

SUICIDIO E TENTATIVO DI SUICIDIO IN ETÀ EVOLUTIVA: FATTORI DI RISCHIO E INTERVENTO

a cura della dott.ssa Fernanda Cafarelli, psicologa, psicoterapeuta

I dati relativi al suicidio ed al tentativo di suicidio nella prima infanzia sono scarsi; probabilmente l'approssimazione di tali rilevazioni in letteratura si deve alla difficoltà d'esecuzione di studi sperimentali. Si pensi infatti che, dalle ricerche svolte, tramite self-report, risulta che, se l'8% d'individui appartenente al campione di popolazione suddetto tenta il suicidio, solo il 6% si rivolge ad un presidio medico territoriale.

Le informazioni relative all'incidenza del fenomeno in questione si incontrano facilmente arrotondate per difetto.

E' inoltre più difficile valutare esclusivamente un gesto come pericoloso, in quanto è frequente in età evolutiva che si compia un suicidio o un tentativo di suicidio in maniera tale che s'ingenerino dei dubbi sulla natura d'atto volontario.

Inoltre si può affermare che la considerazione che gli adulti hanno delle condotte suicidarie nei bambini pare essere quella di un accadimento casuale e fatale al contempo.

A tal proposito Freud, già nel 1901, aveva evidenziato come molte apparenti lesioni casuali fossero in realtà gesti autolesionistici inconsciamente dettati, poiché in questa fascia d'età vigerebbe una particolare tendenza all'autolesionismo nel senso di un immediato passaggio all'atto proprio come in adolescenza.

Sempre secondo Freud, un sicuro indicatore della suddetta intenzione inconscia sarebbe rappresentato dalla calma con cui tali *malati* accettano la loro disgrazia!

Nel bambino rispetto all'adolescente vi è una sostanziale componente d'ambiguità come vedremo in seguito. Secondo la maggior parte degli studi il bambino non è ancora in grado di agire su un piano di lucida consapevolezza e determinazione. Psicologicamente il lattante, sino ad una certa età, che seppur diversamente individuata dalle varie correnti psicologiche si può ritenere essere circa di tre anni circa, sperimenta un investimento lipidico, con elementi di rielaborazione nella latenza, progressivamente alla crescita psicofisica atto alla protezione dal dolore, noto come "narcisismo".

Di fronte ai bambini che deviano da uno standard di comportamento, l'ipotesi più plausibile che si trovi in letteratura è quella dunque di una psicopatologia sostanziata da asimbolia cognitiva o da un'evoluzione anomala dell'investimento libidico.

In questa direzione si potrebbero mettere a raffronto differenti approcci teorici e d'intervento poiché si riscontra un'ampia pluralità di vedute scientifiche sull'argomento trattato! Si intende sottolineare che, all'interno del panorama di studi, come si esplicherà in seguito, prevale un'ottica psichiatrica che coglie nella casistica in oggetto, una massima percentuale di collegamento casuale o causale con tratti di psicopatologia.

Il suicidio è la terza causa di morte tra i 15 e i 24 anni, e la quarta, tra i 10 e i 14.

Un giovane compie un suicidio negli USA ogni due ore!

Nel 1997 molti più giovani morirono di suicidio di quanti ne morirono di AIDS, cancro, patologie cardiache, disturbi congeniti e malattie a lungo termine. Dal 1960 al 1980, il tasso maschile di suicidi si è triplicato, mentre quello femminile, si è stabilizzato su di un'età di due o tre anni inferiore a quella della precedente generazione. [1]

C'è stato un incremento del tasso di suicidi nella popolazione maschile africana, tra i nativi degli USA, tra gli individui con un'età inferiore ai 14 anni.

Il dato riguardante l'incidenza epidemiologica del suicidio è in aumento del 100% tra i bambini dai 10 ai 14 anni..

Su due suicidi, sia in America che in Africa, uno è avvenuto con arma da fuoco. Il comportamento suicidario è il risultato finale di una complessa interazione di fattori psichiatrici, familiari, sociali. Attualmente sempre più tentativi di suicidio si trasformano in suicidi veri e propri, il 10% circa.

