

SUICIDIO NELLE MINORANZE ETNICHE

Scocco P., Di Munzio W.

Riassunto

Il contributo dell'appartenenza etnica, e più in generale delle variabili socio-culturali, al fenomeno suicidario non è ancora stato chiarito. Tuttavia, alcuni indicatori come la differenza nei tassi suicidari tra gruppi etnici diversi che vivono nella stessa nazione, o che vivono in paesi che sono andati incontro a mutamenti politici ed economici simili, o ancora all'interno delle stesse minoranze etniche in base alla loro rappresentatività nel territorio, e infine tra immigrati di prima e seconda generazione ne suggerisce quanto meno un legame. Ne consegue che qualsiasi programma di prevenzione del suicidio dovrebbe non solo considerare l'appartenenza etnica e culturale della popolazione a cui è diretta, ma anche tutti i cambiamenti che quella comunità di persone ha o sta affrontando. Più in generale è quanto meno discutibile continuare a distinguere tra strategie di prevenzione dedicate alla popolazione generale o ai cosiddetti gruppi ad alto-rischio considerando che un indicatore (di rischio) può associarsi ad un elevato rischio di suicidio in un'area e ad uno basso in un'altra.

Parole chiave:

Suicidio, etnia, minoranze etniche, immigrazione.

Summary

The contribution made by belonging to an ethnic group, and more generally by socio-cultural variables, to the suicide phenomenon, are not yet clear. However, some indicators such as the difference in suicide rates among diverse ethnic groups living in the same nation, or who live in countries which have come up against similar political and economic mutation, or even within those same ethnic minorities based on their representative presence in the country, and finally among first and second generation immigrants, suggest some kind of link at least. It follows that any suicide prevention programme should consider not only the ethnic and cultural group membership of the population to which directed, but also all the changes which that community of people has under-

gone or is currently facing. More generally, there may be a case to continue distinguish between prevention strategies aimed at the general public or at so-called high-risk groups, considering that a (risk) indicator may be associated with a higher suicide risk in one area and a lower risk in another.

Key words:

Suicide, ethnic group, ethnic minorities, immigration.

Per corrispondenza:

Paolo Scocco, Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro di Salute Mentale; Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Via Buzzaccarini 1 35124 Padova

Il suicidio è un fenomeno complesso, sottoposto all'influenza di numerosi fattori: biologici, culturali, sociali, legati alla personalità e al contesto economico e politico.

Nel mondo, negli ultimi 50 anni i tassi di suicidio sono complessivamente aumentati, con un cambiamento della fascia d'età maggiormente a rischio. Se nel 1950 i suicidi di persone con più di 45 anni rappresentavano il 60% del totale, nel 1998 erano appena il 45% (OMS, 2002). Tuttavia, i tassi suicidari variano di molto da paese a paese, basti pensare ad esempio alle differenze tra il centro e sud america e l'est europeo. Nonostante alcuni paesi abbiano subito cambiamenti politici ed economici simili, i tassi suicidari sono diversi. Ciò sottolinea l'importanza dei fattori culturali e sociali nel modulare l'effetto di cambiamenti macroeconomici (Makinen, 2000).

Notevoli differenze nei tassi di suicidio si evidenziano anche tra i diversi gruppi etnici

ci che convivono nel medesimo paese. Pensiamo ad esempio all'Australia e Nuova Zelanda dove i tassi suicidari delle popolazioni aborigene superano quelli delle popolazioni di origine europea. Negli USA emerge una notevole discrepanza tra i tassi dei bianchi, più elevati, rispetto e quelli degli afroamericani. Anche i nativi americani (compresi quelli dell'Alaska) raggiungono tassi suicidari del 50% più elevati rispetto ai bianchi. Al contrario, gli ispanici hanno un rischio di suicidarsi che è metà rispetto ai bianchi, ma dei tassi di ideazione e tentativi suicidari significativamente più elevati (McKenzie et al, 2003).

