

Predizione e prevenzione del suicidio nei servizi di salute mentale¹

Stefan Priebe*

Questa relazione, a differenza delle precedenti che hanno trattato del suicidio nella popolazione generale, si occupa in maniera specifica dei suicidi delle persone che sono state in cura nei servizi di salute mentale, vale a dire i pazienti psichiatrici. Ci sono ragioni scientifiche e pratiche per studiare separatamente i suicidi dei pazienti psichiatrici:

I pazienti psichiatrici sono soggetti a togliersi la vita più di quanto non avvenga nella popolazione generale. Pertanto, in termini relativi, si ha una maggior frequenza del suicidio tra i pazienti dei servizi di salute mentale rispetto alla popolazione generale. Questo determina una migliore possibilità di predizione.

Predire il suicidio nella popolazione generale è molto difficile per molteplici ragioni. La principale è che i suicidi occorrono molto di rado e che è quasi impossibile individuare dei predittori dotati di sufficiente sensibilità e specificità per eventi di tale rara frequenza. In un sottogruppo, quale i pazienti psichiatrici, con una più alta frequenza di suicidi, le possibilità di predizione dovrebbero essere molto migliori.

Dal momento che i pazienti psichiatrici sono in contatto più o meno regolarmente con i clinici, la possibilità di intervenire è indubbiamente superiore rispetto alla popolazione generale.

Una volta che si sia ravvisato un rischio suicidiario, al paziente psichiatrico possono essere rivolti una serie d'interventi, specifici e non, che mirino alla riduzione del rischio, interventi che possono costituire un ben definito programma di trattamento.

Inoltre i suicidi dei pazienti psichiatrici rivestono un particolare interesse per committenti, manager e clinici dei servizi di salute mentale, perché costituiscono uno degli esiti più drammatici.

I maggiori disturbi psichiatrici, quali le psicosi, nevrosi, disturbi di per-

* Stefan Priebe. Professore di Psichiatria Sociale e di Comunità, St. Bartholomew's and the Royal-London School of Medicine, University of London.

(1) Traduzione dall'inglese: dr. Andrea Melella

sonalità e disturbi reattivi, non sono di per sé malattie ad esito infausto. Diversamente da altre specialità mediche, raramente i pazienti dei servizi di salute mentale muoiono per effetto diretto della patologia psichiatrica. La sola eccezione è il suicidio. Il suicidio di un paziente psichiatrico è di solito considerato un esito quanto mai negativo e quasi sempre pone la questione della sua prevedibilità e prevenzione da parte dei servizi di salute mentale.

Con particolare riguardo a questa problematica si rende necessaria un'approfondita conoscenza, basata su ricerche empiriche, di come predire e prevenire nei servizi di salute mentale i suicidi.

Predittori del suicidio

La predizione del suicidio può essere analizzata secondo differenti prospettive. Ci sono per lo meno quattro campi disciplinari interconnessi che prendono in considerazione i predittori del suicidio e possono aiutarci a capire i processi che lo determinano.

Il campo della psichiatria cerca di comprendere i processi psicopatologici e fornisce una diagnosi del disturbo dell'individuo a rischio. Si è scoperto che numerosi disturbi sono correlati ad un alto rischio suicidiario; in particolare il disturbo depressivo maggiore, il disturbo borderline di personalità, la schizofrenia cronica indifferenziata, il disturbo da attacchi di panico e la dipendenza da alcool e droghe.

In biologia si pone l'accento sulla storia familiare, sui fattori genetici e neurochimici. Il basso livello cerebrale di serotonina, la suicidiarietà familiare, l'età avanzata, il sesso maschile, la razza bianca, l'alcolismo e l'abuso di sostanze, le gravi patologie organiche costituiscono fattori predittivi di suicidio in questo campo.

Un'ampia ricerca sulla predizione del suicidio è stata condotta anche in psicologia, in particolare nella psicologia della personalità, e sono stati individuati numerosi fattori che aumentano il rischio suicidiario, tra i quali una rigidità cognitiva, la mancanza di speranza, aspettative alte ed irrealistiche, e una generale vulnerabilità psicologica.

Un quarto campo rilevante per un'analisi dei predittori di suicidio è la sociologia, in particolare quei settori che indagano le problematiche economiche e culturali. Tra i fattori individuati dalla sociologia ci sono opportunità strutturali quali la disponibilità di armi, isolamento sociale, alti tassi di disoccupazione, stress ed eventi negativi di vita.

C'è un ampio accordo in letteratura che i fattori relativi a questi campi possono giocare un ruolo e non sono semplicemente aggiuntivi nel de-

terminare il rischio di suicidio, ma possono interagire in diversi modi. Maris e colleghi (1992) hanno proposto un modello causale interdisciplinare multivariabile per il suicidio che tiene conto dei quattro campi d'indagine sopradescritti e che configura la predizione del suicidio come un processo molto complesso, che richiede competenza in più discipline. Tali modelli, certamente appropriati per orientare lo sviluppo teorico, sono tuttavia molto complessi per finalità pratiche.