Questi comportamenti hanno un potente effetto sull'individuo, sulla sua famiglia, sulla scuola e sull'ambiente in cui vive.

I fattori di cambiamento sociale sono sicuramente correlati col fenomeno dei suicidi in adolescenza ma anche all'aumento della depressione infantile, a sua volta collegata alla perdita di stabilità delle famiglie e al facile e diffuso accesso alle armi da fuoco.

Bisogna specificare che la depressione che si manifesta, associata al suicidio, non è sufficiente a causarlo, come vedremo; coesistono altri elementi che si possono considerare fattori di rischio.

L'apparente imponderabilità dei motivi di suicidio infantile è ormai un concetto superato, basti pensare ai celebri esperimenti della psichiatra e psicologa americana Susanne Denham, sull'influenza delle emozioni infantili, sulla loro sostanziale differenza da quelle dell'adulto e sulla loro complessità. Ella sostiene, nelle sue recenti teorie che i bambini vivano emozioni complesse e sappiano recitare, celando molto più di quanto non facciano apparire agli adulti. Ella ha standardizzato vari strumenti da poter utilizzare finanche a scuola, o comunque alla portata degli operatori che vengono a contatto con il mondo infantile, a scopo preventivo e di individuazione di soggetti a rischio.

In America si sa, l'approccio è inevitabilmente pragmatico, per cui, ella non tarda a suggerire tipologie di interventi concreti da applicare sia nel contesto di apprendimento scolastico sia pure in famiglia, per la quale specificità e ampiezza no si riportano nella corrente trattazione.

Nei pionieristici studi dell'ottocento già si prendeva in considerazione la fondamentale influenza del grado di severità o il peso esercitato dal modo di correggere le manifestazioni di fragilità e sensibilità da parte dei genitori verso la prole, sull'organizzazione di personalità dei minori stessi.

L'educazione e le particolari propensioni degli educatori erano già d'analisi della letteratura. In questo si può probabilmente notare una traccia del pensiero sistemico anche se non soggetta ad una vera e propria disquisizione teorica. Gli studi scientifici ponevano l'accento sul fatto che bisognasse dare spazio ad un'educazione rispettosa delle facoltà affettive del minore, nel loro susseguirsi

naturale o sulla sua fierezza, sensibilità, rancore, risentimento, scoraggiamento e soprattutto disperazione.

L'educazione era vista quindi come un sostegno contro lo scivolare verso un pericoloso disgusto per la vita nell'infante, quasi una misura preventiva. Essa poteva porsi quale supporto di una lieve organizzazione psichica nel bambino, alleviandone angosce e pene.

In Lisle diventa quindi un freno ai pericolosi istinti che si celano in ogni bambino il quale, grazie a sbagliati esempi, potrebbe incorrere in funesti pericoli. Si può cogliere in ciò un primo, iniziale tentativo di guardare al fenomeno in un'ottica circolare, sebbene ancora legata ad una considerazione degli agiti di carattere formale o morale, sottesa ad un'idea prevalentemente di malattia di ciò che si discosta dalla media.

L'evoluzione dell'idea di morte nel bambino.

La maggior parte della letteratura sull'infanzia rispetto alla tematica del suicidio non ha un grosso pregio, come enucleato sinora. E' tuttavia da circa dieci anni che se ne discute in maniera sistematizzata. La scarsa utilizzazione di strumenti standardizzati nonché dell'assenza di una cultura psicologica integrata ed interdisciplinare fa sì che manchino di rilevanza ricerche effettuate a partire dagli anni ottanta, pertanto si riportano alcune tra principali teorie.

Lo sviluppo psicologico del bambino può ovviamente essere indagato sia nella sua normalità, come ci soffermeremo a breve, operando una distinzione forzata e teorica tra componenti cognitive e somatiche, sia in un'ottica psicopatologica. Un aspetto basilare per la comprensione del comportamento suicidario nei giovani è il concetto di morte in età evolutiva e la formazione dei meccanismi di difesa dell'io[2]. La curiosità che i bambini mostrano anche per eventi relativi alla morte, per esempio di un passerotto, non sempre connotata di angoscia, vuole essere espressione dell'aumento d'interesse verso sé e il proprio mondo. La cognizione di morte è speculare a quella di vita. Interrogarsi sul perché un passerotto sia morto mentre si è vivi, significa appunto cimentarsi su tale doppia possibilità. Gli adulti rischiano di incorrere nel solito errore di considerare il bambino come un essere felice e spensierato.