L'epidemiologia del suicidio nelle diverse etnie e la possibilità di comparare i dati provenienti da studi condotti in paesi e popolazioni diversi è notevolmente influenzata dalle differenti metodologie nella rilevazione dei dati attraverso le schede di morte. In Gran Bretagna, ad esempio, nei certificati di morte non viene registrata l'etnia di appartenenza, ma il luogo di nascita. Ciò ostacola profondamente lo studio dell'influenza dell'etnia sui fenomeni suicidari in quanto circa la metà della popolazione appartenente a minoranze etniche è nata in Gran Bretagna. Inoltre, questi ultimi hanno generalmente un'età media più bassa e possono presentare un rischio di suicidio maggiore rispetto ai loro genitori nati nei paesi d'origine (McKenzie et al, 2003).

Soni Raleigh (1996) si confrontò con tali limiti metodologici; dai suoi dati emerse che i tassi suicidari dei maschi di tutte le età nati in Bangladesh, Sri Lanka e Pakistan erano significativamente più bassi di quelli dei loro figli, mentre erano più elevati tra i giovani maschi nati in India e Africa dell'est e ancora di più tra le donne nate negli stessi paesi.

Anche in uno studio svedese di Hjern e Allebeck (2002) emerse che negli immigrati di seconda generazione i tassi suicidari erano più elevati di quelli dei loro genitori comparati a quelli della maggioranza della popolazione svedese. Ciò emergeva in tutti i sei gruppi etnici valutati (Finlandesi, popoli del

nord Europa e nord america, dell'Europa dell'est, dell'Europa del sud, del medio oriente, e di altri paesi). Varie ipotesi sono state adottate per spiegare tale dato (Marmot et al, 1984): gli immigrati potrebbero rappresentare un segmento particolarmente sano della loro popolazione d'origine (ipotesi di migranti sani). In effetti, i soggetti che soffrono di patologie psichiatriche potrebbero essere meno capaci di superare le difficoltà che una migrazione comporta. I loro figli non avendo affrontato la migrazione non subirebbero quindi tale selezione. Un'altra spiegazione potrebbe essere che il più elevato rischio degli immigrati di seconda generazione potrebbe rappresentare una vulnerabilità specifica dell'età, una sensibilità alle avverse condizioni di vita degli immigrati in Svezia.

Lo studio di Hjern e Allebeck (2002) sottolineò inoltre come le condizioni di vita socio-economiche contribuissero al rischio di suicidio negli immigrati sia di prima che di seconda generazione.

Il National Board of Health and Welfare (citato in Hjern e Allebeck (2002) evidenziò come i gruppi etnici minoritari tendano a stabilizzarsi in quartieri popolari (a basso status sociale) delle città medio-grandi e tendano a clusterizzarsi in base allo status sociale piuttosto che all'etnia di appartenenza.

Una diversa concentrazione di appartenenti ad una minoranza etnica in aree geograficamente vicine può influenzare i tassi suicidari. Neeleman e Wessely (1999) evidenziarono infatti che i tassi suicidari dei residenti in alcune aree di Londra appartenenti a minoranze etniche erano inversamente proporzionali alla numerosità degli stessi nel territorio. Questi dati confermarono anche per il suicidio l'*ipotesi della densità etnica*, proposta per altri indici di esito della salute come ad esempio la frequenza dei contatti con strutture psichiatriche (Kraus, 1969; Rabkin, 1979). Tale frequenza è tuttavia soggetta a dei *bias* come ad esempio le differenze etniche nella ricerca di assistenza sanitaria (Gillam et al, 1989). Se i tassi suicidari nei gruppi etnici minoritari erano più bas-

si e quelli dei bianchi più elevati nelle aree dove i primi erano relativamente più numerosi e viceversa, ne consegue che un background minoritario proteggerebbe dal suicidio in aree dove ci sono più residenti con tale caratteristica. L'opposto avveniva nelle aree dove prevaleva la popolazione bianca, nelle quali il rischio di suicidio dei soggetti appartenenti a minoranze etniche era più elevato che tra i bianchi.

