

STIGMA E RISCHIO DI SUICIDIO. OVERVIEW

Maurizio Pompili, Paolo Girardi, Amedeo Ruberto, Gloria Angeletti, Roberto Tatarelli

Introduzione

Il suicidio è un problema grave nell'ambito della salute pubblica a causa del grande numero di vittime riscontrate ogni anno. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha attuato un programma guidato da una *task-force* internazionale per la riduzione e la prevenzione dei comportamenti suicidari. Nel far questo si sta cercando di identificare gli stadi iniziali del processo suicidario, identificare i fattori di rischio, promuovere l'informazione sulle risorse a disposizione degli individui in crisi e favorire i fattori protettivi per il suicidio. Si tratta infatti di un atto che non è mai casuale e privo di significato. Al contrario, è il punto di svolta per una situazione divenuta insostenibile, nella quale l'individuo sperimenta sentimenti di disperazione e di inaiutabilità, inappagamento dei bisogni primari, conflitti ambivalenti tra sopravvivere con uno stress divenuto insopportabile nei confronti del quale si sperimenta un restringimento delle opzioni per fronteggiarlo e il bisogno di sottrarsi a questa situazione. Edwin Shneidman (1985), considerato il padre della suicidologia, ha proposto la seguente definizione per il suicidio “*Attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione*”. Il suicidio è principalmente un dramma nella mente di un dato individuo, il quale sperimenta un dolore psicologico insopportabile. Edwin Shneidman (1993) chiama questo dolore insopportabile *psychache*, che significa “tormento nella psiche”. Egli ha inoltre suggerito che il suicidio è meglio comprensibile se considerato non come un movimento verso la morte ma come un movimento di allontanamento da qualcosa che è sempre lo stesso: emozioni intollerabili, dolore insopportabile o angoscia inaccettabile, in breve *psychache*.

L'OMS (2000) considera il suicidio come un problema complesso non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso. Sembra piuttosto derivare da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Il suicidio, ha costi stimabili in milioni di euro secondo quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2004). Stando ai dati attuali e all'analisi dei tassi di morte per suicidio nel mondo, le stime suggeriscono che nel 2020, le vittime potrebbero salire ad un milione e mezzo. Nel 2000 circa un milione di individui ha perso la vita a causa del suicidio, mentre un numero di individui variabile da 10 a 20 volte più grande ha tentato il suicidio. Ciò rappresenta in media una morte per suicidio ogni 40 secondi ed un tentativo di suicidio ogni 3 secondi. Questo ci porta a concludere che muoiono più persone a causa del suicidio che per i conflitti armati di tutto il mondo e gli incidenti automobilistici. In tutte le nazioni, il suicidio è attualmente tra le prime tre cause di morte nella fascia di età 15-34 anni; nel recente passato il fenomeno predominava tra gli anziani, ma ai nostri giorni è più allarmante tra i giovani sia in termini assoluti che relativi in un terzo delle nazioni.

Un sempre più foltito numero di iniziative si rivolgono alla sensibilizzazione della relazione tra stigma, malattie mentali e suicidio. Il malato mentale viene assimilato a qualsiasi altro malato e

RICEVUTO OTTOBRE 2005, ACCETTATO DICEMBRE 2005

campagne di informazione promosse da diverse figure (nazionali e internazionali) promuovono la corretta gestione dei comportamenti suicidari. Non solo lo stigma nei confronti delle malattie mentali e del suicidio implica un'ingiustizia che mina la dignità dell'uomo, ma esso può essere una delle cause che possono condurre un individuo a commettere un gesto suicidario (Pompili et al. 2003a).

Il termine stigma denota un carattere peggiorativo ed è un marchio assegnato ad un individuo o ad una classe di individui nell'ambito della società. Il termine deriva dal greco e si riferisce a segni fatti sul corpo affinché indicassero qualcosa di inusuale e negativo circa lo status morale di un individuo. Questi segni erano in realtà tagli o bruciature sul corpo e rendevano pubblico il fatto che l'individuo era uno schiavo, un criminale o un traditore; qualcuno dunque che doveva essere evitato soprattutto in pubblico (Goffman 1963).

Un gran numero di interventi *evidence-based* non basta per opporsi a due importanti problemi ben conosciuti dai ricercatori: a) molte persone con patologia psichiatrica non ottengono mai una terapia; b) altri iniziano la terapia ma falliscono nel proseguimento o nell'attenersi alle prescrizioni (Corrigan 2004). Un vasto studio epidemiologico (Regier et al. 1993) ha fornito numerosi dati che evidenziano il fatto che meno del 30% di individui con disturbi psichiatrici richiedono una terapia. Anche uno studio su vasta scala (Kessler et al. 2001) ha messo in luce che nell'anno precedente meno del 40% dei soggetti affetti da disturbo psichiatrico avevano ricevuto una terapia adeguata. Dalla revisione di studi sono emersi dati allarmanti riferiti alla inadeguatezza delle terapie psichiatriche per gli individui che di sicuro ne trarrebbero beneficio (Corrigan 2004). Uno dei problemi alla base di questo fenomeno è quello dello stigma. Secondo Corrigan (2004) lo stigma agisce come fattore antiterapeutico attraverso un processo sociale e cognitivo a quattro fasi: segnali, stereotipi, pregiudizio e discriminazione. Sembra che la popolazione riconosca la patologia psichiatrica attraverso quattro segnali: sintomi psichiatrici, deficit nelle abilità sociali, l'aspetto esteriore e le etichette (Corrigan 2000, Penn e Martin 1998). Tutti questi elementi possono condurre ad una stigmatizzazione nei confronti di un individuo portatore di disturbo psichiatrico. Inoltre, lo stigma produce stereotipi, ossia strutture identificate con le quali la popolazione generale riconosce un gruppo sociale per qualche particolarità. Lo stigma prodotto dalla società e lo stigma elaborato dall'individuo con disturbo psichiatrico sulla base dei modelli sociali sono due determinanti fondamentali per l'analisi dei fattori antiterapeutici. Gli individui alle prese con queste due realtà non solo accedono con grave difficoltà alle terapie in materia di salute mentale ma mostrano scarsa compliance una volta iniziata la terapia.

