

Il rischio suicidario

Agorà penitenziaria 2019

Il Carcere è territorio

Dott Gabriele Colombini

Medico Psichiatra, consulente ASST santi Paolo e Carlo -
Milano

Considerazioni generali

Il rischio:

- Prevedibilità/probabilità
- Azzardo
- Imprevedibilità/fatalità

Tendenza a delegare allo specialista di salute mentale la valutazione di un fenomeno che non è esclusivamente clinico

Clinica del suicidio (Pompili, phenomenology of suicide)

- 90% dei suicidi avviene in stato mentale alterato/mental illness
- Il suicidio è espressione di uno stato mentale di dolore psichico estremo
- Il modello più accreditato è quello della diatesi da stress.
- Legame con autolesionismo?
- Parlare del suicidio ne riduce l'occorrenza (narrativa suicidaria)

I consider suicide to be the result of fractures—with oneself, with other people, with nature, and with the opportunity to experience feelings of well-being and to appreciate that which surrounds us. Common human satisfactions derived from feeling alive and experiencing positive excitement, as in the case of watching breathtaking landscapes or joyful events, may sometimes be denied to people, and the individuals stand as spectators, longing to heal the fracture that impairs full appreciation of themselves and the world. Such experience is not necessarily related to a psychiatric disorder such as depression, but rather it is a separate, peculiar dimension that, often momentarily, overwhelms the individual. One can be profoundly depressed or psychotic but seeking treatment and hoping to get better, never thinking of ending one's life (Pompili 2008, 2009).

- Disperazione intensa/dolore psichico/ worst ever psychache
- mancanza di speranza (hopelessness) – più importante della depressione -vergogna, colpa, noia, disforia, inedia
- Importanza del futuro più che dell'istante presente
- Il suicidio si verifica quando l'individuo vede ridotte le possibilità di via d'uscita dalla sofferenza; è spesso il risultato di un dialogo mentale prolungato che vaglia varie opzioni
- La risoluzione del dolore risolve la crisi suicidaria

Suicide as a symptom?

Suicide as a syndrome?

