

Il professor
Maurizio
Pompili



Medico psichiatra e suicidologo, è ricercatore universitario e docente presso i corsi di laurea e specializzazione della II Facoltà di medicina e chirurgia, Università La Sapienza di Roma. È affiliato al McLean Hospital – Harvard Medical School, Boston, Usa ed autore di oltre 200 pubblicazioni sul suicidio, compresi tre libri internazionali e il recente volume “Il suicidio e la sua prevenzione” (Tatarelli e Pompili). È il referente per l'Italia dell'International Association for Suicide Prevention (Iasp). È stato insignito nel 2008 con lo Shneidman Award dall'American Association of Suicidology per i contributi di alto valore resi alla ricerca sul suicidio

Prevenzione del suicidio, una sfida per tutti i medici

Un milione e mezzo. Questo il numero di vittime stimato dall'Organizzazione mondiale della sanità per il 2020. Una tragedia umana e sociale che deve riguardare tutti, in primo luogo, naturalmente, gli operatori sanitari

di **Claudia Furlanetto**

Allo stato attuale, il suicidio è un problema grave nell'ambito della salute pubblica: l'Oms stima un peggioramento del fenomeno che potrebbe portare l'attuale milione di morti a raggiungere la cifra del milione e mezzo nel 2020. Per quanto riguarda l'Italia “i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità evidenziano che su circa 4 mila morti per suicidio nel 2002, ben 3 mila erano uomini”, afferma il professor Maurizio Pompili coordinatore del Centro per lo studio e per la prevenzione dei disturbi dell'umore e del suicidio (www.prevenireilsuicidio.it), presso la U.O.C. di Psichiatria dell'Ospedale Sant'Andrea - Cattedra di psichiatria, II Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Roma La Sapienza.

Esistono delle differenze a livello di territorio italiano?

Analizzando le tre macroaree del nostro Paese, Nord, Centro e Sud-Isole, si evidenzia chiaramente un gradiente Nord-Sud, tanto per gli uomini quanto per le donne, con livelli di mortalità per suicidio più alti al Nord e particolarmente elevati nelle province del Nord Est e quelle dell'arco alpino. Nel Centro Italia tutte le province del Lazio e L'Aquila hanno tassi significativamente più bassi della media nazionale. La Sardegna, con tutte le sue province, rappresenta invece una nota dissonante nel contesto dell'area sud-insulare ed in particolare i suicidi fra gli uomini raggiungono livelli oltre il 75 per cento più elevati della media nazionale. Le ragioni del gradiente Nord-Sud potrebbero trovare una spiegazione nelle differenze sociali e culturali del nostro Paese.

Qual è la definizione di suicidologia?

La suicidologia è la scienza

dedicata alla prevenzione e allo studio scientifico del suicidio. Il termine è attualmente impiegato per riferirsi allo studio del fenomeno suicidario ma andrebbe riservato agli interventi volti a salvare la vita degli individui a rischio. Tale disciplina è nata e si è sviluppata a Los Angeles grazie all'opera pionieristica di Edwin Shneidman.

In che modo si arriva a pensare al suicidio come ad una valida alternativa?

Il suicidio è il risultato di una complessa interazione di fattori psicologici, biologici e sociali. Si tratta di uno “stato perturbato” della mente in cui il soggetto perde gli abituali punti di riferimento: si sente angosciato, frustrato, senza aspettative per il futuro e inaiutabile. Questa miscela di emozioni diviene “esplosiva” quando l'individuo si rende conto che, per risolvere tale sofferenza estrema, il suicidio è la soluzione migliore.

Quali sono le cause?

Spesso il comportamento suicidario si associa ad una crisi, soprattutto in situazioni di stress straordinario di limitata durata. In questo contesto, gli individui considerano il suicidio con grande ambivalenza psicologica. Infatti, il desiderio di morire e quello di essere salvati sussistono allo stesso livello. Persino nella crisi gli individui conservano il bisogno di esprimersi e di comunicare con gli altri, smentendo la nozione che il suicidio avviene improvvisamente, inevitabilmente e senza alcun avviso. Se si osservano retrospettivamente i dati si osserva che la sofferenza mentale prolungata, l'ambivalenza nei confronti del suicidio, fantasie di vendetta, di essere salvati e di rinascita sono state presenti nei soggetti suicidi per un lungo periodo di tempo. Il tentativo di porre fine alla sofferenza è caratterizzato da manovre maladattative fallimentari che poi riconducono la persona all'idea del suicidio. Il soggetto segnala la sua preoccupazione coinvolgendo le persone che lo circondano attraverso parole e azioni, concentrando nelle sue comunicazioni il “Cry for Help”, ossia la richiesta di aiuto.

I pazienti a rischio hanno difficoltà ad approcciare i medici?

