

TEMPERAMENTO, PERSONALITÀ E DISPERAZIONE NELLA DETERMINAZIONE DEL RISCHIO DI SUICIDIO: UN'ANALISI ESPLORATIVA

Pompili M., Iliceto P., Rihmer Z., Akiskal H.S., Akiskal K.K., Innamorati M., Lester D., Puccinno M., Girardi P., Tatarelli R.

Riassunto

Il suicidio è un problema grave nella salute pubblica che è determinato da un gran numero di fattori. Nella letteratura è stato riportato che alcuni temperamenti e tratti di personalità sono spesso associati a comportamento suicidario.

In questo studio pilota, 60 pazienti psichiatrici ricoverati sono stati studiati tramite la somministrazione del TEMPS-A, del MMPI-2, della Beck Hopelessness Scale (BHS) e valutati per il rischio di suicidio con il modulo compreso nella Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Applicando apposita analisi statistica, compresa la regressione lineare e la regressione multipla abbiamo evidenziato che il rischio di suicidio contribuisce in modo significativo alla predizione della disperazione e che la depressione può incrementare tale valore predittivo. Da questo studio pilota è emerso che tra i tratti temperamentali solo l'assenza del tratto Ipertimico contribuisce significativamente nel predire la disperazione, mentre i tratti Distimico, Ciclotimico, Ansioso e Irritabile non sembrano avere un ruolo nella nostra analisi esplorativa. Quindi il temperamento ipertimico ed atteggiamenti ipocondriaci misurati con l'MMPI in questo studio si rivelano fattori protettivi per il rischio suicidario. Come ci si attendeva comportamento ed ideazione suicidari e disturbi depressivi sono risultati associati ad elevata disperazione, ma inaspettatamente in questo campione di pazienti i disturbi depressivi non sono risultati buoni predittori di comportamento ed ideazione suicidari.

Ulteriori studi sono necessari per meglio comprendere come le variabili incluse in questo studio ed implicate nella determinazione del rischio di suicidio possono essere utilizzate per strategie preventive.

Parole chiave:

Suicidio, Temperamento, Tratti di personalità.

Summary

Suicide is a serious public health problem. In the international literature there is evidence to support the notion that certain temperaments and personality traits are often associated with suicidal behavior. In this pilot study, 60 psychiatric inpatients were investigated using the TEMPS-A, the MMPI-2 and the Beck Hopelessness Scale (BHS) and evaluated for suicide risk through the critical items of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Statistical analysis, including linear regression analysis and multiple regression analysis, was used to show that suicide risk contributed to the prediction of hopelessness and that depression increased the predictive power. We also found that, among temperaments, only the absence of the Hyperthymic temperament contributed significantly to the prediction of hopelessness, while Dysthymic, Cyclothymic, Anxious and Irritable temperaments did not seem implicated in this preliminary analysis. Hence, Hyperthymic temperament and attention to physical processes and physical complaints measured by MMPI-2 in this study were protective factors for suicidal risk. Suicidal behaviour and ideation and depressive disorders were associated with higher hopelessness, but, unexpectedly, in our inpatient sample, depressive disorders were not good predictors for suicidal ideation and behaviour. Further studies are needed to better understand how the variables included in this study which are involved the determination of suicide risk may guide preventive strategies.

Key words:

Suicide, Temperament, Personality traits.

Per corrispondenza:

Maurizio Pompili, M.D., Ospedale Sant'Andrea, Dipartimento di Psichiatria, Via di Grottarossa 1035, 0189 Roma – Italy; Email: maurizio.pompili@uniroma1.it or mpompili@mclean.harvard.edu

Introduzione

Il suicidio è un grave problema nell'ambito della salute pubblica. Una percentuale variabile dal 10 al 18% dei soggetti adulti in varie parti del mondo riferisce ideazione suicidaria e il 3-5% ha fatto almeno un tentativo di suicidio nel corso della vita (Kessler et al., 1999; Weissman et al., 1999; Szádóczy et al., 2000; Pompili et al., 2007).

