

# Il tentato suicidio

Dalla clinica e dal trattamento al mondo reale



Dott Giancarlo Boncompagni  
*Psichiatra*

Dott.ssa Chiara Trofa  
*Psicologa*

Bologna 22 novembre 2012

# Suicidio: un evento multifattoriale



Problema clinico complesso in termini di predizione e prevenzione del comportamento suicidario

Nei paesi occidentali il suicidio rappresenta l'1 % di tutti i decessi

L'OMS indica un numero 10 volte superiore di soggetti che mettono in atto comportamenti suicidari non letali

Bisogno di un'approfondita conoscenza della problematica considerato anche che dietro un suicidio può risultare compromesso emozionalmente, socialmente ed economicamente un intero contesto prossimo al paziente

Sottostima per mancata diagnosi e reticenza di parenti

Importanza clinica della reiterazione del suicidio

Prevenzione Primaria e secondaria

# Fattori predittivi di rischio

- Essere maschio raddoppia il rischio di commettere suicidio
- Essere femmina aumenta la probabilità di tentare il suicidio
- Un status socio-economico basso
- Una diagnosi psichiatrica pregressa o diagnosi psichiatriche multiple
- La presenza di precedenti tentativi di suicidio
- Isolamento
- Presenza di famigliari suicidari
- Per i pazienti bipolari: trovarsi in uno stato misto, dove agitazione, dolore e hopelessness favoriscono l'impulsività
- Assenza di fiducia nel futuro e incapacità di trovare validi motivi per vivere

*(Kessler, Borges, & Walters, 1999; Joiner & Rudd, 2000; Hawton & van Heeringen, 2000)*

# Hopelessness

Diversi studi hanno riscontrato un' associazione tra comportamento suicidario e hopelessness.

I pazienti hopelessness sono a maggior rischio di drop-out dal trattamento;

La presenza di hopelessness può essere considerata un fattore predittivo per la riuscita del suicidio, dopo un primo tentativo;

## Punto di vista nosografico

- Suicidio riuscito
- Tentato suicidio
- Velleità suicidaria
- Comportamenti autolesivi/cutting
- Suicidiosi
- Equivalenti suicidari.

Il **suicidio** riuscito, che può essere razionale od impulsivo, lascia solo il tempo ai familiari per elaborare il lutto, darsi pace e superare la perdita nonché, a chi studia l'argomento, per effettuare la cosiddetta autopsia psicologica e cioè la raccolta anamnestica, dai parenti od altri conoscenti del suicida, di elementi psicopatologici pregressi di rilievo che possano essere utili nello studio, nella prevenzione e riduzione del rischio della condotte suicidarie

Il **tentato suicidio** (o suicidio mancato) è, di fatto, un suicidio vero e proprio che non è giunto a compimento solo per cause fortuite, casuali e non dipendenti dalla volontà del soggetto, che invece intendeva porre a compimento il suo intento. E' certamente quest'ultimo il caso più impegnativo, sia dal punto di vista clinico, psicopatologico che psicoterapico e relazionale.



La **velleità suicidaria** costituisce un tentativo appena abbozzato di suicidio, che spesso si traduce in tagli superficiali, assunzione di piccole quantità di farmaci e/o tentativi compiuti in presenza di familiari o altre persone, che sottende più la voglia di dormire, allontanarsi dai problemi o richiamare l'attenzione degli altri su di questi o su di sé. Non va tuttavia sottovalutata perché potrebbe avere il significato di prova generale.

Quanto ai **comportamenti autolesivi** propriamente detti (o suicidio focale), si tratta di severi attacchi all'integrità del proprio corpo manipolare l'ambiente, gli altri, in modo da farsi accudire, oppure, **cutting**, in modo da trasformare un dolore psichico in dolore fisico; sono questi sintomi e comportamenti (algofilia) assai caratteristici di pazienti affetti da gravi disturbi di personalità.

Si parla invece di **suicidosi** (o di stile suicidario) per riferirsi a quei tentativi ripetuti nel tempo, talvolta stereotipati, tanto da configurare quasi uno stile di vita, o quantomeno di comunicazione, del soggetto.

