

EDITORIALS

Suicide prevention strategies and mental disorders

EDITORIALI

Strategie di prevenzione del suicidio e disturbi mentali

CORRADO BARBUI, Guest Editor
and MICHELE TANSELLA, Editor

Suicide is a serious and complex phenomenon that has attracted the attention of philosophers, theologians, physicians, sociologists and artists over the centuries. Despite of this wide interest, its prevention and control represent difficult and ambitious goals that are still far from being achieved. In the present issue of *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* three Editorials discuss the possibility of implementing pharmacological and non-pharmacological intervention strategies that may have a positive impact on the risk of suicide.

Some bare facts can clearly be distilled from these contributions. First, the burden of suicide is substantial. According to WHO estimates, suicide is among the top 10 causes of death in every country, and one of the three leading causes of death in the 15 to 35-year age group (World Health Organization, 2000). The psychological and social impact of suicide on the family and society is immeasurable. On average, single suicide intimately affects at least six other people. If a suicide occurs in a school or workplace it has an impact on hundreds of people. Second, there is a strong relationship between suicide and mental disorders. Studies from both developing and developed countries have consistently shown an overall prevalence of mental disorders of around 80% in cases of completed suicide. Third, the relevance of suicide as an outcome is not confined to a specific mental disorder or to a minority of clinical entities, but it cross-sectionally encompasses a wide range of conditions: the lifetime risk of suicide in people with mood disorders has been estimated at 6-15%; in alcoholism, 7-15%; and in schizophrenia, 4-10%. In patients with personality disorders the risk of suicide has been shown to be comparable to the risk of suicide in affective disorders but, regrettably, it is often underestimated because it may be masked by the presence of one or more of a range of low lethality self-destructive behaviours. The fourth bare fact is possibly the most disappointing one: despite the beneficial effect that some pharmacological and non-pharmacological interventions may have only a few clinical trials have

Nel corso dei secoli la complessità del fenomeno del suicidio ha costantemente attratto l'attenzione di filosofi, teologi, medici, sociologi e artisti. Nonostante questo interesse universale, la possibilità di controllare e prevenire tale fenomeno continua ad essere un obiettivo ambizioso e difficile, ancora molto lontano dall'essere raggiunto. Nel presente numero di *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, tre editoriali discutono la possibilità di attuare interventi farmacologici e non farmacologici che possano avere un impatto positivo sul rischio di suicidio.

I tre contributi indicano con chiarezza alcuni aspetti centrali. Primo, il *burden* associato al suicidio è immenso. Secondo alcune stime dell'OMS, il suicidio è tra le prime 10 cause di morte in ogni Paese, e una delle prime tre cause di morte nella popolazione tra i 15 e 35 anni (World Health Organization, 2000). Il suicidio ha, inoltre, smisurate implicazioni psicologiche e sociali. Si stima che, in media, ogni evento abbia delle ripercussioni su almeno sei persone. Se poi esso avviene in ambito lavorativo o scolastico, le ripercussioni possono coinvolgere centinaia di persone. Secondo, c'è una forte relazione tra suicidio e malattia mentale. Vi sono evidenze raccolte sia in Paesi in via di sviluppo che in Paesi sviluppati che indicano una prevalenza di problemi psichici dell'80% nelle casistiche di suicidi portati a compimento. Terzo, la rilevanza del suicidio in quanto indicatore di esito negativo non è confinata ad una malattia mentale specifica o ad uno specifico gruppo di condizioni cliniche ma, al contrario, riguarda in modo trasversale un'ampia gamma di situazioni psicopatologiche: è stato stimato che il rischio *lifetime* sia del 6-15% nelle patologie affettive, del 7-15% nell'alcolismo, del 4-10% nella schizofrenia. Nei pazienti con disturbi di personalità, il rischio è comparabile a quello presente nelle patologie affettive, anche se è spesso sottostimato in quanto mascherato da condotte e da comportamenti auto-lesivi, auto-mutilanti e auto-distruttivi. Il quarto aspetto, essenziale, che emerge dai contributi, è forse il più disturbante: nonostante alcuni inter-

been conducted so far with the primary aim of investigating the efficacy of suicide prevention strategies.

Further action is therefore needed, at least at two levels. At a patient-level we need more studies to investigate the beneficial and harmful effects of suicide prevention strategies, such as for example clinical trials of pharmacological and non-pharmacological treatments in individuals who have already attempted suicide or deliberately self-harmed. Clearly, it may be difficult to examine the effects of treatments on rates of completed suicide, considering that completed suicide is a rare outcome. However, interventions following non-fatal suicidal behaviour are more amenable to evaluation. This is directly relevant to suicide prevention, because the risk of suicide following deliberate self-harm (DSH) is considerable. In the United Kingdom it has been shown that at least 1% of patients referred to general hospitals for DSH die by suicide within a year of an episode of DSH, and 3-5% within 5-10 years (Hawton & Fagg, 1988). Rates of suicide following DSH may even be considerably higher in some other countries where the DSH population has an older age profile and includes more patients with major psychiatric disorders (Rygnestad, 1997). It has been calculated that 600 people would be needed in a standard "two arm" trial in order to have an 80% chance of demonstrating a clinically significant reduction from 15% to 10% in the level of repetition of self-harm (Crawford & Kumar, 2007). Therefore, clinical trials with only "hundreds of patients" may generate invaluable data to guide physicians in taking therapeutic decisions in this difficult-to-treat patient population.

