

SUICIDALITÀ E PREVENZIONE

Hegerl U., Pycha R., Cibis A., Gottlebe K., Giupponi G.

Per corrispondenza:

Prof. Ulrich Hegerl, Direttore Dipartimento Neuropsichiatria Università di Lipsia, Germania

Come esseri umani siamo fieri della nostra libertà che tra le varie opportunità ci dà la possibilità di porre fine alla nostra vita, qualora questa fosse insopportabile. Questa libera scelta però viene presa in considerazione molto raramente, anche in situazioni di grande sofferenza. La nostra insopprimibile speranza, la paura di fronte ad una decisione irreversibile come quella del suicidio, l'angoscia per le conseguenze che questa comporterebbe per i nostri cari ed infiniti altri motivi sociali, religiosi... ci trattengono, cosicché una scelta calcolata e oggettiva per il suicidio è molto rara.

Più comuni invece sono i suicidi correlati a malattie psichiatriche; il comportamento suicidario ha come sintomi cardine la perdita di speranza e la disperazione, spesso presenti ad esempio nella depressione, oppure un abbassamento della soglia d'inibizione di fronte ad un'azione, sintomo comune per esempio nell'abuso di alcool. In Europa il 90% dei 58000 suicidi (World Health Organization 2003) commessi annualmente ed anche un gran numero di tentati suicidi ha alla base una malattia psichiatrica che nella maggior parte dei casi rientra nel quadro clinico della depressione (Lönnqvist et al., 1988).

Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un calo del tasso di suicidio. Se andiamo alla ricerca dei motivi è singolare segnalare la diminuzione avvenuta dal 1989 (data della caduta del muro di Berlino e dell'inizio della ri-

nificazione) nei nuovi Länder dell'Est (Bundesamt, 2003). La precedente alta percentuale di suicidi, presente prima della riunificazione nella Germania dell'Est, è andata lentamente ad equipararsi alla percentuale più bassa della Germania dell'Ovest (Wiesner, 2004). Questi dati sono diametralmente opposti alle teorie sociologiche del suicidio secondo le quali l'aumento della disoccupazione da 0 a 20%, i massicci sconvolgimenti sociali, con la seguente anomia, avrebbero dovuto comportare un rilevante incremento dei tassi di suicidio. Anche se questa riduzione è riconducibile in parte all'eliminazione di sostanze potenzialmente velenose, come il gas per uso domestico (opera avvenuta dopo la riunificazione), è plausibile supporre che un miglioramento nei trattamenti psicoterapeutici e farmacologici per pazienti depressivi e psichiatrici abbia dato un contributo a questi cambiamenti positivi. Altri dati dimostrano che in ogni modo nei nuovi Länder le percentuali di trattamento con antidepressivi sono del 20% più basse di quelle previste sulla base della popolazione divisa per età e per sesso (Grobe et al., 2006).

Ulteriori ricerche dimostrano come l'ottimizzazione dei trattamenti con pazienti depressi porti a strategie promettenti per la prevenzione del suicidio.

In diversi paesi è stata osservata in alcune regioni o all'interno di alcune popolazioni una correlazione negativa significativa tra le percentuali di prescrizioni di antidepressivi e le percentuali di suicidio (Mann et al., 2006; Sondergard et al., 2006).

Nel pluricitato studio di Rutz, condotto tra il 1983 e il 1984 sull'isola Gotland, si è dimostrato come una formazione intensiva e ade-

guata per medici generici sulla classificazione, sull'etiologia, sulla patogenesi, sulla terapia, sulla suicidalità, sui fattori psicosociali dei disturbi depressivi (negli adulti, in bambini e in adolescenti), avevano effetti positivi nel trattamento dei pazienti depressi. Due anni dopo quest'intervento veniva infatti riscontrato un aumento delle percentuali di invii dei pazienti per trattamenti psichiatrici e una crescita delle prescrizioni di antidepressivi, soprattutto nei pazienti con depressioni acute.

Parimenti veniva segnalata una diminuzione del trattamento delle patologie depressive in regime ospedaliero. A Gotland le percentuali di suicidio diminuivano dal 19,7 (1982) per 100.000 abitanti al 7,1 (1985) (Rutz et al., 1989). In ogni caso il campione osservato (56.000 abitanti) era troppo piccolo per trarre conclusioni significative sull'efficacia del trattamento.

Motivati dallo studio di Gotland è stato attuato un intervento a quattro livelli a Norimberga, chiamato "L'unione di Norimberga contro la depressione" ("Bündnis gegen Depression") (Hegerl et al., 2006). Accanto alla regione Norimberga (480.000 abitanti) è stata introdotta una regione di controllo (Würzburg 270.000 abitanti). Nella regione d'intervento è stato effettuato per più di due anni uno studio a quattro livelli (collaborazione con medici generici, public relation, cooperazione con moltiplicatori, proposte per pazienti e parenti). Il criterio primario di successo dell'intervento erano i cambiamenti osservati nella frequenza di comportamenti suicidari (somma dei suicidi e tentati suicidi). Confrontati con il gruppo di controllo la quantità di comportamenti suicidari è diminuita durante i due anni del 24% (Hegerl et al., 2006). Questo effetto non era solo a breve termine ma era possibile osservare un'ulteriore diminuzione nel follow up (meno 32% riguardo ai dati rilevati nel baseline). La diminuzione riguardava soprattutto i suicidi con metodi ad alto rischio (riduzione del 53%), vale a dire quelli particolarmente violenti con elevato esito letale (impiccagione, precipitazione, uso di armi, ecc.).