Un elemento che dunque emerge da quanto fin qui esposto è quello dello stigma come etichetta o segno indelebile che contrassegnando un individuo con disturbo psichiatrico induce a sottrarsi a tale segno peggiorativo e di conseguenza anche alle terapie.

Si può dire che lo stigma possa servire come mezzo di controllo sociale, in modo sia costruttivo che distruttivo. In ogni società vi sono comportamenti inaccettabili. Associando ad essi un marchio, lo stigma, si ha meno probabilità che essi si verificino. Nella società la persona con uno stigma è visto come "l'altro", colui che differisce dalla collettività. Ogni patologia medica grave ha ricevuto in qualche misura lo stigma in quanto rappresenta un pericolo per la vita della persona, per la possibilità di alterare la conformazione corporea o di intaccare l'apparato riproduttivo. La patologia mentale, più di tutte le altre patologie, ha uno svantaggio unico nel contribuire allo stigma in quanto altera le caratteristiche fondamentali della persona come il pensiero, l'espressione dei sentimenti e la relazione con gli altri. L'idea che nell'altro vi sia una modificazione profonda della personalità in virtù di un disturbo psichiatrico, o come si dice tra la gente comune in virtù della pazzia, esaspera quella che è la paura radicata nell'uomo di perdere la "testa", la razionalità, il controllo sull'ambiente, la capacità di intendere e volere.

Il suicidio, che nel 60-95% dei casi è compiuto da individui con una diagnosi di disturbo psichiatrico, rappresenta un pericolo, in quanto evoca l'idea della morte e della possibilità da

parte dell'uomo di soddisfare una pulsione di auto-annientamento. Per usare le parole di Shneidman (1996), il suicidio opprime la letteratura e la nostra cultura. E' il tabù di sottofondo del nostro successo e della nostra felicità. Tra i nostri sogni di felicità e appagamento si nasconde l'incubo dell'auto-distruzione. Ogni nuovo giorno contiene la possibilità di fallimento e di sconfitta, ma ciò che veramente temiamo è il pericolo di annientarci con le nostre stesse forze. È perciò che coloro che in qualche modo ci riconducono all'idea del suicidio devono essere riconosciuti, per quanto possibile evitati, debbono in sostanza ricevere l'attribuzione dello stigma.

Nel passato (anche quello recente) il suicidio era considerato un crimine: di qui il termine "commettere". Una radice della stigmatizzazione del suicidio è quindi rintracciabile nei caratteri criminali attribuitigli.

Allen (1977) ha sottolineato che "storicamente l'attitudine della società nei confronti del suicidio e i comportamenti suicidari rivela una grande spaccatura tra l'accettazione razionale e quella irrazionale che invece si nutre di superstizioni e sentimenti di ostilità e punizione. Nel corso della storia, la religione ha svolto un ruolo importante nell'influenzare lo stigma nei confronti del suicidio".

Sia nel Vecchio che nel Nuovo Testamento non vi è un esplicito divieto per il suicidio. Nel mondo occidentale, la morale pervasiva nei confronti del suicidio è legata al cristianesimo, risalente al quarto secolo dopo Cristo, ad opera di S. Agostino (354-430). L'opera di questo santo era riferita al fatto che il martirio dei primi cristiani era sembrato eccessivo per certi ecclesiastici, tanto da voler introdurre un deterrente. S. Agostino legò dunque il suicidio ad un peccato; tuttavia sappiamo che egli non si opponeva a tale gesto per ragioni religiose ma per ridurre le morti per suicidio di quei cristiani che lo usavano come un martirio. Dunque sia le ragioni dello stigma-peccato che quelle del suicidio erano completamente diverse da quelle attuali. Tuttavia, nel 693 D.C., il Concilio di Toledo proclamò che un individuo che aveva tentato il suicidio doveva essere scomunicato dalla chiesa cattolica. Questa visione fu elaborata da S. Tommaso D'Aquino (1225-1274) che sottolineò che il suicidio era un peccato mortale che usurpava il potere di Dio nel decidere la vita e la morte dell'uomo. Se dunque, all'inizio si era voluto arginare il numero delle vittime del suicidio, successivamente la condanna nei confronti del suicidio doveva servire ad esaltare alcuni principi della vita cristiana. Con il passare dei secoli le cose cambiarono notevolmente in quanto la persecuzione e la condanna nei confronti delle vittime e dei tentatori di suicidio fu spietata, finendo per punire coloro che originariamente dovevano essere protetti (Shneidman 1985).