Nella pratica clinica sono necessari metodi di predizione del suicidio semplificati, riduzionisti.

Scale di predizione del suicidio

Numerosi studi hanno cercato di identificare un limitato set di variabili che possono essere accertate nella pratica clinica e predire il suicidio. La maggior parte di queste ricerche si è focalizzata sul rischio suicidiario dei pazienti con un precedente tentativo di suicidio.

La ragione di esaminare questo gruppo in particolare risiede nel fatto che i suicidi sono relativamente più frequenti in questo che in altri gruppi; pertanto utilizzando metodi statistici è comparativamente più facile trovare predittori di suicidio in questo gruppo particolarmente ad alto rischio.

Tale ricerca ha prodotto notevoli risultati nei paesi industrializzati dell'occidente.

Alcune delle variabili predittive di suicidio in chi ha già commesso un tentativo sono le seguenti:

- Età (rischio più alto in persone anziane)
- Genere (rischio più alto negli uomini)
- Etnia (l'etnia è stata ripetutamente identificata come una significativa variabile predittiva, sebbene non vi siano risultanze consistenti di come il rischio vari nei differenti gruppi etnici)
- Stato coniugale (rischio più alto nei separati, divorziati e vedovi)
- Condizioni di vita (rischio più alto nelle persone che vivono sole)
- Posizione lavorativa (rischio più alto nei disoccupati e pensionati)
- Salute fisica (rischio più alto nelle persone con precarie condizioni di salute)
- Salute mentale (rischio più alto in presenza di un disturbo mentale incluso l'alcolismo)
- Assistenza sanitaria (rischio più alto in persone senza alcun tipo di assistenza sanitaria)
- Tentativo o minaccia di suicidarsi precedenti all'ultimo tentativo (rischio

più alto in persone che avevano già tentato o minacciato di suicidarsi prima dell'ultimo tentativo)

- Scritto circa il proprio suicidio (rischio più alto nelle persone che hanno lasciato uno scritto circa il proprio suicidio)
- Metodi per tentare il suicidio (rischio più alto se il metodo è stato l'impiccagione, l'annegamento, buttarsi giù da alti edifici o ponti, spararsi)

La lista non è esaustiva, ma riflette i risultati più importanti della ricerca sulla predizione del suicidio dopo un tentativo di suicidio. Come possono questi risultati essere tradotti in scale per la valutazione del rischio suicidiario, che siano utilizzabili sia nella pratica clinica sia nella ricerca? Negli ultimi 35 anni sono state sviluppate numerose scale di valutazione del rischio suicidiario nei pazienti psichiatrici, costruite con un numero limitato di variabili, più o meno semplici da ottenere, con l'idea di stabilire una procedura operazionalizzata, sufficientemente breve ed in grado di consentire ai clinici di predire il rischio suicidiario di quel dato paziente al di là della mera congettura e di vaghi giudizi clinici.

Esempi di tali scale sono:

- Scale for Assessing Suicide Risk (SARS; Tuckman and Youngman, 1968)
- Los Angeles Suicide Prevention Centre Scale (LASPC; Beck et al., 1974)
- Suicide Intent Scale (SIS; Beck et al., 1974)
- Suicide Death Prediction Scale (SDPS, long and short forms; Lettieri, 1974)
- Index of Potential Suicide (IPS; Zung, 1974)
- Suicide Probability Scale (SPRS; Cull and Gill, 1982)
- Clinical Instrument to estimate Suicide Risk (CIESR; Motto et al., 1985)
- Suicide Risk Scale (SuRS; Plutchik et al., 1989)

Mentre alcune delle variabili predittive di queste scale possono essere certamente determinate in modo operazionalizzato ed inequivocabile, altre si basano sul giudizio del valutatore. Prendiamo ad esempio gli items d'osservazione della Suicide Rating Scale (Kaplan et al., 1982), che richiede di valutare items quali: l'intensità dei desideri di morte, la forza dei pensieri di tentare il suicidio, l'estensione dei piani di suicidio, la serietà dei piani di suicidio del passato, l'imminenza attuale dei sentimenti suicidari e la percezione che il paziente ha della rete sociale. Questa scala fornisce un approccio strutturato per valutare il rischio suicidiario, ma non un metodo pienamente operazionalizzato, libero dai pregiudizi del valutatore, poichè molte variabili sono soggette al giudizio personale del clini-

co o del ricercatore che fa la valutazione. La maggior parte delle scale menzionate segue un modello molto simile: valutano un tot di variabili predittive, e talvolta le integrano con un giudizio clinico di rischio. In un passaggio successivo, le diverse variabili predittive spesso sono pesate per ottenere un punteggio complessivo che riflette un relativo rischio suicidiario. Il problema è quanto queste scale siano buone e se possano effettivamente predire con sufficiente precisione chi si toglierà la vita.

Studi sulla predizione dei suicidi

Riassumerò a questo punto due studi che hanno testato il potere predittivo dei fattori di rischio in gruppi di pazienti psichiatrici ad alto rischio.

