

Suicidio e disabilità intellettiva

Suicide and intellectual disability

V. Di Nicola, O. Todarello

Dipartimento di Scienze
Neurologiche e Psichiatriche,
Università "Aldo Moro" di Bari

Summary

This paper reviews the studies conducted in adults with intellectual disability in the last twenty-five years and focusing on suicidality. There is a limited research in this field but the few studies conducted, showed that char-

acteristics of suicidality are generally similar to those found in the general population. Issues such as assessment, risk factors, suicidal behaviours, interventions are described and discussed. Further research is needed to better understand and deal with suicidality in adults with intellectual disability.

Introduzione

La presenza di disturbi psichiatrici e di problemi comportamentali nella popolazione con disabilità intellettiva è più elevata rispetto a quella generale ¹⁻⁶ approssimativamente fino a quattro volte più alta ⁷.

La questione della diagnosi psichiatrica nelle persone con disabilità intellettiva appare complessa e controversa ^{8,9} per l'assenza di appropriati criteri diagnostici e specifici strumenti di valutazione. Alcuni autori sottolineano che con specifici strumenti valutativi è possibile fare diagnosi di psicopatologia, anche nelle situazioni di maggiore gravità ¹⁰⁻¹². Solitamente infatti, vengono utilizzati i sistemi di classificazione standardizzati (DSM-IV-TR e ICD-10) validi per la popolazione generale, anche nei casi di ritardo mentale in cui le abilità linguistiche, le capacità comunicative e di riconoscere, di riferire i sintomi sono ridotte o assenti. In relazione alla complessità della questione diagnostica, molte condizioni psicopatologiche possono restare nascoste o non valutate adeguatamente; inoltre, nell'inquadramento diagnostico è opportuno distinguere se i sintomi psicopatologici sono espressione di danni cerebrali sottostanti o di disturbi psichiatrici.

Nell'ottica di un approccio biopsicosociale alla persona con disabilità intellettiva, appare utile poter identificare i fattori che possono concorrere alla predisposizione di disturbi psichiatrici. Quelli psicologici e sociali più frequentemente individuati dalla letteratura sono: eventi di vita stressanti e ridotta tolleranza allo stress, difficoltà ad instaurare relazioni interpersonali soddisfacenti, mancanza di supporto sociale ed emotivo, un ambiente ipostimolante, modificazioni del contesto di vita, scarsa autostima, meccanismi di difesa disfunzionali.

Nell'ambito della prospettiva biopsicosociale, l'ICF (Classificazione Internazionale della Disabilità e della Salute) ¹³ è un sistema di classificazione che rappresenta il funzionamento di tutti gli individui come il

Key words

Suicide • Suicidality • Intelligence • Risk factors • Epidemiology

Corrispondenza:

O. Todarello, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università "Aldo Moro" di Bari, piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari, Italia • Tel. 080 5478543 / 5594021 • Fax 080 5592263 • E-mail: todarello@tin.it.

risultato di una complessa e dinamica interazione tra molteplici variabili contestuali (personali e ambientali) e la condizione di salute. Nell'ottica dell'ICF, assume centralità il benessere soggettivo, la qualità della vita, la promozione delle attività personali e della partecipazione sociale. A tal fine, i programmi psicoeducativi e terapeutico-riabilitativi per la persona con disabilità dovrebbero valorizzare l'autonomia possibile, i livelli di partecipazione sociale e di autodeterminazione nei vari contesti di vita.

Il presente lavoro trae origine dalla constatazione che non sono state condotte molte ricerche riguardo il suicidio nella popolazione degli adulti con disabilità intellettiva. Lo studio è partito da una rassegna della letteratura internazionale sui disturbi psichiatrici, sulla depressione maggiore, sul suicidio nelle persone con disabilità intellettiva, relativamente al periodo 1983-2008, ed è stato condotto individuando i contributi scientifici sul motore di ricerca computerizzato, su Medline, su riviste e libri. Nella stesura di questa breve rassegna della letteratura sul suicidio negli adulti con disabilità intellettiva, sono stati presi in considerazione e selezionati soltanto i lavori ritenuti più significativi, ai fini della presentazione generale della tematica e della discussione dei vari ambiti di studio.

Sistemi diagnostici nella depressione

In generale, sia nella popolazione normale che in quella con disabilità, il suicidio è relativamente raro ed è prevalentemente associato al disturbo depressivo maggiore (DSM-IV-TR), anche se altri disturbi psichiatrici (per esempio, il disturbo borderline di personalità, la schizofrenia, il disturbo da dipendenza alcolica, i disturbi d'ansia, i disturbi del comportamento alimentare) possono condurre a comportamenti suicidari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 150 milioni di persone sono affette da depressione e tra esse il rischio di suicidio è 20 volte maggiore. È stato riscontrato che le persone con disabilità intellettiva hanno un'incidenza più elevata di depressione^{14,15}, le cui caratteristiche cliniche variano in relazione al livello di gravità della disabilità¹⁶.

