

Firenze 26-28 novembre 2015 Palazzo dei Congressi

MARILENA CAPRIOTTI

SUICIDIO E ADOLESCENZA: condotte
suicidarie, la prevenzione e la medicina di
iniziativa nello studio del Medico di Medicina
Generale

32°
congresso
nazionale
SIMG

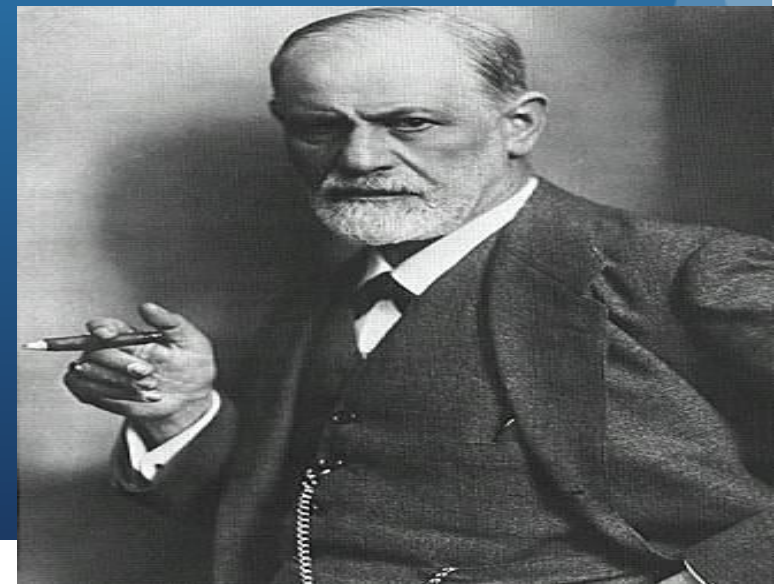
Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



- *E' impossibile per noi raffigurarci la nostra stessa morte, ...non c'è nessuno che creda alla propria morte...*
- *...nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità...*
- *Il nostro inconscio non crede dunque alla propria morte, si comporta come se fosse immortale*

(S. Freud, 1915)

- (Tugnoli, 2013)



Suicide is one of the most tragic event in our human life

*According to the World
Health Organization
(WHO), **every year** about **one
million** people die by suicide.*

(Two-thirds are males)

*Every 31 seconds someone
commits suicide*

*About two thirds of them
have suffered from mood
disorders.*



Suicide in Europe (2006-2008)

Approximately 150 000 people in Europe die every year due to suicide

- 120 000 males
- 30 000 females

EU-27: 63.000 suicides/year

- 48.000 males
- 15.000 females

SR =
14/100.000

Suicide rates in Europe 2011

Suicide Rates

Higher - N

Higher - E

Lower - W

Lower - S

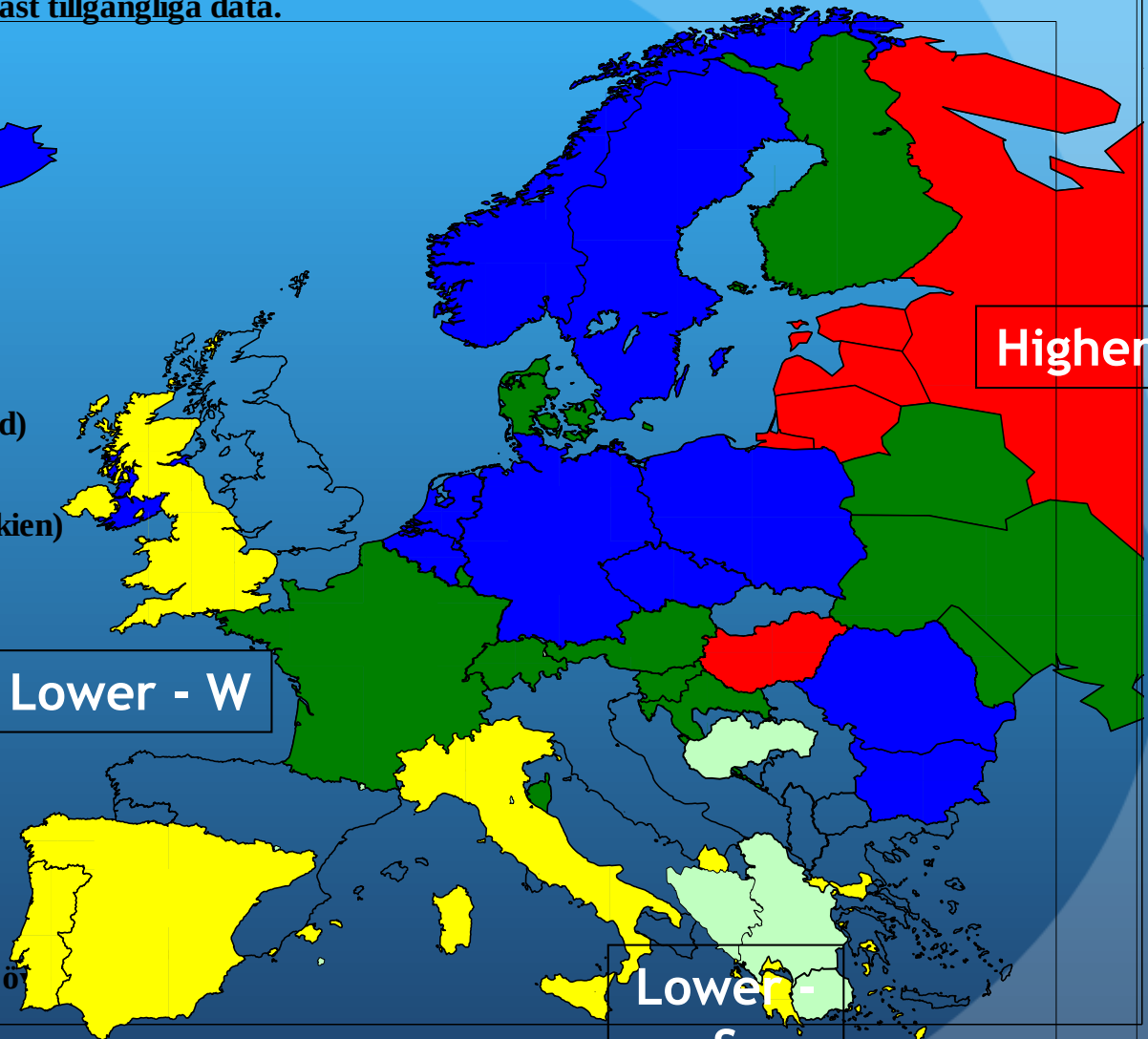
Karta1. Själv mordstal* i Europa, senast tillgängliga data.
Avser befolkningen över 15 år.