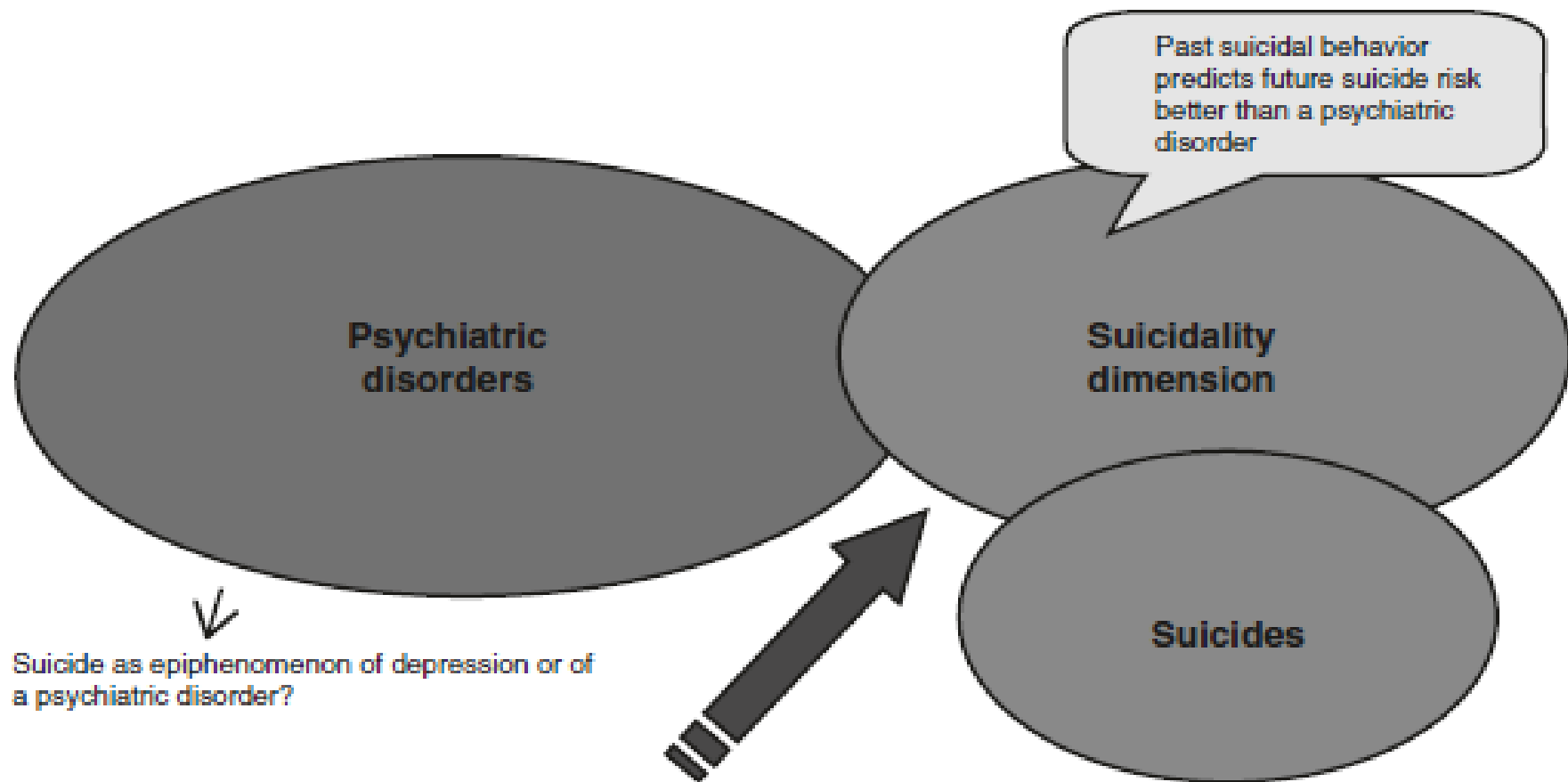


Fig. 2.1 Suicide is better understood as the result of variables traceable in the suicidality dimension. Such dimension generally includes heightened inimicality (acting against the individual's best interest), exacerbation of perturbation (refers to how disturbed the individual is), increased constriction of intellectual focus and tunneling or narrowing of the mind's content (dichotomous thinking), and the idea of cessation, the insight that it is possible to stop consciousness and put an end to suffering

Marzano L, Hawton, Rivlin A et al
Suicide in prisons: an international study of
prevalence and contributory factors

Crisis (2016) 323-334

Prevention of suicidal behaviour in prison

Analisi di 8 studi incentrati su mancati suicidi e fattori specifici:

- historical factors
- prison-related
- clinical factors (psychiatric morbidity and comorbidity, trauma, social isolation, bullying)

Nella maggior parte dei casi c'era un intento suicidario elevato, messo in atto quando la persona si trovava da sola in cella.

Metodo: impiccagione/strangolamento

Fattori associati ai near-lethal attempts

Età tra i 35-53 anni, single, eterosessuale, white.

Historical factors: storia di self-harm e di tentativi di suicidio; storia di presa in carico psichiatrica. Storia familiare di suicidio.

Prison-related factors: esperienza negativa della carcerazione

Clinical and psychosocial factors: problemi mentali (depressione, psicosi, ansia, PTSD, droga). Comorbidità aumenta il rischio; self report of aggressioni, impulsività, ostilità, trauma infantile, mancanza di speranza, basso livello di supporto, bassa autostima.

Nell'esperienza dei detenuti

- Prison-related difficulties, past trauma, mental health issues, relationship problems (feeling of loss and rejection, bullying)

es: “I believe that it was my girlfriend leaving me, that was the last straw that did it”

“I was feeling upset because i were hearing voices that were telling me to hurt myself at the end of the day I could not say no to them”.

Nell'esperienza dei detenuti

In molti casi concomitanza di più eventi avversi

“I'd lost my job. I split up with the missus. I had just been run over and beat up by the police. I was back in jail and I made a promise that I would never come back. Missing my baby and that. Just everything all at once” (prisoner quoted in Rivlin et al. 2011, p.311)