In addition to clinical trials powered enough to generate unambiguous findings, further study and action is needed at a population-level (Tansella, 2007). It should never be forgotten that suicide always occurs in the context of a given society, and there are socio-demographic factors that are associated with it. Among the others, factors that have been shown to be somewhat linked with the risk of suicide include: sex (more males commit suicide than females, with the exception of some countries), age (the elderly and the younger age groups are at increased risk), marital status (divorced, widowed and single people are at increased risk), unemployment (possibly a proxy indicator of poverty, social deprivation, domestic difficulties and hopelessness), urban/rural residence (it has been shown that in some countries suicides are more frequent in urban areas, whereas in others they occur more frequently in rural areas), availability of means. In some countries, cultural and religious factors may additionally play a role. Public health programmes may therefore be developed and studied and, if cost-effective, implemented in order to protect the mental health of vulnerable groups, contrast the societal factors that may negatively affect the risk of suicide, decrease the availability of dangerous

venti farmacologici e non farmacologici abbiano dimostrato una qualche efficacia preventiva, ad oggi solo uno sparuto numero di sperimentazioni sono state condotte con l'obiettivo primario di studiare l'efficacia di misure atte a ridurre i tassi di suicidio.

Vi è dunque bisogno di ulteriori azioni, a due livelli per lo meno. Ad un primo livello, individuale, abbiamo bisogno di aumentare il numero di studi che si occupino di stabilire gli effetti benefici e dannosi di interventi mirati a ridurre i tassi di suicidio, per esempio, in soggetti che in passato hanno commesso tentativi di suicidio o gesti autolesivi. Chiaramente, potrebbe essere molto difficile utilizzare i suicidi completati come indicatore di esito, in quanto si tratta di eventi rari. Tuttavia, è possibile studiare l'effetto di interventi preventivi, non tanto sui suicidi compiuti, quanto piuttosto sui gesti autolesivi. Questo indicatore è ugualmente rilevante in quanto vi sono dati che suggeriscono che il rischio di suicidio completato in seguito a gesti autolesivi è considerevole e, quindi, strategie preventive nei confronti dei gesti autolesivi sarebbero preventive anche nei confronti dei suicidi compiuti. Nel Regno Unito è stato stimato che almeno l'1% dei pazienti visitati in ospedale in seguito a gesto autolesivo muore per suicidio nei 12 mesi successivi e il 3-5% muore nei 5-10 anni successivi (Hawton & Fagg, 1988). È, inoltre, possibile che i tassi di suicidio in seguito a gesti autolesivi possano essere anche maggiori in Paesi dove la popolazione che commette tali gesti ha un'età media più avanzata o una maggiore prevalenza di malattie mentali (Rygnestad, 1997). Utilizzando questo indicatore di esito, è stato stimato che 600 pazienti sarebbero sufficienti, in una sperimentazione a due rami paralleli, per avere un potere dell'80% di identificare una diminuzione dal 15% al 10% nel rischio di gesti autolesivi (Crawford & Kumar, 2007). È quindi davvero possibile, arruolando alcune centinaia di pazienti solamente, generare informazioni utili per la gestione e il trattamento del rischio di suicidio.

In aggiunta a studi sperimentali condotti con la potenza statistica necessaria per produrre informazioni rilevanti, ulteriori sforzi conoscitivi e applicativi sono necessari ad un livello di popolazione (Tansella, 2007). Non dovrebbe essere dimenticato, infatti, che il fenomeno del suicidio si esprime sempre all'interno di un determinato contesto di vita e che vi sono variabili socio-demografiche ad esso associate. Tra le altre, le seguenti variabili sono state identificate come particolarmente rilevanti: sesso (i suicidi sono più frequenti nei maschi, con l'eccezione di alcuni Paesi); stato civile (le persone divorziate, vedove e sole sono a maggiore rischio); disoccupazione (indicatore di povertà, deprivazione sociale, difficoltà familiari, mancanza di fiducia nel futuro); contesto urbano/rurale (in alcuni Paesi i suicidi sono più frequenti in

means (Drukker *et al.*, 2007). For example, a recent initiative was developed by WHO in Asian countries to enhance the commitment to the prevention of suicide and to implement effective strategies to reduce the burden, both in terms of mortality and morbidity, related to suicidal behaviours (World Health Organization, 2008). The initiative covered the following dimensions: increasing public awareness of the burden of mental disorders; improving media coverage, including guidelines for reporting on suicide in print media; reducing access to lethal means, particularly in circumstances where the suicide method in question is responsible for a high proportion of overall suicides; support for survivors; expansion of mental health services. Although similar initiatives have the potential to become a model in low and middle-income countries with weak death registry systems and limited mental health services and resources, it may be possible to adapt their core features to have an impact in high-income settings where more organized mental health facilities and resources are available, but still high suicide death rates are annually recorded.

