

Attualità

Guardare la morte e amare la vita**Suicidio: Una delle possibilità dell'umana esperienza**

di Elena Messina (*)

Il suicidio rappresenta un grave problema di salute pubblica. Come tale, esso richiama l'attenzione dei professionisti della salute, sebbene la prevenzione e il suo controllo non siano affatto obiettivi semplici. Oggi la prevenzione in materia di suicidio richiede la messa a punto di specifiche attività che spaziano dalla creazione di un ambiente di crescita positivo e favorevole, al contenimento dei rischi ambientali, al trattamento specifico dei disturbi mentali. Di fatto, buona parte di tali attività si concretizza nella corretta divulgazione delle informazioni in materia di suicidio ⁽¹⁾. Infatti, una maggiore consapevolezza del problema è considerata essere uno dei principali fattori atto a costituire margine di contenimento.

È universalmente noto che la ricerca delle cause sociali del suicidio ha dato origine a uno dei più classici e controversi dibattiti nella storia della sociologia. “*Il suicidio è una delle possibilità umane*” affermava James Hillman ⁽²⁾, una tragica esperienza, spesso intrisa di contraddizioni. Ancora oggi, il più consistente (sebbene superato) contributo all'analisi del tema è costituito dalla dissertazione sociologica che ne ha proposto Durkheim – volto all'evidenzia-

zione delle ragioni *sociali* e insieme dalla rimozione degli aspetti psicologici e culturali. In “*Suicidio. Studio di sociologia*”, l'autore sostiene che i differenti tassi di suicidio, nelle varie unità collettive di popolazione, devono essere spiegate unicamente in base alle relazioni interpersonali che caratterizzano quelle unità ⁽³⁾. Tali relazioni dipendono da due fattori: il grado di integrazione sociale, ossia la quantità e la forza dei vincoli che legano gli individui a uno o più gruppi; e la quantità di regolamentazione sociale, intesa come potere frenante dei tendenzialmente illimitati desideri degli individui. Durkheim aveva ipotizzato come un'integrazione equilibrata favorisse un basso tasso di suicidi mentre un'integrazione scarsa li facesse aumentare (il sociologo parla di *suicidi egoistici*⁴), ancora, un'integrazione eccessiva potesse comportare un aumento di suicidi (definiti questa volta altruistici) come effetto della sudditanza e della interdipendenza dell'individuo ad aspettative di sacrificio imposte dalla società di appartenenza. Sebbene il contributo sociologico oggi rappresenti uno *step* imprescindibile per chi si avvicina all'approfondimento di tale tematica, è indubbio come, ai fini di una più profonda conoscenza dell'argomento, sia oggi necessario estendere

⁽¹⁾ *Preventing Suicide: A resource for Media Professionals (La prevenzione del Suicidio: suggerimenti per i professionisti dei Media)*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008.

⁽²⁾ J. Hillman, *Il suicidio e l'anima*, Adelphi, Milano, 2010.

⁽³⁾ E. Durkheim, *Suicidio. Studio di sociologia*, BUR, Milano, 2010.

⁽⁴⁾ *Ibidem*.

l'esame a una quantità di fattori non contemplati dagli approcci tradizionali e che vanno cercati in una letteratura e in una documentazione estremamente ampie ed eterogenee.

Se è vero che la spinta ad uccidersi cresce in condizioni estreme di *stress* e di drammaticità, come fu la persecuzione degli ebrei e dei gay sotto il nazismo e come furono gli stupri di massa compiuti nel '45 dai soldati dell'Armata Rossa nella Germania sconfitta, è altrettanto noto come non sempre le condizioni estreme abbiano effetti *suicidogeni*. Ampliando ulteriormente le fonti di approfondimento, è facile rilevare come all'inizio del '900 negli stati Uniti esistesse una propensione al suicidio molto più forte e capillare che tra gli autoctoni, così come attestato all'interno di numerose ricerche americane. Ricerche più raffinate inoltre, ponevano in relazione il percorso migratorio con il paese d'origine, a sottolineare come il fattore culturale, in precedenza tralasciato, avesse un ruolo puntuale nella definizione delle dimensioni del fenomeno. Certo è, infatti, che la cultura si riveli un fattore importante anche per spiegare differenze specifiche all'interno di popolazioni omogenee, in particolare la minore frequenza di suicidi tra le donne rispetto agli uomini.

In generale, il suicidio è stato diversamente considerato a seconda delle epoche storiche e delle prospettive antropologiche. Se in occidente il gesto suicidario è stato considerato una grave violazione della legge divina, è senz'altro vero che è nella Gran Bretagna del XVII secolo che si giunge all'idea del suicidio come comportamento patologico, volto alla protezione dei propri familiari dalla perdita dei beni per confisca.