- Mycket höga självmordstal
40,1 (Ungern) -58,0 (Litauen)
- Höga självmordstal:
25,0(Moldavien) -35,8 (Vitryssland)
- Medelhöga självmordstal:
11,9 (Nederländerna) -23,0 (Tjeckien)

Låga självmordstal:
3,4 (Albanien) -9,9 (Portugal)

Uppgift saknas

* Antal självmord per 100 000 invånare ö



DISAGIO PSICOLOGICO, SUICIDIO E TENTATO SUICIDIO NEI GIOVANI

Suicidio in aumento negli ultimi 20 anni tra i giovani

- 2°-3° causa di morte per le persone dai 15 ai 24 anni
- in 1/3 dei paesi i giovani sono la categoria a più alto rischio
- 20% degli adolescenti sperimenta problemi di salute mentale

Depressione e Ansia

Abuso di Alcol

(W.H.O., (Tugnoli, 2013) 2000, 2002, 2012)

I numeri principali del 2012 in **Italia**

- Totale suicidi 4000 (4,7 per 100.000 ab.)
- Maschi 77,1% Femmine 22,9%
- <18 anni 1,1%
- 18-64 anni 61,0%
- >=65 anni 37,9%
- seconda causa di morte più frequente tra gli uomini di 15-29 anni, numero di vittime analogo a quello dei tumori (13%)

Mental health action plan 2013-2020

- Nel 2013 l'Oms ha adottato il “Mental health action plan 2013-2020” che indica tra gli obiettivi, da raggiungere entro il 2020, la riduzione del 10% del tasso di suicidio. Le azioni efficaci:
- 1- la restrizione della disponibilità e accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidi (armi da fuoco),
- la predisposizione di barriere che impediscano la caduta da luoghi elevati (quali viadotti, ponti, ecc)
- l'implementare di politiche per la riduzione dell'abuso di alcol e droghe.

Medical contact before suicide (%)

GPs

Psychiatrists

• 3 months	47-73	-----
• 4 weeks	34-66	18-21
• 1 week	18-40	9-11

- Medical contact: Females > males
- Suicide victims: 65-80 % are males

Pirkis and Burgess, Brit J Psychiat 1998, 173:462-474.

Andersen et al, Acta Psychiat Scand 2000, 102:126-134.

Suicide prevention strategies. A systematic review

Mann JJ et al., JAMA 2005, 294: 2064-2074.

Asbtract

Conclusions: „Physician **education in depression recognition and treatment and restricting access to lethal methods** **reduce** suicide rates. Other interventions need more evidence of efficacy”.

The role of GPs in suicide prevention

- *The majority of depressives are seen / diagnosed / treated by GPs

- *GP contact is very common (40-60%) 4 weeks before the suicide

- *The rate of recognized / treated depression in primary care is quite low (20-50%)

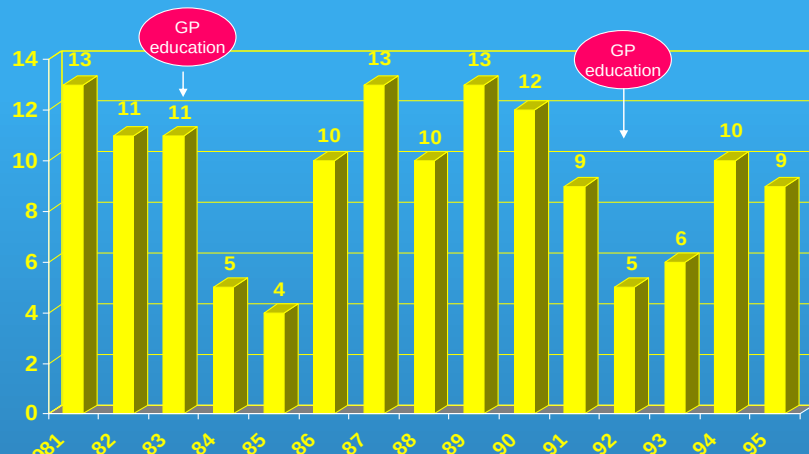
Luoma et al, Amer J Psychiat, 2002; 159: 909-916.