Invece, la costruzione dell'idea di morte e dolore nasce naturalmente in un periodo delicato della crescita, secondo Melear[3], propedeutico alla maturazione degli stili affettivi. Non bisogna travisare certe domande, ma anzi servirsi per cercare di capire maggiormente il mondo giovanile. Dagli studi iniziali psicoanalitici, i vari autori, che hanno condotto ricerche, hanno ritenuto che il concetto di morte subisca una progressiva trasformazione[4]. Verso la fine del primo anno, nel corso dell'esperienza di separazione dalla madre, il bambino stabilisce dal punto di vista cognitivo ed affettivo l'equivalenza: assenza/presenza, assenza/non-esistenza. La prima idea di morte è dunque quella d'assenza. Gradualmente il bambino scopre che se la madre sparisce, è vero che torna. Questa nuova conoscenza aiuta l'essere umano a sperimentare i primi tentativi di controllo dell'angoscia. Un bambino potrebbe reagire nascondendosi dietro un armadio per non vedere, oppure potrebbe mettere in atto una condotta per far sì che possa tornare la madre; potrebbe, ancora, nel pianto, trovare un utile strumento di potere e ricatto. Tutto ciò aiuta a ridurre l'ansia. A tal proposito bisogna sottolineare il peso di

quest'esperienza ricattatoria ai fini della formazione del carattere, in quanto attraverso l'annullarsi, lo star male, si potrebbe trovare sollievo rispetto all'esperienza di morte, di separazione, assai più dolorosa. Se pensiamo a ciò proiettato nel tempo capiamo come si venga a determinare la base per un tratto di carattere patologico, dove gli impulsi ostili sono rivolti verso il sé o dove esiste una forte ansia di tratto. In generale si può affermare che il primo concetto di morte sia di tipo *reversibile*: la morte interrompe le funzioni vitali, le sospende.

Tra i due e i quattro anni avviene una prima modifica. Il bambino inizia ad avere paura di star male o di stare al buio. L'idea di morte si potrebbe evocare non solo in seguito a determinate circostanze ma anche ad eventi angoscianti di rabbia o di dolore. Questo è dovuto ad una nuova e più complessa percezione dell'ambiente. In particolare, dopo i tre anni, seppur continuando a rappresentare un'idea reversibile si associa a quella di violenza. Le persone significative affettivamente diventano oggetto di aggressione più o meno frequente. Pensiamo a quante volte nei cartoni, il piccolo protagonista sia oggetto di persecuzione di robot o streghe malefiche o di situazioni in cui ha paura per la propria incolumità.

In questa fase il concetto di morte è dissociato da un quid che riguarda tutto l'universo conoscitivo e quello reale. Le ragioni della cessazione della vita sono magiche e assai misteriose. Siamo giunti così verso i nove anni quando l'idea di morte subisce un profondo cambiamento. Da evento transitorio vissuto come ricattatorio, diventa *definitivo, universale e irreversibile*. La morte diventa espressione della cessazione biologica, definitiva della vita, non è legata a sé. Ricordiamo Piaget[5], a partire dai sette anni, il bambino sviluppa la capacità operativa concreta, nel corso dello sviluppo cognitivo. Tale teoria non si applica ad ogni adolescente indistintamente poiché talvolta, con la clinica, si può osservare facilmente come certe tappe di conoscenza o sviluppo cognitivo non vanno di pari passo agli standard relativi all'età.

