

L'OPERA DI EDWIN S. SHNEIDMAN FONDATORE DELLA SUICIDOLOGIA TRA VECCHIO E NUOVO MILLENNIO

Pompili M.

Insignito con lo Shneidman Award 2008 dall'American Association of Suicidology

NOTA

L'autore è stato insignito con lo *Shneidman Award 2008* dall'*American Association of Suicidology*. Dal 1973 tale premio è assegnato annualmente ad un ricercatore nel campo del suicidio che meriti la motivazione "*Outstanding early career contributions to Suicidology*". Il premio di quest'anno ha avuto ancor più rilevanza in quanto è coinciso con i 40 anni dell'*American Association of Suicidology* e i 90 anni di Edwin Shneidman, considerato il padre della suicidologia. L'autore è il rappresentante italiano dell'*International Association for Suicide Prevention* (www.iasp.info – www.preventireilsuicidio.it)

Per corrispondenza:

Maurizio Pompili, M.D., cattedra di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma, Via di Grottarossa, 00189 Roma Italy Tel.: +39 06 33775675. Fax: +39 06 33775342; E-mail Address: maurizio.pompili@uniroma1.it o mpompili@mclean.harvard.edu

La suicidologia è la disciplina dedicata allo studio scientifico del suicidio e alla sua prevenzione (essa si riferisce anche a tutte le manifestazioni correlate al fenomeno suicidario). Il termine (e il concetto) fu introdotto da Edwin Shneidman (1964) e da allora è stato usato in diversi contesti, come per esempio per descrivere aspetti di un training specifico (*Fellowship in Suicidology*, 1967); come parte del titolo di una nuova rivista scientifica (*Bulletin of Suicidology*, 1968) o come etichetta di un'organizzazione (*American Association of Suicidology*, 1968).

La suicidologia dunque, diversamente da altre scienze, quali per esempio quelle del comportamentismo, non include meramente lo studio del suicidio ma enfatizza la prevenzione dell'atto letale; in altre parole incorpora interventi appropriati per prevenire il suicidio,

una caratteristica non sempre riconoscibile ed esplicitata nei notevoli contributi sul tema.

Ritengo avvincenti le descrizioni dell'inizio di grandi opere scientifiche. Recatomi a Los Angeles subito dopo la cerimonia dello Shneidman Award, ho potuto sentire dalle parole di Shneidman ciò che avvenne in quel fatidico giorno così importante per lo studio del suicidio (Pompili, 2008a). La fondazione simbolica (o comunque il *primum movens*) della suicidologia può essere infatti ricondotta ad una giornata del 1949 quando Shneidman lavorava come psicologo clinico presso il Brentwood Veteran Administration Hospital di Los Angeles. In quel particolare giorno fu chiamato dal direttore dell'ospedale affinché scrivesse due lettere di condoglianze per le giovani mogli di due uomini che si erano suicidati durante il corso del ricovero. Shneidman si recò presso l'ufficio del magistrato nel vecchio Los Angeles Hall of Records dove erano stati aperti i fascicoli inerenti la morte dei due uomini. Nell'aprire la documentazione egli notò che uno dei due fascicoli conteneva una nota di suicidio, un biglietto lasciato dal defunto prima di morire, mentre l'altro ne era privo. In quell'ambiente, fra migliaia di fascicoli, iniziò ad aprirne alcuni e notò che con una frequenza di circa 1 a 15 questi fascicoli riportavano una nota di suicidio. Gli tornò in mente il Metodo della Differenza di Stuart Mill e dunque la possibilità di studiare quel materiale con un metodo scientifico. In quei minuti accadde qualcosa di unico e mi ha detto "la mia cambiò per sempre". Infatti, reso conto di essere circondato da fascicoli di casi di suicidio avvenuti nei cinquant'anni precedenti e dunque secondo la sua stima circa 2000 note, decise di resistere alla tentazione di leggerle, altrimenti, ammetterà in seguito, "avrei finito per trovarci ciò che io (soggettivamente)

mi aspettavo. Avrei appreso molto sulla miseria umana di ciascun soggetto ma non avrei fatto nulla per porre le basi per lo studio del suicidio, un'area quasi inesistente". Egli dunque fece le fotocopie di oltre 700 note di suicidio, le mise da parte e non le lesse. Successivamente, Shneidman pensò di confrontare in cieco le note che aveva trovato in quell'archivio con note simulate scritte da persone non suicide (Shneidman, 1998). Il lavoro che elaborò con l'aiuto di Norman Farberow fu il primo tentativo di studiare il suicidio con un metodo scientifico (Shneidman et al., 1956; 1957a,b). I loro sforzi furono premiati con contributi economici sempre crescenti e da quei primi passi nacque il primo centro per la prevenzione del suicidio, il Los Angeles Suicide Prevention Center che oltre al contributo di Shneidman e Farberow ebbe quello di Robert Litman.