Powell e colleghi (2000) hanno cercato di identificare i fattori di rischio suicidiario in pazienti ricoverati in ospedali psichiatrici e di valutare il potere predittivo nell'individuare i soggetti a rischio di suicidio. Hanno utilizzato un disegno caso-controllo, mettendo a confronto 112 soggetti che si erano tolti la vita durante la degenza in ospedale psichiatrico con un campione casuale di controllo di 112 soggetti. Hanno effettuato analisi univariate e multivariate per calcolare l'odds ratio e il likelihood ratio standardizzato. Hanno trovato un tasso di suicidi nei degenti psichiatrici di 13,7 per 10.000 ingressi. Cinque fattori predittivi con likelihood ratio superiore a due, dopo la standardizzazione, sono stati identificati: un lutto recente, presenza di deliri, ideazione suicidiaria, malattia mentale cronica, e una storia familiare di suicidi. Tuttavia utilizzando questi predittori soltanto due dei pazienti che avevano commesso suicidio avevano un rischio predetto di suicidio sopra il 5%. Gli autori concludono che, sebbene siano stati trovati numerosi fattori strettamente connessi al suicidio, la loro utilità clinica è limitata dalla bassa sensibilità e specificità, unitamente alla rarità del suicidio, anche nei gruppi ad alto rischio.

Un altro studio ha esaminato un sottogruppo di pazienti psichiatrici ricoverati, con un rischio particolarmente alto, cioè pazienti con disturbi affettivi. Goldstein e colleghi (1991) hanno cercato di sviluppare un modello statistico per predire il suicidio in un gruppo di 1906 pazienti con disturbi affettivi che erano stati ricoverati in un ospedale di cure terziarie in Iowa, negli Stati Uniti. In un periodo di follow-up fino a 13 anni, 46 dei 1906 pazienti ricoverati si sono tolti la vita. I fattori di rischio individuati attraverso una regressione graduale logistica multipla includevano il numero di tentativi precedenti, l'ideazione suicidiaria all'ammissione, il disturbo bipolare (maniacale o misto), il genere, le condizioni cliniche alla dimissione, e il disturbo depressivo unipolare in soggetti con familiarità

alla mania. Ebbene il modello non riuscì ad identificare nessuno dei pazienti che, di fatto, si suicidarono. Gli autori concludono che le risultanze dello studio confermano che, con le conoscenze attuali, non è possibile predire il suicidio, anche in un gruppo di pazienti ricoverati ad alto rischio con disturbi affettivi.

Questi sono i due più importanti esempi di studi che, condotti con rigore metodologico e su campioni di sufficiente grandezza, non riescono tuttavia a predire gli effettivi suicidi nei pazienti psichiatrici.

Possibilità di predire il suicidio nella pratica clinica

Dal momento che l'approccio rigoroso degli studi sopradescritti non rivela variabili con sufficiente potere predittivo, si potrebbe voler ricercare fenomeni completamente differenti che sfuggono alla ricerca operazionalizzata e tuttavia predicono il suicidio. Ad esempio, i dipinti dei pazienti potrebbero dirci molto di più del mondo interno e dell'intenzione di togliersi la vita delle variabili direttamente valutate dalla ricerca. Studiando i famosi autoritratti di Van Gogh dopo l'automutilazione, probabilmente non si rimarrebbe sorpresi dall'apprendere che poi egli si tolse la vita. C'è per lo meno un esempio in letteratura di un paziente che produsse autoritratti regolarmente e come mezzo d'autodiagnosi. Bryan Charnley, diagnosticato affetto da schizofrenia paranoidea, dipingeva autoritratti nel deliberato tentativo di autoinvestigazione ed inoltre indagò l'effetto di droghe differenti sulla tecnica, composizione e simbolismo della sua pittura.

Il web site di Sane Line (www.sane.org.uk) fornisce una serie di dipinti, effettuati tra aprile e luglio 1991, poco prima che Bryan Charnley morisse. Tali dipinti potrebbero essere utili per predire comportamenti suicidari di singoli pazienti. Sebbene una tale argomentazione abbia intuitivamente un suo fascino, non ha ricevuto alcuna conferma da ricerche empiriche e nemmeno può essere concretamente applicata nella pratica clinica. In primo luogo un numero molto limitato di pazienti sono desiderosi o capaci di eseguire tali tipi di dipinti e in secondo luogo noi sappiamo pochissimo circa la specificità dei dipinti che potrebbero indicare un rischio suicidiario.