Facendo delle considerazioni, in genere possiamo notare che la lentezza con cui si costruisce l'idea di morte nel bambino potrebbe essere la causa per cui le condotte suicidarie siano più frequenti in adolescenza piuttosto che nell'infanzia[6]. Sono svariate le teorie interpretative del disagio emotivo nell'infanzia da quella psicoanalitica a quella sistemica. Ci soffermiamo a citare una recente teoria che nasce da quella dell'attaccamento di Bowlby. Essa sostiene che così come esiste un attaccamento sicuro, insicuro, evitante, confusivo esiste, associato allo stile di legame affettivo, un diverso sistema operativo di memoria[7]. I contenuti della memoria e il modo in cui vengono impiegati non è affatto secondario alla costruzione delle cognizioni. La memoria semantica è quella grazie alla quale si incamerano informazioni codificate slegate dal contesto. La memoria procedurale è la generalizzazione di schemi agiti di comportamento per cui anche un neonato può aspettarsi certe condotte; quella episodica invece consiste quasi in una memoria autobiografica da utilizzare come una bussola per attribuire valore alle esperienze in cui un bimbo s'imbatte. Quanto appena detto ci fa riflettere su come la contraddittorietà di certi eventi vissuti nell'ambiente esterno al bambino possa portare a favorire uno stile d'attaccamento insicuro. Ciò non è valido in assoluto, ovviamente, ma capita facilmente. Per esempio un bambino impara

che ogni volta che sta male, la mamma s'impietosisce verso di lui, e così anziché sviluppare difese sicure, adeguate, mette in campo comportamenti autodistruttivi che non lo aiutano a creare sicurezza nel suo mondo interiore.

. I sintomi di malessere vanno colti ma senza scadere in allarmismi. La maggior parte di questi casi ha solo un senso inadeguato di sé. Si potrebbe aiutarli a migliorare il senso di sé e potenziare le loro capacità.**[8]**

In questa tabella si possono rilevare dei dati coerenti con quelli riportati in letteratura in genere. Emerge quanto spesso le lesioni dei bambini più piccoli non vengono quasi mai registrate come TS, e sono lontane da modalità che potrebbero mettere a serio rischio la vita, come avviene successivamente. La predominanza delle condotte in esame invece è più frequentemente femminile, e la si può riscontrare in una casistica più ampia. Si tratta ad ogni modo di situazioni spesso ambigue. Nei self-report ci ritroviamo di fronte ad una discrepanza numerica poiché le dichiarazioni di volontarietà sono del 2%. Anche i genitori, probabilmente alla luce dell'età dei figli non presentano l'accadimento per quello che è, mentre il personale medico sembra non volerli considerare indicatori di rischio o patologia.

L'OMS considera questa tipologia di casi "parasuicidi".

I fattori di rischio in giovane età del suicidio includono:

- Precedenti tentativi di suicidio
- La presenza di un membro in famiglia che si è suicidato
- Un precedente ricovero psichiatrico
- Un lutto familiare, un divorzio o separazione dei genitori
- Isolamento sociale
- La rottura col "fidanzatino".
- Uso di droghe o alcool
- Esposizione a violenze e maltrattamenti intrafamiliari
- Modello violento di comportamenti a cui uniformarsi
- Presenza d'armi da fuoco tra le mura domestiche
- Difficoltà del sonno, eccessiva produzione verbale, perdita d'interesse per le regolari attività, malinconia di fondo.

Dobbiamo specificare che sussiste una buona evidenza che oltre il 90% di bambini e adolescenti che commettono un suicidio hanno un disturbo mentale prima della loro morte. La maggior parte dei comuni disturbi che predispongono al suicidio sono forme di malinconia associata o meno ad alcolismo o ad abuso di altre sostanze, o ancora a certi disturbi di forme di ansietà.

Una terza differente caratteristica nei fattori di rischio del comportamento suicidario del bambino rispetto a quello dell'adulto è che mentre il tasso di suicidi di quest'ultimi è notevolmente in aumento tra le schizofrenie a causa proprio della sua peculiarità, ciò non avviene nei campioni oggetto di studio di bambini o adolescenti. Alcuni studi dimostrano che non ci sono differenze per quanto riguarda i fattori di rischio tra la popolazione maschile e femminile in questione

ma ci sono delle marcate differenze in merito alla relativa importanza del vissuto che le accompagna.

Tra le ragazze il più significativo fattore è la presenza della Depressione Maggiore che aumenta i rischi di suicidio come dimostrano gli studi relativi ai

12 anni. Alcune ricerche suggeriscono che ci troviamo di fronte a tipi di suicidio cronico o legato ad una forte Depressione ed ad una tipologia peculiare dell'Anoressia Nervosa. In questo caso compare un tratto impulsivo e teso alla progettualità al contempo. Talvolta l'aggressività può essere rivolta anche all'esterno.