I governi europei iniziano a cambiare le loro leggi nel 1824; il parlamento inglese approva una legge che permette di seppellire le vittime del suicidio nei posti adiacenti le chiese, sebbene solo dalle 21 a mezzanotte (Werth 1996).

Nel giugno 1999 il *Surgeon General* degli Stati Uniti ha pubblicato un resoconto con l'intento di combattere il suicidio a livello nazionale. Una delle strategie presa in esame è la riduzione dello stigma associato al suicidio. Alcuni esponenti del governo statunitense hanno interpretato questo provvedimento come la via per far sì che il suicidio divenisse un'alternativa socialmente accettabile. In realtà la riduzione dello stigma connesso alla malattia mentale e al suicidio non rende il suicidio più accettabile socialmente, in quanto ciò che ne beneficia è la possibilità di far sì che la gente accetti più facilmente le terapie. Infatti, se meno stigmatizzati, coloro che hanno un problema psichiatrico o sentimenti suicidari cercheranno aiuto con minore esitazione.

Non c'è alcun dubbio che lo stigma associato alla malattia mentale, che espone l'individuo al suicidio, è ancora gravissimo. Anche a causa di ciò un gran numero di pazienti psichiatrici non riceve una terapia o non la riceve in modo e nei tempi adeguati.

Materiali e metodi

Abbiamo effettuato un'accurata ricerca utilizzando Pubmed, Psycinfo, Embase dal 1966 al 2005 per identificare articoli in inglese pubblicati su riviste "peer-reviewed" e capitoli di libri con ricerca incrociata sulle voci bibliografiche. I termini di ricerca sono stati: "suicid* (per identificare tutti i comportamenti suicidari)", "stigma, stigmatization", "risk factors", "guidelines". Abbiamo inoltre utilizzato i comandi MeSH (Medical Subject Headings) ove possibile. Sono stati esclusi tutti i lavori che non presentavano contributi originali o non presentavano una descrizione dettagliata del contesto in cui lo studio era stato svolto o mancavano di una chiara descrizione inerente i materiali e i metodi di ricerca o che presentavano revisioni sommarie della letteratura. Ulteriori articoli pertinenti sono stati identificati con motore di ricerca computerizzato. Abbiamo inoltre effettuato una ricerca con il *Cochrane Database of Systematic Reviews* per reperire possibili lavori di revisione della letteratura.

Il principale *reviewer* (MP) ha ispezionato tutti i lavori selezionati. Poi gli altri *reviewer* (PG, AR, RT) hanno indipendentemente ispezionato tutte le citazioni e i lavori reperiti e ognuno li ha raggruppati secondo il tema centrale dell'articolo. I *reviewer* hanno ottenuto la versione integrale per tutti i lavori selezionati. Nel caso di disaccordo, dubbi e incertezze sono stati risolti discutendone con GA, che con metodo in cieco ha ispezionato tutti gli articoli e raggruppati secondo l'area di interesse del lavoro. Se i dubbi rimanevano, i lavori venivano messi in attesa di giudizio o di maggiori informazioni.

Risultati

La ricerca ha portato ad identificare circa 90 lavori. Sono stati inclusi in questo lavoro solo quelli utili alla discussione dello stigma come rischio di suicidio. Lavori inerenti la sola analisi dello stigma che non offrivano riferimenti al rischio di suicidio sono stati esclusi. Nell'analisi dei lavori si sono delineati cari campi di interesse che permettevano una suddivisione che è stata utilizzata per costruire i paragrafi elencati di seguito.

Il ruolo della famiglia

Numerosi studi indicano che la famiglia è uno degli elementi principali nella prevenzione dei comportamenti auto-distruttivi e delle condotte suicidarie. Genitori interessati alla vita dei loro figli e presenti nei momenti più importanti nella loro vita possono contribuire alla riduzione dei comportamenti suicidari in adolescenza e ad educare sul corretto significato delle problematiche connesse al suicidio (Flouri e Buchanan 2002, Reynolds e Rob 1988, Dube et al. 2001). Gli interventi atti a ridurre il suicidio in adolescenza devono includere anche terapie rivolte ai genitori (Pfeffer 1982, Martin e Waite 1994, Vaz-Leal 1989). In generale, una corretta informazione riguardo il suicidio dovrebbe essere rivolta ai genitori. Infatti, gli adolescenti ricevono di frequente informazioni imprecise e contraddittorie in quanto gli adulti e coloro che sono deputati all'istruzione si scontrano con sentimenti inaccettabili e difficili da gestire. Lo stigma in questo caso impedisce una corretta visione del problema, precludendo la possibilità di fornire elementi di prevenzione. In molte famiglie il suicidio viene considerato un argomento spinoso, troppo imbarazzante, connesso al fallimento e a disfunzioni familiari e indicativo di un carattere debole. Il ruolo dei genitori invece dovrebbe avvalersi della possibilità di discutere del suicidio e di fornire delle spiegazioni adeguate su tale fenomeno.

