

DALL'EPIDEMIOLOGIA ALLE AUTOPSIE PSICOLOGICHE: VALUTAZIONE E CARATTERISTICHE DEL FENOMENO SUICIDARIO NELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN UNA PROVINCIA AD ALTO RISCHIO

Zeppegno P., Manzetti E., Allera O., Torre E.

Riassunto

Nei Paesi industrializzati il suicidio è una delle dieci principali cause di morte nei soggetti di età ≥ 65 anni, con un aumento di frequenza direttamente proporzionale all'età.

In questo articolo abbiamo descritto i risultati di un nostro recente studio e quelli della letteratura internazionale, relativi all'epidemiologia ed alla prevenzione del suicidio nella popolazione anziana.

Le informazioni sono state raccolte attraverso l'analisi dei dati archiviati presso la Procura della Repubblica Italiana e l'analisi delle autopsie psicopatologiche condotte sui pazienti anziani che erano stati precedentemente ricoverati presso la Clinica Psichiatrica dell'Università del Piemonte Orientale.

L'importanza di una valutazione psichiatrica, organica, neurocognitiva e psicosociale nella prevenzione del suicidio nel soggetto anziano è stata discussa in questo articolo.

Parole chiave:

Suicidio, anziano, prevenzione.

Summary

Among the industrialized countries the suicide is one of the main ten causes of death among the subjects aged 65 and more.

In this paper we summarise both the results of one recent study of us and the findings from the international literature on the topic of suicide epidemiology and prevention in the elderly.

The information was collected through the analysis of the data kept at the Republic Procurator of the two provinces and through the methods of psychopathological autopsies made on elderly patients who committed suicide, who had been treated at the Psychiatric Clinic of the University of Eastern Piedmont.

The importance of the psychiatric, organic, neurocognitive and psychosocial evaluation in prevention of suicidal behaviour in the elderly was discussed.

Key words:

Suicide, elderly, prevention.

Per corrispondenza:

Patrizia Zeppegno, Ricercatore in Psichiatria (MED25), Facoltà di Medicina e Chirurgia di Novara, UPO, Via Solaroli 17 – 28100 Novara – Italy, tel: 0039 0321 3733712, fax: 0039 0321 3733121, mail: patrizia.zeppegno@med.unipmn.it

Introduzione

Nei Paesi industrializzati il suicidio è una delle dieci principali cause di morte nell'anziano (Murray et al., 1996). Dagli studi di popolazione emerge che i tassi di suicidio nei soggetti di età ≥ 65 anni sono più elevati che nelle altre fasce di età e che essi aumentano con l'aumentare dell'età (De Leo et al., 2001; Shah et al., 2002; Turvey et al., 2002). La WHO ha recentemente sottolineato l'importanza di considerare il suicidio nel contesto locale per capire meglio il problema ed incrementare le possibilità di prevenzione (The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO online edition 2005).

In uno studio recente (Zeppegno et al., 2005) abbiamo esaminato il comportamento suicidario nell'anziano (età ≥ 65 anni) in due province limitrofe del Nord Italia. Negli undici anni esaminati si sono registrati 184 suicidi tra gli anziani. Dall'analisi dei fattori di rischio ne è emerso che il rischio suicidario era aumentato in coloro che risiedevano nella provincia montana, "unmarried", di età superiore ai 74 anni (tasso di suicidio 66.06

per 100,000 abitanti nei maschi e 20.18 nelle femmine) senza significative differenze tra i due sessi (rapporto M/F = 1.46/1). È stato inoltre possibile sottolineare l'importanza dell'isolamento sociale, delle patologie psichiatriche e di quelle organiche croniche ed invalidanti. Scopo di questo studio è quello di focalizzare l'attenzione su di quei soggetti che erano stati precedentemente ricoverati presso la Clinica Psichiatrica dell'Università del Piemonte Orientale (UPO).