Gli attuali e più diffusi sistemi diagnostici utilizzati per la depressione nella popolazione generale si rivelano globalmente adeguati nei casi di disabilità intellettiva lieve o moderata, ma molto meno

in quella grave e profonda. La complessità diagnostica è anche strettamente connessa al fatto che le alterazioni neurobiologiche della psicopatologia possono essere sottese al quadro clinico della disabilità intellettiva oppure a quello della depressione o ad entrambi. Nelle situazioni meno compromesse, i sintomi depressivi sono rilevabili attraverso il colloquio clinico, anche se molto frequentemente problemi di comprensione, di attenzione, fonologici e relazionali richiedono notevole accuratezza ed esperienza nel processo valutativo. Nei casi più gravi, invece, essendo la capacità di riferire verbalmente i propri sintomi molto limitata o assente, le informazioni necessarie possono essere raccolte in altri modi, per esempio attraverso l'osservazione del comportamento non verbale, l'ascolto di quello che viene riferito dai familiari del disabile e dagli operatori; in queste situazioni però, l'oggettività, la qualità e la validità del processo diagnostico potrebbero risultare compromessi. Sono stati effettuati molti studi sulla complessa questione della diagnosi di depressione nella disabilità intellettiva, che necessita di strumenti diagnostici modificati¹⁷ o specifici¹⁸ e di particolare accuratezza soprattutto nelle persone con ritardo mentale grave^{19,20}, hanno proposto l'efficacia del *Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD)*, mentre Matson et al.²¹ del *Diagnostic assessment for the severely handicapped-II (DASH-II)*.

Nei disturbi depressivi²², soprattutto nelle situazioni di disabilità intellettiva grave²³, si dovrebbe parlare di "equivalenti depressivi comportamentali"^{24,25}, per la presenza di "sintomi atipici", prevalentemente di tipo comportamentale. Questi sintomi generalmente includono irritabilità, aggressività, varie forme di stereotipie, isolamento, tra cui anche manifestazioni di autolesionismo. Soprattutto in questi casi, il processo diagnostico dovrebbe basarsi sui cambiamenti relativi alle predette manifestazioni comportamentali (per esempio, variazioni di intensità e di frequenza di comportamenti autolesivi), sulle evoluzioni familiari in relazione ai sintomi e alla loro gestione, sulle funzioni vegetative del soggetto, come per esempio, il sonno e l'alimentazione²⁶. In relazione ai suddetti comportamenti e alla loro significatività per la depressione, i punti di vista del mondo scientifico sono discordanti. Per esempio, uno studio²⁷ su adulti depressi con disabilità intellettiva ha sostenuto che i comportamenti problematici rappresentano una

caratteristica atipica della depressione, mentre, al contrario, negli anni precedenti Tsiouris et al.²⁸ hanno affermato che i comportamenti problematici non possano essere considerati equivalenti depressivi, intesi come manifestazione di chiara depressione, nei casi di ritardo mentale anche grave e profondo.

Fattori psicosociali nella depressione

Uno studio condotto da Lunsy²⁹ ha rilevato che le donne con disabilità intellettiva manifestavano livelli più elevati di depressione rispetto agli uomini, inoltre in quelle con una sintomatologia più grave erano presenti alcuni significativi aspetti psicosociali come disoccupazione, solitudine, scarso supporto familiare, storie di abuso. Alla luce di questi riscontri, proprio l'incidenza dei fattori psicosociali nella depressione delle persone con disabilità intellettiva dovrebbe essere maggiormente investigata e studiata³⁰. Il confronto sociale, l'autostima, la depressione sono tra loro connessi nelle persone con disabilità intellettiva allo stesso modo della popolazione normale³¹; la qualità e la frequenza di supporto sociale, l'autostima, eventi di vita dirompenti e pensieri negativi ricorrenti possono essere predittori di depressione nelle persone con disabilità lieve e moderata³². Secondo Esbensen e Benson³³ sarebbero soprattutto gli eventi di vita percepiti come negativi ad avere un ruolo nello sviluppo di sintomi depressivi in questa popolazione, in cui in particolar modo le esperienze di vita possono influenzare la percezione di sé e la vulnerabilità alla depressione³⁴. In uno studio Hartley et al.³⁵, condotto su adulti con disabilità intellettiva lieve, hanno identificato come prioritari nella depressione i processi interpersonali. Infatti hanno riscontrato che la richiesta eccessiva e persistente di assicurazioni, riguardo l'essere amati e degni di esserlo, contribuisce indirettamente a creare la sintomatologia depressiva proprio attraverso l'azione esercitata dall'attivazione di interazioni sociali negative e di rifiuto. Una ricerca effettuata da MacMahon e Jahoda³⁶ su persone depresse con disabilità intellettiva lieve, ha evidenziato la presenza di un significativo confronto sociale negativo e ha sottolineato la necessità di riflettere sul ruolo dei fattori psicosociali e delle credenze interpersonali, anche ai fini della programmazione degli interventi.