Tutto ciò si correla ad un problema generale della predizione del suicidio nei pazienti psichiatrici; le limitazioni di ogni modello predittivo sono connesse ai concetti di sensibilità e specificità. La sensibilità di un modello indica quanti casi veri positivi vengono identificati; la specificità riflette quanti veri negativi vengono predetti. Sfortunatamente ci sono anche le

predizioni false positive e false negative, che devono essere messe sulla bilancia a fronte dei casi accuratamente predetti. Un'esemplificazione è il potere predittivo dei tentativi pregressi di suicidio. È ampiamente riconosciuto che i pregressi tentativi di suicidio sono uno dei migliori predittori dei successivi suicidi nel senso di un'alta sensibilità. Molti pazienti che si sono suicidati hanno precedentemente tentato il suicidio ad un certo stadio della loro vita. Pur tuttavia più del 80% di chi ha tentato il suicidio non commetterà mai suicidio. Pertanto la specificità del predittore è molto bassa, e la sua utilità nella pratica clinica è molto scarsa. Ulteriori esempi dei limiti e dell'inconsistenza dei modelli statistici di predizione si possono reperire in numerosi testi.

Invece di porre il problema generale se i suicidi dei pazienti psichiatrici possano essere predetti, domandiamoci più specificatamente che cosa precisamente possa essere predetto sulle basi delle attuali conoscenze. Come dimostrato non c'è nessun metodo pratico per predire con sufficiente accuratezza clinica chi commetterà suicidio.

Nondimeno occorrerebbe avere presente che anche una tale predizione sarebbe di valore limitato senza ulteriori informazioni su quando è probabile che il paziente si suicidi. Interventi intensivi non possono essere applicati per parecchi decenni, e per rivolgersi a pazienti in momenti critici occorrerebbe predire il tratto di tempo di più alto rischio. Tuttavia la domanda circa quando si verificherà il suicidio di un paziente ad alto rischio non può avere una risposta molto certa usando metodi razionalmente ed empiricamente validi. La domanda su chi è a rischio di commettere suicidio in un determinato tratto di tempo forse potrà avere una risposta, ma non secondo uno schema dicotomico.

Nel migliore dei casi noi possiamo accertare un rischio suicidiario come un continuum che oscilla tra basso ed alto rischio con una certezza nel caso individuale molto bassa.

I suicidi nei servizi di salute mentale

Sebbene sia difficile o persino impossibile predire il suicidio in un dato paziente psichiatrico, tuttavia la predizione del suicidio è una sfida importante per i servizi. Anche nei servizi con buone risorse e ben organizzati i suicidi sono frequenti.

Flechner e colleghi (1977) hanno pubblicato uno studio sui tassi di suicidio nei pazienti di un servizio territoriale tipo di Berlino. Essi hanno analizzato dati che coprono un periodo di 21 anni ed hanno trovato nei pazienti un tasso di mortalità standardizzato per tutti i decessi di 5,8.

Questo significa che la probabilità di morire per un paziente psichiatrico in quel servizio territoriale di salute mentale è 5,8 volte più alta che per la media delle persone della medesima età nella popolazione generale. Il tasso di mortalità standardizzato per i suicidi soltanto era 40, e in particolare per i pazienti schizofrenici era 65. Di conseguenza era 65 volte più probabile che un paziente schizofrenico di quel servizio tipo commettesse suicidio rispetto alla persona media della medesima età nella popolazione generale. Sorprendentemente gli autori non hanno trovato un solo suicidio in pazienti con diagnosi diversa da quella schizofrenica, sebbene almeno il 50% dei pazienti di quel servizio territoriale di salute mentale non aveva una diagnosi di schizofrenia. La configurazione e la pratica del servizio oggetto di questa ricerca applicava gli standard di un moderno servizio di salute mentale territoriale, ed i tassi relativamente alti di suicidio pongono il problema di come i servizi possano contribuire a ridurli.

In Inghilterra è stata condotta un'indagine nazionale sui suicidi delle persone con malattia mentale.

Tutti i suicidi di malati psichiatrici sono stati indagati dettagliatamente e valutati in modo sistematico. Questa procedura ha fornito dati che sono unici. I risultati (Appleby et al., 2000) includono diversi aspetti dei suicidi. Indicano che il 25% di tutti i pazienti che si tolsero la vita erano stati in contatto con i servizi di salute mentale nell'anno precedente alla morte. Per l'intera Inghilterra, questo equivale a circa 1300 suicidi l'anno. In altre parole il 75% delle persone suicide non era stata per niente in contatto con i servizi di salute mentale nell'anno precedente.

Del 25% che era stato in contatto con i servizi, solo una minoranza era stata vista recentemente da un clinico. Pertanto, non ci si può attendere che i servizi di salute mentale, per come funzionano attualmente, possano ridurre significativamente i tassi di suicidio nella popolazione dei loro bacini d'utenza, ma debbono in ogni caso far fronte ad una notevole percentuale di suicidi.

Di tutti i casi di suicidio dei pazienti seguiti dai servizi, il 16% occorre a pazienti ricoverati, il 23% entro tre mesi dalla dimissione, soprattutto entro le prime due settimane. Pertanto approssimativamente il 40% di tutti i suicidi di pazienti psichiatrici avvennero durante o subito dopo il trattamento di ricovero.

