

I fattori di rischio nel comportamento suicidario: l'applicazione delle conoscenze

Matteo Balestrieri
Professore Straordinario di Psichiatria, Università di Udine

C'è un grafico, tra i tanti prodotti in questi anni per rappresentare le statistiche del suicidio, che mi colpisce sempre quando lo guardo, ed è quello che compara i decessi negli Stati Uniti riferibili al suicidio con quelli dovuti alla guerra nel Viet-Nam e quelli conseguenti all'AIDS (Jamison, 2001). La forza evocativa di tale grafico deriva, a mio avviso, dall'aver messo in primo piano due eventi ben chiari e scolpiti nella mente di tutti – che costituiscono perciò dei paletti di riferimento – per confrontarli con i “rilievi montagnosi” del suicidio posti sullo sfondo. Ciò che se ne ricava è dunque che non solo il fenomeno del suicidio è più cospicuo di eventi considerati universalmente come molto luttuosi, ma anche che è misconosciuto o forse difficilmente inquadrabile, poiché fa parte di uno scenario naturale, che sappiamo esistere ma che rimane tuttavia in secondo piano.

Il nostro intervento di prevenzione del suicidio è in effetti soprattutto rivolto ai pazienti che abbiamo in carico. I fattori di rischio del nostro paziente appartengono alla sfera delle caratteristiche individuali e sono costituiti da fattori *personologici* quali la impulsività, l'aggressività, la sensibilità alle ferite narcisistiche, il pensiero “helplessness”, da fattori *esperienziali* come il provenire da una famiglia priva di supporto e/o molto autoritaria, l'aver vissuto eventi fortemente traumatizzanti, una storia personale di ripetuti tentativi autosoppressivi, la presenza di problemi sul lavoro (mobbing, comportamenti importunanti) e di recenti *life events* negativi, da fattori *socio-ambientali personali* come uno stato di indigenza, la disoccupazione, l'isolamento sociale e da fattori *clinici* come l'uso di alcol o di altre sostanze, la presenza di disturbi psichiatrici, come depressioni, disturbi bipolari, schizofrenie. Inoltre, all'interno delle singole categorie diagnostiche, possiamo identificare fattori di rischio *temporali*, legati cioè all'andamento della malattia: per esempio noi sappiamo che per il depresso un momento particolarmente a rischio per l'autosoppressione è la dimissione da un ricovero, il miglioramento iniziale della malattia o lo shift sia maniacale che depressivo.

Negli ultimi anni la ricerca su casistiche limitate di individui (metodo *idiografico*) ha prodotto un certo numero di modelli esplicativi sul comportamento suicidario. Particolare successo ha avuto il modello “diatesi-stress”, secondo il quale l'agito suicidario è la risultante dell'interazione tra una disposizione soggettiva (variamente misurata) e alcuni stressor, tra i quali la malattia psichiatrica, i *life events* e le diverse variabili sociali e culturali. Un altro modello è quello “di processo”, che descrive l'interazione tra caratteristiche di stato e di tratto in un'evoluzione progressiva che precipita il comportamento autosoppressivo quando vengono ad essere confrontati e superati dei

fattori che funzionano da soglia (p.e. la disponibilità di mezzi o la proposta di esempi di riferimento) (Mann et al., 1999).

In entrambi i modelli le caratteristiche di stato e di tratto possono essere descritte in termini psicologici e biologici. Ad esempio, dal punto di vista della psicologia cognitiva la modalità di pensiero che fa percepire all'individuo la assenza di vie di salvezza è associata a tratti impulsivi e aggressivi, alla incapacità a immaginare eventi positivi e al tratto temperamentale di evitamento del pericolo, secondo il modello di Cloninger. Studi di neuroimaging hanno a loro volta evidenziato una correlazione negativa tra hopelessness, temperamento di evitamento del pericolo e binding prefrontale ai recettori serotoninergici 5-HT_{2A} (van Heeringen, 2003).

I modelli psicobiologici, integrati dalle conoscenze sulle variabili esperienziali degli individui, cercano di organizzare gli elementi che definiscono i fattori di rischio individuali per il suicidio. Essi costituiscono gli strumenti conoscitivi per impostare i trattamenti psicoterapici e farmacologici negli individui che cercano una cura.