Fattori di rischio nel suicidio

Nel quadro clinico del disturbo depressivo maggiore possono esserci i pensieri ricorrenti di morte, l'ideazione suicidaria o i tentativi di suicidio, all'interno di una condizione di alterazione dell'umore in cui può manifestarsi un eccesso di tristezza, di pessimismo, di autosvalutazione o di senso di colpa e in cui può arrivare ad essere dominante l'intollerabilità del presente, l'isolamento sociale, il senso di perdita di speranza, la marcata assenza di prospettive per il futuro. All'interno di questa condizione clinica, spesso il desiderio, la ricerca della morte viene vissuta come un fatto positivo, come la possibilità di porre fine e di liberarsi da ogni sofferenza psichica.

Nella valutazione dei fattori di rischio del suicidio, nel tentativo anche di prevenirlo, in un'ottica psicodinamica è opportuno valutare le strutture e le variabili psicologiche preesistenti, le motivazioni cosce e inconscie, così come cercare di comprendere la natura dell'evento precipitante³⁷.

Generalmente, nell'ambito della psicopatologia clinica si distingue l'ideazione suicidaria, il tentativo di suicidio e il suicidio vero e proprio.

Il suicidio, seppur più raro, si verifica nelle persone con disabilità intellettiva³⁸⁻⁴⁰ con delle caratteristiche che appaiono molto simili a quelle delle persone normali⁴¹⁻⁴². Le ideazioni e i tentativi di suicidio appaiono più frequentemente nelle persone con disabilità intellettiva lieve⁴³⁻⁴⁴, sono sicuramente meno frequenti nelle persone con ritardo mentale grave e profondo¹⁵⁻⁴⁵.

È utile l'osservazione di atteggiamenti, sentimenti, pensieri, azioni che possano far ipotizzare se il rischio di suicidio può verificarsi a breve o a lungo termine, nel tentativo di prevenire che i pensieri suicidi vengano messi in atto. La possibilità di prevedere il suicidio è comunque limitata perché strettamente connessa alla comunicazione delle intenzioni o a delle chiare azioni che possano far prevedere il rischio di un imminente suicidio. Generalmente, sono considerati fattori di rischio i sintomi depressivi, l'attuazione di precedenti tentativi di suicidio, recenti eventi stressanti di perdita, sentimenti di disperazione riguardanti il futuro.

Nelle persone con disabilità intellettiva, i sintomi psicopatologici sono sostenuti da una condizione sottostante di vulnerabilità, di inadeguatezza di strumenti cognitivi ed emotivi che compromettono l'adattamento all'ambiente, seppur in modo diverso a seconda dei diversi livelli di gravità del

ritardo mentale e di funzionamento individuale. Queste persone, inoltre, sono costrette a convivere, loro malgrado, con una condizione clinica deficitaria, emotivamente pesante da sostenere poiché prevalentemente cronica e invalidante; è frequente anche la concomitanza con altri disturbi psicopatologici e malattie somatiche.

La tristezza o la depressione sono sintomi che potrebbero indicare un successivo comportamento suicidario⁴¹. Secondo Patja⁴⁶, i fattori di rischio di suicidio nelle persone con ritardo mentale riguardano i disturbi psichiatrici, i problemi sociali e le relative difficoltà di adattamento, l'invecchiamento. L'autore sottolinea l'importanza di riconoscere le condizioni di grave depressione, di instabilità emotiva e di perdita di voglia di vivere che possano condurre a tentare o a portare a termine il suicidio. Patja et al.⁴⁴, hanno studiato la mortalità per suicidio nelle persone con ritardo mentale, lungo un periodo di 35 anni, e hanno riscontrato una frequenza più bassa negli uomini rispetto alle donne, più alta invece nelle persone ospedalizzate con ritardo mentale lieve e con comorbidità psichiatrica. Nel loro studio i fattori di rischio di suicidio, tra i quali si è rivelata prevalente la carenza di supporto sociale, si sono rivelati molto simili a quelli della popolazione generale. Anche Lunsky⁴⁵, in uno studio condotto su 98 adulti con ritardo mentale, ha riscontrato che i correlati psicosociali del suicidio sono molto simili a quelli individuati nella popolazione generale, cioè scarso supporto familiare e sociale, solitudine, livelli elevati di stress, incremento di ansia e depressione. Relativamente alla presenza di ideazione suicidaria, non sono state trovate differenze tra chi viveva in famiglia e chi non, tra chi aveva un livello cognitivo borderline, chi aveva un ritardo mentale lieve e chi lo aveva medio, tra uomini e donne, tra chi aveva partecipato nel setting della comunità e chi in quello clinico, tra chi era in cura con farmaci e chi non. L'unica differenza significativa riscontrata era nell'ambito lavorativo, poiché le persone con ideazione suicidaria risultavano essere quelle maggiormente disoccupate.