Dei pazienti che si tolsero la vita il 22% era non-compliant con la terapia farmacologica nel mese precedente la morte, e il 28% non si presentò al proprio appuntamento con lo specialista che lo aveva in cura. Sebbene questi ed altri dati siano interessanti, hanno scarso valore ai fini pratici di una prevenzione e predizione del suicidio. Ad esempio, nell'Est Londra la percentuale media di pazienti che non si presentano al loro ap-

puntamento ambulatoriale è in ogni modo intorno al 30%, sicché la figura dei pazienti, suicidi, che non si presenta alla visita, non è molto specifica o indicativa.

Prevenzione del suicidio

Una strategia di prevenzione del suicidio (Dipartimento di Sanità 2002, Inghilterra), basata sui risultati di un'inchiesta nazionale, è stata diffusa pubblicamente, con la finalità di implementare misure per ridurre il tasso di suicidi non solo nella popolazione generale, ma anche nei servizi di salute mentale. Per quanto riguarda i servizi questa strategia propone una lista di raccomandazioni che comprendono:

- Addestramento del personale nella gestione del rischio
- Piani di cura specifici quando il paziente è non-compliant o non si presenta agli appuntamenti
- Rapido accesso ai servizi di crisi
- Strategie per trattare pazienti con doppia diagnosi, cioè psicosi e tossicodipendenze
- La creazione in tutto il paese di servizi di presa in carico territoriale assertiva (Assertive Outreach Services)
- L'ampia disponibilità degli antipsicotici atipici per il trattamento di pazienti schizofrenici
- L'eliminazione nei reparti ospedalieri dei punti dove sono possibili legature
- Un programma specifico per pazienti psichiatrici gravi e con una storia d'autolesionismo, che contempli che tutti questi pazienti siano soggetti ad un livello di trattamento territoriale intensivo, effettuino una visita di controllo entro sette giorni dalla dimissione ospedaliera, e che non siano loro forniti farmaci per più di due settimane per volta.

Queste ed altre raccomandazioni sono una combinazione di affermazioni generali non molto significative, concetti vaghi e di buon senso, suggerimenti che hanno poco o niente a che fare con la prevenzione del suicidio. Ad esempio, chiunque probabilmente concorderebbe che lo staff dovrebbe essere addestrato nella gestione del rischio. Tuttavia siccome i suicidi difficilmente possono essere predetti e abilità specifiche nella prevenzione devono ancora essere sviluppate, non è chiaro in che cosa dovrebbero consistere i programmi di addestramento e a quali scopi rivolti.

Il rapido accesso a servizi di crisi e la creazione in tutto il paese di servizi di presa in carico territoriale assertiva possono essere sostenuti per in-

numerevoli ragioni, nondimeno considerare questi passi una strategia specifica di prevenzione del suicidio risulta non provato e congetturale. Eliminare nei reparti ospedalieri i punti dove sono possibili legature sarebbe sensato, ma non è certo necessario un piano strategico di prevenzione del suicidio per scoprire ciò. Gli antipsicotici atipici possono o no presentare dei vantaggi rispetto ai neurolettici tipici, ma il loro specifico effetto preventivo del suicidio non è stato ancora dimostrato. Pertanto l'intera strategia nazionale di prevenzione del suicidio non risulta tanto utile, nonostante le buone intenzioni; appare nondimeno importante, in particolare, perché si basa sulle evidenze disponibili e perché è stata necessaria una notevole mole di lavoro di qualificati esperti per disegnarla.

La strategia riflette quindi lo stato dell'arte nella prevenzione del suicidio e dimostra chiaramente l'incapacità degli esperti di formulare una strategia di utilità pratica, con una buona probabilità di essere implementata e di ridurre i tassi di suicidi nei servizi.

Lo stato dell'arte richiede che siano ancora sviluppate e validate nuove idee, prima di prendere in considerazione qualsiasi implementazione.

La relazione terapeutica

Un fattore spesso ignorato dalla ricerca, ma molto rilevante nella predizione ed ancor più importante nella prevenzione del suicidio è la qualità della relazione terapeutica tra clinico e paziente.

Alcune delle risultanze citate vanno in questa direzione. Prendiamo in considerazione il mancare agli appuntamenti, individuato come un predittore di suicidio: certamente se un paziente si presenta o no agli appuntamenti con il terapeuta ha qualcosa a che vedere con la qualità della relazione tra il paziente ed il clinico.

In una relazione caratterizzata dall'affidabilità da entrambe le parti, dall'impegno e fiducia reciproca, è poco probabile che i pazienti non rispettino gli appuntamenti e, eventualmente, si uccidano. La relazione terapeutica può avere una funzione preventiva diretta.

Molti clinici cercano di raggiungere una sorta di accordo contrattuale con il paziente a rischio affinché prometta di non commettere suicidio fino al prossimo appuntamento, che deve essere fissato di comune accordo. Tale contratto è spesso ritenuto come la più efficace ed affidabile misura preventiva a breve termine nella pratica psichiatrica. Se i pazienti concordino ed onorino un tale contratto, dipende senz'altro da quale relazione hanno con il clinico.