Berardi et al, Psychother Psychosom, 2005; 74: 225-23

Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007; 20: 17-22.

The Gotland Study

Number of suicide victims on Gotland between 1981-1995



Mean number of victims between 1969–1980: 14.5 (8–20)

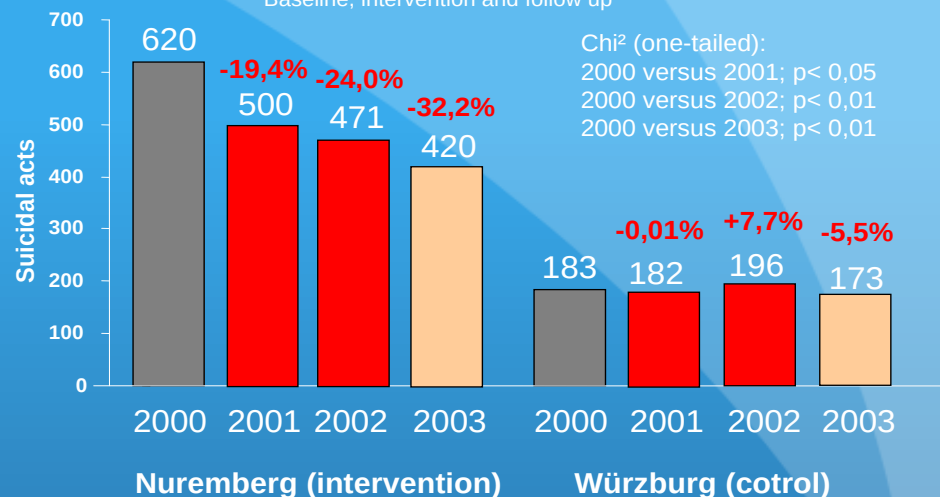
ADs: 1981= 5.8 → 1996 = 28.9 DDD/1000/year (5 x)

Rutz et al., IJCP, 1997; 1: 39–46

The Nuremberg Study

Suicidal acts, Nuremberg - Wuerzburg

Baseline, intervention and follow up



Chi² (one-tailed):
2000 versus 2001; $p < 0,05$
2000 versus 2002; $p < 0,01$
2000 versus 2003; $p < 0,01$

Hegerl et al, Psychol Med, 2006; 36: 1225-1234.

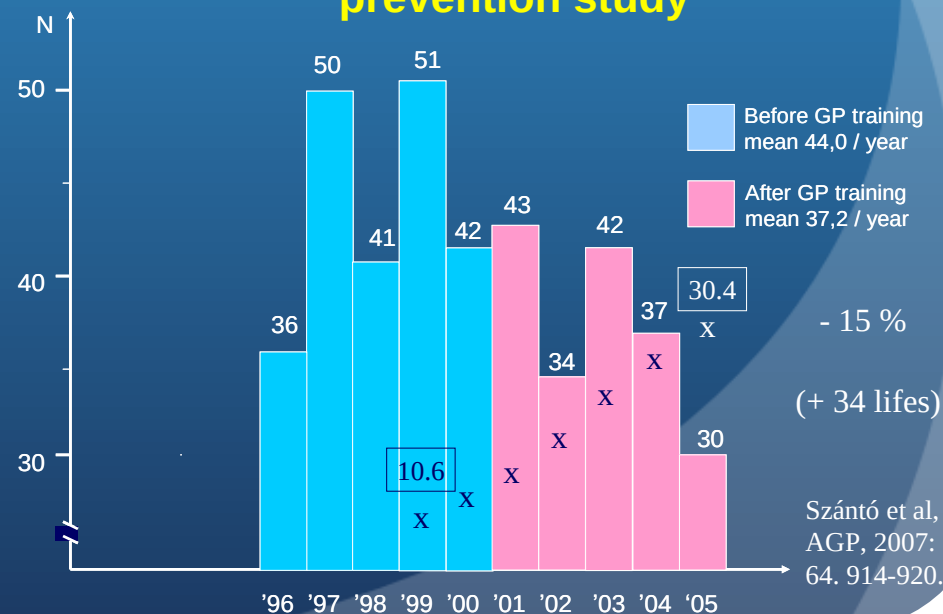
The Jamtland Study

	Jamtland	Sweden
• Mean suicide rate'		
1970 - 1994	27.7	25.0
1995 - 2002	17.3	17.6
change	- 36%	- 30%
• Antidepressants''		
1995	21.6	27.5
2002	56.4	57.2
change	+ 161%	+108%

' per 100.000/year, '' DDD/1000 persons/day

Henriksson and Isacson, Acta Psychiat Scand, 2006, 114: 159-167.