Lo studio di Neeleman e Wessely (1999) suggerì inoltre che l'effetto della densità fosse specifico, correlato con lo status di minoranza etnica piuttosto che a dei fattori di deprivazione socioeconomica (es. disoccupazione od occupazione non specializzata, presenza di famiglie con un unico genitore e figli minori ecc). I livelli di deprivazione erano più elevati, ma i tassi suicidari potevano essere più bassi tra i gruppi etnici minoritari rispetto alla popolazione bianca, laddove i primi erano più numerosi. La maggiore densità di una determinata popolazione oscurava quindi l'entità dell'associazione tra deprivazione e tassi suicidari emersa in precedenti valutazioni macroscopiche (Platt e Kreitman, 1984; Gunnell et al, 1995).

Non c'è dubbio che i dati emersi dagli studi citati siano estremamente interessanti, tuttavia nella ricerca medica il contributo dell'appartenenza etnica al fenomeno suicidario rimane assai difficile da definire. All'interno dei vari gruppi etnici – afrocaribici, bianchi, asiatici ecc – esiste infatti una grande eterogeneità e le popolazioni meticce sono difficilmente classificabili. Per superare tale limite, come suggerito da Neeleman e Wessely (1999), in occasione di censimenti o negli studi epidemiologici, dovrebbe essere consentito ad ognuno di definire la propria appartenenza etnica.

Un possibile fattore confondente che Neeleman e Wessely (1999) hanno considerato nella loro valutazione è l'effetto della migrazione selettiva. Infatti, i diversi gruppi etnici non seguono dei flussi migratori casuali, ma tendono a raggrupparsi in alcune aree e successivamente i componenti del

gruppo con un'età media più elevata tendono a rimanere o a spostarsi in aree meno deprivate, dove la densità di popolazione della stessa etnia è più elevata.

Ma quali possono essere i meccanismi che sottendono l'effetto della densità etnica sulla variabilità dei tassi suicidari? Si può supporre che la maggiore coesione sociale nei gruppi etnici locali più numerosi possa attutire l'effetto della deprivazione e degli altri fattori di rischio per suicidio e patologie psichiatriche. Come Driessen et al (1998) hanno evidenziato, i tassi di depressione sono più elevati tra madri sole che vivono in aree a bassa concentrazione di donne nella loro stessa condizione che tra quelle che vivono in contesti di maggiore concentrazione di tale popolazione. È stato quindi supposto che ciò possa dipendere dalla percezione di supporto da parte di persone che vivono una situazione ambientale simile o al contrario di ostilità di un ambiente privo di punti di riferimento socio-culturali.

Le condizioni ambientali vanno poi ad influenzare altre variabili che pesano a livello individuale nel determinare il rischio di suicidio come lo stress socio-economico, il razzismo, l'acculturazione, la perdita di legami con affiliazioni religiose, la difficoltà nella formazione di una nuova identità sociale, e la perdita di supporto da parte della famiglia e della comunità d'origine (McKenzie et al, 2003).

Queste ipotesi potrebbero contribuire a spiegare la tendenza da parte degli immigrati a concentrarsi in alcuni quartieri delle città e a mantenere le proprie tradizioni, fintanto che il gruppo etnico non subisce la spinta all'assimilazione che parte dai figli e nipoti. In questo senso ostacolare questa tendenza alla concentrazione etnica con operazioni di diluizione "forzata" delle varie etnie sul territorio potrebbe avere pesanti ripercussioni di tipo sanitario e sociale (es. aumento dell'incidenza di patologie psichiatriche, suicidio e di comportamenti antisociali).

Da quanto è stato fin qui descritto è doveroso sottolineare che, considerando la

scarsa stabilità del rischio di suicidio anche in aree geograficamente assai vicine, un programma di prevenzione del suicidio dovrebbe non solo considerare l'appartenenza etnica e culturale della popolazione a cui è diretta, ma anche tutti i cambiamenti che quella comunità di persone ha subito o sta affrontando. Più in generale è quanto meno discutibile continuare a distinguere tra strategie di prevenzione dedicate alla popolazione generale o ai cosiddetti gruppi ad alto-rischio considerando che un indicatore (di rischio) può associarsi ad un elevato rischio di suicidio in un'area e ad uno basso in un'altra.

