienti sulla modalità dell’assistenza non sono stati numerosi, evidenziando in ciò una scarsa consuetu-

Tabella 4. La soddisfazione per le cure ricevute.

- a. "l'assistenza per me è stata buona, ma io sento un profondo senso di incertezza per il futuro... anche perché una cura buona non me l'hanno ancora data..."
- b. "... ne ho avuto un riscontro positivo... ho avuto anche un buon rapporto con il personale, gli infermieri..."
- c. "Quando mi hanno portato in Pronto Soccorso, mi hanno seguito bene... le infermiere erano gentili... hanno fatto entrare mia figlia, mio marito..."
- d. "Io al Pronto Soccorso del G. ho avuto una pessima esperienza. Ero in fase di mezza coscienza e sentivo i commenti che venivano fatti sul fatto che dovessero perdere del tempo a curare me quando c'erano altri malati più bisognosi, messi peggio di me... della serie "peccato che questa non ci è riuscita e ci tocca perdere del tempo a curarla"
- e. "...a volte colpevolizzano la persona..."
- f. "... io penso che in generale l'assistenza sia meglio dal lato professionale e meno magari dal lato umano, però forse tu devi chiedere al medico che ti curi..."

Tabella 5.

- a. "Il momento del ricovero dopo la crisi è molto delicato e per questo dovrebbero esserci degli psicoterapeuti dediti a questo ruolo qua, di sostegno dopo un tentativo"
- b. "Secondo me una psicoterapia costante dopo le dimissioni..."
- c. "Avere un assistente sociale che ti viene a trovare almeno una volta alla settimana... così poi riesce a capire i tuoi cambiamenti se ti vede regolarmente. specialmente per chi cerca di uccidersi, per quelli più a rischio, perché prima o poi ci provano e poi ci rimangono..."
- d. "Per me nel periodo post-dimissione ci vuole qualcuno che monitori costantemente il paziente, lo tenga sotto controllo, affinché alla minima variazione dello stile di vita o del genere di conversazione subito si attivi"
- e. "Anche fare dei gruppi tipo questo di oggi pomeriggio, avere un dialogo con persone che hanno avuto il tuo stesso tipo di problema... perché magari ci si sente compresi, ci si sente più sicuri..."
- f. "...Noi ci possiamo capire... ci si può capire facendo queste cose qui..."
- g. "Io penso che se tu hai un supporto poi tu diventi un supporto, puoi andare ad aiutare un'altra persona perché capisci quello che lei sta dicendo, quello che sta provando. Un supporto aiuta un altro che poi diventa un supporto, come una catena... magari esistesse... vero?"
- h. "Per quanto riguarda il discorso sull'idea di un supporto sono convinto che potrebbe avere una funzione positiva... ma penso che ci deve essere qualcosa di tuo, anche un minimo di positivo che viene fuori per tirartene fuori, sennò..."

dine all'essere ascoltati e all'osservazione critica; sono stati tuttavia specifici e relativi a interventi di tipo non farmacologico finalizzati al contenimento emotivo, all'elaborazione psicologica del gesto e alla creazione di spazi terapeutici in cui "sentirsi compresi" (Tabella 5).

Sono stati proposti interventi psicoterapici sia durante il ricovero come supporto al momento di crisi, sia, in modo più strutturato e costante, alla dimissione (Tabella 5, a, b). E' stata, inoltre, riproposta l'importanza di un monitoraggio costante alla dimissione, anche aspecifico (infermiere, educatore, assistente sociale), almeno una volta alla settimana (Tabella 5, c, d).

I pazienti hanno poi sottolineato l'importanza di poter condividere, così come avvenuto nel nostro focus group, l'esperienza del tentato suicidio con persone che l'hanno realmente vissuta, suggerendo in tal senso la creazione di gruppi di auto-aiuto (di cui nessuno ha mai avuto esperienza), condotti, almeno inizialmente, da una figura sanitaria (Tabella 5, e-g). E' stato infine attribuito valore al supporto dei familiari e alla motivazione personale senza la quale ogni intervento risulta inutile (Tabella 5, h).

Discussione

Il primo dato importante che emerge dal nostro studio, che per quanto a nostra conoscenza è l'unico esempio in letteratura di coinvolgimento attraverso la tecnica dei focus groups dei pazienti che hanno tentato il suicidio, è quella reale possibilità di acquisire informazioni utili e insegnamenti dalle esperienze dei pazienti.

