

## IL SUICIDIO NELL'OVEST E NELL'EST: SA LEGGERE LA BUSSOLA?

Petrović A., Zorko M., Marušič A.

*Per corrispondenza:*

Andrej Marusic, University of Primorska, Titov trg 4, 5000 Koper, Slovenia, andrej.marusic@upr.si

Esistono solo differenze geografiche fra l'Europa dell'Ovest e dell'Est o c'è dell'altro? Non occorre fare un intero corso di storia, geografia e sociologia per rendersi conto che la risposta alla domanda è molto più complessa. L'Europa Occidentale ed Orientale si distinguono per differenze storiche e culturali più che per le rispettive posizioni sulla carta geografica. Da tempo si sa che popolazioni diverse differiscono anche nello stato di salute e benessere, e la differenza probabilmente non dipende solo da modi diversi di definire gli indicatori di salute mentale. Il benessere mentale (e di conseguenza il tasso di suicidi) di una popolazione può essere influenzato anche da differenze culturali specifiche? Senza dubbio, la cultura di una società costituisce un fattore determinante nella salute e nel benessere della popolazione.

Sarebbe bene prima soffermarci sul significato di cultura. In generale, il termine *cultura*, dal latino *colo*, *-ere*, con la radice che significa "coltivare", si riferisce a modalità di attività umana e alle strutture simboliche che danno significato a tali attività. Queste modalità di comportamento umano indicano chiaramente come ci sentiamo, come pensiamo, come ci comportiamo e quanto siamo in salute. Cultura potrebbe dirsi "il modo di vivere di una società intera". In quanto tale, comprende usanze, abbigliamento, linguaggio, religione, rituali, valori, artefatti, norme comportamentali e sistemi di credenze. Se la cultura determina come ci comportiamo nel quotidiana-

no, in qualche modo determina anche come reagiamo di fronte a situazioni di stress, come affrontiamo problemi e come gestiamo le sconfitte. D'altra parte, anche i valori degli altri influiscono sul nostro comportamento. La cultura che ha un atteggiamento permissivo nei confronti del suicidio fornisce una prospettiva diversa a questa modalità di porre fine alla propria vita rispetto ad una cultura con una storia di proibizione del suicidio. Di più, differenti avvenimenti della vita possono avere significati diversi in culture diverse. Se avere un lavoro fisso ed uno status socioeconomico adeguato riveste più importanza in una determinata cultura rispetto a un'altra, la perdita del lavoro avrà un peso maggiore per il benessere di un individuo nella prima rispetto alla seconda. Naturalmente, gli aspetti storici (guerre, cambiamenti economici, un passato di "cultura del suicidio" ...) influiscono, direttamente e indirettamente, sulla salute mentale della popolazione.

I paesi dell'Europa Occidentale ed Orientale differiscono parecchio nei tassi di suicidio. In generale, il tasso di suicidi nell'Europa dell'Ovest è fra circa 5 e 19 casi per 100 000, inferiore rispetto all'Europa dell'Est, dove il tasso è fra 12 e 41 casi per 100 000 (HFA-MDB). Cantor (2002) ci ricorda che i tassi di suicidio nell'Est sono aumentati durante il periodo fra il 1987 e il 1991-1992, mentre il rapporto di suicidi fra maschi e femmine si è ampliato. Inoltre, si sono riscontrate differenze nelle modalità suicidarie: a livello nazionale, i tassi di suicidio per impiccagione variano, ma appaiono più elevati all'Est (Lituania 90%, Ungheria 68%, Lettonia 81%, Slovenia 62%) che all'Ovest (Irlanda 48%, Olanda 43%, Spagna 37%, Inghilterra e Galles 51%).