Il suicidio è uno dei tabù più radicati nella nostra società. Parlare dell'argomento suscita riluttanza ed evitamento e persino dagli operatori della salute il tema è in gran parte misconosciuto. I dati

TABELLA 1

della letteratura riportano che le persone che hanno commesso il suicidio, frequentemente, nei mesi e settimane precedenti, si sono recati da un operatore della salute, in primo luogo un medico di base. Secondo recenti studi, il 45 per cento delle persone decedute per suicidio aveva avuto un contatto con la medicina di base nel mese precedente. Altri studi indicano che tra il 25 e il 75 per cento dei suicidi hanno un contatto con la medicina di base nel lasso di tempo da 30 a 90 giorni. Puntualmente però sia i medici di base che gli altri operatori della salute falliscono nel riconoscere il rischio omettendo di chiedere al soggetto se abbia mai pensato al suicidio.

Qual è l'atteggiamento che deve tenere il medico?

Il medico ha la naturale paura di suggerire al paziente idee di suicidio durante l'indagine sul tema. Tuttavia non esiste alcuna prova che sostenga tale 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 aiuta notevolmente coloro che lo hanno meditato. Per prevenire efficacemente il suicidio è necessario che l'operatore conosca bene il suo impatto con il tema (tabella 1): il paziente potrebbe cogliere il giudizio del terapeuta dal tono della voce o dal linguaggio corporeo. Se nutrisse delle attitudini di condanna probabilmente fallirà nel suo compito: il medico deve comunicare al

- 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?

paziente che è possibile parlare liberamente di suicidio e che la trattazione avviene su un terreno sicuro. Se al contrario il medico evita l'argomento o chiede con modalità non appropriate otterrà dal paziente solo una chiusura (tabella 2). Indagare il rischio di suicidio implica il dover passare maggiore tempo con il paziente; confrontarsi con lui e con i familiari per provvedimenti coatti; rischiare possibili confronti medico-legali. In altre parole: maggiore impegno, maggiori problemi, maggiori preoccupazioni. È per questo che l'indagine sul rischio di suicidio è evitata nella pratica clinica.

Quali sono i segnali di allarme?

Prima di compiere l'atto letale spesso la persona indica la sua intenzione o usa espressioni come "Magari fossi morto" o "Ho intenzione di farla finita", oppure meno dirette come "A che serve vivere?", "Ben presto non dovrai più preoccuparti di me" e "A chi importa se muoio?". Queste perso-

ne tendono ad isolarsi dagli amici e dalla famiglia; ad esprimere la convinzione che la vita non abbia senso e speranza. Spesso si notano cambiamenti delle abitudini alimentari, del sonno, delle attività quotidiane e del rendimento scolastico o lavorativo. Si può verificare un maggiore consumo di alcol o l'abuso di sostanze. Si tende ad non avere cura dell'aspetto. In alcuni casi si nota un miglioramento improvviso e inspiegabile dell'umore dopo essere stati depressi, poiché il soggetto, avendo preso la decisione, ha trovato la soluzione alla propria angoscia. In generale i soggetti suicidi sembrano aver perso le speranze nel futuro e manifestano un sentimento di disperazione.

Che cosa si può fare?

Esistono diverse armi contro il suicidio. Tra i farmaci con provata azione antisuicidaria ci sono il litio per i disturbi dell'umore e la clozapina per i disturbi psicotici. Gli antidepressivi mancano invece di prove defini-

tive. Anche la psicoterapia ha un ruolo rilevante nonostante le evidenze si riferiscano solo ad alcuni approcci come la terapia dialettico comportamentale. La prevenzione del suicidio riguarda tutti e in primo luogo il medico. Per far questo, dobbiamo occuparci delle emozioni negative dei soggetti a rischio di suicidio, aprire un varco nel fatto che non riescono a vedere soluzioni per la loro sofferenza ed allearsi con familiari, amici e altre figure professionali.

Esistono strutture che si occupano dei soggetti a rischio?

Presso l'U.O.C. di Psichiatria dell'Ospedale Sant'Andrea in Roma diretta dal professor Tatarelli si è costituito un ambulatorio dedicato ai soggetti a rischio a cui offriamo un programma di psicoeducazione. Intorno a questa iniziativa ruota un folto gruppo di collaboratori che si occupa di diffondere i fondamentali della prevenzione del suicidio nell'ambito della comunità. •

TABELLA 2

LA COMUNICAZIONE CON LE PERSONE A RISCHIO DI SUICIDIO**Come comunicare**

- Ascoltare attentamente, con calma
- Comprendere i sentimenti dell'altro con empatia
- Esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi
- Parlare onestamente e con semplicità
- Esprimere la propria preoccupazione, l'accudimento e la solidarietà
- Concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi

Come non comunicare

- Interrompere troppo spesso
- Esprimere il proprio disagio
- Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso
- Dare ordini
- Fare affermazioni intrusive o poco chiare
- Fare troppe domande