Nell'esperienza dei detenuti

- IMPORTANTE

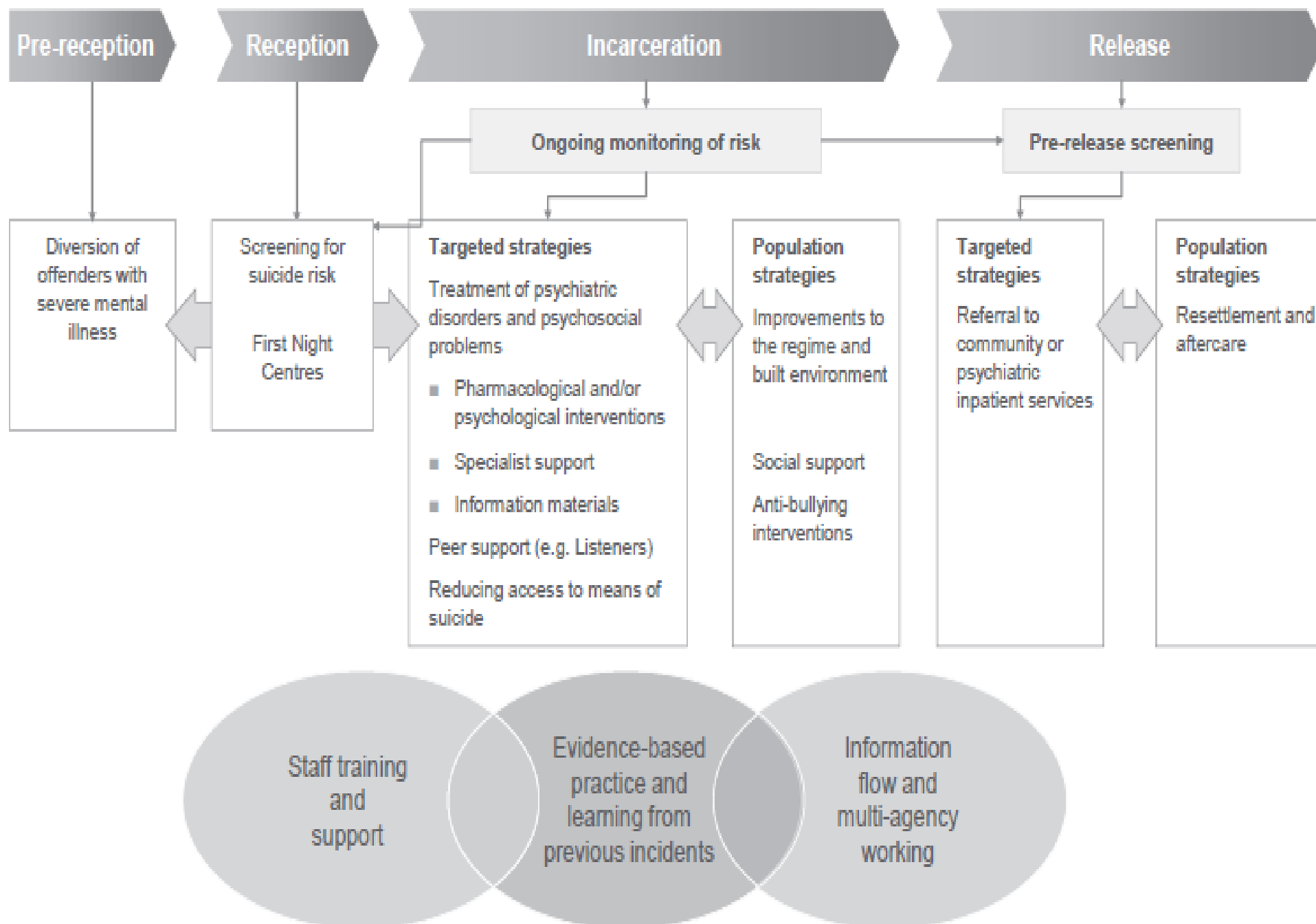
circa la metà dei partecipanti (maschi e femmine) ha riferito che i TS potevano essere prevenuti (Marzano, Fazel, et al. 2011; Rivlin et al, 2011)

suggerimenti: poter parlare con qualcuno sia nel contesto informale dei peer sia con supporto dello staff e come parte di un intervento di counselling.