Viene quindi da chiedersi come possono essere spiegate differenze così marcate. A questo scopo, Schmidtke (1997) elencò vari elementi potenzialmente implicati in questa variabilità: fattori sociodemografici, differenze etniche, credenze ed affiliazioni religiose, l'atteggiamento al fenomeno del suicidio, la legislazione riguardante il suicidio, strategie di coping, strategie di prevenzione, e anche l'affidabilità e la validità della certificazione e rilevazione dei decessi. Quest'ultimo fattore sembra giocare un suo ruolo, in quanto la registrazione della causa di morte può essere influenzata da tabù legali, morali e culturali. Gunnell (2005) evidenziò anche altri fattori, e in particolare le differenze economiche (i tassi di suicidio aumentano nei paesi in recessione economica), differenze nella disponibilità ed effettiva fornitura dei servizi di salute pubblica per i disturbi mentali, la presenza di particolari fattori di rischio o protettivi (abuso d'alcool, divorzio, disoccupazione) e differenze genetiche fra le popolazioni.

I fattori socioeconomici non sembrano essere sufficienti a giustificare la variazione nell'incidenza di suicidio. Ad esempio, a metà degli anni '90, i tassi di suicidio in 34 paesi europei (Schmidtke e coll., 1999) non risultavano correlati in modo significativo con il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro capite (United Nations Development Programme, 2000). Sono stati esaminati alcuni aspetti socioeconomici relativi ai tassi di suicidio nelle repubbliche ex-sovietiche durante il processo della Perestrojka, ma non esistono studi che analizzano il quadro delle relazioni sociali ed economiche per l'intero periodo di 15 anni, dalla Perestrojka fino alla stabilizzazione economica e politica (Rancans e coll., 2001). D'altra parte, Marušič e coll. (2002) indagarono sui PIL associati ai tassi di alfabetizzazione ed ai tassi nazionali di suicidio in 33 stati europei. Dai risultati dello studio emerse che un alto tasso di alfabetizzazione sembrava essere significativamente correlato con tasso suicidario, anche dopo aver aggiustato per PIL e distribuzione dell'età. Quando il PIL pro capite veniva aggiunto nel mo-

dello di regressione lineare, quest'ultimo migliorava in modo considerevole. In particolare, in uno studio longitudinale su un solo paese (Lettonia), Rancans e coll. (2001) dimostrarono che né l'improvviso calo nel PIL, né il rapido aumento dei casi di esordio di psicosi da alcool, né la percentuale di disoccupati apparivano in stretta relazione con l'andamento dei tassi di suicidio.

Le differenze possono essere spiegate anche dall'affidabilità delle registrazioni di decesso. Si possono confrontare i tassi di suicidio dei vari stati sapendo che le procedure di registrazione sono diverse? Può darsi che quello che si considera come un suicidio in un paese non lo sia in un altro. Molti ricercatori ritengono che queste fonti di variabilità a livello europeo siano casuali (Sainsbury & Jenkins, 1982; Monk, 1987; O'Carroll, 1989; Diekstra, 1993; Moscicki, 1997).

Se così fosse, dove dovremmo cercare altri fattori che possano influire sulla variazione nei tassi di suicidio europei? Uno dei diversi punti di vista viene presentato con l'ipotesi finno-ugrica sui suicidi, proposto da Kondrichin (1995), il quale rilevò che le regioni europee con una prevalenza di etnicità, lingue o influenze culturali finno-ugriche hanno tassi di suicidio più alti delle altre regioni europee. Secondo Marušič e Farmer (2001), gli stati europei con i tassi di suicidio più alti costituiscono una fascia contigua a forma di "J" che passa dalla Finlandia alla Slovenia. Questi paesi differiscono in termini di storia recente, sistemi politici e fattori socioeconomici. Le persone che vivono entro questa fascia a "J" potrebbero condividere gli stessi geni e una scarsa tolleranza a quantità eccessive di alcool, in una combinazione che slatentizza più facilmente un comportamento suicidario. Voracek e coll. (2003) sottolineano che finora l'ipotesi finno-ugrica è stata studiata solo a livello ecologico, mentre servirebbe una analisi più dettagliata di questi risultati preliminari. Così come occorre una maggiore evidenza a livello genetico per confermare tale ipotesi.