Lo studio condotto da Hurley⁴³, riporta la descrizione di due persone con sindrome di Down e ritardo mentale lieve che hanno tentato il suicidio nel corso di un episodio depressivo maggiore. In una ricerca successiva, effettuata su 3 uomini che vivevano in famiglia, affetti da depressione maggiore e da potenziali tentativi letali di suicidio,

l'autrice ha rilevato la presenza di recenti perdite sociali significative⁴⁷.

Modalità del suicidio

I tentativi di suicidio possono essere l'esito sia di gesti impulsivi, scatenati da recenti episodi negativi, che di lunghi periodi di elaborazione e di pianificazione, in relazione a diverse variabili, tra cui la possibilità di eludere i controlli di familiari o di operatori, la disponibilità o la reperibilità di metodi e strumenti suicidari. Nelle persone con disabilità intellettiva, l'agire secondo precise pianificazioni e sequenze logico-temporali è però molto spesso compromesso. Inoltre, talvolta in relazione alle ridotte capacità linguistiche, comunicative, introspettive, può verificarsi anche che i tentativi di suicidio effettuati non vengano riferiti a familiari, amici, operatori oppure non vengano da questi ultimi compresi correttamente. Infine, la loro riluttanza a fornire le informazioni che possano facilitare un corretto inquadramento diagnostico può essere determinata anche dal timore di valutazioni negative e di punizioni.

I metodi utilizzati per tentare il suicidio possono essere di diversi tipi, alcuni sono passivi⁴⁴ ma globalmente appaiono simili a quelli della popolazione generale⁴⁷, come per esempio l'utilizzo di strumenti per soffocarsi, l'ingestione di liquidi tossici⁴⁸, gettarsi da una finestra o sotto un'automobile⁴³, fare overdose di farmaci, spararsi, accoltellarsi, tagliarsi i polsi⁴⁵.

Aree di intervento

Nel corso degli anni, sono state condotte poche ricerche anche sulle aree di intervento nel comportamento suicidario della popolazione con disabilità intellettiva⁴².

Nel processo di valutazione diagnostica è indispensabile, attraverso un approccio olistico, considerare la storia personale e familiare di ognuno, quindi la complessità dei diversi fattori di ordine biologico, psicologico e sociale che, interagendo reciprocamente, possono assumere un ruolo prioritario nel predisporre l'esordio e il mantenimento della sintomatologia, psichiatrica, depressiva, suicidale.

Quindi anche le possibili linee di intervento dovrebbero fondarsi su un approccio multidisciplinare e plurispecialistico che privilegi un'ottica bio-psico-sociale, prima di tutto con la finalità di prevenire e

di individuare precocemente le situazioni di depressione maggiore e di suicidio potenziale, riducendo i fattori di rischio e promuovendo, al contempo, miglioramenti delle condizioni personali e contestuali di vita. Le aree di prevenzione e le linee orientative di trattamento dei comportamenti suicidari nelle persone con disabilità intellettiva a rischio, rappresentano ambiti operativi di intervento particolarmente complessi, diversificati ed estremamente articolati, che non possono in alcun modo prescindere dalla preventiva valutazione delle risorse, personali e ambientali, di cui esse dispongono.

Gli interventi di prevenzione del suicidio dovrebbero focalizzarsi maggiormente sulle persone con comorbidità di disturbi mentali, mirando al trattamento appropriato soprattutto dei disturbi depressivi⁴⁴. Inoltre chi pensa al suicidio deve essere a conoscenza del fatto che è importante esprimere i propri sentimenti negativi e che ci sono persone disponibili a fornirgli l'aiuto necessario⁴⁵.

Al fine di riconoscere precocemente le situazioni ad alto rischio, è necessaria innanzitutto una stretta collaborazione tra familiari, medici di base, psichiatri, operatori (sociali e sanitari). Lo psichiatra assume un ruolo fondamentale sia per la formulazione diagnostica che per l'impostazione e la valutazione degli esiti degli interventi terapeutici (farmacologici, socio-educativi, psicoterapici), egli dovrebbe cercare anche di garantire la continuità e la collaborazione coordinata tra i vari specialisti, i familiari e gli operatori, per una presa in carico globale della problematicità di queste persone. Relativamente a queste ultime, sono stati effettuati pochissimi studi sui metodi e sulla efficacia degli interventi psicoterapici. Possono essere raggiunti risultati positivi, attraverso i benefici della psicoterapia, prima di tutto utilizzando l'adattamento alle capacità cognitive e comunicative delle persone con ritardo mentale, Stavrakaki e Klein⁴⁹, Hurley⁵⁰ e Lindsay⁵¹ hanno evidenziato il raggiungimento di risultati positivi nel trattamento della depressione e dell'ideazione suicidaria in persone con disabilità intellettiva lieve, attraverso l'utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale, con opportune strategie di semplificazione.

Interventi farmacologici

L'utilizzo degli psicofarmaci per trattare i disturbi psichiatrici nelle persone con disabilità intellettiva è utile e molto diffuso⁵².