While it is clear that at the patient-level mental health professionals, who have the duty of providing psychiatric care to individual patients, should take increasing responsibility for carrying out pragmatic clinical trials, without totally delegating this responsibility to drug companies (whose priorities seldom overlap with those of individuals), it remains unclear who should develop, study and implement suicide prevention programmes at the population-level. The key question, at this level, is: who is going to take responsibility for translating into practice the public health need of contrasting social deprivation, domestic difficulties, unemployment, poverty and hopelessness, as part of a strategic plan developed to protect the mental well-being of the populations?

REFERENCES

- Crawford M.J. & Kumar P. (2007). Intervention following deliberate self-harm: enough evidence to act? *Evidence Based Mental Health* 10, 37-39.
- Drukker M., Gunther N. & van Os J. (2007). Disentangling associations between poverty and various levels of aggregation and mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 3-9.
- Hawton K. & Fagg J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry* 152, 359-366.
- Rygnestad T. (1997). Mortality after deliberate self-poisoning. A prospective follow-up study of 587 persons observed for 5279 person years: risk factors and causes of death. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32, 443-450.
- Tansella M. (2007). Does socio-economic status influence the use of mental health services? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 1-2.
- World Health Organization (2000). *Preventing Suicide. A Resource for General Physicians*. WHO: Geneva.
- World Health Organization (2008). *Suicide and Suicide prevention in Asia*. WHO: Geneva.

ambiente urbano, mentre in altri Paesi sono più frequenti nelle aree rurali); disponibilità di mezzi potenzialmente dannosi. In alcuni Paesi, in aggiunta, variabili culturali e religiose svolgono un ruolo importante nel modulare il rischio di condotte pericolose (Drukker *et al.*, 2007). È quindi teoricamente possibile pensare a programmi di salute pubblica che stabiliscano la fattibilità, e la costo-efficacia, di strategie di popolazione che proteggano la salute mentale di gruppi di popolazione vulnerabili e a rischio, che contrastino i fattori sociali che impattano negativamente sui tassi di suicidio e che diminuiscano la pronta disponibilità di mezzi pericolosi. In Asia, per esempio, una recente iniziativa dell'OMS è stata lanciata per rafforzare le politiche di prevenzione del suicidio e per realizzare e rendere operative strategie di intervento che riducano il carico, sia in termini di mortalità che di morbilità, delle condotte a rischio (World Health Organization, 2008). L'iniziativa si articolava lungo le seguenti dimensioni: rafforzare la consapevolezza del carico che le malattie mentali hanno sulla popolazione; migliorare le modalità che i media hanno di trattare il tema del suicidio; ridurre la disponibilità di mezzi potenzialmente pericolosi; sviluppare strategie di supporto per coloro che compiono gesti autolesivi; migliorare la disponibilità e l'accessibilità dei servizi di salute mentale. Chiaramente, iniziative del genere sono destinate a divenire modelli di riferimento per interventi di popolazione nei Paesi in via di sviluppo, dove la disponibilità e l'affidabilità dei registri di mortalità è limitata e la capillarità dei servizi di salute mentale non è per nulla assicurata; tuttavia, potrebbe essere di grande importanza applicare i principi fondamentali di tali iniziative anche ai Paesi più ricchi dove, sebbene vi sia maggiore organizzazione nei servizi di salute mentale, il problema del suicidio rimane una priorità in termini di salute pubblica.

Mentre è chiaro che a livello individuale gli operatori della salute mentale, che hanno il mandato istituzionale di provvedere ai bisogni assistenziali dei pazienti con problemi psichici, dovrebbero assumere crescenti responsabilità nel condurre e nel prendere parte ad iniziative randomizzate pragmatiche, evitando di delegare totalmente questo compito all'industria farmaceutica (le cui priorità raramente si sovrappongono totalmente a quelle dei pazienti), non vi è chiarezza su chi dovrebbe sviluppare, testare e rendere operativi programmi di popolazione per la prevenzione del suicidio. A questo livello, la domanda chiave sembra essere la seguente: chi si assume il mandato istituzionale e la responsabilità di tradurre in azioni pratiche il compito di contrastare la deprivazione sociale, le difficoltà familiari, la disoccupazione, la povertà e i sentimenti di mancanza di fiducia nel futuro, come parte di un piano strategico sviluppato per proteggere il benessere psicologico e la salute mentale delle popolazioni?