I pazienti non solo hanno dimostrato soddisfazione nell'essere coinvolti nell'analisi della loro patologia e del loro percorso di cura, ma si sono anche dimostrati competenti ed esperti, ad esempio nell'indicare, in modo simile alla letteratura, i fattori di rischio (alcolismo, solitudine, depressione, scarsa adesione al trattamento farmacologico, il ripetersi di conflittualità interpersonali), il periodo temporale di maggior rischio della ripetizione del gesto autolesivo o interventi di tipo preventivo.

Come sottolinea Rose (2001) "non solo gli utenti dei servizi di salute mentale hanno qualcosa da dire sui servizi che ricevono, ma dicono anche cose sensate e razionali cui deve essere attribuito il giusto merito".

In questo senso appare confermata, anche in psichiatria, l'utilità e l'efficacia del coinvolgimento del paziente per il miglioramento della qualità dell'assistenza, secondo i principi della clinical governance.

Per quanto riguarda i contenuti emersi dallo svolgimento del focus group ci sembrano individuabili, nonostante il limite imposto dall'esiguità del campione (inteso come numero di focus group), tre diversi punti chiave.

Il primo riguarda la comunicazione delle idee di suicidio. Dalle parole dei pazienti la decisione di porre fine alla vita sembra essere presa in modo isolato, in segreto e con un carattere di esclusività, quasi a richiamare l'affermazione di Jaspers (1946) secondo cui "l'origine prima e incondizionata del suicidio rimane un segreto della persona singola, e non si può rivelare agli altri".

Emerge la convinzione che nessuno possa essere di aiuto in quel momento e viene espressa l'estrema difficoltà a comunicare direttamente e in modo esplicito il proprio malessere nei momenti di crisi. Il proposito di suicidio viene comunicato in modo indiretto attraverso frasi, atteggiamenti o comportamenti inusuali, ma non viene comunicato a nessuna figura sanitaria e la prevedibilità del gesto è affidata solo alla capacità dei familiari più stretti di decodificare alcuni segnali di allarme.

Considerata la frequenza con cui un paziente vede una figura sanitaria nei giorni e nelle settimane precedenti un suicidio, sembra una buona pratica, nei pazienti a rischio, esplorare in modo attivo da parte del medico o dell'infermiera la presenza di idee di suicidio e altrettanto importante appare l'ascolto delle parole dei familiari quando il paziente tende a negare propositi autolesivi.

Lo svolgimento del focus group ha mostrato, comunque, come la comunicazione, fulcro della prevedibilità, sia influenzata dalla qualità della relazione; si è evidenziata, infatti, la capacità dei pazienti di parlare di sé, se messi nella condizione di farlo in un'atmosfera di ascolto, e la reticenza iniziale si è trasformata nella verbalizzazione della sofferenza e nella comunicazione di soddisfazione per il riconoscimento del valore delle loro parole.

Il secondo punto chiave, emerso dal focus group, riguarda il significato fundamenta-

le delle relazioni interpersonali nel determinare la decisione di tentare il suicidio.

La principale causa che spinge all'atto, anche nel contesto di una patologia psichiatrica, è, infatti, una difficoltà o un conflitto in ambito familiare o sentimentale. Questo dato, già evidenziato dalla letteratura (Milnes et al., 2002; Titelman et al., 2004) porta a ipotizzare che il tentato suicidio, al di là delle patologie psichiatriche sottostanti, possa spesso configurarsi come una "patologia della relazione", in cui la conflittualità interpersonale, che riattiva angosce abbandoniche, prevale su quella intrapsichica.

A tale proposito sembrano paradigmatiche le parole di una paziente che paragona la sofferenza causata alla madre dal suo gesto, ad un vero e proprio "omicidio" compiuto nei suoi confronti, un omicidio, ricordando Freud (1917), "retroffesso" o "mancato".

Come sottolinea Hale (2004) "l'analisi dei processi inconsci rivela la faccia meno accettabile del suicidio, come atto che mira alla distruzione del proprio corpo e al tormentare la mente di un altro" e che porta il suicida a gettare "il proprio cadavere sulle spalle di qualcuno" (Fornari, 1967).

Ciò che sembra definire il carattere relazionale del suicidio è l'intollerabilità alla perdita e alla separazione, e la paura, espressa da tutti i pazienti, di rimanere soli e di essere a poco a poco circondati e sommersi da una dilagante e inarrestabile sensazione di solitudine e vuoto.

Anche la qualità dell'assistenza ricevuta viene valutata principalmente attraverso la lente del rapporto umano, della vicinanza empatica e della comprensione emotiva e, quando ne sono privi, gli interventi sono percepiti come fonte ulteriore di "umiliazione narcisistica" e di stigmatizzazione.