Ma come ci possono essere di aiuto le informazioni riguardanti i fattori di rischio epidemiologici generali per il suicidio, che determinano la probabilità di tale evento nella popolazione (metodo *nomotetico*) e che quindi cercano di confrontarsi con la “montagna del suicidio” che è sullo sfondo?

Nel Mondo circa un milione di persone commette un suicidio ogni anno (1 decesso ogni 20 secondi) ed almeno 10 milioni tentano il suicidio (un tentativo ogni secondo). Si tratta di un'epidemia diffusa, che nei singoli individui spesso da segno di sé quando è troppo tardi.

I fattori di rischio epidemiologici associati ad un elevato rischio per il suicidio sono noti. Tra i fattori *biologici* vi sono il sesso maschile, l'età, l'ereditarietà familiare e determinati assetti neurotrasmettitoriali; tra i fattori *macrosociali* l'uso diffuso di alcolici, la depressione economica, la disponibilità di armi, l'utilizzo di combustibili tossici da uso quotidiano, la scarsa o assente regolamentazione della distribuzione di farmaci e sostanze, l'isolamento sociale.

La conoscenza di alcuni dei fattori di rischio macrosociali di disagio, non necessariamente il solo suicidio, ha portato nel passato all'introduzione di misure di prevenzione.

Ad esempio in URSS la riduzione drastica della accessibilità agli alcolici ha ridotto il tasso di suicidio (Wassermann et al., 1994). In Inghilterra la diminuzione del monossido di carbonio nel gas domestico è coinciso con la riduzione del tasso dei suicidi. Secondo alcuni autori si tratterebbe di una coincidenza temporale e non una correlazione causale, poiché ad esempio la diminuzione dei tassi di suicidio è avvenuta anche in città dove il livello di monossido è rimasto letale (Barraclough & Hughes, 1987). Altri autori tuttavia hanno rilevato come la riduzione del tasso di suicidi per avvelenamento da gas è realmente diminuito, con la conseguenza di una riduzione effettiva del

numero totale di suicidi negli anziani di sesso maschile; le donne e i maschi non anziani hanno tuttavia sostituito tale modalità autosoppressiva con altre, in particolare con l'overdose da farmaci (Gunnell et al., 2000). Anche la espansione del Telephone Samaritan Service ha coinciso con la caduta dei tassi di suicidio in Inghilterra, ma indagini su vasta scala hanno dimostrato che, benchè tali servizi facciano molto per aiutare persone in difficoltà, la prova che essi riducano i tassi di suicidio rimane dubbia (Henderson, 1991).

Anche l'uso diffuso di psicofarmaci sempre a minor rischio di tossicità, ad esempio gli SSRI rispetto agli antidepressivi triciclici, potrebbe determinare una riduzione dei tassi di suicidio e alcuni dati sono suggestivi in tal senso (Guaiana et al., 2002). È da sottolineare tuttavia che un rapporto di causa-effetto relativo all'introduzione e alla diffusione degli SSRI è ancora da affidare ad una analisi sul tipo di antidepressivi usati nei casi di autosoppressione.