Il Progetto MIRA: migrazione e salute mentale. Protocollo multilingue per la valutazione del rischio suicidario

L'Italia, a differenza di altri paesi europei come la Gran Bretagna e la Francia, è stata interessata da importanti flussi migratori sono negli ultimi 10-20 anni, da parte di popolazioni che provengono da paesi che non sono legati al nostro da un passato coloniale o da una comunanza culturale. Basti pensare che la stragrande maggioranza degli immigrati che arriva in Italia non parla l'italiano. Questo ha importanti conseguenze nel processo di integrazione, ma anche nell'offerta di assistenza sanitaria quando questa è necessaria.

La "barriera" linguistica, che ostacola la comunicazione, rappresenta un grosso limite all'operare clinico in psichiatria. La mancanza di una appropriatezza linguistica che consenta all'utente di comunicare e all'operatore di percepire e quindi approfondire la raccolta di informazioni diventa estremamente problematica in particolare quando non disponiamo di sintomi o segni che ci possano indicare la presenza di disturbo o aiutare a prevedere un comportamento.

Nella fase di valutazione di un utente, la presenza di ideazione, intenzionalità e progettualità suicidaria non può che essere "svelata" dall'utente stesso, spontaneamente o dopo una specifica stimolazione da parte

dell'interlocutore. È evidente che la peculiarità dell'indagine e i temi affrontati richiedono una precisa condivisione tra gli interlocutori dello strumento di comunicazione.

La valutazione psicometrica della suicidalità può essere essenzialmente vista come uno strumento che coadiuva il colloquio di valutazione e la visita psichiatrica di un utente che manifesta una sofferenza psichiatrica.

A tutt'oggi non disponiamo di dati definitivi sulla reale validità predittiva delle scale di valutazione esistenti, anche se esse offrono una serie di vantaggi:

- una fonte addizionale e potenzialmente obbiettiva di informazioni;
- una chiarificazione dei diversi aspetti o livelli di suicidalità (es. presenza di ideazione, pianificazione, intenzionalità suicidaria ecc.);
- introduzione di un criterio di attendibilità e confrontabilità nella procedura di valutazione;
- la misurazione dell'evoluzione delle manifestazioni suicidarie nel tempo e nel corso del trattamento.

In definitiva, uno strumento di valutazione può supportare il clinico nel suo lavoro. Inoltre, non bisogna dimenticare che in qualsiasi valutazione esiste una certa discrepanza tra quanto un utente riporta e quanto emerge dalla valutazione "oggettiva" fatta dal clinico che tendenzialmente utilizza un approccio più conservativo e tende a sovrastimare il rischio suicidario, più di quanto abitualmente faccia l'utente stesso (Joiner et al, 1998). L'autovalutazione del paziente sembra essere un migliore predittore di suicidalità rispetto al giudizio del clinico (Joiner et al, 1998).

I soggetti che presentano ideazione suicidaria tengono spesso queste emozioni per sé o sono incapaci di esprimerle a causa di una costrizione cognitiva; i curanti sembrano assistere al turbinio emotivo interno e alla agitazione esterna che questi pazienti soffrono, incapaci di leggerne il significato (Schmid et al, 1994). Inoltre, lo screening suicidologico routinario può permettere di identifica-

re i soggetti che presentano un potenziale rischio suicidario e di predisporre un progetto di cura adeguato e personalizzato.

La possibilità di impiegare uno strumento di valutazione autosomministrato nella lingua madre dell'utente può rappresentare una preziosa fonte di informazione.

Qualora le popolazioni, potenziali utilizzatori dello strumento di valutazione siano numerose e non siano disponibili traduzioni validate nella lingua d'origine, si impone la necessità di impiegare uno strumento semplice (traducibile in molte lingue), che non presenti particolari difficoltà di somministrazione e di interpretazione dei risultati, ma che permetta di valutare la presenza di tutte le possibili manifestazioni del continuum suicidario.