Nel corso di una vita trascorsa a studiare il suicidio, Shneidman ha concluso che l'ingrediente base del suicidio è il dolore mentale insopportabile, che chiama *psychache* (Shneidman, 1993a), che significa "tormento nella psiche". Shneidman suggerisce che le domande chiave che possono essere rivolte ad una persona che vuol commettere il suicidio sono "Dove senti dolore?" e "Come posso aiutarti?". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un dolore mentale insopportabile, allora il compito principale di colui che è deputato ad aiutare l'individuo è alleviare questo stato con ogni mezzo a disposizione (Shneidman, 2004; 2005). Se infatti si ha successo in questo compito, quell'individuo che voleva morire sceglierà di vivere. Shneidman (1993a) inoltre considera che le fonti principali di dolore psicologico ovvero vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione, ecc. hanno origine dai bisogni psicologici frustrati e negati. Nell'individuo suicida è la frustrazione di questi bisogni e il dolore che ne deriva ad essere considerata una condizione insopportabile per la quale il suicidio è visto come il rimedio più adeguato. Ci sono bisogni psicologici con i quali l'individuo vive e che definiscono la sua personalità e bisogni psicologici che quando sono frustrati inducono l'individuo a scegliere di morire. Potremmo dire che si tratta della frustrazione di bisogni vitali; questi bisogni psicologici includono il bisogno di raggiungere qualche obietti-

vo come affiliarsi ad un amico o a un gruppo di persone, ottenere autonomia, opporsi a qualcosa, imporsi su qualcuno e il bisogno di essere accettati, compresi e ricevere conforto. Shneidman (1985) ha proposto la seguente definizione del suicidio: "*Attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di autoannientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione*".

La suicidologia classica considera dunque il suicidio come un tentativo, sebbene estremo e non adeguato, di porre fine al dolore insopportabile dell'individuo. Tale dolore converge in uno stato chiamato genericamente stato perturbato, nel quale si ritrova l'angoscia estrema, la perdita delle aspettative future, la visione del dolore come irrisolvibile e unico. Il termine *psychache* tenta infatti di esprimere il dramma della mente del soggetto suicida (Pompili, 2009). Shneidman (1996) ha inoltre suggerito che il suicidio è meglio comprensibile se considerato non come un movimento verso la morte ma come un movimento di allontanamento da qualcosa che è sempre lo stesso: emozioni intollerabili, dolore insopportabile o angoscia inaccettabile, in breve *psychache*. Se dunque si riesce a ridurre, ad intaccare e a rendere più accettabile il dolore psicologico quell'individuo sceglierà di vivere.

Nella concettualizzazione di Shneidman (1996) il suicidio è il risultato di un dialogo interiore; la mente passa in rassegna tutte le opzioni per risolvere un certo problema che causa sofferenza estrema. Emerge il tema del suicidio e la mente lo rifiuta e continua la verifica delle opzioni. Trova il suicidio, lo rifiuta di nuovo; ma alla fine, fallite tutte le altre possibilità, la mente accetta il suicidio come soluzione, lo pianifica, lo identifica come l'unica risposta, l'unica opzione disponibile.

L'individuo sperimenta uno stato di costrizione psicologica, una visione tunnel, un restringimento delle soluzioni normalmente disponibili. Emerge il pensiero dicotomico, ossia il restringimento del range delle opzioni a due soli rimedi (veramente pochi per un range): avere una soluzione specifica o totale (quasi magica) oppure la cessazione (suicidio). Il suicidio è meglio comprensibile non come desiderio di morte, ma in termini di cessazione del

flusso delle idee, come la completa cessazione del proprio stato di coscienza e dunque risoluzione del dolore psicologico insopportabile (Pompili, 2008b). Quindi, in questi termini, il suicidio si configura come la soluzione perfetta per le angosce insopportabili della vita.