Metodi

Lo studio è stato condotto sia attraverso l'analisi dati raccolti presso gli Archivi dei Tribunali di Novara e Verbania (Torre et al., 1999; Torre et al., 2001), che attraverso la metodologia delle autopsie psicopatologiche relative ai pazienti, deceduti per suicidio, presi in carico dalla Clinica Psichiatrica dell'UPO. Il modello 45 raccoglie tutti i casi di suicidio e di morte violenta notificati all'Autorità Giudiziaria ed è stato analizzato allo scopo di identificare tutti i casi di suicidio avvenuti nelle due province dal 1990 al 2000. Tra i casi archiviati sono stati selezionati quelli relativi a soggetti con più di 64 anni.

Le province di Novara e Verbania sono due province limitrofe del Nord Italia, ma con differenti caratteristiche socio-demografiche e geografiche. La provincia di Verbania è costituita, per la maggior parte del territorio, da aree montuose con una bassa densità di popolazione (70.5 abitanti/Km²), mentre

quella di Novara da aree pianeggianti dove vi è un'alta concentrazione di zone agricole ed industriali ed una maggiore densità di popolazione (256.2 abitanti/ Km²) (ISTAT, 2001).

L'analisi dei RSM (Rapporti Standardizzati di Mortalità), con i relativi intervalli di confidenza (i.c. 95%), è stata utilizzata allo scopo di valutare la significatività delle differenze tra i tassi osservati nella popolazione analizzata e quelli del Nord Italia dello stesso periodo (ISTAT, 1990-2000).

I dati così ottenuti sono stati analizzati per valutare le frequenze e le tavole di contingenza; il test del Chi-Quadro è stato applicato per valutare i risultati. Il test di Mantel-Hanszel è stato utilizzato per valutare il trend suicidario. I risultati sono stati considerati statisticamente significativi per valori di $p < 0.05$.

Risultati

Tra i 184 casi di suicidio notificati alla Procura, 38 soggetti (20.65%) erano stati precedentemente ricoverati presso la Clinica Psichiatrica dell'UPO. 26 maschi (68.4%) e 12 femmine (31.6%) avevano avuto un precedente ricovero presso la Clinica Psichiatrica dell'UPO. Il numero medio di ricoveri era 1.74 (Deviazione Standard ± 0.83) e 20 pazienti (52.6%) avevano avuto più di un ricovero.

L'analisi del trend di Mantel-Hanszel non ha rivelato alcuna significatività statistica durante il periodo esaminato ($p > 0.05$) (Grafico 1).

Le caratteristiche del campione sono illustrate nelle tabelle I, II, III, IV.

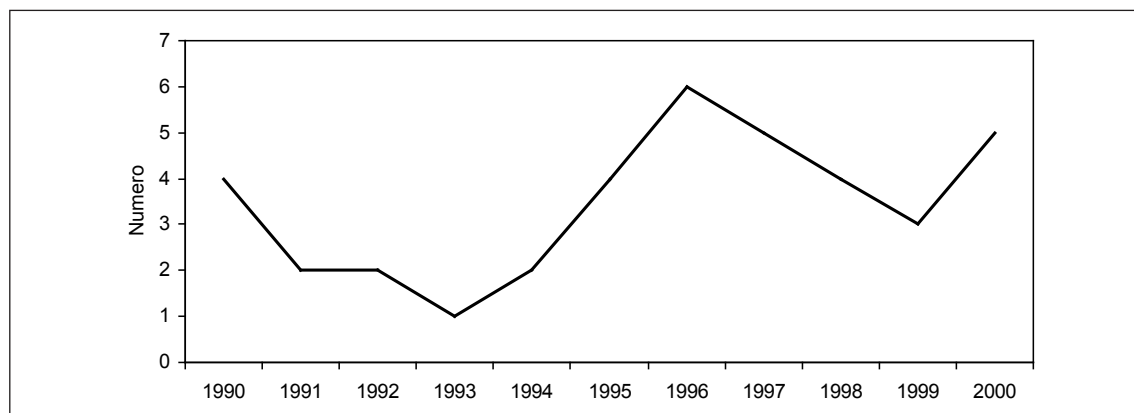


Grafico 1. Trend dei suicidi.