La Regione Campania ha sviluppato un importante programma di attivazione di Servizi e di formazione verso gli operatori sanitari, sociali, del volontariato e del terzo settore; tale lavoro ha consentito l'apertura di numerosi sportelli informativi nei Comuni e la sperimentazione di procedure unificate per l'accesso facilitato ai servizi socio sanitari italiani ed a quelli appositamente organizzati in risposta ai bisogni espressi dalle popolazioni di migranti nelle varie aree del territorio regionale, focalizzando sempre l'attenzione sulle diverse etnie e sui diversi bisogni che esprimono.

Un'importante parte del Progetto (complessivamente denominato Progetto MIRA) ha trattato dei problemi psichiatrici delle popolazioni di immigrati e del rischio suicidario che, in alcune aree, cominciava ad incidere con un preoccupante trend in ascesa. Sono stati elaborati strumenti di valutazione psicometrica del rischio suicidario associati al più tradizionale intervento clinico, anche con l'apporto prezioso di mediatori culturali capaci di recuperare appieno lo strumento linguistico e quello culturale specifico della singola etnia (Di Munzio & Scocco, 2006).

Il protocollo multilingue elaborato utilizza 5 domande che presuppongono una risposta netta, si/no (presenza/assenza del fe-

nomeno indagato) e, in caso di risposta affermativa, viene richiesta la precisazione del range temporale nel quale l'utente ha manifestato il fenomeno considerato (il giorno stesso, una settimana, un mese, oltre) (tab. 1).

Tali domande, o parte di queste, sono state impiegate in numerosi studi di prevalenza dei fenomeni del continuum suicidario, nella popolazione generale e geriatrica (Paykel et al, 1974; Skoog et al, 1996; Forsell e coll, 1997; Jorm e coll, 1995; Scocco et al, 2001; Scocco & De Leo, 2002). Domande simili nel contenuto, fanno parte anche di strumenti di valutazione più complessi che indagano la severità di un quadro depressivo (es. HDRS, BDI, SCL90, ecc.).

Nel lavoro di Paykel e coll (1974) è emerso che i valori di prevalenza life-time sono approssimativamente il doppio di quelli ad un anno. Secondo gli autori questa relazione avrebbe fatto pensare ad una caratteristica di ripetitività e cronicità di tali fenomeni o, in alternativa, che la prevalenza life-time fosse influenzata dal fenomeno dell'under-reporting, nonostante non ci fossero sufficienti evidenze per l'una o l'altra ipotesi.

Per tali autori l'accurata valutazione del pattern di risposta life-time suggeriva una cronicità in quanto i sentimenti meno intensi (prime due domande) venivano riportati spesso o qualche volta, piuttosto che quasi mai, in più del 50% dei casi. Tuttavia, aggiungono, la denuncia di fenomeni minori (sentimenti meno intensi) potrebbe essere ostacolata da un richiamo meno efficiente.

Anche in Scocco et al (2001) emerse una relazione di continuum dei sentimenti suicidari, dai meno ai più "intensi", che si esternava nel dato osservato che la maggioranza dei soggetti che riportava uno o più sentimenti di più elevata intensità (terza e quarta domanda), dichiarava anche quelli di intensità più bassa (prima e seconda domanda). Nel passaggio dalla seconda e terza domanda alla quarta è stato individuato il solco che distingue quelli che Szanto et al. (1997) definiscono "ideatori passivi" e "ideatori attivi".

Tabella 1

Ora per favore legga attentamente e risponda alle seguenti domande:

1 - Ha mai provato la sensazione che la vita non sia degna di essere vissuta ?

sì no

Se sì, quando le é accaduto l' ultima volta ?

Oggi stesso una settimana fa un mese fa precedentemente

2 - Ha mai desiderato di morire, per esempio di andare a dormire e non risvegliarsi più ?

sì no

Se sì, quando le é accaduto l' ultima volta ?

Oggi stesso una settimana fa un mese fa precedentemente

3 - Ha mai pensato di togliersi la vita, anche se non lo farebbe mai ?

sì no

Se sì, quando le é accaduto l' ultima volta ?