La qualità della relazione terapeutica non si presta facilmente a misu-

razioni oggettive, questa probabilmente è una delle ragioni per cui è stata ampiamente trascurata dalla ricerca sulla predizione e prevenzione del suicidio. Tuttavia essa costituisce un fattore essenziale e particolarmente importante dal momento che i clinici possono lavorare per migliorarla, tramite l'addestramento e la supervisione.

L'equilibrio tra contenimento del rischio e ambizione terapeutica nei servizi di salute mentale

In quale altro modo se non stabilendo appunto una relazione terapeutica la più positiva possibile i servizi di salute mentale possono aiutare a prevenire i suicidi dei loro pazienti? Sulla base delle attuali conoscenze si può solo concludere che la buona pratica clinica in generale rappresenta spesso la migliore prevenzione possibile del suicidio. La buona pratica clinica include un giudizio sul rischio suicidiario e, possibilmente, interventi terapeutici per ridurlo, ma non si concentra esclusivamente sul rischio suicidiario del paziente. Un servizio che consideri la gestione del rischio come assolutamente prioritaria mette a repentaglio le sue aspirazioni terapeutiche e può assumere una posizione difensiva e non terapeutica. In Inghilterra assistiamo attualmente ad un tale pericoloso sviluppo in alcuni servizi, nei quali i media ed i politici hanno instillato la cultura della colpa a tal punto che l'evitare seri e spiacevoli evenienze, quali omicidi e suicidi di pazienti, è spesso considerato preminente rispetto al raggiungimento di obiettivi terapeutici positivi. Diventa così impossibile un approccio olistico al trattamento e ne consegue una pratica psichiatrica restrittiva e custodialistica (Priebe e Turner, 2003).

Quest'equilibrio tra contenimento del rischio e ambizione terapeutica può essere illustrato da un caso legale che fu promosso dai familiari di un paziente che si uccise in un reparto psichiatrico. Il paziente si era impiccato usando i lacci dei suoi stivali. I familiari sostenevano che il personale del reparto avrebbe dovuto sequestrare i lacci impedendo in tal modo al paziente di suicidarsi. Il giudice stabilì che nel caso specifico togliere i lacci al paziente poteva come non poteva prevenirne il suicidio, ma che il non permettere di routine l'uso dei lacci avrebbe creato un clima carcerario e quindi non terapeutico nel reparto, rendendolo, di fatto, un luogo indesiderato ed ostile. Il giudice concluse che - sul piatto della bilancia- il clima terapeutico positivo del reparto era più importante della possibile riduzione del rischio suicidiario di un singolo paziente. Questa sentenza riflette un utile buon senso che spesso manca nei dibattiti correnti sulla gestione del rischio nei servizi di salute mentale.

Illustrerò ora più dettagliatamente un'altra situazione circa l'equilibrio tra riduzione del rischio ed aspirazioni terapeutiche nei servizi di salute mentale. La scena è quella di un paziente che esprime idee di suicidio e necessita di un trattamento acuto; la questione è se il paziente debba essere ammesso in un reparto o in un day-hospital per acuti. Di primo acchito la scelta sembra ovvia. Nel caso di un alto rischio suicidario il reparto sembra fornire l'ambiente più sicuro con un'osservazione costante e con norme di sicurezza. In un day-hospital il paziente continuerà ad andare a casa per la notte e nei week-end, quando l'équipe curante non ha modo né di osservare il paziente né di intervenire in caso di improvvise tendenze suicide. Pertanto molti clinici probabilmente decideranno di ricoverare il paziente in un reparto psichiatrico ai fini di diminuire il rischio di suicidio. Tale decisione sembra plausibile, ma potrebbe essere basata su un'analisi alquanto superficiale della situazione e non garantire la riduzione del rischio. Qualsiasi intervento clinico contiene -implicitamente o esplicitamente- dei messaggi terapeutici al paziente.

Quali messaggi terapeutici sono trasmessi al paziente con un'ammissione in un reparto o in un day-hospital?

Un'ammissione ad un reparto psichiatrico può veicolare il seguente messaggio al paziente in questione:

- L'équipe terapeutica è senz'altro valida. Il paziente ha richiesto un aiuto professionale per fronteggiare l'ideazione suicidaria ed ora incontra un'équipe che si sente investita di una peso eccessivo e, per questo, ha scelto di inviare il paziente nell'ambiente più restrittivo. Un paziente che voglia far fronte alle tendenze suicide difficilmente si sentirà incoraggiato da un'équipe che pure non ha una visione molto positiva.
- Non si può confidare che il paziente contrasti le tendenze suicide se lasciato nel contesto di vita senza osservazione. Di nuovo, un tale messaggio non rinforza la fiducia del paziente nell'affrontare le sue tendenze, con le quali sa che avrà eventualmente comunque a che fare.
- I servizi cercheranno di prevenire il suicidio attraverso una stretta osservazione trasformando il paziente in passivo soggetto del trattamento, piuttosto di coinvolgerlo in un modello partecipe di cura e rinforzarne le potenzialità attive di coping.
- Il trattamento intensivo diminuirà l'ideazione suicidaria. Un tale messaggio potrebbe momentaneamente creare un'illusione che sarà disattesa. Tale delusione potrebbe determinare un maggiore rischio di suicidio, in modo tale che il ricovero può avere effetti opposti all'intenzioni del clinico.