The Hungarian GP-based suicide prevention study

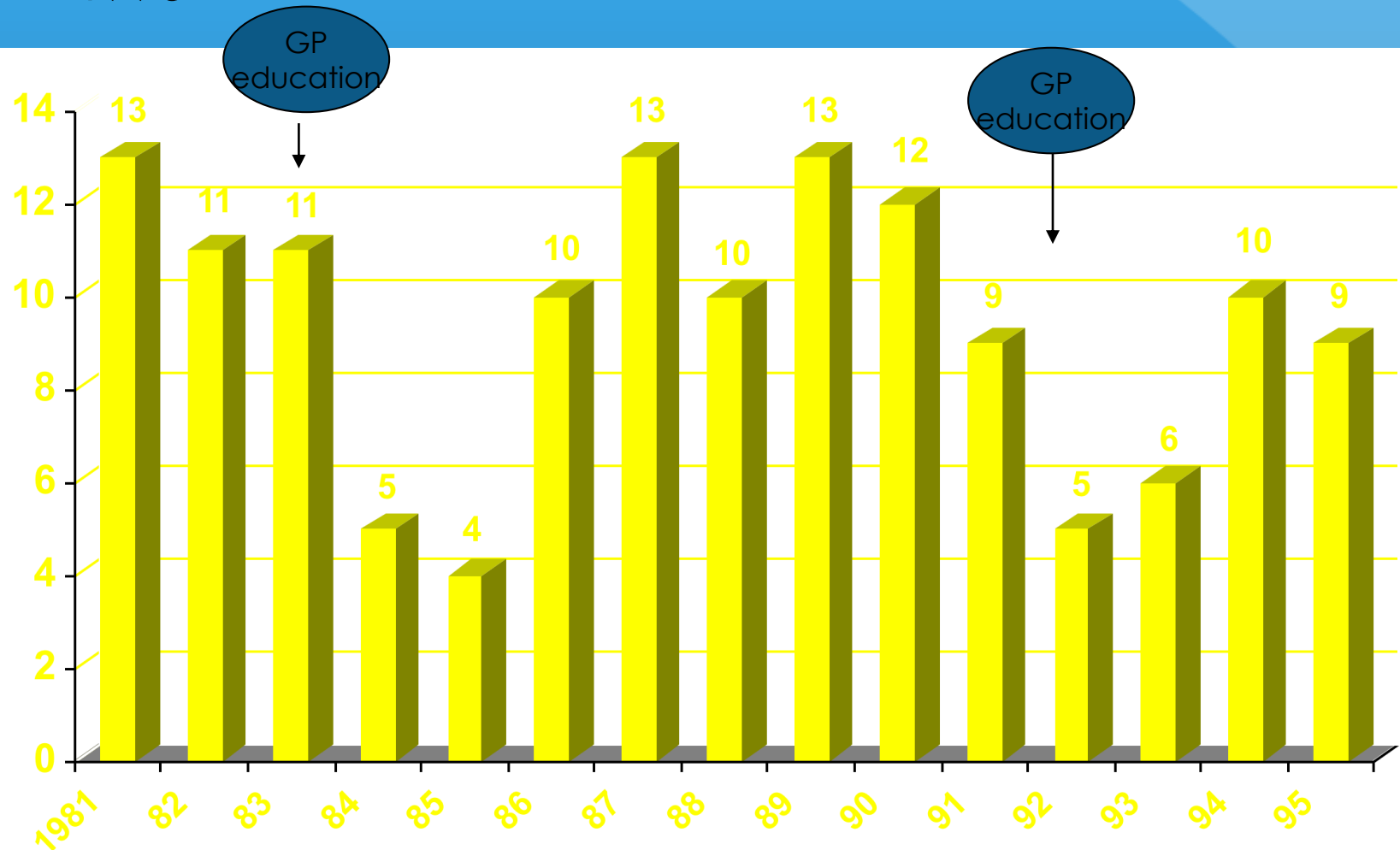


- 15 %
(+ 34 lifes)

Szántó et al,
AGP, 2007:
64. 914-920.

Improving the diagnosis and treatment of mental illness

Number of suicide victims on Gotland between 1981-1995



Mean number of victims between 1969–1980: 14.5 (8–20)

Rutz et al., IJCP, 1997; 1: 39–

Acute and long-term pharmacotherapy of patients with unipolar and bipolar major mood disorders (ADs, MSs, APs)

Risk reduction of:

- **Suicide** **82 % (60 - 95 %)**
- **Suicide attempts** **72 % (40 - 93 %)**

Leon et al, Amer J Psychiat, 1999, 156: 195-201.

Baldessarini et al, Bipol Disord, 2006; 8: 625-639.

Angst et al, J Affect Disord, 2002; 68: 167-181.

Montgomery et al, Int Clin Psychopharmacol, 2003; 18 (S-1): 1-9.

Yerevanian et al, Acta Psychiat Scand, 2004; 110: 452-458.

Kessing et al, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 860-866.

Sondergard et al, Arch Suic Res, 2007; 11: 163-175.

Yerevanian et al, J Affect Disord, 2007; 103: 5, 13, 23.

Sondergard et al, Bipol Disord, 2008; 10: 87-94.

Pompili et al, Expert Rev Neurother, 2009; 9: 109-136.