Solo 5 pazienti (13.2%) avevano precedentemente compiuto un tentativo di suicidio. Tra coloro non vi era nessuna donna. La maggior parte (84.2%) dei pazienti si è suicidata dopo almeno un mese dalle dimissioni dalla Clinica Psichiatrica dell'UPO; il 37.5% di essi dopo almeno un anno. Tra coloro che hanno commesso il suicidio entro il mese successivo alle dimissioni, nell'83.3% dei casi (5 pazienti) il gesto è stato attribuito a problemi psichiatrici ed il restante 16.7% (1 paziente) a problemi economici. La maggior parte dei pazienti (80%) per i quali è stata posta diagnosi di dipendenza da sostanze ha compiuto il gesto entro tre mesi dalle dimissioni, mentre tra coloro ai quali era stato diagnosticato un disturbo d'ansia il 71.4% ha compiuto il suicidio dopo più di tre mesi dalle dimissioni. Per coloro affetti da schizofrenia o disturbi dell'umore non è stata riscontrata alcuna differenza di rilievo.

I Servizi di Salute Mentale hanno preso in carico 29 pazienti (76.3%) dopo le dimissioni; 7 pazienti (18.4%) si sono rivolti a specialisti privati. Tutti coloro che hanno rifiutato una presa in carico specialistica si sono suicidati entro tre mesi dalle dimissioni.

Discussione

Il gesto suicidario tra gli anziani è frutto di premeditazione, non di impulsività (Learns, 1992). Questa maggiore intenzionalità suicidaria che sta alla base del gesto autolesivo spiegherebbe perché la maggior parte di questi agiti abbia esito fatale. La scelta del mezzo autolesivo è notoriamente condizionata da fattori di diverso tipo: la disponibilità e l'accessibilità del mezzo, l'intervento di fattori imitativi, l'immagine collettiva che la società ha dei diversi mezzi ed il grado di intenzionalità, conscia o inconscia, di morire. Le metodologie utilizzate dagli anziani per commettere il suicidio sono generalmente più violente, anche nelle donne, rispetto a quelle utilizzate in altre fasce di età. Nella popolazione da noi analizzata, infatti, più del 75% dei soggetti ha utilizzato metodi violenti ad alta letalità, quali l'impiccamento, la

Tabella I. Caratteristiche socio-demografiche del campione.

	Maschi		Femmine	
	n. 26	(%)	n. 12	(%)
Età (anni)				
65-74	15	(57.7)	7	(58.3)
>74	11	(42.3)	5	(41.7)
Stato civile	n.25	(%)	n.11	(%)
Celibe/nubile	7	(28)	2	(18.2)
Coniugato	10	(40)	4	(36.4)
Vedovo	8	(32)	5	(45.4)

Tabella II. Modalità suicidarie.

	Maschi		Femmine	
	n. 26	(%)	n. 12	(%)
Impiccamento	10	(38.5)	1	(8.3)
Precipitazione	6	(23.1)	4	(33.3)
Annegamento	3	(11.5)	4	(33.3)
Armi da fuoco	1	(3.8)	0	(0)
Investimento	2	(7.7)	1	(8.3)
Inalazione di gas	3	(11.5)	0	(0)
Ingestione di farmaci	1	(3.8)	1	(8.3)
Armi da taglio	0	(0)	1	(8.3)

Tabella III. Fattori correlati al gesto suicidario.

	Maschi		Femmine	
	n. 26	(%)	n. 12	(%)
Disturbi mentali	20	(76.9)	10	(83.3)
Malattia Organica	4	(15.4)	1	(8.3)
Eventi di perdita	1	(3.8)	1	(8.3)
Problemi economici	1	(3.8)	0	(0)

Tabella IV. Diagnosi DSM-IV-TR.

	Maschi		Femmine	
	n. 26	(%)	n. 12	(%)
Schizofrenia	5	(19.2)	1	(8.3)
Disturbi dell'umore	8	(30.8)	4	(33.3)
Disturbi d'ansia	11	(42.3)	3	(25)
Dipendenza da sostanze	2	(7.7)	3	(25)
Altro	0	(0)	1	(8.3)

precipitazione, l'annegamento e l'utilizzo di armi da fuoco. Se da un lato la maggior letalità del metodo fa sì che i suicidi mancati siano rari, dall'altro il metodo utilizzato riflette con precisione l'intenzionalità di chi ne fa uso. È vero altresì che il soggetto anziano, a causa della fragilità che lo caratterizza, ha minor probabilità di sopravvivenza di fronte ad un insulto fisico e spesso raggiunge il suo scopo anche con mezzi caratterizzati da un minor grado di letalità, che non devono quindi essere sottovalutati.