Nei ragazzi invece il fattore della Depressione Maggiore principalmente lo incontriamo dopo i 30 anni. La depressione compare nella vita della popolazione maschile già dai 12, così come l'aggressività e il self-abuse .

Un ulteriore fattore di rischio è costituito dalla presenza di eventi stressanti nella vita, come il mettersi nei guai a scuola, la rottura di una relazione col "fidanzato", litigare con un amico. Queste sono rare cause di suicidio, ma nei giovani possono far precipitare la situazione. Come elencato nella tabella poc'anzi, vi è poi il fattore: scarsa comunicazione con la famiglia; esso si riferisce soprattutto a discordie, disaccordo, carenze di affetto, comportamenti violenti, in generale, associati a patologia. Conta molto la vulnerabilità individuale e non da ultimo il ruolo dei mass-media. Spesso i mezzi di comunicazione parlano del suicidio di una celebrità e ciò può indurre un giovane ad immedesimarsi in tale modello soprattutto se è ripetuto come notizia per giorni e giorni.

L'osservazione clinica come uno specialista?

Sul piano dell'ideazione bisogna guardare agli argomenti che il giovane propone e se questi concernono il suicidio.

Inoltre contano le sue preoccupazioni e l'intensità di esse. Potrebbe poi il bambino non avere sonno o appetito ed essere disinteressato per la scuola. Tra i sintomi più semplici da cogliere si può guardare alla presenza di astenia per le quotidiane abitudini, al ricorso a droghe, al disinteresse per lo sport o per la frequentazione di amicizie.

La depressione e il suicidio nei bambini

Non si tratta qui di terapia psicofarmacologia nè dei criteri di inquadramento sugli assi del DSM-III-R del disturbo, poiché è noto che un individuo può presentare un disturbo su entrambi gli assi, che ci possono essere diagnosi multiple e valutazioni più complesse per una diagnosi, tanto più per i problemi legati allo sviluppo; per trattare quindi tale argomento, si ritiene di dover operare una semplificazione.

Nei bambini la maggior parte dei disturbi frequentemente diagnosticati come Disturbi dell'Umore sono legati alla Depressione Maggiore, alla Distimia e al Disturbo Bipolare.

Nel primo caso una serie di caratteristiche continuativamente culmina in uno o più episodi di Depressione Maggiore. Nei bambini può avvenire entro i sei/nove mesi. Le caratteristiche sono assi simili al disturbo degli adulti.

Nel secondo caso è comunque presente un disturbo dell'umore come la depressione, ma con meno sintomi e con una maggiore cronicità. La natura persistente e cronica di questo disturbo interferisce con lo sviluppo e il normale adattamento all'ambiente. E' ciò diffuso nell'infanzia e può durare alcuni giorni come alcuni anni. Il 70% dei bambini che ne soffrono quasi non si rendono conto, vista la persistente Durata del disturbo in questione e ritengono che sia un aspetto del carattere. Se questa forma compare associata ad un

disturbo di Depressione Maggiore dobbiamo diagnosticarlo come *doppia depressione*.

Nel terzo caso invece simile alla depressione abbiamo sintomi diversi dall'adulto, dove episodi di mania si alternano ad episodi di depressione. Frequentemente però l'insorgenza è nell'adolescenza dove la crisi iniziale è sempre di tipo depressiva. I sintomi sia nell'adolescenza sia nell'infanzia dureranno per circa quattro anni. C'è infine una depressione reattiva conosciuta come adattamento al disturbo dell'Umore.

Infine bisogna sottolineare che i disturbi dell'umore, come la depressione, sostanzialmente incrementano il rischio del suicidio.

In sintesi il comportamento del suicida è dato da un'importante serie di elementi che concernono segni clinici che termineranno molto facilmente con problemi di salute mentale (nei bambini).

L'incidenza del suicidio presenta un picco che aumenta durante gli anni della mezza adolescenza, mentre la mortalità del suicidio, oramai è in aumento entro il decimo anno di età, ed è la terza causa di morte a quell'età.