Secondo Shneidman (1996) ci sono degli elementi che sono presenti in almeno il 95% dei soggetti suicidi; egli li chiama *Commonalities of Suicide*:

1. Lo scopo del suicidio è trovare una soluzione; non si tratta mai di un atto privo di fine. Si riferisce invece al voler uscire da una crisi, da una situazione insopportabile che genera il dolore psicologico;
2. Il fine del suicidio è quello della cessazione della coscienza. Si può meglio comprendere il suicidio se lo si considera come un atto che abolisce la coscienza dell'individuo dove alberga il dolore mentale insopportabile e perciò si propone come la migliore soluzione per l'individuo. È questa la miscela esplosiva per il suicidio, ossia il momento in cui l'individuo, abbandonate altre possibilità di soluzione, inizia l'organizzazione dell'atto letale;
3. Lo stimolo al suicidio è il dolore psicologico. Se la cessazione è ciò che l'individuo cerca di ottenere, il dolore psicologico è ciò da cui l'individuo cerca di fuggire. Nei suicidi si ritrova, ad un'attenta analisi, la combinazione tra volere la cessazione della coscienza e l'allontanamento dal dolore psicologico insopportabile. Il suicidio non esita mai dai momenti felici. I pazienti descrivono tale dolore in molti modi come "Sono morto dentro", "Sentivo un dolore fortissimo dentro"; "Sentivo onde di dolore propagarsi nel mio corpo". Il suicidio è una risposta ad appannaggio esclusivo dell'uomo nei confronti di un dolore psicologico estremo. Se si riduce il livello di sofferenza il suicidio non si verifica;
4. Lo stressor comune nei suicidi si riferisce ai bisogni psicologici insoddisfatti. Paradossalmente, il soggetto suicida tenta la carta del suicidio per soddisfare bisogni psicologici vitali rimasti frustrati. Questo porta nuovamente a concludere che possono esserci molte morti nelle quali manca la motivazione del soggetto (incidenti, morti naturali), ma ogni suicidio riflette alcuni bisogni psicologici non soddisfatti;
5. Lo stato emotivo dei soggetti suicidi è riferibile all'hopelessness-helplessness. Questi soggetti affermano "Non c'è nulla che io possa fare (oltre al suicidio) e non c'è nessuno che possa aiutarmi (con il dolore che sto soffrendo);
6. Lo stato cognitivo tipico del soggetto suicida è l'ambivalenza. I soggetti suicidi sono caratterizzati dall'ambivalenza tra la vita e la morte fino al compimento dell'atto letale. Sebbene si apprestino alla morte desiderano ardentemente essere salvati;
7. I soggetti suicidi presentano uno stato di costrizione mentale. Il suicidio può essere compreso come uno stato di costrizione psicologica transitoria che coinvolge le emozioni e l'intelletto. I soggetti suicidi infatti affermano "Non c'era altro che potessi fare", "L'unica via di uscita era la morte", "L'unica cosa che potessi fare era uccidermi". È questa la visione tunnel di cui spesso si parla, nella quale vi è un restringimento del campo delle opzioni disponibili; e nel quale la mente è sintonizzata su due sole possibilità: una soluzione lieta (quasi magica) oppure la cessazione, il suicidio. In questi casi vige la legge del tutto o del nulla;
8. L'azione tipica dei suicidi è la fuga, un esodo da qualcosa di angosciante;
9. L'atto interpersonale tipico dei soggetti suicidi è la comunicazione dell'intenzione. Dalle prime autopsie psicologiche è emerso che nelle morti equivoche, poi classificate come suicidi, veniva comunicato l'intento suicidario in modo più o meno esplicito. Questi soggetti, piuttosto che comunicare ostilità, rabbia o depressione, comunicavano verbalmente o con il loro comportamento il fatto che si sarebbero uccisi;
10. I pattern del suicidio sono assimilabili agli schemi adattativi della vita dell'individuo suicida. In altre parole, osservando come una certa persona si è comportata in altri momenti difficili della propria vita si può prevedere come quella persona si approcci al suicidio. Probabilmente durante altre difficoltà quella persona ha sperimentato la tendenza al pensiero dicotomico e alla fuga dal dolore. Sebbene il suicidio, per definizione,

Tabella 1. Sintomi della depressione versus sintomi della crisi suicidaria (Shneidman, 1993b)

Depressione	Suicidio
1. Tristezza.	1. Alle prese con dolore psicologico.
2. Apatia.	2. Non riesce a sopportare il dolore.
3. Insonnia o ipersonnia.	3. Vede la fine della vita come soluzione.
4. Perdita o aumento dell'appetito.	4. Non vede altra possibilità a parte la morte (costrizione).
5. Sentirsi fisicamente agitato o rallentato.	5. Può avere o meno sintomi di depressione (suicidio come stato mentale).
6. Fatica o mancanza di energia.	
7. Inabilità a concentrarsi.	
8. Sentimenti di svalutazione o di colpa.	
9. Sentimenti di colpa.	

sia un evento mai sperimentato in precedenza, possiamo indagare la mente dei soggetti nei confronti del gesto letale analizzando lutti, separazioni, perdite di vario genere.