Oggi stesso una settimana fa un mese fa precedentemente

4 - Ha mai raggiunto il punto di considerare seriamente di togliersi la vita, o di fare dei progetti su come compiere tale atto ?

sì no

Se sì, quando le é accaduto l' ultima volta ?

Oggi stesso una settimana fa un mese fa precedentemente

5 - Ha mai tentato di togliersi la vita ?

sì no

Se sì, quando le é accaduto l' ultima volta ?

Oggi stesso una settimana fa un mese fa precedentemente

Bibliografia

- Di Munzio W, Scocco P. *Progetto MIRA: migrazione e salute mentale. Protocollo multilingue per la valutazione del rischio suicidario. La sofferenza psichica tra i migranti*. Nocera Inferiore, 22 marzo 2006.
- Driessen G, Gunther N, Van Os J. *Shared social environment and psychiatric disorder: a multilevel analysis of individual and ecological effects*. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 33:606-612, 1998.
- Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. *Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population*. *Acta Psychiatr Scand* 95:108-111, 1997.
- Gillam SJ, Jarman B, White P, Law R. *Ethnic differences in consultation rates in urban general practice*. *Br Med J* 299:953-957, 1989.
- Gunnel DJ, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. *Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admission and socioeconomic deprivation*. *Br Med J* 311: 226-230, 1995.
- Hjern A, Allebeck P. *Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden. A comparative study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37:423-429, 2002.
- Joiner TE, Rudd MD, Rajab MH. *Agreement between self and clinician-rated suicidal symptoms in a clinical sample of young adults: Explaining discrepancies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998.
- Jorm AF, Henderson AS, Scott R, Korten AE, Christensen H, Mackinnon AJ. *Factors associated with the wish to die in elderly people*. *Age Ageing* 24: 389-392, 1995.
- Kraus J. *Relationship of psychiatric diagnoses, hospital admission rates and size and age structure of immigrant groups*. *Medical J Australia* 2:91-95, 1969.
- Makinen IH. *Eastern European transition and suicide mortality*. *Social Science and Medicine* 51:1405-1420, 2000.
- Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L. *Lessons from the study of immigrant mortality*. *Lancet* 1: 1455-1457, 1984.
- McKenzie K, Serfaty M, Crawford M. *Suicide in ethnic minority groups*. *Br J Psychiatry* 183:100-101, 2003.
- Neelman J, Wessely S. *Ethnic minority suicide: a small area geographical study in south London*. 29: 429-436, 1999.
- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. *Suicidal feelings in the general population: a prevalence study*. *Br J Psychiatry* 124:460-469, 1974.
- Platt S, Kreitman N. *Trends in parasuicide and unemployment among men in Edinburgh, 1968-1982*. *Br Med J* 289:1029-1032, 1984.
- Rabkin JG. *Ethnic density and psychiatric hospitalization: hazard of minority status*. *Am J Psychiatry* 136:1562-1566, 1979.
- Schmid H, Manjee K, Shah T. *On the distinction of suicide ideation versus attempt in elderly psychiatric inpatients*. *Gerontologist* 34:332-339, 1994.
- Scocco P, De Leo D. *One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17:842-846, 2002.
- Scocco P, Fantoni G, Rappattoni M, de Girolamo G, Pavan L. *Death ideas, suicide thoughts and attempts among nursing home residents*. Sottomesso per la pubblicazione.
- Scocco P, Meneghel G, Caon F, Dello Buono M, De Leo D. *Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189:210-218, 2001.
- Skoog I, Aevansson O, Beskow J, Larsson L, Palsson S, Waern M, Landahl S, Ostling S. *Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds*. *Am J Psychiatry* 153:1015-1020, 1996.
- Soni Raleigh V. *Suicide patterns and trends in people of Indian subcontinent and Caribbean origin in England and Wales*. *Ethnicity and Disease* 1:55-64; 1996.
- Szanto K, Prigerson H, Houck P, Ehrenpreis L, Reynolds CF. *Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief*. *Suic Life Threat Behav* 27: 194-207, 1997.
- World Health Organization. *Accessed 12/12/2002. Mental health; suicide prevention; SUPRE; Global charts; Country report*. http://www5.who.int/mental_health; 2002