Nell'intervento psichiatrico, la farmacoterapia del suicidio dovrebbe essere personalizzata, anche a causa della sensibilità individuale agli effetti indesiderati, dovrebbe cioè tener conto delle caratteristiche individuali di ogni soggetto a rischio. Non è possibile individuare un trattamento farmacologico altamente specifico per i comportamenti suicidari poiché essi vanno considerati come manifestazioni di disturbi psichiatrici sottostanti, dai confini non sempre chiaramente definibili, e come la risultante di un complesso intreccio di fattori di vario ordine. I farmaci considerati maggiormente utili nella gestione del rischio di suicidio sono gli stabilizzatori del tono dell'umore, gli antidepressivi, i neurolettici e gli antipsicotici atipici, le benzodiazepine. Nelle disabilità più gravi, per la corretta assunzione dei farmaci e per un'adeguata compliance terapeutica, è necessario fornire informazioni chiare e complete a chi (familiari, amici, operatori) assiste queste persone.

Le linee-guida internazionali, relativamente all'utilizzo degli antidepressivi nelle persone con disabilità intellettiva, suggeriscono di scegliere il farmaco da utilizzare dopo un'attenta analisi clinica, che tenga conto dell'anamnesi farmacologica personale e familiare e che valuti sia i possibili effetti indesiderati che il grado di compliance. Sono stati riscontrati effetti indesiderati conseguenti all'uso di farmaci psicoattivi, a causa di una maggiore sensibilità rispetto alla popolazione generale. In particolar modo, la categoria degli SSRI ha mostrato una buona efficacia in termini terapeutici e di sicurezza d'uso⁵³.

Interventi psicosociali

Oltre alla pianificazione di adeguate strategie di trattamento, appare comunque indispensabile fornire prima di tutto un consistente supporto psicosociale, sia direttamente alle persone ad alto rischio, cioè con ideazione suicidaria o che hanno già effettuato tentativi di suicidio, che ai loro familiari e alle altre persone vicine coinvolte. La prevenzione primaria e quella secondaria sono quindi strettamente connesse e reciprocamente interagenti.

Non tutte le persone con disabilità vivono in famiglia, ad ogni modo tutti coloro che se ne occupano dovrebbero pensare a come fornire supporto e riuscire a riconoscere i segnali premonitori quando non vengono manifestati comportamenti evidenti

di suicidio. Le principali aree di intervento dovrebbero essere: migliorare il supporto familiare, ridurre lo stress, incrementare le opportunità sociali e le attività quotidiane.

Sono indispensabili programmi psicoeducativi che prendano in carico al contempo la persona e la famiglia, per l'avvicinamento graduale e la valorizzazione di comportamenti positivi sostitutivi e di opportunità alternative.

È importante anche il monitoraggio nel tempo delle problematiche psicologiche connesse all'avanzare dell'età, all'invecchiamento e alla qualità della vita.

Generalmente, tra le persone con disabilità intellettiva vi è una significativa variabilità, in relazione ad un'interazione di ordine multifattoriale, tra esse però si manifesta con una certa frequenza una scarsa autostima, un'immagine negativa di sé, una ridotta capacità di tollerare le frustrazioni, un vissuto di inadeguatezza e di solitudine, spesso all'origine e al contempo conseguenti a ripetuti insuccessi nelle prestazioni, a fallimenti relazionali, determinati soprattutto da richieste ambientali troppo spesso eccessive rispetto alle effettive capacità possedute, da isolamento e da stigma sociale. Inoltre, la rigidità che caratterizza il funzionamento cognitivo e di personalità delle persone con ritardo mentale, può rappresentare un ostacolo sia per la riduzione dell'ideazione pessimistica e suicidaria che per le più globali possibilità di modificazione dei comportamenti.

In generale, nell'ambito dei piani di intervento appare prioritario promuovere innanzitutto la realizzazione di un più positivo contesto di vita e l'attivazione delle risorse personali e ambientali. È auspicabile la pianificazione di percorsi alternativi educativi volti a rafforzare l'autostima, l'immagine di sé, l'identità sociale positiva, a promuovere le reti amicali, una migliore gestione del tempo libero, anche la costruzione di nuovi, più positivi, possibili modi di vivere, con la prospettiva di progetti di vita alternativi.

Soprattutto nella disabilità intellettiva, l'intervento terapeutico deve tendere alla qualità di vita, cercando di valorizzare i vari ambiti di vita che, attraverso l'individuazione e la costruzione di un percorso, conducano ad un incremento di soddisfazione generale, soggettiva, rispetto alla vita⁵⁴. L'impatto della sintomatologia depressiva, soprattutto se grave e in comorbidità con altre patologie psichiatriche, investe globalmente la qualità di vi-

ta di queste persone, interferendo negativamente e ulteriormente su ambiti di funzionamento già compromessi; le implicazioni riguardano infatti prioritariamente gli ambiti di vita personale, familiare, sociale, economico-lavorativo.