Un recente studio (Pompili et al., 2008) ha preso in esame un campione di 88 pazienti intervistati durante la degenza in un reparto di psichiatria (SPDC) con l'utilizzo della Psychological Pain Assessment Survey (Shneidman, 1989), la Beck Hopelessness Scale (Beck et al., 1974) e gli Items sul suicidio della MINI Neuropsychiatric Interview hanno permesso la suddivisione di pazienti a rischio vs. non-rischio di suicidio. Coloro che erano a rischio di suicidio riportavano maggiori livelli di *psychache* attuale (*higher current psychache*) e maggiori livelli di *psychache* in assoluto nel corso della vita del soggetto (*higher worst-ever psychache*). Il livello di *psychache* attuale era alto (6.7) su una scala da 1 a 9 ma minore del peggior livello di *psychache* mai provato – 8.6 (nella maggior parte dei casi affermavano che il loro peggior dolore non si era risolto). Sembra dunque che i pazienti avessero provato alti livelli di sofferenza in passato e continuavano a soffrire intensamente oltre ad essere a rischio di suicidio. Questo suggerisce che nei nostri pazienti ricoverati il miglioramento dei sintomi non è sufficiente ad intaccare la loro sofferenza e verosimilmente il loro rischio di suicidio.

Il suicidio è un dramma vissuto dai singoli individui ed è unico per i diversi casi. Sebbene la suicidologia annoveri studiosi diversi tra loro, coloro che si riconducono ai suoi concetti originali considerano il dolore mentale insopportabile come l'ingrediente base del suicidio.

Il suicidio ha portato via milioni di vite nel corso dei secoli e la sua comprensione rimane ancora parziale. Abbiamo però oggi un bagaglio

di conoscenze che ci permettono di avvicinarci ad una prevenzione concreta. La corretta gestione del soggetto in crisi da parte dei curanti pone le basi per un'effettiva prevenzione.

Sebbene esista una chiara associazione tra disturbo psichiatrico e suicidio è vero anche il contrario. Molti soggetti non sono depressi in senso stretto; sono tristi, angosciati per un problema che ai loro occhi non ha soluzione. Etichettarli precocemente come affetti da depressione li destina ad un percorso nel quale il rischio di suicidio è solo marginalmente affrontato. Il suicidio non dovrebbe mai essere considerato un sintomo di un certo disturbo psichiatrico, piuttosto una dimensione frequentemente associata alle problematiche psichiatriche (Tabella 1).

In tal senso si evita di confinare il rischio di suicidio tra le tante caratteristiche del quadro clinico. Attualmente sembra prevalere l'approccio kraepeliniano secondo il quale il suicidio è spesso considerato un prodotto del disturbo psichiatrico, una visione sostenuta anche dall'impostazione del DSM che richiede di verificare la presenza o l'assenza di segni o sintomi.

Spesso l'enfasi non è tanto sulle emozioni negative degli individui suicidari e sulla possibilità di ascoltare il loro dolore e dunque aiutarli. Si preferisce invece gestire un certo disturbo per il quale i protocolli indicano una precisa terapia, sicuri di agire anche contro il suicidio. Una visione fenomenologica del suicidio è invece auspicabile per meglio comprendere la vergogna, la colpa, l'abbandono, la disforia e il sentimento di disperazione (*hopelessness*). L'esperienza però ci insegna che il rischio di suicidio ha bisogno di un lavoro di valutazione, gestione e organizzazione più complesso, meticoloso e svincolato dalla sola gestione del quadro clinico. Il fatto che i tassi di suicidio rimangono pressoché inalterati

nonostante le grandi risorse investite nella prevenzione ci obbliga a cambiare la nostra concettualizzazione dei gesti letali. Non meno importante è il monito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che prevede un netto peggioramento del numero totale dei suicidi che ogni anno si registrano nel mondo. Probabilmente, eseguendo un'indagine *ad hoc* sul suicidio e sottolineando il ruolo delle emozioni negative si può fare di più. Dovremmo essere empatici e "risuonare" con il dolore mentale del paziente considerando "l'unicità" della sua sofferenza. Ogni sforzo dovrebbe essere fatto per cambiare anche di poco il dolore da 'intollerabile' e 'insopportabile' a 'quasi sopportabile' e 'tutto sommato sopportabile'; nel far questo l'enfasi dovrebbe essere sui bisogni psicologici frustrati dai quali origina la sofferenza del soggetto a rischio.