Meta-Analysis: Lithium vs. Suicides & Attempts in Bipolar Disorder

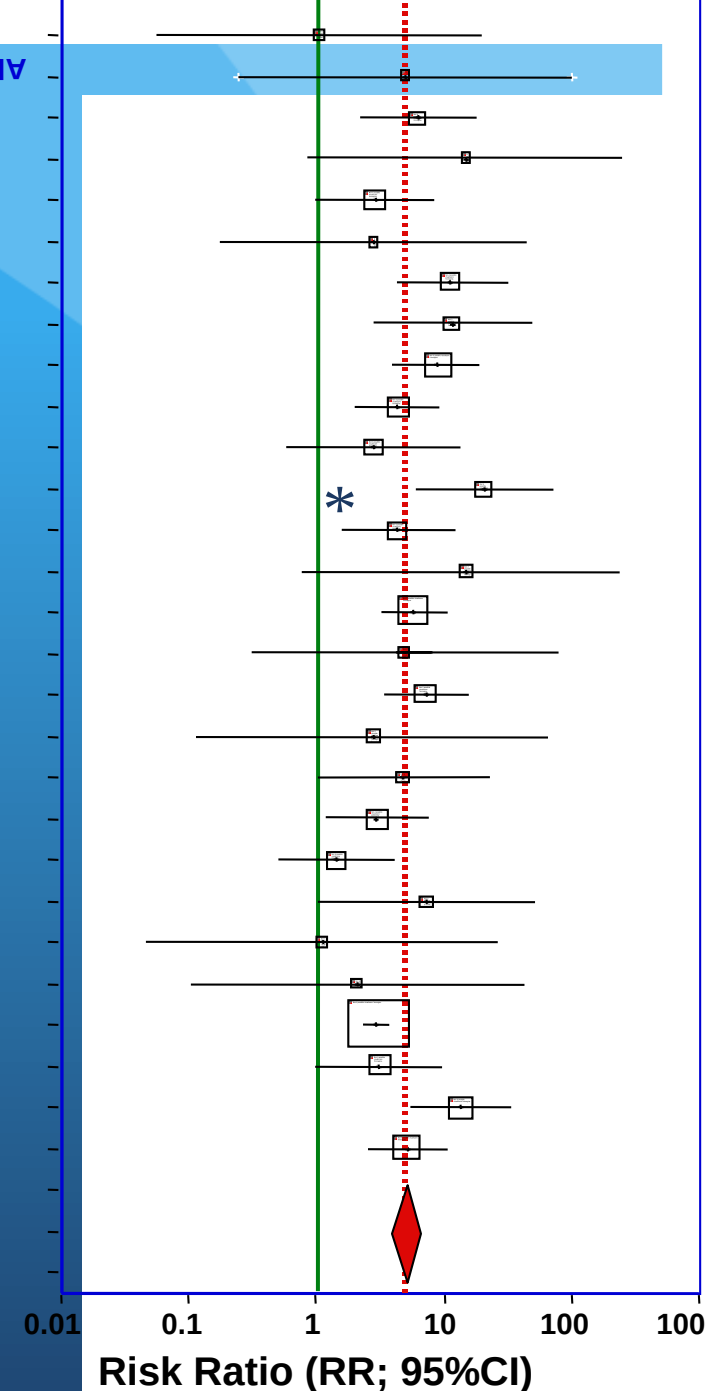
31 studies, 33.340 pts

Risk reduction: 80%

Ss vs SAs and
RCTs vs Open studies:
similar results

Venkoba-Rao et al. 1982
 Hanus & Zapletalek 1984
 Lepkifker et al. 1985
 Nilsson & Axelsson 1990
 Modestin & Schwarzenbach 1992
 Müller-Oerlinghausen et al. 1992
 Rihmer et al. 1993
 Felber & Kyber 1994
 Lenz et al. 1994
 Sharma & Markar 1994
 Koukopoulos et al. 1995
 Nilsson 1995
 Greil et al. 1996, 1997a,b*
 Bocchetta et al. 1998
 Coppen & Farmer 1998
 Tondo et al. 1998
 Bauer et al. 2000*
 Brodersen et al. 2000
 Kallner et al. 2000
 Coryell et al. 2001
 Rucci et al. 2002
 Bowden et al. 2003*
 Calabrese et al. 2003*
 Goodwin et al. 2003
 Yerevanian et al. 2003
 Angst et al. 2005
 Gonzalez-Pinto et al. 2005

Pooled RR
 Overall RR
 (4.91)



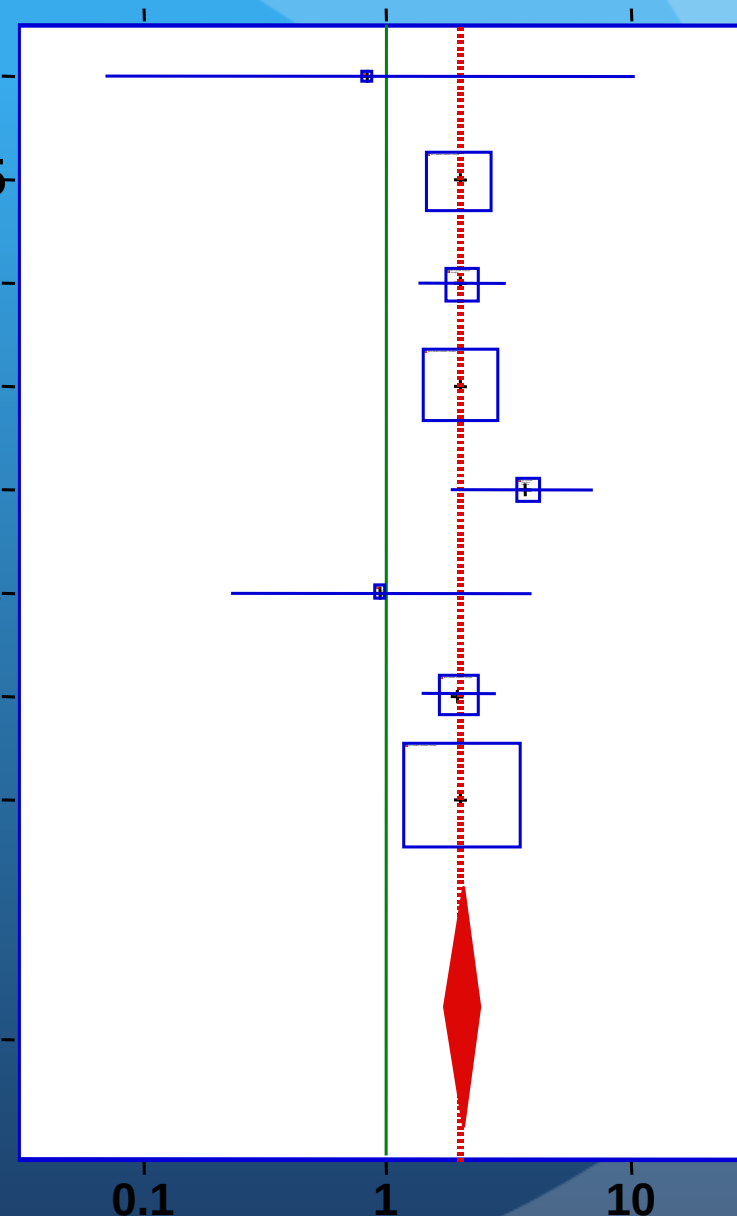
Lithium Treatment: Reduced Suicidal Risk in Recurrent Unipolar Major Depression