Malgrado non sia possibile generalizzare alcun tipo di risultato riguardante la genesi del comportamento suicidario, poiché cause diverse concorrono in momenti successivi della storia personale dell'individuo allo sviluppo di un'ideazione suicidaria e alla messa in atto del proposito autolesivo, alcune considerazioni sono, a nostro avviso, meritevoli di essere discusse ed approfondite.

La patologia depressiva è raramente riconosciuta nell'età anziana, in particolare a causa della sua anomala presentazione (frequenti depressioni mascherate). L'anziano tende, infatti, a verbalizzare il proprio disagio più raramente e ad esprimere il proprio malessere attraverso il corpo. Inoltre la depressione nell'anziano si associa spesso, oltre che a manifestazioni somatiche, anche a sintomi di ansia (Reynolds, 1995). Uno studio di Richardson et al. (Richardson et al., 1989) ha evidenziato come tra i sintomi chiave che nell'anziano comporterebbero un più elevato rischio suicidario vi sono l'insonnia persistente, marcati sentimenti di colpa ed inadeguatezza, deliri ipocondriaci, agitazione psicomotoria, sentimenti di disperazione. Queste caratteristiche rendono difficile non solo effettuare la diagnosi di depressione ma anche la diagnosi differenziale tra demenza e depressione. In particolare bisogna prestare attenzione a quadri di pseudodemenza depressiva, simile alla demenza, ma senza grossolani disturbi del comportamento e con un grosso divario tra il quadro clinico ed i punteggi ottenuti ai test di deterioramento, i quali non sono mai indicativi di grave demenza. Difficile invece la diagno-

si differenziale tra pseudodemenza depressiva ed un iniziale decadimento cognitivo.

Un altro capitolo che merita di essere approfondito è quello della comorbidità psichiatrica. Il DSM-IV-TR e le precedenti edizioni individuano una particolare categoria diagnostica, il "Disturbo dell'Umore dovuto ad una condizione medica generale". La caratteristica essenziale di questo disturbo è un'alterazione dell'umore rilevante e persistente che si ritiene dovuta agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale (DSM-IV-TR, 2002). Contrariamente al Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo dell'Umore dovuto ad una condizione medica generale, con manifestazioni depressive, sembra essere ugualmente distribuito tra i sessi (Isometsa, 2005). Le frequenze del suicidio sono variabili a seconda della particolare condizione medica generale; condizioni croniche, incurabili e dolorose (cancro, lesione della spina dorsale, ulcera peptica, malattia di Huntington, AIDS, malattia renale terminale, lesione cranica) determinano il rischio di suicidio più elevato; altre patologie organiche a cui prestare attenzione sono le malattie cardiovascolari, quelle endocrine, il morbo di Parkinson, lo stroke. È inoltre essenziale mettere questi disturbi in diagnosi differenziale dai Disturbi dell'Adattamento di fronte ad una recente (<3 mesi) patologia fisica.

Nell'anziano è altresì frequente riscontrare Disturbi dell'Umore indotti da sostanze. Tra i farmaci identificati nell'eziopatogenesi di questo disturbo si annoverano propranololo, diuretici, metildopa, reserpina, clonidina, neurolettici, barbiturici, benzodiazepine, steroidi, analgesici oppiacei, indometacina, digitale, levodopa, flunarizina, amantadina, cimetidina, sulfamidici. È inoltre possibile riscontrare un Disturbo dell'Umore indotto da sostanze in corso di alcolismo.