Le cose si complicano notevolmente quando la famiglia ospita un membro affetto da una grave patologia psichiatrica, come nel caso della schizofrenia. Nella maggior parte dei casi non è più l'individuo a essere stigmatizzato, ma l'intera famiglia; ne deriva che i membri della famiglia vedono ridursi le possibilità di socializzare e di sentirsi accettati dalla comunità. Questo processo di stigmatizzazione è al suo apice quando il membro malato subisce una ospedalizzazione (Phelan et al. 1988, Dickerson et al. 2002). In questa situazione i familiari, nel confrontarsi col problema estremamente serio derivante dalla malattia del membro malato, possono ben presto sviluppare sentimenti di ostilità verso quest'ultimo, che diviene così isolato e stigmatizzato dalla stessa famiglia. È lo stigma nello stigma. La cronicizzazione della patologia, il susseguirsi di remissioni ed esacerbazioni con conseguenti ospedalizzazioni e il difficile periodo delle dimissioni induce nella famiglia una serie di sentimenti di grande significato. Sulla spinta di queste difficoltà, i membri della famiglia possono costruire una sottile rete di messaggi inconsci che inducono il paziente a ritenere, sulla base delle convinzioni dei familiari, che il suicidio è la migliore soluzione per una situazione divenuta insostenibile (Pompili et al. 2003b, Pompili et al. 2004a). Poter contare su programmi che si prendano carico non solo del paziente, ma anche della famiglia e dello stigma che essa subisce, è uno degli obiettivi principali per contrastare il suicidio in questo ambito. Inoltre i medici di base dovrebbero costituire un punto di forza nel processo di destigmatizzazione e di prevenzione del suicidio tra questi pazienti, in quanto sono coloro che spesso interagiscono sia con il paziente sia con la sua famiglia (Pompili et al. 2002a).

Sempre in ambito familiare, occorre prendere in esame lo stigma sperimentato dai familiari di un individuo morto a causa del suicidio. Una delle angosce più grandi per i familiari di un individuo morto per il suicidio è il dover informare gli altri su ciò che è accaduto al loro caro. Questa situazione si ripresenta anche a distanza di anni dall'evento e conserva lo stesso stigma del periodo che segue l'accaduto. Coloro che ricevono la notizia, spesso rispondono con un silenzio di gelo, in maniera poco empatica e tendendo a cambiare subito argomento. La famiglia viene marchiata come fonte di negatività perché ha subito una disgrazia insanabile e per questo è necessario "stare alla larga". I genitori della vittima del suicidio sperimentano una serie di sentimenti, come appunto quelli legati allo stigma, la vergogna e il senso di rifiuto (Harwood et al. 2002). Un grave problema inerente lo stigma e il suo fattore antiterapeutico riguarda coloro che hanno perso una persona cara a causa del suicidio. Se di per sé la perdita di un parente o un amico per suicidio è un evento devastante e che suscita stigmatizzazione marcata, lo stigma può causare ulteriori problemi seri a queste persone (Farberow 2005). Lo stigma che queste persone sono costrette a subire implica una loro non richiesta di aiuto e di interventi terapeutici nel caso di bisogno. La depressione o propositi suicidari non vengono gestiti dallo psichiatra e con terapia adeguata per evitare ulteriori spinte stigmatizzanti (Cvinar 2005). Questi individui sono quindi a maggior rischio di cronicizzazione e a più alto rischio di suicidio. Allo stesso modo ci si può riferire a coloro che hanno perso il coniuge a causa del suicidio. Si è rilevato infatti, che lo stigma associato al suicidio del coniuge rende particolarmente difficile il superamento del trauma e l'inserimento nella vita sociale e lavorativa (Smith et al. 1995).

Lo stigma sostenuto dal personale medico e dagli educatori

Vari autori (Patel 1975, Ghodse 1978, Goldney e Bothil 1980) hanno rilevato che vi sono sentimenti più negativi nei confronti di coloro che hanno tentato il suicidio e manifestato il parasuicidio rispetto a qualsiasi altra emergenza medica; lo staff risultava inoltre particolarmente ostile e mancava di empatia nei confronti di coloro che erano vittima di un over-dose. Saarinen et al. (1999) hanno accertato che l'équipe curante presenta delle difficoltà a confrontarsi

con pazienti schizofrenici a rischio di suicidio e dunque assume un comportamento fortemente stigmatizzante. In presenza di problemi personali e familiari il livello di vigilanza nei confronti di pazienti a rischio di suicidio si abbassa favorendo l'esecuzione dell'atto letale (Tabella 1). In alcuni casi i membri dello staff hanno riferito che in qualche misura ritenevano che il suicidio di un paziente potesse essere una soluzione valida all'andamento cronico della schizofrenia. Un dato incoraggiante è emerso dallo studio di Crawford et al. (1998), secondo cui anche un livello minimo di istruzione rivolto ai membri dello staff medico che si confrontano con pazienti suicidari si correla positivamente con la qualità dell'assistenza che i pazienti ricevono, indice di una riduzione dello stigma. Il problema della stigmatizzazione dei pazienti con tentato suicidio in ambiente ospedaliero impone di considerare l'implementazione di protocolli mirati a ridurre l'attitudine negativa dello staff (Pompili et al. 2005a). Dopo un tentativo di suicidio molti individui si sentono isolati e ignorati dalla classe medica e paramedica con un netto rinforzo dello stigma associato al suicidio. Un contatto empatico è invece determinante per evitare il fenomeno della ripetizione del gesto e per offrire la valutazione di soluzioni alternative per problematiche assistenziali (McGaughey et al. 1995, Raingruber 2002, Pompili et al. 2002b).