Più di due-terzi delle vittime del suicidio e di coloro che lo tentano hanno per lo più un disturbo depressivo non trattato nel momento del gesto (Coryell et al., 2005; Rihmer, 2007). Il rischio di suicidio nell'immediato in caso di depressione maggiore è molto alto soprattutto in presenza di *hopelessness*, sentimenti di colpa, e pochi motivi per vivere (Malone et al., 2000; Maser et al., 2002; Oquendo et al., 2004; Coryell et al., 2005; Valtonen et al., 2005); il rischio è poi alto in pazienti con episodi depressivi misti (Balázs et al., 2006; Rihmer, 2007). L'ideazione suicidaria sembra essere un precursore importante del tentativo di suicidio e del suicidio. I tentativi di suicidio sono il fattore di rischio più indicativo per il comportamento suicidario nel breve periodo (Coryell et al., 2005; Hawton et al., 2005; Rihmer, 2007).

Il suicidio è un problema molto serio nelle patologie psichiatriche con dati allarmanti nel disturbo bipolare (Pompili et al., 2006; Baldessarini et al., 2006) e nella schizofrenia (Pompili et al., 2007a). In particolare, oltre al ricorrere (ad esempio un nuovo episodio) di un dato disturbo dell'umore (Coryell et al., 2005; Hawton et al., 2005; Rihmer, 2007), stressors acuti di natura psicosociale (Soke-ro et al., 2005; Zouk et al., 2006; Rihmer, 2007) e caratteristiche di personalità compreso il temperamento (Maser et al., 2002; Akiskal et al., 2003; Oquendo et al., 2004; Kochman et al., 2005; Heisel et al., 2006) sembrano essere i predittori più importanti. È stato riportato che caratteristiche di personalità di tipo aggressivo/impulsivo (Maser et al., 2002; Oquendo et al., 2004; Mann et al., 2005; Zouk et al., 2006; Rihmer, 2007), elevato neuroticismo, scarsa apertura e deficit

nelle abilità di problem-solving (Malone et al., 2000; Heisel et al., 2006; Stankovic et al., 2006) aumentano sia il rischio del tentativo di suicidio che del suicidio. Sostenendo la visione di Kraepelin e Kretschmer, studi recenti sottolineano che specifici temperamenti (depressivo, ciclotimico, ipertimico, irritabile e ansiosi) sono sebbene allo stato embrionale (e in relazione a tratti di personalità) manifestazioni e frequenti precursori di disturbi depressivi maggiori e di disturbi bipolari (Akiskal, 1996; Akiskal et al., 1999; Kochman et al., 2005). Alcuni studi hanno dimostrato una forte relazione tra alcuni specifici temperamenti e comportamenti suicidari. Pazienti con disturbo bipolare II con temperamento ciclotimico e con tratti di evitamento sono stati descritti come coloro con la più alta predisposizione ad episodi disforici in disturbi depressivi maggiori e tentativi di suicidio impulsivi. Inoltre, confrontati con pazienti con disturbo bipolare II non-ciclotimici (n=120), i pazienti bipolari II (n=74) riportavano un numero significativamente maggiore di tentativi di suicidio (38% vs 49%). Durante un follow-up variabile da 2 a 4 anni 80 giovani pazienti ricoverati con episodio depressivo maggiore, temperamento ciclotimico di base, non solo ebbero un esordio di disturbo bipolare ma anche comportamento suicidario nell'ambito del follow-up. Tra questi giovani pazienti, l'81% con temperamento ciclotimico-ipersensibile ebbero almeno un episodio di ideazione suicidaria o un tentativo di suicidio contro il 36% dei soggetti senza questo temperamento (Kochman et al., 2005).

Rihmer et al. (2007) hanno studiato 150 tentatori di suicidio (121 dei quali avevano un episodio depressivo maggiore attuale) e 717 controlli sani. I risultati indicano che i tentatori di suicidio confrontati con i controlli hanno ottenuto punteggi più alti nei quattro dei cinque temperamenti, contenendo in varia misura componenti depressive (temperamento depressivo, ciclotimico, irritabile e ansioso). D'altra parte non è emersa nessuna differenza tra tentatori di suicidio e controllo per ciò che concerne il temperamento ipertimico. In questo studio abbiamo esaminato la

possibile interazione tra vari fattori predittori di rischio suicidario descritti nella letteratura citata sopra.