Particolare attenzione va inoltre posta al decadimento cognitivo. Gli studi basati su autopsie psicologiche (Chiu et al., 2004) non sono stati finora in grado di stabilire con esattezza l'incidenza di demenza senile tra la popolazione suicidaria anziana. La demenza se-

nile si manifesta inoltre con una sintomatologia polimorfa, soprattutto in relazione all'eziologia ed alla localizzazione cerebrale delle lesioni. Se da un lato in alcuni casi la scarsa consapevolezza da parte del soggetto della patologia potrebbe avere un ruolo protettivo sul suicidio, dall'altro esistono molti casi in cui l'insight di malattia è conservato fino alle fasi più avanzate del disturbo e tale consapevolezza di "invecchiamento patologico" e l'esperienza del progressivo ridursi dell'auto-sufficienza potrebbero condurre il soggetto al gesto autolesivo, senza dimenticare le forme che si associano a sintomi psicotici e quelle ad esordio psichiatrico, in particolare depressivo.

Tradizionalmente si è sempre sottolineato l'effetto che tra gli anziani possono avere vedovanza e lutti in genere, indigenza, scarso supporto sociale. Lo studio da noi condotto ha messo in luce un ulteriore problema correlato agli eventi di perdita: nel campione analizzato la maggior parte di essi si sarebbe verificata a una distanza maggiore di 6 mesi dal suicidio, sia nella popolazione generale che tra i pazienti psichiatrici.

Questo fatto può trovare due spiegazioni, la prima di ordine clinico, che farebbe ipotizzare la presenza di un'ulteriore categoria diagnostica cui prestare attenzione, ovvero il lutto complicato, che consiste in un'accentuazione della sintomatologia depressiva caratteristica delle fasi iniziali del lutto normale, ma persistente per oltre sei mesi dal decesso del congiunto. La seconda di ordine socio-ambientale, secondo la quale l'accoglimento del dolore del soggetto che ha sperimentato un lutto ed il supporto offertogli da parte della rete familiare e sociale sono intensi nelle fasi iniziali dell'esperienza di perdita, mentre si riducono progressivamente con il tempo; con l'indebolimento di questa rete di sostegno il soggetto si troverebbe così in una condizione di marcata solitudine, che potrebbe condurlo a pensare che la vita non abbia più valore e non valga la pena di viverla (Kolves et al., 2006).

Altri ancora sono gli eventi stressanti implicati nel determinare forme depressive e condotte autolesive. Ai fattori sopra elenca-

ti si uniscono il pensionamento ed il trasferimento abitativo, con particolare riguardo per l'istituzionalizzazione. L'isolamento sociale, che rende difficile la richiesta di aiuto, che genera sentimenti di inutilità, di perdita del ruolo sociale, di ineluttabilità e che d'altra parte rende anche difficile accedere a servizi che possano fornire l'aiuto necessario è da sempre stato indicato come uno dei fattori caratterizzanti la condizione dell'anziano che attua il suicidio, insieme ai sentimenti di solitudine, di helplessness e di hopelessness (Zouk et al., 2006). Dallo studio da noi condotto (Zeppegno et al., 2005) è emerso che l'isolamento sociale costituirebbe un fattore di rischio per suicidio nella provincia montana, dove la presenza di piccoli centri abitati, spesso isolati o non collegati in modo ottimale alle città, limita i contatti sociali degli individui, in particolare se affetti da qualunque tipo di disabilità. Anche da un punto di vista culturale, la comunità montana, per definizione una comunità chiusa, permette di esprimere il disagio psicologico con più difficoltà.

Conclusioni

Il comportamento suicidario è il prodotto dell'interazione di più fattori, quali in particolare l'eventuale presenza di patologia psichiatrica o organica e gli eventi dolorosi della vita. In un precedente lavoro (Zeppegno et al., 2005), basato sulle informazioni ottenute dagli Archivi della Procura, è stato riscontrato che circa il 60% degli anziani che avevano attuato un suicidio era affetto da disturbi dell'umore. Nell'attuale studio è emerso che, tra coloro dimessi dalla Clinica Psichiatrica dell'UPO, la diagnosi di disturbo dell'umore era stata posta solamente nel 31.58% dei casi. Questa divergenza potrebbe essere spiegabile con il fatto che la maggior parte di questi soggetti non era stata considerata a rischio suicidario e quindi ricoverata.