Interegire con un paziente suicidarlo non è semplice; il rischio di fare errori che possono precipitare la situazione e facilitare il gesto letale compromette una valida relazione terapeutica. Tuttavia molto timore deriva dallo stigma associato al suicidio che è frutto del timore della morte. Infatti, nella pratica clinica si interagisce con pazienti che lottano per guarire e vivere. Al contrario, i pazienti suicidari lottano contro gli sforzi dei sanitari per evitare la morte. Si tratta dunque di una relazione molto particolare e che disorienta (Pompili et al. 2005c). Tali sentimenti e difficoltà sono facilmente rintracciabili anche durante la psicoterapia con il paziente a rischio di suicidio. In questo ambito le componenti controtrasferenziali possono rappresentare l'elemento centrale intorno al quale ruota la sorte del paziente (Pompili et al. 2002b). Un esempio di rafforzamento dello stigma è reperibile tra i pazienti che soffrono di epilessia. Spesso la qualità della vita di questi pazienti è notevolmente ridotta anche a causa dello stigma che rappresenta un fattore di rischio di primo ordine (Pompili et al. 2005c).

Tabella 1. *Elementi che ostacolano il riconoscimento del rischio suicidario nel personale medico e che supportano lo stigma nei confronti di pazienti schizofrenici a rischio di suicidio* (Saarinen et al. 1999)

-
- mancanza delle abilità necessarie per trattare il comportamento auto-distruttivo;
 - perdita o mancanza di preoccupazione riguardo il comportamento suicidario;
 - accettazione del suicidio del paziente come soluzione ai problemi;
 - desiderio di vedere il paziente commettere il suicidio come soluzione alle sue problematiche;
 - grado di familiarità con il paziente; risposte più o meno esplicite;
 - problematiche personali del personale medico;
 - ottimismo infondato per il trattamento;
 - paura del paziente;
 - difetti o problemi associati al trattamento;
 - difetto o problemi del trattamento per via del confinamento terapeutico;
 - sadismo nei confronti del paziente;
 - negazione dei problemi psichiatrici del paziente;
 - negazione del rischio di suicidio del paziente;
 - repressione della consapevolezza del rischio di suicidio del paziente.
-

In uno studio australiano, Leane e Shute (1997) hanno indagato l'attitudine di insegnanti e catechisti nei confronti del suicidio tra i giovani. Si è appreso che queste figure possono avere un ruolo decisivo nel prevenire il suicidio di adolescenti in difficoltà. Lo studio di Sawyer e Sobal (1987) ha invece sottolineato l'esistenza di un'attitudine negativa nei confronti del suicidio tra coloro che frequentano la chiesa. Alcuni individui particolarmente ferventi ritengono che il suicidio debba essere considerato ancora un delitto morale. E' qui che lo stigma impedisce un'efficace prevenzione, che è invece possibile se all'individuo in crisi viene l'opportunità di poter esprimere il suo disagio e le idee suicidarie, viene fatta sentire l'accettazione della sua sofferenza, gli si possono offrire possibili soluzioni.

Lo stigma del suicidio nei servizi e nei prodotti dei mass media

Recentemente alcune importanti associazioni americane impegnate nella lotta al suicidio (2002), in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Centro per la Ricerca sul Suicidio Svedese e l'Organizzazione per la Prevenzione del Suicidio Giovanile della Nuova Zelanda hanno presentato un documento congiunto con le linee guida per i mass media in materia di suicidio. Tale documento mira a migliorare quelle distorsioni, inaccurately, esagerazioni e falsi miti che i mezzi di comunicazione di massa sono soliti inserire nei loro prodotti.

I mass media possono influenzare facilmente l'opinione pubblica attraverso i loro servizi. Il suicidio e ancor di più la patologia mentale sono ancora saldamente legate allo stigma nei reportage dei mass media. In virtù del loro potere sulla collettività i mezzi di comunicazione di massa dovrebbero favorire una corretta informazione sia sulle patologie psichiatriche sia sui comportamenti suicidari. Non c'è dubbio che, attenendosi alle linee guida elaborate per evitare il fenomeno dell'imitazione, i mass media possono validamente contribuire alla riduzione dello stigma legato al suicidio (Tatarelli et al. 2003, Pompili et al. 2003c).

Stigma e rischio di suicidio nell'ambiente militare.

Un altro problema di grande rilievo è il suicidio nei militari di carriera e nelle forze di polizia (Mancinelli et al. 2003, Mancinelli et al. 2001). Qui il ruolo dello stigma connesso con i disturbi psichiatrici può essere considerato come uno dei principali fattori nell'impedire un trattamento adeguato delle patologie mentali. In effetti ricevere una terapia psichiatrica viene percepito come fortemente stigmatizzante e il tentativo di negare il disagio riguarda la maggior parte degli individui impiegati nelle forze armate; in questi ambienti inoltre c'è il diffuso timore, per certi versi ragionevole, che segnalare un disagio psichico, proprio o altrui, a figure dell'amministrazione, può determinare conseguenze negative a livello professionale. Mentre è possibile affermare che quando il disagio non ha ancora preso i connotati della sofferenza psicologica anche una semplice apertura al colloquio, se non proprio un intervento terapeutico, in fase ancora iniziale potrebbe permettere al soggetto il pieno recupero dei propri equilibri (Cuomo e Mantineo 2001). E' perciò che a partire dagli Stati Uniti un numero crescente di programmi educativi si prefigge di facilitare la comunicazione del disturbo al fine di ricevere una terapia adeguata e di ridurre così il rischio di suicidio. C'è inoltre il fatto che tacere su ciò che concerne il suicidio di un militare porta ad utilizzare solo nel 50% dei casi il metodo dell'autopsia psicologica (che permette di accertare lo stato mentale del soggetto prima di commettere il suicidio). Purtroppo lo stigma nei confronti della malattia mentale e del suicidio induce spesso a eludere o sottovalutare dettagli importanti che permetterebbero di creare programmi preventivi certamente più efficaci. Nell'esperienza della

Polizia di Stato, su un totale di 77 casi di suicidio tra il personale dipendente in 6 anni, solo 7 erano stati segnalati per problematiche di tipo psichiatrico (Cuomo e Mantineo 2001). E' un dato che deve far molto riflettere su come lo stigma nei confronti di disturbi psicopatologici precluda la terapia e possa quindi favorire il suicidio.