Attualmente, per ragioni culturali sempre più complesse, il suicidio è considerato essere esclusiva espressione di un disturbo psichiatrico. In quanto tale, esso dovrebbe essere diagnosticabile e dunque passibile di prevenzione e di cura. Le ragioni di tale considerazione risiedono nella tendenza del mondo contemporaneo a *scartare* la morte, a metterla da parte, alienarla dalla vita e a porla di fatto in contrasto con essa. Sebbene vita e morte siano di fatto poli di uno stesso processo, l'uomo contemporaneo tende a concentrarsi in modo esclusivo su ciò che riguarda la vita e a parlare di morte sempre meno

frequentemente. La morte è relegata all'interno degli ospedali, oppure in luoghi appositi, poiché il *pensiero della morte è stato da tempo messo a tacere*. È impossibile per molti immaginare la propria morte oppure pensarla. In questo senso, immaginare di porre fine in modo volontario alla propria vita è qualcosa viene ad essere *patologizzato dal senso comune*, ovvero viene ad essere considerato in modo inequivocabile espressione di una malattia mentale ⁽⁵⁾. Se così fosse, la corretta applicazione di categorie mediche e protocolli sanitari dovrebbe essere in grado di prevenire questo genere di comportamento. Eppure, il suicidio è uno dei comportamenti più difficili da prevedere e da prevenire anche perché in realtà esso non è unica espressione di un disturbo psichiatrico.

Già Durkheim, nel 1897, suddivideva i suicidi in "patologici" di sola pertinenza psichiatrica e sanitaria e "normali", quale espressione di un'alterata integrazione dell'individuo con il suo contesto di appartenenza e ambiente di vita. Sebbene l'attenzione al suicidio come causa di morte sia stata progressivamente burocratizzata dal sistema sanitario e il tentato suicidio di un paziente (TS) sia divenuto uno dei punti cardinali organizzativi del rischio clinico di sanità, l'analisi profonda del tema non consente affatto di considerarlo un *semplice* disturbo mentale. Non esistono dati di ricerca che possano oggi consentire di stabilire l'identificazione di variabili certe o clinicamente valide per identificare il rischio di suicidio, anche con riferimento ad individui che abbiano già compiuto un tentativo di suicidio. Di fatto, il suicidio è un fenomeno troppo complesso per poter essere riportato a una causalità al di là di *ogni ragionevole dubbio* come, invece, richiede dal Diritto Penale. Sono pertanto previste e richieste direttive e procedure per evitarlo che sono applicate tutte le volte che ci si trova di fronte a questa situazione clinica. L'evento di morte, tuttavia, può verificarsi nonostante l'attuazione delle procedure di protezione o avvenire il giorno dopo la dimissione convertendosi, quasi automaticamente, in una procedura giuridica di valutazione della responsabilità professionale dei clinici curanti.

⁽⁵⁾ M. Biondi, A. Iannitelli, S. Ferracuti, *Sull'imprevedibilità del suicidio*, Riv psichiatr. 2016, 51(5): 167:171, IP 109.69. 144.55.

Peraltro, il suicidio non può nemmeno essere affrontato con una progressiva perdita di libertà da parte dei pazienti⁶ e con il loro inserimento in *istituzioni totali* che ne determinino il regime di libertà⁷. Nel mese di Ottobre 2018, lo psichiatra statunitense Robert J. Ursano ha pubblicato uno studio dal quale emerge che più di un terzo dei militari con una storia di tentato suicidio non presentava precedenti sintomi psichiatrici⁸. Lo studio “di coorte” (riguardante una specifica popolazione, in questo caso quella dei militari), di tipo longitudinale, ha analizzato un ampio campione per cinque anni (dal 2004 al 2009)⁹.

Senza dubbio, negli ultimi anni si è registrato un aumento degli studi sul tema del suicidio. Se è vero che da un lato tale livello di approfondimento ha consentito un aumento delle conoscenze e competenze relativamente ai fattori di rischio implicati nell’evento, è altrettanto corretto sostenere come tale filone di studi abbia surrettiziamente e involontariamente prodotto l’idea che tale evento sia prevedibile e in quanto tale prevenibile. Numerosi studi, anche molto recenti, hanno dimostrato come il sui-

cidio non si costituisca mai quale atto prevedibile con un tale grado di certezza da poter disporre di metodi scientificamente dimostrati da poter essere considerati adatti, funzionali ed efficaci. Ogni suicidio infatti, è il suicidio di una persona dotata di una sensibilità propria e avente una biografia unica e irripetibile. Non è possibile, né per i familiari né tantomeno per i sanitari, entrare nel merito di moti interni inconsci e autodistruttivi e/o anticonservativi che per loro natura non sono comunicabili e possono emergere all’improvviso.

(*) AUO – Città della salute e della Scienza di Torino, *Antropologia culturale*

⁶) M Biondi, *Il suicidio e la responsabilità professionale dello psichiatra*, Quotidiano Sanità, http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=67252.

⁷) Secondo il sociologo statunitense Erving Goffman, si definiscono istituzioni totali quelle che mostrano un *potere inglobante* più compromettente di altre (simbolizzato nell’impedimento allo scambio sociale e all’uscita verso il mondo esterno, concretamente fondato nella struttura fisica dell’istituzione); tra queste egli annovera l’ospedale; cfr. E. Goffman, *Asylum*, Piccola biblioteca Einaudi, Torino, 2010.

⁸) M Biondi, *ivi*.

⁹) *Ibidem*.