

far scattare dentro di noi. Un atteggiamento negativo simile a quello descritto al paragrafo precedente, e particolarmente frequente nell'adolescenza, in cui il suicidio è una tra le prime cause di morte. Da questo punto di vista, sappiamo anche che un adolescente dovrebbe avere il diritto a vivere ogni giorno come un momento di crescita, ossia avere la sensazione di «trovarsi in cammino», la gioia di percorrere una strada che lo porterà lontano.

È così che, dal punto di vista dello psicoanalista, prevenire il suicidio vuol dire non solo fornire a chi ne ha bisogno specifiche opportunità di cura, ma, ancora di più, unire i propri sforzi a quelli degli altri operatori della salute mentale in direzione di specifiche campagne di informazione e, quindi, di prevenzione. Nella mia esperienza, molto alta è ancora la percentuale di suicidi attuata da persone che più o meno improvvisamente vengono a trovarsi sole ed impreparate di fronte a una delle tante situazioni critiche a cui la vita regolarmente ci espone. Persone disorientate e senza sufficienti «riserve psichiche» a cui attingere. E come psicoanalista so anche quanto mediamente risulti tuttora molto più facile, ai membri della nostra società, riconoscere e correre dietro ai propri bisogni materiali che non ascoltare se stessi, cogliere i propri bisogni interiori e quelli delle altre persone con cui viviamo, ovvero essere in grado di fare, rispetto alla nostra vita psichica, quel lavoro di monitoraggio a cui molto più spesso sottoponiamo invece le nostre automobili, che ci siamo abituati a portare a... «fare il tagliando».

Aspetti psichiatrici del suicidio

GIANCARLO GIUPPONI

Il suicidio ha interessato nel corso dei secoli varie branche della scienza. Filosofi, teologi, sociologi ecc. hanno formulato giudizi e cercato di fornire, partendo da concezioni culturali molto differenti, dei modelli interpretativi. La medicina, e in particolar modo la psichiatria, ha iniziato ad occuparsene intensivamente un po' in ritardo, quasi come se il fenomeno non fosse di sua competenza. Superata la concezione religioso-morale del suicidio che ha dominato per secoli l'occidente cristiano (e che vedeva in esso essenzialmente un peccato gravissimo), il suicidio è stato talora considerato (e purtroppo qualche volta viene ancora) come un fenomeno esistenziale normale, quasi fisiologico alla natura umana stessa e non come qualcosa di patologico su cui si potesse e si dovesse in qualche modo intervenire. In base a questa visione l'uccisione di se stessi era vista come un atto razionale, espressione di una libera estrema scelta e in quanto «libera» questa scelta andava difesa ad oltranza. Sulla base dell'accettazione di questa scelta si poteva quindi legittimare in una certa misura il comportamento autoaggressivo dando al gesto stesso a seconda della cultura una qualche giustificazione (un valore romantico, sociale ecc.). L'interpretazione semplificatrice del suicidio come una conseguenza di qualche aspetto disfunzionale della società ha portato al suo uso improprio in funzione di qualche ideologia o idea dominante. La ricerca psichiatrica stessa ha spesso risentito dell'impostazione ideologica degli autori che ha inficiato un giusto apporto metodologico. (La scienza ahimè è spesso qualcosa di comodo, anziché di vero). È utile inoltre osservare come questi approcci abbiano avuto ovvie conseguenze nella discussione in una serie di situazioni ai suoi margini: l'eutanasia, le erosioni suicidarie (comportamenti di rifiuto d'assunzione di farmaci, di nutrizione, d'abuso di alcool ecc.) e i comportamenti suicidari mascherati (incidenti stradali e morti a domicilio per situazioni ambigue).

Ma esiste il problema del suicidio ed è questo davvero un problema prettamente psichiatrico? Oggi sappiamo, grazie a studi con autopsie psico-