Gli interventi psicosociali nelle persone con disabilità intellettiva e disturbi psichiatrici sono molto importanti per la promozione di un maggior benessere psicologico nei vari contesti di vita, ma la ricerca in questi ambiti dovrebbe essere ulteriormente sviluppata⁵⁵.

Un approccio integrato sia nella diagnosi che nel trattamento, attraverso una prospettiva multidimensionale che contempli anche il fattore dello sviluppo delle persone con disabilità intellettiva, oltre agli aspetti biopsicosociali, dovrebbe avere come obiettivo prioritario la centralità del raggiungimento del benessere mentale, piuttosto che il trattamento dei problemi comportamentali e psichiatrici⁵⁶.

Conclusioni

La grave sintomatologia depressiva, l'impulsività, la presenza di condotte autolesive, possono predisporre ai comportamenti suicidari, ma non ne rappresentano un predittore certo. La presenza di una grave ideazione suicidaria, congiunta a tentativi pregressi di suicidio, potrebbe essere considerata un fattore significativo di previsione a breve termine di condotte suicidarie. Ovviamente, in questi casi è opportuno consultare tempestivamente lo psichiatra per predisporre una diagnosi accurata e un piano mirato di interventi.

Le azioni prioritarie di intervento, attraverso un lavoro di rete, riguardano non soltanto l'accuratezza della diagnosi e del trattamento dei disturbi psichiatrici, soprattutto della depressione e dei sintomi maggiormente correlati al rischio di suicidio, ma anche la drastica limitazione della disponibilità e della facilità di accesso all'uso di mezzi suicidari fortemente letali (per esempio, corde, armi da taglio e da fuoco, gas, sostanze tossiche, alcool, farmaci), questi ultimi infatti non dovrebbero essere reperibili nel contesto di vita delle persone con disabilità intellettiva. A tal fine, nei casi in cui i farmaci da assumere siano autosomministrati e gestiti in autonomia, è opportuno, in un'ottica di prevenzione, che vengano prescritti soltanto quelli che, se assunti in overdose volontaria, non diventino letali. La non facile previsione degli atti letali

comporta, quando essi poi si verificano, un forte impatto emotivo soprattutto nei familiari, che molto spesso si sentono improvvisamente sorpresi, e al contempo in colpa, per non aver saputo riconoscere la eventuale presenza di segnali premonitori. A volte, nella gestione del rischio di suicidio, le rappresentazioni mentali, le informazioni, i vissuti emotivi, le fantasie, le credenze, le aspettative, dei familiari si configurano come variabili che possono attivare modalità reattive, come la negazione del rischio stesso.

Un'altra variabile da prendere in considerazione nelle persone con disabilità intellettiva è la possibilità di imitazione del suicidio, infatti l'esposizione a comportamenti suicidari, attraverso i mass media o episodi accaduti a familiari, amici, conoscenti, potrebbe attivare il rischio di fenomeni di emulazione, di "contagio". Tutto ciò potrebbe rappresentare anche il tentativo estremo di compiere un gesto dimostrativo al fine di richiamare l'attenzione su di sé oppure una modalità reattiva disfunzionale ad un soggettivo vissuto abbandonico, attraverso un'alterata e limitata sottostante concezione della morte, spesso vissuta come fenomeno reversibile. Probabilmente, anche l'osservazione, l'esperienza diretta della morte naturale di un familiare o di un amico potrebbe generare comportamenti imitativi a rischio, di "riproduzione della morte su di sé", poiché molto spesso queste persone hanno un pensiero caratterizzato prevalentemente da modalità imitative oppure da marcata concretezza, cioè da strumenti inadeguati e limitati di elaborazione cognitiva ed emotiva delle informazioni. Molto frequentemente, infatti, nella disabilità intellettiva vi è la compromissione delle capacità di introspezione, di riconoscimento, di autoregolazione e di gestione degli stati emotivi e dei sentimenti. Quindi i mass media hanno un ruolo molto importante nel favorire la diffusione di informazioni corrette, nel cercare di prevenire fenomeni di imitazione, potendo, di conseguenza, contribuire anche alla riduzione del fenomeno dello stigma legato al suicidio.

La compresenza di disabilità e del comportamento suicidario nella stessa persona, può essere all'origine di un doppio stigma. Quest'ultimo, a sua volta, può essere fonte di ulteriore isolamento, di ostilità, di rifiuto, e pertanto può non rappresentare un fattore facilitante il supporto e l'inserimento sociale. Si potrebbe ipotizzare che in alcune situazioni, proprio la condizione di stigma che con-

nota negativamente la persona con disabilità, può esporre quest'ultima ad un rischio più elevato di suicidio, come unica soluzione possibile per risolvere lo stigma stesso.

Anche le famiglie di queste persone sono frequentemente oggetto di stigma, poiché considerate disfunzionali, inadeguate, deboli, e tutto ciò può generare in esse un senso di vergogna, che attiva negazioni, difese, rispetto al bisogno di chiedere aiuto e sostegno, proprio nelle fasi più precoci di rischio suicidario. La famiglia ha un ruolo prioritario nella prevenzione e nella riduzione del comportamento suicidario, per gli interventi informativi, psicoeducativi e supportivi.