Stigma e suicidio nelle certificazioni di morte

Shneidman (1993) ha efficacemente posto il problema delle “*subintentioned deaths*” ossia delle morti in cui pur venendo meno l'intenzione cosciente di commettere il suicidio, esiste a livello inconscio una serie di processi psichici che spingono l'individuo ad esporsi a situazioni pericolose per la propria incolumità. Dunque l'individuo svolge, in misura più o meno grande, un ruolo nelle vicende che lo portano alla morte. I comportamenti più frequenti che si riscontrano sono l'imprudenza, l'abuso di alcol e droghe, l'autonegazione ed uno stile di vita autodistruttivo, l'ignorare prescrizioni mediche di vitale importanza. Shneidman ha suggerito di introdurre nelle schede-denuncia delle cause di morte la valutazione della letalità del soggetto deceduto, definita come la probabilità di un individuo di uccidersi in un futuro prossimo.

Da questa premessa risulta chiaro che molte delle morti nelle quali il suicidio è escluso, sono in realtà il risultato di un proposito suicidario che si è collocato in quei comportamenti auto-lesivi che hanno avuto un ruolo determinante nel provocare la morte dell'individuo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità in un documento del 1999 ha sottolineato che le statistiche sul suicidio descrivono un fenomeno sottostimato. I dati inerenti il suicidio sono spesso il risultato di estrapolazioni effettuate sui certificati di morte convalidati da personale legalmente autorizzato, di solito medici o meno frequentemente funzionari della polizia. In casi di difficile riconoscimento della causa di morte, in sede medico-legale, se il suicidio è tra le opzioni possibili, esso è generalmente considerato solo dopo che tutte le altre cause sono state scartate. Per contro in casi in cui il suicidio può facilmente spiegare la morte di un individuo, con estrema facilità viene proposta una causa di diversa natura, soprattutto se si tratta di un soggetto appartenente ad una classe sociale alta. Questo fa comprendere quanto lo stigma nei confronti del suicidio sia radicato e come si insidi ovunque. Ciò che potrebbe aiutare a far chiarezza è l'utilizzo del metodo dell'autopsia psicologica che noi riteniamo debba essere implementato anche nel nostro paese. L'origine di questo metodo è rintracciabile nei primi anni sessanta, quando il Dr. Curphey (1961) che dirigeva l'unità di medicina legale di Los Angeles volle servirsi di indagini di natura psicologica su ciò che era rintracciabile, tramite informatori attendibili, sul passato più o meno recente di individui la cui morte era classificata come equivoca. Molte morti equivoche, grazie all'utilizzo del metodo di Shneidman e Farberow (e anche di Litman) (1961), furono successivamente attribuite al suicidio e cosa assai importante, molte di queste morti erano state in parte determinate da processi psichici inconsci che giustificavano la letalità del soggetto e il desiderio di morire. Non c'è da stupirsi se coloro che sono deputati all'accertamento delle cause di morte omettono di considerare l'aspetto psicologico di un certo individuo deceduto. Un interessante riflessione proposta da Curphey (1961) riguarda la preoccupazione dei familiari ed amici di una vittima del suicidio di vedere etichettata la morte del loro caro causata da un gesto suicidario. Tali individui non sono tanto interessati a chiarire le dinamiche della morte del loro congiunto, quanto a difendersi dallo stigma a cui il suicidio è associato. Dunque, la presenza sul certificato di morte della parola suicidio, non farebbe altro che produrre un danno, oltre alla memoria della vittima, soprattutto ai vivi che devono pagare il prezzo della stigmatizzazione (Pompili et al. 2004b) Altre volte invece, le pressioni nei confronti di coloro che sono deputati alla certificazione medico legale riguarda assicurazioni sulla vita, a volte riscuotibili solo in caso di morte naturale.

Conclusioni

Se i fattori centrali che conducono allo stigma sono l'ignoranza, la paura e l'ostilità, allora gli antidoti debbono essere l'informazione, la rassicurazione ed efficaci e autorevoli campagne anti-discriminazione. Un ruolo importante devono rivestire le modalità con cui questi programmi vengono realizzati.

I mass media possono contribuire in modo determinante, a patto che si attengano a protocolli studiati per trattare il tema del suicidio. L'esperienza statunitense suggerisce che lo sforzo comune dei professionisti della salute, dei pazienti, e delle loro famiglie nonché di organizzazioni di supporto, possono lavorare insieme nella collaborazione con i media. L'intervento sulla famiglia deve essere sia educativo che di supporto; i familiari vanno informati su cosa è la malattia mentale, sulle possibilità di cura e sui luoghi di assistenza; vanno supportati nella gestione dei sentimenti che possono provare nei confronti del familiare malato sia durante il decorso della malattia sia dopo il suicidio (*postvention*).