logiche che il 90% dei suicidi soffre di una qualche patologia psichiatrica e il 60% di un disturbo affettivo (per lo più disturbi depressivi). Idee di suicidio sarebbero presenti nel 3,3% della popolazione e il rischio di suicidio con lo 0,6% rappresenterebbe la nona causa di morte nella popolazione generale, mentre nella popolazione tra i 15 e i 44 anni rappresenterebbe la terza causa di morte. Il rischio di suicidio aumenta tendenzialmente con l'età e in assoluto il rischio di suicidio completo è maggiore negli anziani. Gli uomini sarebbero in generale più colpiti delle donne con un rapporto 3 a 1. Secondo i dati forniti dall'OMS nel 2002 sono morte per suicidio circa 877.000 persone di cui solo 58.000 in Europa. In Italia la percentuale dei suicidi oscilla intorno a 6 ogni 100.000 abitanti (nella nostra regione oscilla intorno al 8-13 ogni 100.000 abitanti). In Europa si osserva una tendenza crescente mano a mano che si va dal sud verso il nord con dei picchi particolarmente elevati nei paesi dell' Europa del Nord-Est (Estonia, Lettonia...). I dati riferiti sembrano quelli di una strage, un terremoto continuo, di cui nessuno è a conoscenza. I media infatti cercano di filtrare i casi di suicidio.

Più studi hanno evidenziato come la discussione sui mezzi d'informazione aumenti il rischio d'imitazione tra le persone fragili e soprattutto tra i giovani. Questo rischio detto "effetto Werther" aumenta quando la descrizione dell'atto ha una forte connotazione emotiva e porta ad un maggior coinvolgimento affettivo delle persone sensibili. D'altro lato, purtroppo, non parlarne fa sì che l'interesse da parte dei responsabili delle politiche sanitarie sia limitato e non venga adottato alcun progetto di prevenzione. Nel futuro, se il fenomeno non verrà in qualche modo arginato, c'è il rischio che muoiano più persone per suicidio che per incidenti, guerra o omicidio.

Dai dati epidemiologici il suicidio appare come un grave problema essenzialmente psichiatrico, presente in tutto il mondo e trasversale a tutte le culture, religioni, lingue e stato sociale. La sua forza distruttiva non coinvolgerebbe solo il suicida, ma tutto l'ambiente sociale tanto che il rischio di morte tra i parenti e le persone vicine sarebbe nell' anno seguente all'atto molto elevato.

Nello svolgimento del lavoro quotidiano di psichiatra spesso ci viene domandato di capire se una persona ha delle idee di suicidio e quanto sia il rischio che arrivi ad un atto così distruttivo. Se da un punto di vista teorico c'è una definizione, nella pratica medica quotidiana la valutazione dell'intenzionalità e l'inquadramento del rischio è un esercizio non privo di difficoltà.

La psicopatologia offerta dai pazienti sembrerebbe essere un tratto indipendente dal comportamento suicidario. L'atto verrebbe influenzato da elementi non prevedibili: fattori predisponenti, come tratti personologici, livello d'impulsività-aggressività e scatenati come disturbi mentali e fattori stressanti. Non è chiaro pertanto come un comportamento o sintomo suicidale si situi all'interno o all'esterno di una sindrome psichiatrica.

Sappiamo altresì che persone affette da disturbi affettivi (ad es. depressione, disturbi affettivi, bipolari, ecc.), da disturbi di dipendenza (ad es. etilismo, politossicomania, ecc.), da disturbi psicotici (ad es. schizofrenia) e da disturbi di personalità (ad es. *borderline*, con deficit nel controllo dei propri impulsi) presentano un particolare rischio di suicidio.

Il riconoscimento precoce di questi disturbi e una cura adeguata permetterebbero una riduzione marcata del rischio.

La suicidologia oggi è concorde nel descrivere il comportamento suicidale come un processo, un continuum che dalla comparsa di idee arriverebbe ad un atto e al suicidio completo. Sintomi più o meno indefiniti come noia irritabilità, aggressività, perdita di controllo degli impulsi, elevati livelli di ostilità etero/auto-diretta starebbero alla base di un escalation che porterebbe all'agito. Ringel ha descritto una sindrome presuicidale che gradualmente, partendo da una semplice idea (*Situative Einengung, Dynamische Einengung*, ecc.) arriverebbe a pensieri auto-aggressivi (*Aggressionsstauung und Aggressionesumkehr*) e a fantasie suicidali. Questa sindrome porterebbe il suicida ad una dispercezione della realtà e finirebbe col presentare l'atto come la scelta migliore. La distorsione nella percezione della realtà sarebbe un fenomeno più o meno lento, angoscioso (non piacevole al di là dello stupido romanticismo) e se trattato reversibile. Poldinger in modo pratico ha descritto tre fasi: la fase della considerazione in cui la persona passa da dei desideri passivi di morte a pensieri e idee di suicidio; la fase dell' ambivalenza in cui vengono elaborati dei piani di suicidio ed infine la fase della decisione in cui si arriva all'atto suicidario.