Bech et al. 1976
Lepifker et al. 1985
Müller-Oerlinghausen et al. 1992
Greil et al. 1996
Bocchetta et al. 1998
Coppen & Farmer 1998
Bauer et al. 2000
Tondo et al. 2006

Risk reduction:
S: 85 %
S+SA: 88.5%

Pooled RR
2.01 (1.81–2.22)

8 studies, 329 patients



Risk Ratio (95%CI)

I FATTORI DI RISCHIO EPIDEMIOLOGICI

- **fattori *biologici* :**

- il sesso maschile,
- l'età,
- l'ereditarietà familiare
- assetti neurotrasmettitoriali;

- **fattori *macrosociali* :**

- l'uso diffuso di alcolici,
- la depressione economica, la disponibilità di armi,
- l'utilizzo di combustibili tossici da uso quotidiano,
- la scarsa o assente regolamentazione della distribuzione di farmaci e sostanze,
- l'isolamento sociale.

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

- **fattori *personologici*** quali la impulsività, l'aggressività, la sensibilità alle ferite narcisistiche, il pensiero "helplessness",
- **fattori *esperienziali*** come il provenire da una famiglia priva di supporto e/o molto autoritaria, l'aver vissuto eventi fortemente traumatizzanti, una storia personale di ripetuti tentativi autosoppressivi, la presenza di problemi sul lavoro (mobbing, comportamenti importunanti) e di recenti *life events* negativi

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

- **fattori socio-ambientali personali** (stato di indigenza, la disoccupazione, l'isolamento sociale, l'immigrazione)
- **Familiarità per suicidalità** o per psicopatologia
- **fattori clinici** come l'uso di alcol o di altre sostanze, la presenza di disturbi psichiatrici, come depressioni, disturbi bipolari, schizofrenie.

Fattori di rischio *temporali* (Es: Dimissione ospedaliera, switch maniacale, abuso di alcolici)