In questo senso, come suggerito dai pazienti, sembra appropriato, per coloro che tentano il suicidio, associare alla terapia farmacologica interventi di tipo non farmacologico: psicoterapia, monitoraggio "relazionale" specifico o gruppi di auto-aiuto guidati.

Inoltre, in analogia agli interventi adottati per i familiari dei pazienti suicidi (Campbell et al., 2004; Scocco et al., 2006), proprio per il carattere relazionale del gesto autolesivo, potrebbe essere indicato programmare momenti di supporto psicologico ed educativo anche per

i familiari di coloro che tentano il suicidio.

Il terzo e ultimo punto che ci pare interessante rilevare è quello relativo alla possibilità di prevenire la ripetizione di un tentato suicidio. La prevenzione sembra utile e possibile in particolare nel brevissimo e nel breve tempo. I pazienti considerano in modo unanime come periodo più a rischio quello durante la degenza e quello immediatamente successivo alla dimissione e sembrano attribuire agli interventi strutturati in tale periodo la maggiore efficacia.

In particolare viene dato rilievo a un monitoraggio costante successivo alla dimissione, al bisogno di un'assistenza "emotiva" continua per i primi mesi e al desiderio di usufruire di uno spazio di ascolto.

Considerati i dati della letteratura che indicano nei primi tre mesi il periodo più a rischio di ripetizione, sembrerebbe appropriato realizzare interventi che prevedano per i primi mesi il contatto frequente con una figura sanitaria anche non medica, favorendo contemporaneamente la creazione di gruppi di auto-aiuto guidati.

La creazione di gruppi di questo tipo ci appare di particolare rilevanza perché, come sottolinea Sinclair (2005), e peraltro un paziente partecipante, è necessario ascoltare i racconti dei pazienti dopo un gesto di tentato suicidio non solo per una comprensione da parte dei sanitari, ma anche per la capacità di questi racconti di "dare voce al corpo", consentendo ai pazienti di rivalutare il passato e, contemporaneamente, dare un più profondo significato al presente e al futuro.

Interventi di auto-aiuto guidati potrebbero inoltre favorire, attraverso la condivisione, la diminuzione dei sentimenti di esclusività della sofferenza, frequente barriera alla comunicazione, e dei sentimenti di hopelessness.

Bibliografia

Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 125: 355-373, 1974.

Campbell FR, Cataldie L, McIntosh J, Millet K. An active postvention program. *Crisis* 25: 30-32, 2004.

Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med* 5: 412-418, 2007.

Fornari F. Nota sulla psicoanalisi del suicidio. In "Suicidio e tentato suicidio in Italia". Giuffrè (Ed.), Milano, 1967.

Freud S.(1917). Lutto e Melanconia (Opere: vol. VII). Boringhieri, Torino, 1980.

Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self harm. *J R Coll Physicians Lond* 31(2): 171-172, 1997.

Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 316: 1230-1232, 1998.

Hale R. Capire l'atto suicidiario. *Studi su aggressività e suicidio* Supplementi, Gennaio: 57-66, 2004.

Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *Br J Psychiatry* 171: 556-560, 1997.

Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patient who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 182: 537-542, 2003.

Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A et al: Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev.* (2): CD001764, 2000.

Hawton K. A national target for reducing suicide. *BMJ* 18: 156-157, 1998.

Jaspers K. Il suicidio. In "La mia filosofia". Einaudi (Ed), Torino, 1946.

Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ* 311: 299-302, 1995.

Krueger RA. Focus groups. A practical guide for applied research (2nd ed.). Sage, London, 1994.

Milnes D, Owens D, Blenkiron P. Problems reported by self-harm patients: perception, hopelessness, and suicidal intent. *J Psychosom Res* 53: 819-822, 2002.

National Institute for Clinical Excellence (Nice). Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. *Clinical Guideline*, July, 2004.

Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 40: 249-57, 1983.

Roy A. Suicide. Williams & Wilkins (Ed), Baltimore, 1986.

Rose D. Users' voice: the perspective of mental health service users on community and hospital care. Sainsbury centre for mental health, London 2001.

Scocco P, Frasson A, Costacurta A, Pavan L. SO-PRoxi: a research-intervention project for suicide survivors. *Crisis*, 27: 39-41, 2006.

Shneidman E. Definition of suicide. Wiley, New York, 1985.

Sinclair J, Green J. Understanding resolution of deliberate self-harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ* 14: 330 (7500): 1112, 2005.

Titelman D, Nilsson A, Estari J, Wasserman D. Depression, anxiety, and psychological defence in attempted suicide: a pilot study using PORT. *Archives Suicide Research* 8: 239-249, 2004.

Trilling JS. Selections from current literature 1999: focus group technique in chronic illness. *Fam Pract* 16: 539-541, 1999.