Gli **equivalenti suicidari** (suicidi subintenzionali), ovvero condotte che espongono in maniera volontaria o meno a rischio di morte (sport estremi, guida ad alta velocità, ecc.)

# Valutazione del Suicidio

Questionari standardizzati: valutazione dell' intenzionalità suicidaria, e valutazione della suicidalità residua, in relazione alla condizione di repeater/non-repeater.

Resoconti di familiari o di altri professionisti

Livello del desiderio di morire (debole, moderato, forte)

Livello del desiderio di vivere (debole, moderato, forte)

Domande dirette: eventi e significativi

**INFERMIERI AREA SALUTE MENTALE REGIONE LOMBARDIA**  
**Gli infermieri di salute mentale:**  
**le buone pratiche assistenziali**





PATOLOGIA PSICHIATRICA	Comorbidità, disturbi dell'umore, abuso di alcool o di sostanze, schizofrenia, disturbi di personalità (Cluster B)
STORIA	Precedenti tentativi di suicidio o tentativi abortiti o autolesionismo; dianosi mediche; storia faliliare di suicidio, tentativi o patologia psichiatrica
punti di forza/ vulnerabilità	abilità di coping, tratti di personalità, risposte efficaci allo stress, capacità nel giudizio di realtà, tolleranza al dolore psicologico
situazione psicologica	stressor acuti o cronici , cambiamento dello status, qualitàdel supporto; fede religiosa
suicidalità e sintomi	passata e presente ideazione suicidaria; pianificazione, intento, comportamenti suicidari; metodi di suicidio; hopelessness, anedonia, sintomi ansiosi, motivi per vivere; abuso di sostanze associato; ideazione omicida



demografici	maschio, vedovanza, divorziato, di età avanzata, single, bianco
psicosociali	mancanza di supporto sociale, disoccupazione, caduta dello status socio-economico, <b>accesso alle armi</b>
psichiatrici	<b>diagnosi psichiatrica</b> , comorbilità
patologia fisica	tumori maligni; HIV/AIDS, ulcera peptica, emodialisi, lupus eritematoso sistemico, sindromi dolorose, limitazioni funzionali, patologie del sistema nervoso
dimensioni psicologiche	<b>Hopelessness, dolore mentale/ansia, sconvolgimento psicologico, riduzione autostima, narcisismo, perfezionismo</b>





dimensioni psicologiche	impulsività, aggressività, ansia grave, attacchi di panico, agitazione, intossicazione, precedente tentativo di suicidio
dimensioni cognitive	costrizione dei pensieri, pensiero polarizzato
trauma infantile	abuso fisico/sexuale, trascuratezza, perdita genitoriale
genetica e familiarità	storia familiare di suicidio, patologia mentale o abuso

# Correlazione tra il tentativo di suicidio e la diagnosi di disturbo di Asse I o Asse II del DSM-IV-TR.

La principale causa di morte prematura tra le persone che soffrono di *schizofrenia* è proprio il suicidio (*Black et al., 1992*). Caldwell e Gottesman (1990), in una review sul suicidio tra i pazienti schizofrenici, concludono che il 13% di costoro giungono a morte in seguito ad un atto suicidario.

Per quanto riguarda i *disturbi dell'umore*, è noto che il comportamento suicidario ad esito fatale o non fatale rappresenta un reperto comune soprattutto in soggetti affetti da depressione maggiore e da disturbo bipolare, con una mortalità per suicidio che arriva, in entrambi i casi, al 15%.

Se consideriamo, infine, l'ambito dei *disturbi di personalità*, i dati presenti in letteratura riportano che almeno un terzo (31-62%) dei soggetti che hanno commesso un suicidio e fino al 77% di coloro che l'hanno tentato erano portatori di un disturbo di personalità

(Henriksson et al., 1993; Lesage et al., 1994; Cheng et al., 1997; Foster et al., 1999; Suominen et al., 1996; Ferreira de Castro et al., 1998).