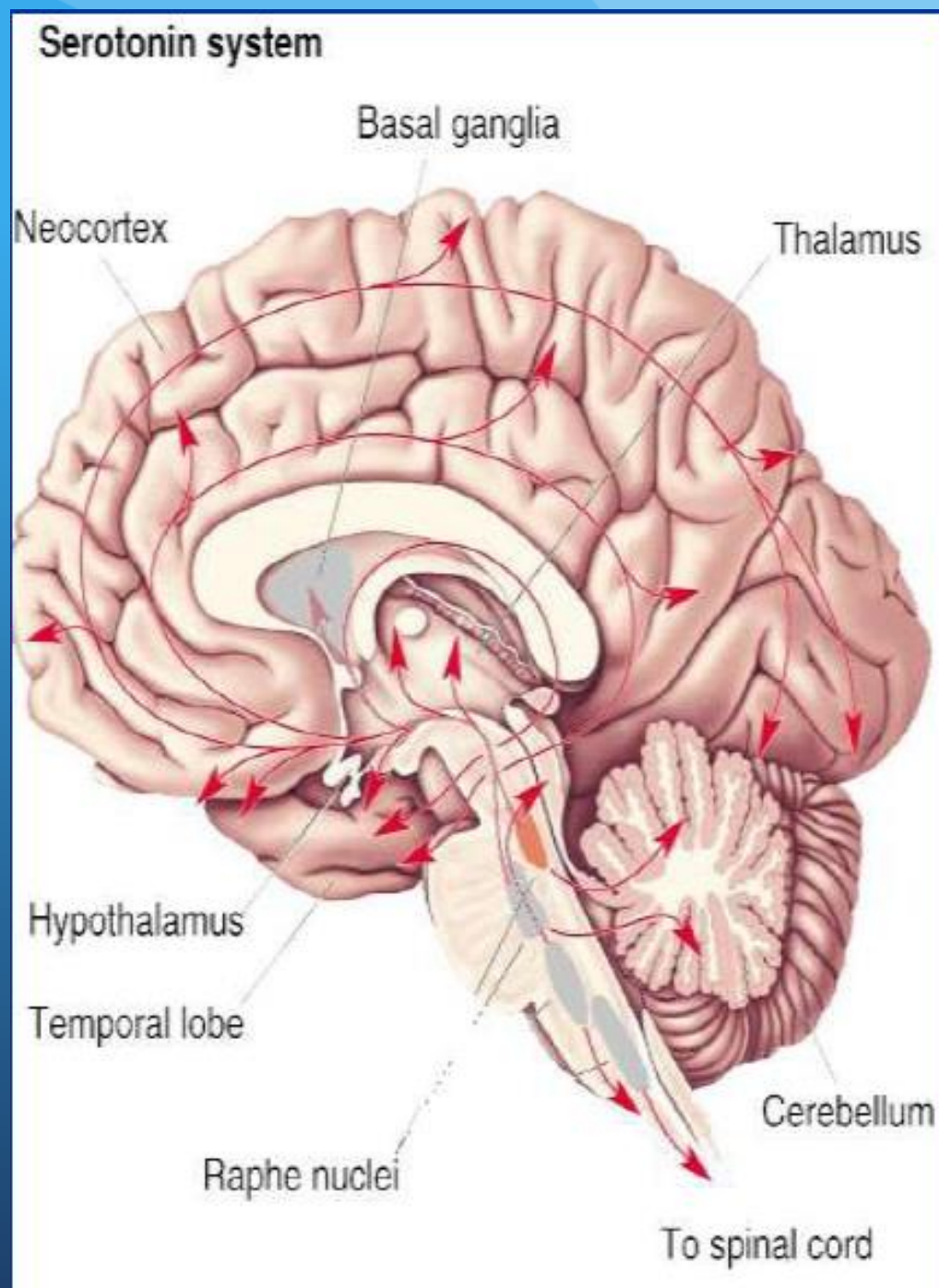
FATTORI NEUROBIOLOGICI

- Alterazioni del sistema serotoninergico sono associate con una predisposizione ad atti impulsivi ed aggressivi.
- Gli effetti sul sistema serotoninergico e sugli altri sistemi monoaminergici correlati all'età sono maggiormente evidenti nel sesso maschile



Rilievi autoptici dei suicidi depressi mostrano una riduzione di trasportatori della 5HT nella corteccia prefrontale ventromediale nell'ipotalamo, nella corteccia occipitale e a livello del midollo allungato.

La funzione dell'amigdala, la quale è riccamente innervata da neuroni serotoninergici e presenta un'elevata espressione di recettori 5-HT, appare di conseguenza anch'essa alterata nei soggetti a rischio suicidario.



Il Tentativo di suicidio



Primo fattore di rischio per suicidio

Frequente ripetizione (fino al 40% in due anni)

Associazione forte con patologie psichiche

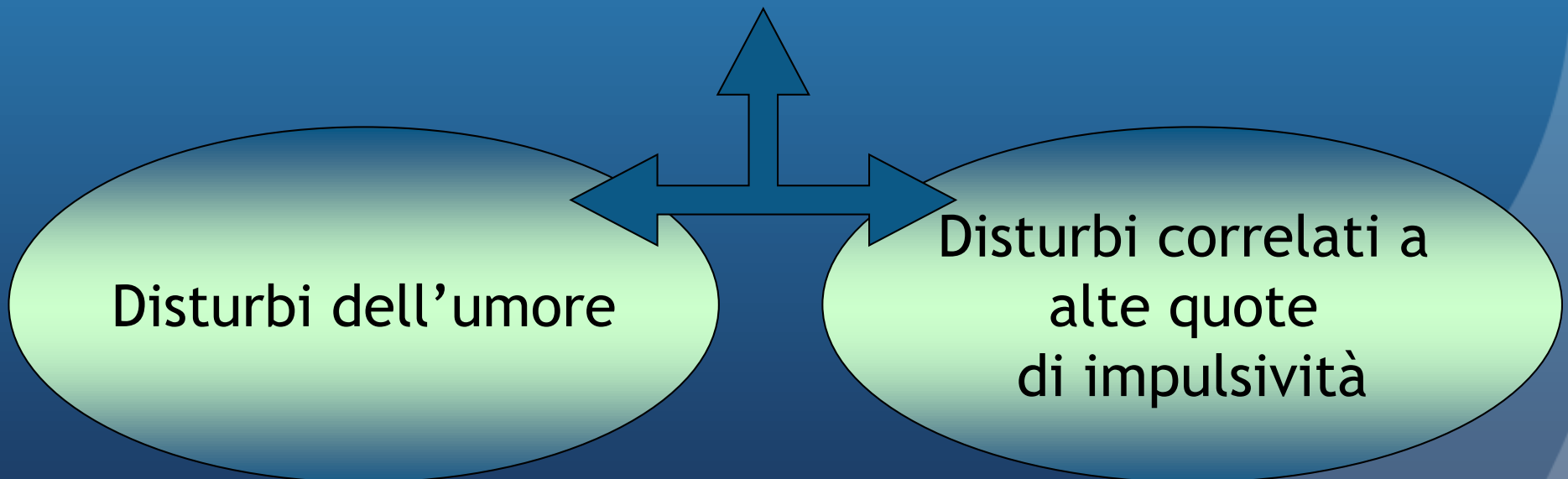
Il rischio di suicidio dopo più tentativi cresce nel tempo, mentre si stabilizza se vi è un solo tentativo