Sebbene il suicidio non possa essere caratterizzato come un disturbo mentale ci sono vari fattori di rischio che predispongono i giovani soprattutto la presenza di un calo del tono dell'umore. Meriterebbero una trattazione a parte i vari tipi di trattamento psicoterapeutico o farmacologico. L'evidenza è che il 90% dei bambini che si suicidano ha un problema mentale.

In fine il sostegno di una famiglia aiuta a prevenire un tentativo di suicidio. Gli adolescenti e i preadolescenti, secondo le ricerche, tendono meno al suicidio se sentono di appartenere ad una famiglia o a parenti o ad altri adulti che fungano da riferimento. Ciò è proprio vero e non contano le differenze di etnia o religione. È vero per gli spagnoli, i per i neri, per tutti. Una sensibilità dell'adulto verso il benessere emozionale sembra essere a beneficio specialmente delle giovanissime ragazze, mentre un alto grado di certezze, trasmesso sempre dai genitori o da adulti significativi, sembra proteggere i giovani ragazzi dal comportamento suicidario.

Ciò che si intende affermare in questo articolo è l'importantissimo ruolo dei genitori e dei familiari, degli adulti che ruotano intorno alla famiglia, della scuola come risorsa per la socializzazione e come punto di ancoraggio nella vita dei giovani.

Dagli studi effettuati presso l'università del Minnesota nel Minneapolis, nel 1994, intervistando 13.000 studenti dai 7 ai 12 anni emergeva che, tentassero il suicidio maggiormente coloro che facevano uso di alcool, droghe, che avessero problemi scolastici, o ancora chi avesse storie di violenza alle spalle, omosessualità, o problematiche psicopatologiche; tra questi erano più a rischio coloro i quali non avevano sviluppato un senso di adesione alla propria famiglia.

Invece quelli che presentavano molti fattori di rischio concomitanti, erano meno vicini nell'attuare certi comportamenti, dal 70% all'80%, se ricevevano, da altri significativi, un supporto emozionale, un senso di incoraggiamento!

La rete sociale di sostegno è quindi decisiva ai fini dello sviluppo o della risoluzione delle eventuali problematiche legate alla crescita finanche nei risvolti più estremi. Coloro che si prendono cura dei minori dovrebbero avere un ruolo d'incoraggiamento, di facilitatori

nello sviluppo di abilità per affrontare la vita, e trascorrere del tempo con i loro bambini, dedicandovi. Questo può sembrare retorico o troppo semplice ma le ricerche longitudinali americane dimostrano questa grande verità. Il suicidio è la terza causa di morte negli USA dai 10 anni ai 19 senza differenze di razza, ma se vogliamo cogliere l'aspetto positivo in questi dati è che essere genitori con dei bambini è un qualcosa soggetto ad evoluzione e ad apprendimento e non qualcosa di dato ed immutabile.[9]

BIBLIOGRAFIA

"Aggressività e disperazione nelle condotte suicidarie", Atti del Convegno, 4-5-6/06/98, Abano Terme.

DSM-III-R, Masson Milano 1988.

Andolfi M., "L'infanzia negata", Rivista di terapia familiare n. 46, 1994 Denham S., "Lo sviluppo emotivo nei bambini" 2001, Roma Astrolabio.

[1] Carolo E., "Psychiatrics Services For Children, Adolescents, Adults and Families", Baltimora, Maryland.

[2] Anthony, "La scoperta della morte nell'infanzia", Armando, 1973.

[3] Melaer J. D. "Children's conception of death", Journal of genetic psychology, 122-123, 360, 1973

[4] Rambault, "Il bambino e la morte", La Nuova Italia, 1978.

[5] Piaget J "The child's concept of the world", Patterson, Littlefield Adams, 1960.

[6] Fuchs, "Le immagini della morte nella società moderna", Einaudi, 1973.

[7] Vianello " La comprensione della morte nel bambino". Giunti, 1985.

[8] Alloro L. "Il colore ragionato", Piovan Editor 1987.

[9] "Health Information" Pediatrics 2001; 107: 485-493.