## STATO MENTALE DEL PAZIENTE A RISCHIO SUICIDARIO:



Non sottovalutare alcun indizio  
porre attenzione alla possibile superficializzazione e  
banalizzazione

# Caratteristiche Psicologiche

*Ambivalenza nei confronti della risoluzione suicidaria:* il soggetto rimane ambivalente nei confronti dell'idea di morire e spesso vi è la ricerca di un qualche canale comunicativo o di un supporto emotivo anche poco prima della messa in atto del suicidio.

*Impulsività:* per quanto la risoluzione suicidaria sia generalmente il risultato di una elaborazione piuttosto diluita nel tempo, il suicidio generalmente si realizza sulla scorta di un gesto impulsivo, magari scatenato da un qualche episodio negativo ("evento dell'ultimo minuto")

*Rigidità:* i soggetti suicidari presentano una notevole rigidità cognitiva e pressochè l'intera loro ideazione è ancorata ad una ideazione pessimistica o alla possibilità di concretizzare il loro proposito autosoppressivo.

# Intenzionalità suicidaria

Motivazione soggettiva, personale, comunicata in modo esplicito o implicito

**Esplicita:** fornita dal soggetto non solo in risposta ad una domanda diretta sullo scopo del suo agito, ma anche sulla base di precedenti comunicazioni, delle aspettative di morte del soggetto e della sua comprensione circa la letalità del comportamento, del suo atteggiamento verso la morte e della sua reazione al salvataggio (*intenzionalità esplicita o soggettiva*).

**Implicita:** basata su markers comportamentali oggettivi quali il timing del tentativo, l'isolamento, le precauzioni messe in atto contro la scoperta, la ricerca di aiuto, i preparativi finali in funzione della morte, la presenza di messaggi d'addio, la letalità del metodo utilizzato, il grado di premeditazione e di pianificazione e precedenti tentativi di suicidio (*intenzionalità implicita od oggettiva*) (Beck e Lester, 1976).

# Obiettivi delle strategie terapeutiche

Ridurre i comportamenti di agitazione e impulsività;

Offrire una presenza empatica e consapevole

Ristrutturare il senso di Hopelessness;

Indagare, chiedere, fare domande dirette per conoscere i pensieri, piani o tentativi di suicidio del passato, per fare previsioni del futuro;

Coinvolgimento dei familiari o conoscenti per garantire un'assistenza.

# Interpretazione:

- *Rischio di suicidio imminente* (entro 48 ore) se: il paziente esprime l'intenzione di suicidarsi e descrive un realistico piano operativo. La presenza di un quadro allucinatorio (voci che comandano il suicidio) aggrava il rischio. Espressioni di disperazione, estremo pessimismo e senso di rovina depongono per un rischio imminente.

- *Rischio di suicidio a breve termine* (giorni-settimane) se: coesistenza di depressione del tono dell'umore e abuso di alcoolici o sostanze, specie se associati a livelli elevati di ansia, anche in assenza di una chiara disposizione al suicidio. Rischio aggravato da anamnesi + per precedenti TS.

- *Rischio a lungo termine* se: presenza di uno o più fattori di rischio clinici, anche in forma non grave e in assenza di atteggiamento evocativo di tendenza suicidaria.

Se rischio elevato a breve termine: Non lasciare solo il paziente e attivarsi per ricovero immediato, eventualmente in regime di TSO. Instaurare subito trattamento ansiolitico e sedativo.

# Quando il trattamento ?

1. Qual era l' entità dell'intenzione suicidaria?
2. Qual è il rischio suicidario o di ulteriori atti di autolesionismo al momento attuale?
3. Qual è la ragione del tentativo del paziente in termini di stato mentale, disturbi psichiatrici e/o contesto sociale?
4. Quale problema (acuto, cronico, personale, ambientale) deve affrontare il paziente?
5. Il paziente soffre di un disturbo psichiatrico e se sì, di quale natura?
6. Che tipo di aiuto è più appropriato, ed il paziente è ben disposto ad accettarlo?
7. Quali sono i punti di forza del paziente e/o della sua famiglia?



# Trattamento farmacologico

## **Antidepressivi**

Molecole a prevalente bersaglio serotoninergico e antidepressivi SSRI (citalopram, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina).