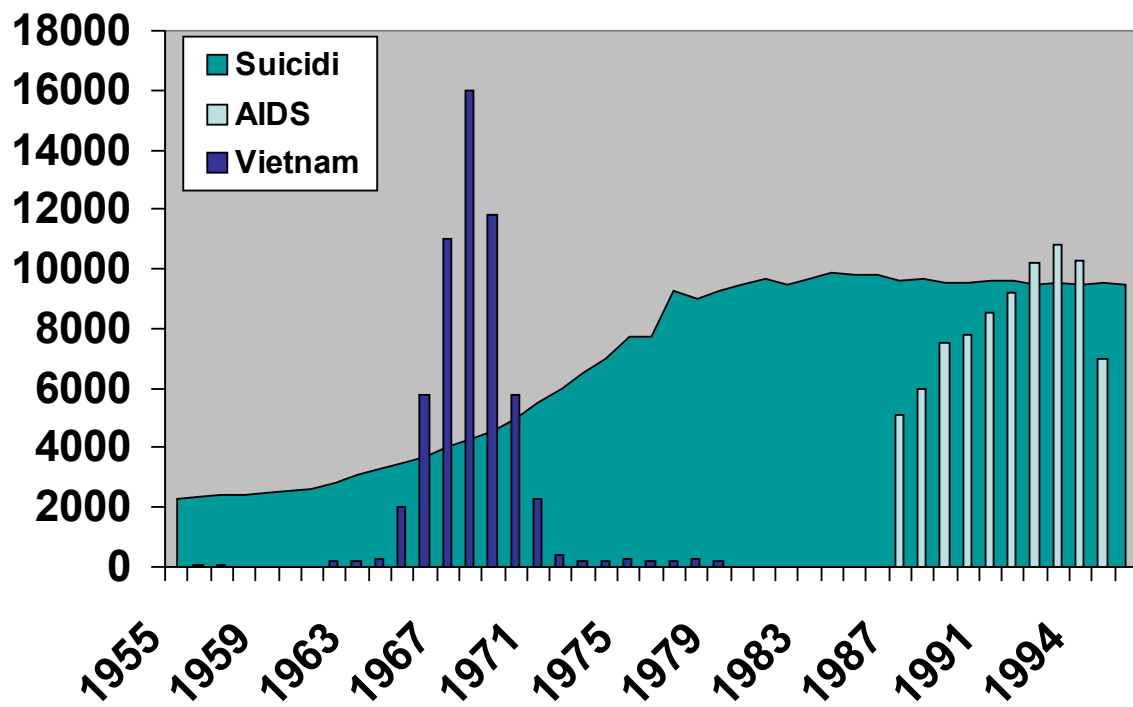
In sintesi i dati epidemiologici a nostra disposizione sembrerebbero indicare che la riduzione della disponibilità di mezzi con cui commettere l'atto autosoppressivo può in alcuni casi determinare una riduzione del numero dei suicidi, ma in altre situazioni ciò che avviene è la sostituzione del mezzo e non la riduzione del rischio.

La conoscenza dei fattori di rischio epidemiologici può essere allora utilizzata per organizzare un intervento preventivo sul suicidio con appropriate misure socio-sanitarie. Dati recenti ci dicono ad esempio che, in Italia come altrove, è cresciuto il numero dei suicidi tra gli adolescenti e le donne e ciò soprattutto nelle aree rurali, lontane dai grossi centri (Guaiana et al., 2002; Middleton et al., 2003; Gunnell & Middleton, 2003). Dobbiamo quindi intervenire sull'isolamento sociale nelle aree disagiate e potenziare l'accessibilità ai servizi di salute mentale delle fasce di popolazione a maggior rischio.

Bibliografia

- Barraclough B. & Hughes J. (1987). *Suicide. Clinical and Epidemiological Studies*. Croom Helm: London.
- Guaiana G., D'Avanzo B. & Barbui C. (2002). Update of suicide trends in Italy from 1986 to 1996. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37: 267-270.
- Gunnell D., Middleton N. & Frankel S. (2000). Method availability and the prevention of suicide--a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35:437-43.
- Gunnell D. & Middleton N. (2003) National suicide rates as an indicator of the effect of suicide on premature mortality. *Lancet*. 20;362(9388):961-2.
- van Heeringen K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 48: 292-300.
- Henderson A.S. (1991). *Psichiatria Sociale e Epidemiologia Psichiatrica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Jamison K.R. (2001). *Rapida Scende la Notte. Capire il Suicidio*. Longanesi & C.: Milano.

- Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L. & Malone K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 156:181-9.
- Middleton N., Gunnell D., Frankel S., Whitley E. & Dorling D. (2003). Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998. *Soc Sci Med* 57:1183-94.
- Wasserman D., Varnik A. & Eklund G. (1994). Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 89:306-13.



Mortalità maschile negli Stati Uniti in soggetti di età pari o inferiore a 35 anni (Jamison, 2001).