Philo et al (1994) e Philo (1997) hanno commentato come grandi sforzi siano stati rivolti all'abbattimento del pregiudizio nei confronti della malattia mentale e come nonostante l'impegno lo stigma sia ancora molto forte. Queste considerazioni sono applicabili anche al suicidio, molto spesso connesso e sostenuto dallo stigma nei confronti della patologia psichiatrica. In concreto, invece dei servizi che presentano le notizie in modo sensazionalistico, si dovrebbe presentare una visione del suicidio come gesto frutto di uno stato di sofferenza estrema la quale però può essere gestita in modo adeguato con l'aiuto di personale qualificato o sfruttando le risorse disponibili per i pazienti a rischio di suicidio.

L'introduzione di protocolli che istruiscano sulle problematiche trattate i membri della popolazione militare è di sicuro beneficio per facilitare il riconoscimento dei soggetti a rischio. I membri dello staff medico nell'ambito di strutture che erogano prestazioni mediche in generale e psichiatriche in particolare sono un target di grande rilievo per il trasferimento di un sapere che si opponga allo stigma nei confronti del suicidio e che faciliti il loro intervento nei confronti dei pazienti a rischio.

Non meno importante è la necessità di produrre certificazioni di morte nelle quali il suicidio sia valutato correttamente. Lo stigma nei confronti di questo comportamento induce infatti a considerare altre cause di morte piuttosto che un gesto suicidario, anche in presenza di elementi che ne sostengono l'ipotesi. L'utilizzo dell'autopsia psicologica e la sensibilizzazione dei professionisti della certificazione di morte può essere di giovamento alla riduzione dello stigma in questo contesto.

Parte di questo lavoro è stata presentata al XLIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Bologna, ottobre 2003 (RT).

Riassunto

Lo stigma si riferisce ad un marchio che denota qualità peggiorative nell'individuo contrassegnato. La malattia mentale è considerata come la principale di queste qualità; una conclusione che deriva dall'associazione tra malattia mentale, paura irrazionale, e violenza imprevedibile come spesso riportato dai mass media, nonché dalla nozione che la malattia mentale non è vera malattia come invece sono quelle organiche. Non solo la stigmatizzazione della malattia mentale impedisce ai pazienti di ricevere una terapia adeguata, che poi li espone ad un maggiore rischio di suicidio, ma anche può apparire come la migliore soluzione per risolvere lo stigma. Vari ambienti possono essere riconosciuti nei quali avviene questo processo,

come la famiglia, i luoghi della cura e tra i mass media, per citarne solo alcuni. Il suicidio è di per sé una fonte di stigma in quanto colui che manifesta ideazione suicidaria è considerato debole, fonte di vergogna, peccatore ed egoista, il che impedisce a questi individui di cercare l'aiuto terapeutico nelle fasi precoci del processo suicidario.

STIGMA AND SUICIDE RISK. OVERVIEW

Summary

Key Words: *Suicide – Stigma – Prevention*

Stigma refers to a mark that denotes a shameful quality in the individual so marked. Mental illness is widely considered to be such a quality, an assumption supported by a number of beliefs such as the association between mental illness and irrational fear and unpredictable violence as portrayed by the media and the notion that mental illness is not a true illness like organic disease. Not only does the stigmatisation of mental illness prevent people from seeking treatment, which in turn exposes them to a greater risk of suicide, but also suicide can appear to be the best solution for a stigmatised individual. A number of environments can be traced where this process takes place, such as, to name just a few, the family, the health care system and among mass media. Suicide is, itself, a source of stigma as anyone with suicidal ideation is considered weak, shameful, sinful and selfish, which prevents these individuals from seeking treatment early in the suicidal process.

Bibliografia

- Allen N (1977). History and background of suicidology. In Hatton CL, Valente SM, Rink A (eds) *Suicide: assessment and intervention*. New York, Appleton-Century-Crofts, pp. 1-19
- American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology, Annenberg Public Policy Center (2002). Reporting on suicide: recommendations for the media. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32, vii-xiii
- Corrigan P (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 59, 614-25.
- Crawford MJ, Turnbull G, Wessely S (1998). Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff – an intervention study. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 5, 18-22.
- Cuomo G, Mantineo GA (2001). Il suicidio: esiste il problema in Polizia? *Polizia Moderna*, giugno
- Curphey TJ (1961). The role of the social scientist in the medicolegal certification of death from suicide. In: Farberow NL, Shneidman ES (Eds) *The cry for help*. McGraw-Hill, New York.
- Cvinar JG (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care* 41,14-21.
- Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 28, 143-155.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 286, 3089-3096.
- Eagles JM, Carson DP, Begg A, Naji SA (2003). Suicide prevention: a study of patients' views. *British Journal of Psychiatry* 182, 261-265.
- Farberow NL (2005). The mental health professional as suicide survivor. *Clinical Neuropsychiatry* 2, 13-20.
- Flouri E, Buchanan A (2002). The protective role of parental involvement in adolescent suicide. *Crisis* 23, 17-22.
- Ghods AH (1978). The attitudes of casualty staff and ambulance personnel towards patients who take overdoses. *Social Sciences and Medicine* 12, 341-346.