DISTURBI PSICHICI

Presenza di disturbi psichici nel 80-95% dei casi di suicidio in adolescenza

Giovani con disturbi psichici hanno un rischio suicidario tra le 12 e le 35 volte superiore a quello della popolazione generale

Nel 50-80% dei casi una comorbidità psichiatrica tra più disturbi



I
M
P
U
L
S
I
V
I
T
A'

Abuso e dipendenza da alcol

Abuso e dipendenza da sostanze

Disturbi della condotta

Disturbi del controllo degli impulsi

Disturbi di personalità cluster B

Disturbo bipolare

ADHD

SUICIDIO

- COLPA
- . VERGOGNA
- . RABBIA
- . SOLITUDINE-ABBANDONO
- . VUOTO
- . ANGOSCIA
- . IMPOTENZA
- . DISPERAZIONE



**DOLORE
PSICOLOGICO
INSOPPORTABILE**

(Tugnoli, 2013) (Shneidman, 1993)

Prognosis after Adolescent Suicide Attempt: Mental Health, Psychiatric Treatment, and Suicide Attempts in a Nine-Year Follow-up Study

BERIT GROHOLT, MD, AND ØIVIND EKEBERG, MD

The prevalence of mental health and suicidal behavior was examined 8 to 10 years after an adolescent suicide attempt. Of 71 persons, 79% had at least one psychiatric disorder (mean 1.7) at follow-up, most commonly depression (46%), personality disorder (46%), and anxiety disorder (42%). The stability of diagnoses was moderate. The majority of those with a psychiatric disorder received psychiatric treatment. One-third of those with a psychiatric disorder had repeated suicide attempts. Despite low rates of repeated suicide attempts, 44% of those with an affective or personality disorder had repeated suicide attempts.

**79% almeno un disturbo psichico
(46% depressione, 46% disturbi personalità)**

44% hanno ripetuto il gesto

Indicatori di rischio suicidario

- 1. Ritiro relazionale, incapacità di rapportarsi a famiglia e ad amici
- 2. Disturbo psichiatrico
- 3. Alcolismo
- 4. Ansia o panico
- 5. Cambiamenti nella personalità, irritabilità, pessimismo, depressione o apatia
- 6. Modificazioni nelle abitudini alimentari e nel sonno
- 7. Precedenti tentativi di suicidio
- 8. Odio contro se stessi, sensi di colpa, svalutazione o vergogna
- 9. Una perdita recente importante (morte, divorzio, separazione, etc)
- 10. Storia familiare di suicidio
- 11. Improvviso desiderio di sistemare i propri affari, di fare testamento
- 12. Sentimenti di solitudine, impotenza e disperazione
- 13. Note scritte sul suicidio o ripetuti riferimenti alla morte e al suicidio W.H.O., (Tugnoli2013)
- 14. Salute fisica compromessa

Come porsi di fronte al paziente

- prendere sul serio tutte le minacce di suicidio
- attenzione se presenti senso di disperazione e di inutilità:
....“non ho via di uscita per i miei problemi”
- storia di frequenti traumi o incidenti
- pazienti con recente depressione e che migliorano all'improvviso
- interrogare familiari e amici sul comportamento del paziente
- trattenere il paziente
- (Tugnoli, 2013) (W.H.O., 2000)

In che modo comunicare col paziente

- (W.H.O., 2000)
- **Ascoltare con attenzione, rimanere calmi**
- **Comprendere i sentimenti della persona (empatizzare)**
- **Dare messaggi non-verbali di accettazione e rispetto**
- **Manifestare rispetto per le opinioni e i valori della persona**
- **Parlare con franchezza e onestà**
- **Mostrare la nostra preoccupazione, la cura e il calore umano**
- **Focalizzarsi sui sentimenti della persona**
- (Tugnoli, 2013)

Cosa non dire e non fare

- (W.H.O., 2000)
- Interrompere spesso
- Mostrarsi troppo “impressionati”
- Mostrarsi presi da altro da fare
- Essere “paternalisti”
- Fornire false rassicurazioni, dire che “tutto si aggiusterà”
- Fare osservazioni intrusive o non chiare
- Fare domande “pesanti”
- (Tugnoli, 2013)

Come comportarsi di fronte ad un elevato rischio suicidario

- Il soggetto ha un piano definito, ha i mezzi per attuarlo,.....e pensa di farlo immediatamente!

-Stare con la persona. Mai lasciarla da sola

- Ascoltarla empaticamente, essere supportivi, rimanere calmi
- Parlargli, chiedere dettagli sul progetto suicidiario
- Cercare di allontanare i mezzi autolesivi (sottrarre farmaci, armi, etc)
- Esplorare altre possibilità oltre al suicidio per affrontare i problemi
- Prendere tempo e definire un contratto
- Contattare uno specialista nella salute mentale, un medico, e immediatamente predisporre il ricovero
- Informare i familiari e coinvolgerli nel supporto al paziente

RICOVERO DEL PAZIENTE

- se c'è forte determinazione al suicidio
- se manca una rete di supporto sociale
- in caso di pregressa storia di comportamenti impulsivi
- *L'area temporale a maggior rischio è di circa 7 giorni*
- (Tugnoli, 2013)

Insula - Hot motor system because it transforms the heat of emotional affect into observable behavior of the face and the body.