Se questi ed altri studi dimostrano che un miglior trattamento per pazienti depressi possa prevenire il suicidio, non esauriscono però la questione se quest'effetto antisuicidario possa essere attribuito agli antidepressivi o se l'alta percentuale di prescrizioni sia solamente un indice di un miglioramento nelle proposte di trattamento e nella ricerca di aiuto per i pazienti psichiatrici.

Alcuni studi, infatti, ipotizzano che l'uso di antidepressivi possa avere un effetto negativo ed aumentare addirittura il rischio di suicidio (Lapierre, 2003). Alla base di questa discussione ci sono alcune teorie come la sindrome d'attivazione probabilmente indotta da alcuni antidepressivi, e le rianalisi di studi randomizzati e controllati su bambini e adolescenti (Lesile et al., 2005) e sugli adulti pubblicati alla fine del 2006 con l'analisi di circa 100.000 pazienti. I risultati dimostrano che pensieri e tentativi suicidari erano maggiormente individuabili nei bambini, adolescenti e tendenzialmente negli adulti più giovani, trattati con antidepressivi, che non in quelli trattati con placebo (Jureidini et al., 2004). Questo ha portato i rispettivi enti pubblici ad avvertimenti allarmanti, ad una forte reazione dell'opinione pubblica, ad un'aumentata insicurezza nei medici, pazienti e genitori di figli malati di depressione. La conseguenza è stata una chiara diminuzione delle prescrizioni di antidepressivi soprattutto in bambini ed adolescenti. Risultato di questo allarme negli Stati Uniti è stato però, per la prima volta dopo tanti anni, un aumento dei tassi di suicidio proprio in quei gruppi, in cui è stata attuata la maggior diminuzione di prescrizioni (Gibbons et al., 2007). Dati molto simili provengono dall'Olanda. Se quest'effetto ormai già incisivo dovesse definirsi ulteriormente, confermerebbe sia la convinzione della maggior parte dei clinici secondo i quali i trattamenti con antidepressivi non indurrebbero il suicidio ma lo impedirebbero, sia l'assunto che gli avvertimenti stessi possano comportare dei rischi e costare delle vite umane.

L'Alto Adige è una delle prime regioni che ha adottato il modello dell'intervento a quattro livelli su esposto dell'unione di Norimber-

ga contro la depressione, lo ha adattato alle esigenze locali e ottimizzato con materiali e aggiunte proprie. Le esperienze fatte in Alto Adige confluiscono anche nella EAAD (European Alliance Against Depression, www.eaad.net), di cui l'Alto Adige è socio (vedi contributo di Giupponi et al.). L'EAAD viene definita nel "Green Book" dalla commissione europea di "Mental Health" come "Example of Best Practice". Il concetto base dell'EAAD consiste nell'introduzione di questo intervento a quattro livelli in una regione dei 17 paesi europei consociati (Hegerl et al., 2007). Attualmente il progetto è in programmazione anche in Italia con un allargamento in collaborazione con altre regioni interessate (espansione in Italia sotto la guida del Prof. Tatarelli) usando il processo bottom up, una strategia questa molto affermata in Germania e tanti altri paesi ed applicata anche in Italia con successo. Nel progetto, è utile ripeterlo, non viene comunque mai perso di vista l'obiettivo centrale: migliorare le cure per persone malate di depressione ed diminuire il rischio di suicidio.

Bibliografia

- Bundesamt S. *Todesursachenstatistik 1982-2002*, 2003.
- Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaurnik DK, Erkens JA, Herings RMC, Mann JJ. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 164(9):1356-1363, 2007.
- Grobe T, Bramesfeld A., Schwarz F-W. Versorgungsgeschehen. Analyse von Krankenkassendaten. In *Volkskrankheit Depression? (39-98)*. G.Stoppe, A.Bramesfeld, F.-W.Schwartz (Eds.). Berlin, Heidelberg: Springer, 2006.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*, 36(9):1225-1233, 2006.
- Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, Feltz-Cornelis C, Gusmao R, Kopp M, Lohr C, Maxwell M, Meise U, Mirjanic M, Oskarsson H, Sola VP, Pull C, Pycha R, Ricka R, Tulari J, Varnik A, Pfeiffer-Gerschel T. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J.Biol.Psychiatry* 1-8, 2007.
- Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 328(7444): 879-883, 2004.
- Lapierre YD. Suicidality with selective serotonin reuptake inhibitors: Valid claim? *J. Psychiatry Neurosci.* 28(5): 340-347, 2003.
- Leslie LK, Newman TB, Chesney PJ, Perrin JM. The food and drug administration's deliberations on antidepressant use in pediatric patients. *Pediatrics* 116(1): 195-204, 2005.
- Lönnqvist J, Koskenvuo M. Mortality in depressive disorders; a 3-year prospective follow-up study in Finland. In "*Depressive illness: Prediction of course and outcome*". TDR Helgason (Ed.), 126-130, 1988.
- Mann JJ, Emslie G, Baldessarini RJ, Beardslee W, Fawcett JA, Goodwin FK, Leon AC, Meltzer HY, Ryan ND, Shaffer D, Wagner KD. ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacology* 31(3):473-492, 2006.
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand.* 80(2):151-4, 1989.
- Sondergard L, Kvist K, Andersen PK, Kessing LV. Do antidepressants prevent suicide? *Int.Clin.Psychopharmacol* 21(4):211-218, 2006.
- Wiesner G. Suicidal methods--a comparison between East and West Germany. Epidemiological, forensic and sociomedical aspects. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz.* 47(11):1095-1106, 2004.
- World Health Organization. *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. 2003.