Non sostengo che il ricovero psichiatrico di pazienti suicidari ed anche i messaggi di cui sopra sono sempre errati e dannosi. Nondimeno, nelle

decisioni cliniche gli elementi potenzialmente negativi del messaggio terapeutico dovrebbero essere attentamente considerati.

Il messaggio terapeutico nell'ammettere il paziente in un day-hospital può essere molto differente e contenere i seguenti elementi:

L'input terapeutico e l'osservazione da sole non possono prevenire il suicidio, ma l'équipe terapeutica cercherà di essere di aiuto e questo è il motivo per il quale il paziente è stato ammesso in un day-hospital con input terapeutico. Si può confidare che il paziente non tenti il suicidio tutti i minuti che è lasciato solo, rinforzando in tal modo la fiducia del paziente in se stesso.

Ci sono attive strategie di coping che potrebbero funzionare. L'ammissione al day-hospital simbolizza l'idea di affrontare le ideazioni suicidarie in modo proattivo. L'équipe curante non sosterrebbe ciò se sentisse che non vi è possibilità di successo di una tale strategia.

Il terapeuta ed il paziente possono – in certo grado- condividere il rischio e trattare il problema in una relazione partecipe.

Le ammissioni in day-hospital possono veicolare, in relazione alla situazione terapeutica, differenti messaggi. In determinati casi possono costituire senza dubbio una misura inappropriata per ridurre il rischio di suicidio. Comunque, l'ammissione contiene in sé le potenzialità di trasmettere al paziente il messaggio sopra delineato, che ha più possibilità di prevenire il suicidio di un ricovero in reparto.

I messaggi terapeutici sopradescritti sono stati molto semplificati e persino enfatizzati per illustrare l'equilibrio tra contenimento del rischio e ambizioni terapeutiche. Le conseguenze possibili in merito al rischio, in un dato caso, sono che il ricovero psichiatrico potrebbe costituire un più alto rischio per il paziente, ma un più basso rischio per il clinico, in termini di responsabilità, se le cose vanno male.

Nel caso di un'ammissione in day-hospital i rischi seguono il percorso inverso: il rischio per il paziente potrebbe essere minore, ma se il paziente commette suicidio, in termini di responsabilità, il rischio per il clinico sarebbe chiaramente maggiore. Pertanto il ricovero psichiatrico riduce il rischio per il clinico, d'altro canto l'ammissione in day-hospital lo riduce per il paziente.

È importante riconoscere che questi due rischi non sono identici e seguono logiche differenti. Nella terminologia corrente il contenimento del rischio solitamente rimanda al rischio del paziente, ma in tempi recenti è spesso il rischio del clinico ad essere preso in considerazione, in termini di responsabilità, per non avere contenuto il rischio del paziente. Quest'equilibrio potrebbe essere stato rappresentato a tinte forti, ma costituisce un problema molto importante per i servizi di salute mentale.

Problemi etici

L'inclinazione dei clinici e dei servizi a quanta importanza attribuire nella loro pratica alla prevenzione del suicidio dipende dalla risposta a diverse questioni etiche:

- La prevenzione del suicidio è un obiettivo prioritario dei servizi di salute mentale? Alcuni sostengono chiaramente di sì, mentre altri ritengono che i servizi dovrebbero aiutare i pazienti a raggiungere la miglior qualità della vita possibile, ma non necessariamente interferire con le loro decisioni riguardo la volontà o meno di continuare a vivere.

- Ogni suicidio di un paziente con disturbi mentali è di per sé un sintomo di malattia? Se noi consideriamo il suicidio in ciascun singolo caso e per definizione come un segno di disturbo mentale, allora la risposta è un netto sì. Se, invece, noi concediamo che le persone possano voler suicidarsi per ragioni che non necessariamente riflettono un disturbo mentale, questo dovrebbe applicarsi anche ai pazienti psichiatrici. Non vi è dubbio che l'idea di suicidio possono essere un sintomo diretto di un disturbo mentale, come una grave depressione, ma possono anche essere dovute a fattori indipendenti dalla malattia mentale, nel qual caso i pazienti psichiatrici con ideazione suicidiaria non dovrebbero essere trattati differenzialmente dalle altre persone con tendenze simili nella popolazione generale. Un trattamento differenziato in questi casi potrebbe costituire una discriminazione e accrescere lo stigma della malattia mentale.