Il soggetto, intrappolato in un modello di elaborare le informazioni in rapporto a se stesso e al mondo, si sentirebbe incapace di risolvere i problemi, e in uno stato di insopportabile impotenza vedrebbe nell'agito l'unica via d' uscita. Qualsiasi persona quando cade in una situazione anche di grave difficoltà è in grado di vedere alternative nella soluzione dei problemi. Nello sviluppo di una ideazione suicidale questa capacità cessa e il soggetto non riesce ad allontanarsi dalla situazione avversa. Nel processo suicidale il soggetto sviluppa un modo di pensare negativo (pensieri scettici e tristi) con

errori logici caratterizzati da generalizzazioni (estensione arbitraria di un contenuto), catastrofizzazione (pessimismo e sfiducia totale) e pensiero dicotomico (rigida divisione di tutto in bello/brutto, bianco/nero). Queste associazioni toglierebbero la speranza di un futuro portando ad uno sbilanciamento delle ragioni per vivere.

La malattia mentale nella sua forza penetrante e totalizzante è alla base di questo percorso: il disturbo mentale causa umiliazione e sofferenza e imprigiona la persona colpita in questo modo di pensare errato e pertanto favorisce questo processo. Interrompere questo processo e il suo esito finale è chiaramente possibile.

Ritorno, per finire, su tre aggettivi utilizzati precedentemente: “lento”, “angoscioso” e “reversibile”. Il fatto che il comportamento suicidale abbia queste caratteristiche è importante: “lento” permette di avere il tempo dalla nostra parte, “angoscioso” fa sì che il paziente chieda spesso aiuto (l’80-90% si recherebbe durante l’anno precedente dal proprio medico e il 66% il mese precedente senza che il disturbo venga riconosciuto), “reversibile” permette in caso d’intervento di bloccare il processo e salvare una vita.

È importante quindi aiutare le persone a chiedere aiuto: una persona che soffre di una malattia ed è caduta in un “processo suicidale” deve sapere che la sua è una malattia e solo una malattia e che questa è curabile. Dall’altra è fondamentale che chiunque abbia una professione sociale (dal medico generico, all’assistente geriatrico ecc.) impari a riconoscere persone potenzialmente a rischio onde iniziare prima possibile un percorso di terapia. ■

Per l’approfondimento: Wasserman D (ed): *Suicide- an unnecessary death*. Martin Dunitz London; Hawton K (ed): *Prevention and treatment of suicidal behaviour*. Oxford University Press.

La persona tra sofferenza e ricerca di senso

Per una riflessione filosofica sul suicidio

FABIO OLIVETTI

Sono celebri le parole con cui Albert Camus esordiva ne *Il mito di Sisifo*: «Vi è solamente un problema filosofico veramente serio: quello del suicidio. Giudicare se la vita valga la pena di essere vissuta, è rispondere al quesito fondamentale della filosofia»¹.

Si tratta di affermazioni iperboliche. Tuttavia Camus coglieva indubbiamente anche un profondo aspetto di verità: il problema del suicidio pone di fronte al problema del senso complessivo della vita umana. Ogni aspetto di essa viene infatti coinvolto dall’atto col quale una persona si risolve a mettersi fine. Non fosse altro che per questo, prima ancora di formulare un giudizio sulla valenza morale del gesto, la riflessione filosofica non può permettersi di ignorare la problematica del suicidio. È quanto cercheremo di fare anche noi, con molta modestia, in queste pagine.

Prima, però, si impone un momento preliminare, che ci porterà con più sicurezza al centro della problematica. Che cos’è il suicidio? Quando se ne parla tutti riteniamo di sapere con una certa esattezza di che cosa si tratta. In realtà le cose sono più complesse di quanto non appaia a prima vista. Un esame più approfondito evidenzia che spesso intendiamo con questo termine fenomeni differenti tra loro, a seconda dei presupposti che orientano la nostra comprensione. Per questo è utile scuotere questa apparente ovvietà di partenza attraverso una breve indagine sull’origine e sul significato del termine, nonché sulle sue possibili definizioni, per accertarci di che cosa stiamo parlando.

È interessante notare che l’antichità classica greco-romana non conosceva un termine equivalente al nostro “suicidio”. Gli antichi, per indicare

¹ Albert Camus, *Il mito di Sisifo*, tr. it. Utet, Torino 1960, p. 605.