Gli SSRI associano una minor tossicità in overdose rispetto ai triciclici e si propongono quindi come farmaci di prima scelta nel trattamento del paziente suicidario con sintomi depressivi, spesso in associazione con stabilizzatori.

## **Neurolettici**

Gli antipsicotici atipici, generalmente associati ad un trattamento antidepressivo, trova indicazione non soltanto nei soggetti suicidari con diagnosi di psicosi, ma anche nei soggetti con disturbo di personalità. L'utilizzo di neurolettici a bassi dosaggi sarebbe comunque indicato per molti pazienti con ideazione suicidaria, soprattutto nella fase acuta della crisi suicidaria, nelle fasi iniziali e ancora non pienamente efficaci del trattamento antidepressivo, e nei pazienti in regime di ricovero

## **Benzodiazepine**

Utili nelle fasi acute della crisi suicidaria, soprattutto se associata ad un'importante componente ansiosa. Il loro utilizzo a lungo termine, comunque, è sconsigliato anche nella gestione del paziente suicidario.

## **Stabilizzatori del tono dell 'umore**

Esistono ormai diverse evidenze dell'utilità del Litio nel ridurre l'intensità dell'ideazione suicidaria e il ricorso a comportamenti autolesivi. Analoghi risultati sembrano potersi ottenere con l'utilizzo della Carbamazepina, dell'acido Valproico e della Gabapentina.

# Pronto Soccorso e Tentativo di Suicidio

- Afferiscono l' 80% dei casi di tentato suicidio
- Per ogni suicidio completo, vi sono 8-22 visite in PS per comportamenti suicidi
- Primo punto di contatto e di aiuto

**AMERICAN  
PSYCHIATRIC  
ASSOCIATION**

**PRACTICE GUIDELINE FOR THE**

**Assessment and Treatment of Patients With  
Suicidal Behaviors**

2003

## Guidelines for Selecting a Treatment Setting for Patients at Risk for Suicide or Suicidal Behaviors

Admission generally indicated after a suicide attempt or aborted suicide attempt if:

- Patient is psychotic
- Attempt was violent, near-lethal, or premeditated
- Precautions were taken to avoid rescue or discovery
- Persistent plan and/or intent is present
- Distress is increased or patient regrets surviving
- Patient is male, older than age 45 years, especially with new onset of psychiatric illness or suicidal thinking
- Patient has limited family and/or social support, including lack of stable living situation
- Current impulsive behavior, severe agitation, poor judgment, or refusal of help is evident
- Patient has change in mental status with a metabolic, toxic, infectious, or other etiology requiring further workup in a structured setting

In the presence of suicidal ideation with:

- Specific plan with high lethality
- High suicidal intent

Admission may be necessary after a suicide attempt or aborted suicide attempt, except in circumstances for which admission is generally indicated in the presence of suicidal ideation with:

- Psychosis
- Major psychiatric disorder
- Past attempts, particularly if medically serious
- Possibly contributing medical condition (e.g., acute neurological disorder, cancer, infection)
- Lack of response to or inability to cooperate with partial hospital or outpatient treatment
- Need for supervised setting for medication trial or ECT
- Need for skilled observation, clinical tests, or diagnostic assessments that require a structured setting
- Limited family and/or social support, including lack of stable living situation
- Lack of an ongoing clinician-patient relationship or lack of access to timely outpatient follow-up in the absence of suicide attempts or reported suicidal ideation/plan/intent but evidence from the psychiatric evaluation and/or history from others suggests a high level of suicide risk and a recent acute increase in risk

Release from emergency department with follow-up recommendations may be possible after a suicide attempt or in the presence of suicidal ideation/plan when:

- Suicidality is a reaction to precipitating events (e.g., exam failure, relationship difficulties), particularly if the patient's view of situation has changed since coming to emergency department
- Plan/method and intent have low lethality
- Patient has stable and supportive living situation
- Patient is able to cooperate with recommendations for follow-up, with treater contacted, if possible, if patient is currently in treatment

Outpatient treatment may be more beneficial than hospitalization patient has chronic suicidal ideation and/or self-injury without prior medically serious attempts, if a safe and supportive living situation is available and outpatient psychiatric care is ongoing

Fine