- I servizi dovrebbero cercare di prevenire il suicidio in pazienti le cui capacità di giudizio non sono diminuite dalla malattia mentale? Nuovamente, si avranno risposte differenti a questo problema etico, ma è difficile argomentare perché i pazienti psichiatrici debbano essere trattati differenzialmente dalle altre persone comuni? Se consentiamo a pazienti con malattie fisiche terminali di porre termine alla loro vita, non sembra etico impedire ad un individuo di fare altrettanto solo perché ha avuto una diagnosi di disturbo mentale che può non avere niente a che fare col suo desiderio di morire. Ad esempio, perché dovrebbe essere negato ad un paziente terminale di tumore il diritto di terminare la sua vita, solo perché gli è stato diagnosticato un disturbo ossessivo compulsivo moderato e, di conseguenza, considerato un paziente psichiatrico?

- I clinici sono responsabili di azioni commesse da pazienti che possono prendere e formulare decisioni nonostante abbiano un disturbo mentale? Nelle altre specialità mediche i clinici sono responsabili per ciò che essi stessi fanno, ma non per le azioni dei loro pazienti, che sono adulti pienamente titolari di tutti i diritti civili. In psichiatria, i clinici possono essere ritenuti responsabili di azioni che i pazienti decidono di intraprendere.

re, anche se in possesso della capacità di prendere una "decisione informata".

Un problema di merito in queste questioni è definire cosa sia una "decisione informata" sul suicidio. Ciò implica soltanto che il paziente intellettivamente comprenda appieno le implicazioni della decisione di commettere suicidio, o implica che la decisione non sia affetta da sintomi di un disturbo mentale? Significa che la decisione appaia razionale ad un soggetto esterno? Non c'è una definizione universalmente condivisa del termine "decisione informata", e la legislazione in merito è diversa da paese a paese. È poco probabile che queste questioni etiche trovino una soluzione definitiva che chiuda il discorso una volta per tutte. Eppure, debbono essere poste per discutere e chiarire diritti e doveri dei clinici che si occupano di pazienti suicidari.

Conclusioni

L'articolo ha cercato di fornire una breve rassegna dei risultati empirici e delle considerazioni teoriche rilevanti per la predizione e la prevenzione del suicidio nei servizi di salute mentale, che si possono riassumere in quattro conclusioni:

Prima: per quanto attiene la predizione del rischio di suicidio possono essere identificati gruppi ad alto rischio, ma la predizione di suicidi di singoli pazienti è praticamente impossibile.

Seconda: l'importanza della prevenzione del suicidio come obiettivo prioritario dei servizi di salute mentale varia in relazione alla posizione etica.

Terza: un focus molto forte o persino esclusivo sulla prevenzione del suicidio può sfociare in una pratica clinica difensiva e non terapeutica. In molte situazioni cliniche c'è un equilibrio tra contenimento del rischio ed aspirazioni terapeutiche.

Infine, c'è pochissima, o nessuna evidenza dell'efficacia di metodi specifici per la prevenzione del suicidio, che vada oltre i principi di un buon trattamento clinico con una relazione terapeutica positiva.

Bibliografia

- Appleby L., Shaw J., Sherratt J., Arnos T., Robinson J., McDonnell R., McCann K., Parsons R., Burns J., Bickley, H., Kiernan K., Wren J., Hunt I., Davies S., Harris C. (2001) Safety First: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with mental illness. London, Department of Health.
- Beck A.T., Resnik L., Lettieri D. (1974) Eds. The prediction of suicide. Bowie, MD, Charles Press.
- Cull J. & Gill W. (1982) Suicide Probability Scale (SPS) Los Angeles: Western Psychological Services.
- Department of Health (2002) National Suicide Prevention Strategy for England. London, Author.
- Flechner K.M., Wolf T., Priebe S. (1997) Suizidraten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem. *Nervenarzt*, 68:569-573.
- Goldstein R., Black D., Nashrallah A., Winokur G. (1991) The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48: 418-422.
- Kaplan R., Kottler D., Frances A., (1982) Reliability and Rationality in the prediction of suicide. *Hospital & Community Psychiatry*, 33: 212-215.
- Lettieri D.J. (1974) Suicide prediction scales. In A.T. Beck, L. Resnik, D. Lettieri (Eds.) *The prediction of suicide*. Bowie, MD, Charles Press, pp 163-192.
- Maris R., Berman A., Maltzberger J. (1992) Summary and conclusions: what have we learned about suicide assessment and prediction? In: R. Maris, A. Berman, J. Maltzberger, R. Yufit (Eds.) *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guildford Press, p.640-653.
- Motto J., Heilborn D., Juster R. (1985) Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *American Journal of Psychiatry*, 14: 680-686.
- Plutchik R., Van Praag H.M., Conte H.R., Picard S. (1989) Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30: 296-302.
- Powell J., Gerdes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K. (2002) Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *British Journal of Psychiatry*, 176: 266-272.
- Priebe S. & Trevor T. (2003) Reinstitutionalisation in mental health care. *British Medical Journal*, 326: 175-176.

- Tuckman J., Youngman W. (1968) A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 24: 17-19.
- www.sane.org.uk Brian Charnley
- Zung W. Index of potential suicide. In: Beck A., Resnik L., Lettieri D (1974) Eds. *The prediction of suicide*. Philadelphia, Maryland, Charles Press