L'esortazione "conosci te stesso" è un motto greco, iscritto sul tempio dell'Oracolo di Delfi che può ben riassumere l'insegnamento di Socrate, in quanto esortazione a trovare la verità dentro di sé anziché nel mondo delle apparenze. Conoscere se stesso può rappresentare il punto di svolta per la prevenzione del suicidio. Dovremmo tutti riflettere sul nostro rapporto con il tema del suicidio e come lo indaghiamo nei nostri pazienti. Fermarsi e chiedersi "Ritengo che il suicidio sia un segno di debolezza di cui la gente dovrebbe vergognarsi?, Ritengo il suicidio come immorale o peccaminoso? Penso che il tema del suicidio sia un tabù? Penso che il suicidio sia il risultato della follia? Reagisco eccessivamente con ricoveri e precauzioni di ogni genere in presenza di ideazione suicidaria?". Thomas Kuhn ha affermato "Le risposte che ricevi dipendono da ciò che domandi"; io aggiungerei, e da come si domanda. Nell'indagare il suicidio c'è la paura di dare al paziente idee di suicidio; tuttavia non esiste alcuna prova che sostenga questo timore. Il suicidio è un atto serio e cosciente che necessita molto di più di un singolo colloquio per essere agito. Parlarne con onestà e franchezza, senza timori aiuta notevolmente coloro che lo hanno meditato. Il paziente deve poter percepire che si trova in acque sicure nel parlare di suicidio con il clinico. È verosimile pensare che l'individuo in crisi molto probabilmente non ammetterà il proposito letale se vi sono difficoltà del terapeuta con il tema del suicidio.

Riflettere sulle proprie esperienze di smarrimento in situazioni dolorose può essere di ausilio; così pure immaginare le proprie esperienze personali più difficili e all'inizio senza alcuna via di uscita. Forse inserito in quest'ottica, il suicidio, considerato come la migliore soluzione ad una sofferenza estrema, potrà meglio essere combattuto nei singoli, unici, e compassionevoli casi di miseria umana.

Bibliografia

Pompili M. La psicoterapia del dolore mentale dei soggetti a rischio di suicidio. In *"Il suicidio e la sua prevenzione"*. R Tatarelli, M Pompili (eds.). Fioriti Editore, Roma, 2008.

Pompili M. Suicide on my mind, prevention on my agenda. *Clinical Neuropsychiatry*, 2: 162-167, 2008a.

Pompili M, Lester D, Leenaars A, Tatarelli R, Girardi P. Suicide and psychache: a preliminary investigation. *Suicide Life Threat Behav* 38: 116-121, 2008b.

Pompili M. Psychache. In *"Encyclopedia of Death and the Human Experience."* CD Bryant, PL Dennis (eds.). Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2009 (in press).

Shneidman ES, Farberow NL. Clues to suicide. *Public Health Rep* 71: 109-114, 1956.

Shneidman ES, Farberow NL. Some comparisons between genuine and simulated suicide notes in terms of Mowrer's concepts of discomfort and relief. *J Gen Psychol* 56: 251-256, 1957.

Shneidman ES. Definition of suicide. Aronson, Northvale, 1985.

Shneidman ES. Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Jason Aronson, Northvale, 1993a.

Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 181: 145-147, 1993b.

Shneidman ES. Some controversies in suicidology: toward a mentalistic discipline. *Suicide Life Threat Behav* 23: 292-298, 1993c.

Shneidman ES. The suicidal mind. Oxford University Press, New York, 1996.

Shneidman ES. Suicide on my mind; Britannica on my table. *American Scholar* 67: 93-104, 1998.

Shneidman ES. Autopsy of a suicidal mind. Oxford University Press, New York, 2004.

Shneidman ES. Anodyne Psychotherapy For Suicide: A Psychological View of Suicide. *Clinical Neuropsychiatry* 2: 7-12, 2005.

Shneidman ES, Farberow NL (eds.). Clues to suicide. New York, McGraw-Hill, 1957.