Infine, cosa possiamo imparare dalle diffe-

renze nei tassi di suicidio fra Est e Ovest? Variazioni inter- e intra-nazionali nei tassi suicidari richiedono specifici programmi nazionali di prevenzione, che non dovrebbero basarsi solo sui fattori di rischio suicidario universalmente noti, ma dovrebbero prendere in considerazione anche caratteristiche specifiche del paese. Naturalmente, una maggiore comprensione delle origini delle variazioni nei tassi di suicidio e di quanto siano modificabili le loro cause offre un grande potenziale per la prevenzione del suicidio. Lo sviluppo e l'attuazione di politiche nazionali sulla prevenzione del suicidio varia da un paese all'altro. Da una parte, ci sono gli stati dell'Europa Occidentale con delle strategie di prevenzione approfondite (es. Finlandia, Regno Unito, Irlanda e Scozia), mentre dall'altra ci sono stati dell'Europa dell'est che mancano ancora di una adeguata politica di prevenzione (es. Slovenia, Croazia, Federazione Russa). Se osserviamo la questione da un punto di vista più ampio, notiamo delle differenze anche in relazione alla cultura della salute mentale: in molti paesi orientali, promozione e prevenzione nel campo della salute mentale non sono ancora sull'agenda politica e non beneficiano di risorse adeguate (es. Slovenia, repubblica Ceca, Ungheria, Lettonia e Lituania).

Samomor, suicide, самоубийство, zelfmoord, kamikaze, Selbstmord, suicidio, suicídio, självmord – il linguaggio che utilizziamo per discutere di suicidio e del suo impatto interessa poco a chi rimane. Con il suicidio si perde una vita, poco importa il nome che usiamo per descrivere l'azione.

Ciò che importa è scoprirne le cause e trovare metodi efficaci per prevenire il suicidio e per promuovere salute e benessere mentale. Si spera che l'Est prenda esempio dall'Ovest e viceversa per incrementare la consapevolezza della necessità di strategie efficaci di prevenzione, intervento e sostegno per chi rimane.

L'11° Simposio Europeo sul Suicidio ed il Comportamento Suicidario ha costituito una grande opportunità di collegamento fra Est e Ovest, dato che l'evento era organizzato in due lingue ufficiali (inglese e russo). Non

è stato solo un incontro fra la maggior parte delle lingue parlate nell'Est e nell'Ovest europeo, ma anche un momento importante di scambio di conoscenze nel campo della suicidologia occidentale ed orientale.

### Bibliografia

Cantor CH. *Suicide in the Western World*. In K. Hawton and K. van Heeringen: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley, 2002.

Diekstra RF. *The epidemiology of suicide and parasuicide*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 371 (Suppl.), 9-20, 1993.

Gunnell D. *Time trend and geographic differences in suicide: implications for prevention*. In K. Hawton: *Prevention and treatment of suicidal behaviour – from science to practice*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Kondrichin SV. *Suicide among Finno-Ugrians*. *Lancet*, 346, 1632-1633 [Letter] 1995.

Marušič A, Khan M, Farmer A. *Can the interaction of poverty and literacy explain some variability of suicide rates in Europe?* *European Journal of Psychiatry* 16(2):103-107, 2002.

Marušič A, Farmer A. *Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates*. *British Journal of Psychiatry* 179:194-196, 2001.

Monk M. *Epidemiology of suicide*. *Epidemiologic Reviews* 9:51-69, 1987.

Moscicki EK. *Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies*. *Psychiatric Clinics of North America* 20:499-517, 1997.

O'Carroll PW. *A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data*. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 19:1-16, 1989.

Rancans E, Salander Renberg E, Jacobsson L. *Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980-98*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103:275-281, 2001.

Sainsbury P, Jenkins JS. *The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 36:43-48, 1982.

Schmidtke A. *Perspective: Suicide in Europe*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 27:127-136, 1997.

Schmidtke A, Weinacker B, Apter A, et al. *Suicide rates in the world: update*. *Archives of Suicide Research* 5:81-89, 1999.

Voracek M, Fisher ML, Marušič A. *The Finno-Ugrian suicide hypothesis: variation in European suicide rates by latitude and longitude*. *Perceptual and Motor Skills* 97:401-406, 2003.