In conclusione, in futuro gli ambiti della ricerca sulla tematica del suicidio nella disabilità intellettiva dovrebbero maggiormente focalizzarsi, attraverso un approccio multidimensionale e integrato, prima di tutto sullo studio della complessa questione diagnostica. Inoltre, alla luce delle trasformazioni sia culturali che nelle relazioni interpersonali della società attuale e nelle conoscenze di ordine neurobiologico, dovrebbero essere ulteriormente approfonditi gli ambiti della prevenzione e riduzione dei comportamenti suicidari, delle risorse disponibili, dell'individualizzazione e dei benefici degli esiti dei trattamenti.

Bibliografia

- ¹ Bouras N, Drummond C. *Behaviour and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community*. J Intellect Disabil Res 1992;36:349-57.
- ² Borthwick-Duffy SA. *Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation*. J Consult Clin Psychol 1994;62:17-27.
- ³ Moss S. Assessment: conceptual issues. In: Bouras N, editor. *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge: Cambridge University Press 1999.
- ⁴ Deb S, Thomas M, Bright C. *Mental disorder in adults with intellectual disability: 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years*. J Intellect Disabil Res 2001;45:495-505.
- ⁵ Bertelli M, La Malfa G, Castellani A, Albertini G; SIRM Società Italiana per lo Studio del Ritardo Mentale. *Linee guida per la diagnosi psichiatrica nel ritardo mentale*. Edizione italiana. Trento: Erickson 2003.
- ⁶ Holden B, Gitlesen JP. *The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology*. J Intellect Disabil Res 2004;48:556-62.

- 7 Richards M, Maughan B, Hardy R, Hall I, Strydom A, Wadsworth M. *Long-term affective disorder in people with mild learning disability*. Br J Psychiatry 2001;179:523-7.
- 8 Campbell MD, Malone RP. *Mental retardation and psychiatric disorders*. Hosp Community Psychiatr 1991;42:374-9.
- 9 Costello H, Bouras N. *Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities*. Isr J Psychiatr Relat Sci 2006;43:241-51.
- 10 La Malfa GP, Notarelli A, Hardoy MC, Bertelli M, Cabras PL. *Psychopathology and mental retardation: an italian epidemiological study using the PIMRA*. Res Dev Disabil 1997;3:179-84.
- 11 Prosser H, Moss S, Costello H, Simpson N, Patel P, Rowe S. *Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability*. J Intellect Disabil Res 1998;42:264-72.
- 12 Charlot L, Deutsch C, Hunt A, Fletcher K, McIlvane W. *Validation of the mood and anxiety semi-structured (MASS) interview for patients with intellectual disabilities*. J Intellect Disabil Res 2007;51:821-34.
- 13 Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICF/Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson 2002.
- 14 King BH, De Antonio C, McCracken JT, Forness SR, Ackerland V. *Psychiatric consultation in severe and profound mental retardation*. Am J Psychiatry 1994;151:1802-8.
- 15 Hurley AD, Folstein M, Lam N. *Patients with and without intellectual disability seeking outpatient psychiatric services: Diagnoses and prescribing pattern*. J Intellect Disabil Res 2003;47:39-50.
- 16 Davis JP, Judd FK, Hermann H. *Depression in adults with intellectual disability. Part 1: a review*. Aust New Zeal J Psychiatr 1997;31:232-42.
- 17 Kazdin AE, Matson JL, Senatore V. *Assessment of depression in mentally retarded adults*. Am J Psychiatry 1983;140:1040-3.
- 18 Stavrakaki C. *Depression, anxiety and adjustment disorders in people with developmental disabilities*. In: Bouras N, editor. *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge: Cambridge University Press 1999.
- 19 Stavrakaki C, Lunskey Y. *Depression, anxiety and adjustment disorders in people with intellectual disabilities*. In: Bouras N, Holt G, editor. *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press 2007.
- 20 Smiley E, Cooper SA. *Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD)*. J Intellect Disabil Res 2003;47:62-71.
- 21 Matson JL, Rush KS, Hamilton M, Anderson SJ, Bamburg JW, Baglio CS. *Characteristics of depression as assessed by the diagnostic assessment for the severely handicapped-II (DASH-II)*. Res Dev Disabil 1999;20:305-13.
- 22 McBrien JA. *Assessment and diagnosis of depression in people with intellectual disability*. J Intellect Disabil Res 2003;47:1-13.
- 23 Janowsky DS, Davis JM. *Diagnosis and treatment of depression in patients with mental retardation*. Curr Psychiatr Rep 2005;7:421-8.
- 24 Meins W. *Symptoms of major depression in mentally retarded adults*. J Intellect Disabil Res 1995;39:41-5.
- 25 Marston GM, Perry DW, Roy A. *Manifestations of depression in people with intellectual disability*. J Intellect Disabil Res 1997;41:476-80.
- 26 Sovner R, Hurley AD. *Do the mentally retarded suffer from affective illness?* Arch Gen Psychiatry 1983;40:61-7.
- 27 Hurley AD. *Depression in adults with intellectual disability: symptoms and challenging behaviour*. J Intellect Disabil Res 2008;52:905-16.
- 28 Tsiouris JA, Mann R, Patti PJ, Sturmey P. *Challenging behaviours should not be considered as depressive equivalents in individuals with intellectual disability*. J Intellect Disabil Res 2003;47:14-21.
- 29 Lunskey Y. *Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role?* J Intellect Disabil Res 2003;47:417-27.
- 30 Lunskey Y, Palucka AM. *Depression in intellectual disability*. Curr Opin Psychiatr 2004;17:359-63.
- 31 Dagnan D, Sandhu S. *Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability*. J Intellect Disabil Res 1999;43:372-9.
- 32 McGillivray JA, McCabe MP. *Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability*. Res Dev Disabil 2007;28:59-70.
- 33 Esbensen AJ, Benson BA. *A prospective analysis of life events, problem behaviours and depression in adults with intellectual disability*. J Intellect Disabil Res 2006;50:248-58.
- 34 Jahoda A, Dagnan D, Jarvie P, Kerr W. *Depression, social context and cognitive behavioural therapy for people who have intellectual disabilities*. J Appl Res Intellect Disabil 2006;19:81-9.
- 35 Hartley SL, Lickel AH, MacLean WE Jr. *Reassurance seeking and depression in adults with*