- Goffman E (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Penguin, Harmondsworth, p. 11.
- Goldney RD, Bothill A (1980). Attitudes to patients who committed suicide. *Medical Journal of Australia* 2, 717-720.
- Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R (2002). The grief experience and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders* 72, 185-194.
- Leane W, Shute R (1998). Youth suicide: The knowledge and attitudes of Australian teachers and clergy. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 28, 165-173.
- Macchiarelli L, Arbarello P, Cave Bondi G, Feola T (1999). *Compendio di medicina legale*. Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Mancinelli I, Lazanio S, Ceciarelli L, Comparelli A, Tatarelli R (2001). Suicide and attempted suicide in the army in Italy 1986 to 1998. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 392.
- Mancinelli I, Lazanio S, Comparelli A, Ceciarelli L, Di Marzo S, Pompili M, Girardi P, Tatarelli R (2003). Suicide in the Italian Military Environment (1986-1998). *Military Medicine* 168, 46-152.
- Martin G, Waite S (1994). Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 246-254.
- McGaughey J, Long A, Harrison S (1995). Suicide and parasuicide: a selected review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2, 199-206.
- Patel AR (1975). Attitudes towards self poisoning. *British Medical Journal* 2, 426-430.
- Peach L, Reddick TL (1998). *An assessment of selected educators' understandings of adolescent suicide*. Paper presented at the annual meeting of the National Social Science Association, Tennessee.
- Penn DL, Martin J (1998). The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly* 69, 235-247.
- Pfeffer CR (1982). Interventions for suicidal children and their parents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 12, 240-248.
- Phelan JC, Bromet EJ, Link BG (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin* 24, 115-126
- Philo G, Secker J, Platt S et al. (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal* 53, 271-281.
- Philo G (1997). Changing media representations of mental health. *Psychiatric Bulletin* 21, 171-172
- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R (2002a). GPs' role in the prevention of suicide in schizophrenia. *Family Practice* 19, 221
- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R (2002b). Schizophrenia, suicide, and blood count during treatment with clozapine. *Canadian Journal of Psychiatry* 47, 977.
- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R (2002c). Oltre la sfida terapeutica. Sulle componenti controtransferenziali con il paziente a rischio di suicidio. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica* 21, 217-228.
- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R (2003a). Stigma as a cause of suicide. *The British Journal Psychiatry* 183, 173-174.
- Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Tatarelli R (2003b). Preventing suicide in schizophrenia inside family environment. *Crisis* 24, 181-182.
- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R (2003c). Mass media and suicide. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37, 110-111.
- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R (2004a). Toward a new prevention of suicide in schizophrenia. *World Journal of Biological Psychiatry* 5, 201-210.
- Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Tatarelli R (2004b). Toward better understanding of equivocal deaths and suicides. *Croatian Medical Journal* 45, 103-104.
- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R (2005a). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine* 12, 169-178.
- Pompili M, Mancinelli I, Ruberto A, Kotzalidis GD, Girardi P, Tatarelli R (2005b). Where schizophrenic

- patients commit suicide A review of suicide among inpatients and former inpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 35, 171-190.
- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R (2005c). Suicide in the epilepsies: a meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy & Behavior* 7, 305-310.
- Raingruber B (2002). Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Archives of Psychiatric Nursing* 16, 201-207
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 50, 85-94.
- Reynolds I, Rob MI (1988). The role of family difficulties in adolescent depression, drug-taking and other problem behaviours. *The Medical journal of Australia* 149, 250-256.
- Saarineen PI, Lehtonen J, Lönnqvist J (1999). Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophrenia Bulletin* 25, 533-542.
- Sawyer D, Sobal J (1987). Public attitudes toward suicide: demographic and ideological correlates. *Public Opinion Quarterly* 51, 92-101.
- Shneidman ES, Farberow NL (1961). Sample investigations of equivocal deaths. In, Farberow NL, Shneidman ES, (Eds) *The cry for help*. McGraw-Hill, New York.
- Shneidman ES (1985). *Definition of suicide*. Northvale, Aronson.
- Shneidman ES (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Aronson, New Jersey.
- Shneidman ES (1996). *The suicidal mind*. New York, Oxford University Press.
- Smith BJ, Mitchell AM, Bruno AA, Constantino RE (1995). Exploring widows' experience after the suicide of their spouse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 33, 10-15.
- Tatarelli R, Mancinelli I, Pompili M (2003). Stereotipie mediatiche e suicidio. *Studi su Aggressività e Suicidio* 1, 7-11
- Vaz-Leal FJ (1989). Psychotherapeutic management of suicide attempts in children and early adolescents: working with parents. *Psychotherapy and psychosomatics* 52, 125-132.
- Werth Jr JL (1996). *Rational suicide? Implications for mental health professionals*. New York, Taylor & Francis.
- World Health Organization (2000). Figures and facts about suicide(adaptation of the 1999 document). WHO, Geneva.
- World Health Organization (2004). Suicide huge but preventable public health problem, says WHO (World Suicide Prevention Day – 10 September 2004). WHO, Geneva.

Maurizio Pompili^{1,2}, M.D., Paolo Girardi¹, M.D., Amedeo Ruberto¹, M.D., Gloria Angeletti¹, M.D., Roberto Tatarelli¹, M.D.

¹ Cattedra di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

² McLean Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Corrispondenza:

Dr. Maurizio Pompili

Dip. di Psichiatria – Ospedale Sant'Andrea

Via di Grottarossa, 1035

00189 Roma

email: maurizio.pompili@uniroma1.it

mpompili@mclean.harvard.edu