La presenza di un buon numero di soggetti per i quali al momento delle dimissioni non è stata formulata alcuna diagnosi di patologia psichiatrica, bensì di patologia organica, enfatizza le difficoltà che si riscontra-

no nel porre diagnosi nel soggetto anziano. In tali casi, infatti, vi era un consistente sospetto di patologia psichiatrica al momento del ricovero, smentito successivamente durante la degenza.

Sono stati inoltre riscontrati pochi soggetti che avevano precedentemente commesso un tentativo anticonservativo, generalmente considerato un fattore predittivo di un possibile gesto suicidario. È quindi evidente che questo fattore di rischio sia meno rilevante nella popolazione anziana.

Alla luce dei fattori di rischio evidenziati è importante un'attenta ed individualizzata presa in carico del paziente anziano da effettuarsi attraverso contatti regolari, in particolare qualora affetto da patologie croniche invalidanti o che abbia subito eventi di perdita, non trascurando valutazioni neurocognitive e valutazioni della sintomatologia depressiva, prestando attenzione al fatto che nell'anziano il quadro clinico è spesso sfumato, accompagnato da sintomi di ansia o sintomi somatici. È inoltre assolutamente rilevante l'attuazione di un'attenta analisi dei bisogni del paziente, in particolare i bisogni sociali, prestando attenzione a coloro che non sono sufficientemente supportati dalla rete familiare o sociale.

Bibliografia

Burden of mental and behavioural disorders. In The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Page 39. <http://www.who.int/whr/2001/en/> (page 7).

Chiu HF, Yip PS, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF, Conwell Y, Caine E. Elderly suicide in Hong Kong: a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand*. 109(4):299-305, 2004 Apr.

De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, Hjelmeland H, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonqvist J, Michel K, Pomme-reau X, Querejeta I, Phillipe J, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Fricke S, Weinacker B, Tamesvary B, Wasserman D, Faria S. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 16: 300-310, 2001.

DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Text Revision. Masson Milano 2002.

Isometsa E. Suicide in bipolar I disorder in Finland: psychological autopsy findings from the National Suicide Prevention Project in Finland. *Arch Suicide Res*. 9(3):251-60, 2005.

ISTAT. Annuario statistico nazionale. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, anno 2001.

Kolves K, Varnik A, Schneider B, Fritze J, Allik J. Recent life events and suicide: a case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Soc Sci Med* 62(11):2887-96, 2006.

Leenars A: Suicide notes of the older adults. *Suic Life Threat Behav*, 22:80, 1992.

Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Harvard school of public health*, Boston. 50-51, 1996.

Reynolds CF 3rd: Recognition and differentiation of elderly depression in the clinical setting. *Geriatrics* 50 (suppl 1): S6-15, 1995.

Richardson R, Lowenstein S, Weissberg M. Coping with the suicidal elderly: a physician's guide. *Geriatrics* 44: 43-47, 1989.

Shah R, Uren Z, Baker A, Majeed A: Trends in suicide from drug overdose in the elderly in England and Wales, 1993-1999. *Int J Geriatr Psychiatry* 17: 416-421, 2002.

Torre E, Chieppa N, Jona A, Ponzetti D, Usai C, Zeppego P: Suicide and Suicide Attempt in the Province of Turin from 1988 to 1994: Epidemiological Analysis. *The European Journal of Psychiatry* 13(2): 77-86, 1999.

Torre E, Guaiana G, Marangon D, Migliaretti G, Ridoni M, Torre EM, Usai C, Zeppego P: "Suicide Among Young People: An Epidemiological Analysis in Three Italian Provinces". *The European Journal of Psychiatry*, 15 (3), 180-188, 2001.

Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, Fallace R. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry* 10: 398-406, 2002.

Zeppego P, Manzetti E, Valsesia R, Siliquini R, Ammirata G, De Donatis O, Usai C, Torre E. Differences in suicide behaviour in the elderly: a study in two provinces of Northern Italy. *Int J Geriatr Psychiatry* 20: 769-775, 2005.

Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turrecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord*. 92(2-3):195-204, 2006.