- mild intellectual disability*. J Intellect Disabil Res 2008;52:917-29.
- ³⁶ MacMahon P, Jahoda A. *Social comparison and depression: people with mild and moderate intellectual disabilities*. Am J Ment Retard 2008;113:307-18.
- ³⁷ Gabbard GO. *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.
- ³⁸ Walters RM. *Suicidal behaviour in severely mentally handicapped patients*. Br J Psychiatry 1990;157:444-6.
- ³⁹ Vitello B, Behar D. *Mental retardation and psychiatric illness*. Hosp Community Psychiatr 1992;43:494-9.
- ⁴⁰ Hurley AD. *Mood disorders in intellectual disability*. Curr Opin Psychiatr 2006;19:465-9.
- ⁴¹ Merrick J, Merrick E, Lunskey Y, Kandel I. *Suicide behavior in persons with intellectual disability*. ScientificWorldJournal 2005;5:729-35.
- ⁴² Merrick J, Merrick E, Lunskey Y, Kandel I. *A review of suicidality in persons with intellectual disability*. Isr J Psychiatr Relat Sci 2006;43:258-64.
- ⁴³ Hurley AD. *Two cases of suicide attempt by patients with Down's syndrome*. Psychiatr Serv 1998;49:1618-9.
- ⁴⁴ Patja K, Iivanainen M, Raitasuo S, Lonnqvist J. *Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study*. Acta Psychiatr Scand 2001;103:307-11.
- ⁴⁵ Lunskey Y. *Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation*. Res Dev Disabil 2004;25:231-43.
- ⁴⁶ Patja K. *Suicide cases in a population-based cohort of persons with intellectual disability in a 35-year follow-up*. Ment Health Aspects Dev Disabil 2004;7:117-23.
- ⁴⁷ Hurley AD. *Potentially lethal suicide attempts in persons with developmental disabilities: Review and three new case reports*. Ment Health Aspects Dev Disabil 2002;5:90-5.
- ⁴⁸ Benson BA, Laman DS. *Suicidal tendencies of mentally retarded adults in community settings*. Aust New Zeal J Dev Disabil 1988;14:49-54.
- ⁴⁹ Stavrakaki C, Klein J. *Psychotherapies with the mentally retarded*. Psychiatr Clin North Am 1986;9:733-43.
- ⁵⁰ Hurley AD. *Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research*. Res Dev Disabil 1989;10:261-75.
- ⁵¹ Lindsay WR, Howells L, Pitcaithly D. *Cognitive therapy for depression with individuals with intellectual disabilities*. Br J Med Psychol 1993;66:135-41.
- ⁵² Deb S, Weston SN. *Psychiatric illness and mental retardation*. Curr Opin Psychiatr 2000;13:497-505.
- ⁵³ Aguglia E, Albertini G, Apazzi G, Barale F, Brugnoli R, Carrà G, et al., a cura di. *Uso di farmaci antidepressivi e anti ansia nella persona con disabilità intellettiva. Consensus conference nazionale della Società Italiana per lo studio del Ritardo Mentale (SIRM), Firenze, 2004*. Giorn Ital Psicopat 2005;11:258-71.
- ⁵⁴ Bertelli B, Brown I. *Quality of life for people with intellectual disability*. Curr Opin Psychiatr 2006;19:508-13.
- ⁵⁵ Dagnan D. *Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental ill-health*. Curr Opin Psychiatr 2007;20:456-60.
- ⁵⁶ Dosen A. *Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems*. J Intellect Disabil Res 2007;51:66-74.