Nell'esperienza dei detenuti

“Some counselling. Someone to get into my head, try to talk to me, try and get round why i am doing these stupid things, try and help get myself sorted out, get me back to the person I was 3 years ago” (prisoner quoted in Rivlin et al., 2011 p.320)

inoltre: miglioramento del regime carcerario (general prison regime: more time out of cell, sharing a cell with another prisoner); formazione e supporto dello staff; aiuto specialistico per pz con traumi e disturbi psichici; migliore accesso ai farmaci; miglior supporto dopo eventi stressanti



Pre-reception screening and diversion of mentally disordered offenders

- Indagare il rischio suicidario quanto prima
- Diversion from custody of offenders with severe mental illness to alternatives such as secure hospitals, community sentences or treatment orders.
- Evidenti difficoltà tra Carcere/servizi DSM/Rems

Screening all'ingresso

Il suicidio è più comune nelle prime fasi detentive.
Prime 48 ore, prime due settimane, primi 4 mesi
(Oxford textbook Correctional Psychiatry).

L'efficacia dello screening è dubbia. Ci sono molti falsi positivi e falsi negativi.

- Oxford studies: solo il 24% dei suicidi mancati è avvenuto in soggetti con a “risk management document”.... forse ci sono delle falle nel sistema di screening?? rischio di falsi positivi.

Screening all'ingresso

Useful screening items for male prisoners: current suicidal ideation? **Hopelessness**? Psychiatric disorders? History of psychiatric treatment, previous self harm, previous attempted suicide, family history of suicide, poor social support, recent homelessness, precedenti carcerazioni, local authority care before 16.

Screening all'ingresso

Female prisoners: remand status (awaiting trial or sentencing); being in custody for violent offence, current suicidal ideation, **hopelessness**, psychiatric disorders, previous self-harm or attempted suicide, history of psychiatric treatment, family history of suicide, poor social support, having experience the death of a partner or child.

Ripetere la valutazione del rischio dopo il primo mese di detenzione? (circa 3/4 dei tentativi dopo un mese).

- Reassessment se cambiano le conduzioni legali, ubicazione, eventi di vita significativi.

Durante la detenzione

Trattamento precoce di depressione, PTSD
interventi per ridurre hopelessness, and impulsive
behaviours.

Comorbidità di disturbi psichiatrici: la comorbidità
aumenta il rischio suicidario (anche fuori dal
carcere).... lavoro multiprofessionale, continuità
di cura (“throughcare”), legami con la comunità
(durante e dopo la carcerazione)
comunicazione tra membri dello staff.

Interventi ambientali e sul regime carcerario

- Bullismo
- Isolamento sociale
- Fenomeni di clustering dei prigionieri autolesionisti
- Attività finalizzate e indirizzate a uno scopo, supporto sociale significativo, interazioni, interventi contro bullismo, “prison's “moral performance”.

es: no stanze singole, accesso a “buddies, insiders, listeners”. Linee telefoniche di aiuto, facilitare contatti con familiari, creazione di centri per le prime notti (nuovi giunti), unità specializzate per il trattamento.

conclusioni

I fattori associati con i mancati suicidi includono un spettro di fattori potenzialmente modificabili di carattere clinico, psicosociale ed ambientale.

“Thus suicide prevention initiatives need to draw on multidisciplinary approaches that address all parts of the criminal justice system and address individual and system-level risk factors”.

“The need for national strategies to address the problem of prison suicide”

Barker et al, 2104: possibile intervenire e ridurre il rischio.

- Fattori di rischio multipli e che interagiscono tra loro: no single intervention is likely to be effective on its own.
- Due aree di intervento: 1) trattare i disturbi psichiatrici e i problemi psicosociali 2) cambiamenti carcerari e di regime carcerario

Senza **investimenti** in interventi di supporto, servizi di ascolto, trattamento del PTSD, e altri investimenti, staff training e altre iniziative improbabile che si possa ridurre ulteriormente il rischio suicidario.

Rischio suicidario e territorio

Da dentro a fuori:

- Rapporto con SPDC e facilità di ricovero
- Criteri clinici per la necessità di cure extra-carcerarie
- Incompatibilità per ragioni psichiatriche
- Possibilità di contatti con il mondo esterno (es: telefonate)
- Mantenimento di contatti con AG e sistema giustizia
- Contatti con i CPS

Rischio e territorio

Da fuori a dentro:

- Visite con i familiari in situazioni di crisi?
- Comunicazioni importanti, come e quando?
- Contatti dai CPS
- Formazione di medici generali e specialisti?

Grazie per l'attenzione!