Materiali e Metodi

Partecipanti

Il campione include 60 pazienti psichiatrici ricoverati (24 uomini e 36 donne) presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma. L'età media dei pazienti è per gli uomini di 40.58 anni (DS = 15.31) e per le donne di 41.19 (DS = 13.06) (vedi tabella 1). Al momento dell'*assessment* iniziale i pazienti inclusi nel campione hanno avuto le diagnosi di: Disturbo Bipolare I nel 38% dei casi, Disturbo Bipolare II nel 32% dei casi, di Disturbo Depressivo Maggiore nel rimanente 30% dei casi.

I pazienti sono stati divisi in due gruppi: soggetti a rischio di suicidio (24 pazienti) e soggetti non a rischio di suicidio (36 pazienti) (il fatto che i pazienti a rischio di suicidio vs. pazienti non a rischio di suicidio siano numericamente identici ai maschi e alle femmine del campione è dovuto al caso).

I pazienti hanno accettato volontariamente di partecipare allo studio e hanno firmato il consenso informato. Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato Bio-etico.

Strumenti

I pazienti hanno completato la Mini International Neuropsychiatric Interview, nella versione italiana 5.0.0 (MINI; Lecrubier et al., 1997), la Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego nella versione autosomministrata (TEMPS-A; Akiskal et al., 2005), il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2° edizione (MMPI-2; Butcher, 1996) e la Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck et al., 1974).

MINI: è una breve intervista strutturata sviluppata in Francia e negli USA allo scopo di valutare 17 dei disturbi presenti nel DSM-III-R. Successivamente è stata sottoposta a nume-

rose ricerche di valutazione delle sue proprietà psicometriche (ad es., Amorim et al., 1998). Una scheda di questo strumento è rivolta alla valutazione del rischio di suicidio, con domande riguardanti i comportamenti suicidari passati e attuali. Considerando la sezione che valuta i comportamenti suicidari attuali, la MINI classifica gli individui in quattro classi: nessun rischio di suicidio, basso rischio, rischio moderato, rischio elevato. Per i nostri scopi, abbiamo riunito le 4 categorie in due grandi raggruppamenti: nessun rischio di suicidio (che include i soggetti valutati dalla MINI con nessun rischio e quelli con un basso rischio di suicidio) ed a rischio di suicidio (che include i soggetti valutati dalla MINI con un rischio di suicidio da moderato ad elevato).

TEMPS-A: la prima versione conteneva 84 item, e valutava i tratti temperamentali distimico (item 1-22), ciclotimico (item 23-42), ipertimico (item 43-63) e irritabile (item 64-84) (Akiskal et al., 2005). In seguito, considerazioni cliniche e teoriche hanno portato ad aggiungere altri 26 nuovi item che descrivono il temperamento ansioso (Akiskal et al., 1998), con il risultato di avere una versione completa della TEMPS-A di 110 item. Il questionario autosomministrabile (TEMPS-A) si è sviluppato nell'arco di 10 anni. Questo strumento è differente dalle altre scale del temperamento poiché valuta delle espressioni di tratti sub-affettivi come concettualizzati dalla antica medicina psicologica greca e dalla moderna psichiatria tedesca. La TEMPS-A è stata validata nella popolazione italiana (TEMPS-A Rome, Pompili et al., 2007 – in press). In questo studio, una Analisi delle Componenti Principali condotta con rotazione Varimax ha portato ad un modello a 3 fattori: il primo che spiega la più elevata varianza (8.84%) rappresenta i tratti temperamentali Distimico, Ciclotimico e Ansioso (Dys-Cyc-Anx); il secondo corrisponde al temperamento Irritabile (5.65% della varianza); ed il terzo corrisponde al temperamento Ipertimico (5.16% della varianza).

MMPI-2: il test contiene attualmente 567 item. Lo scoring permette di generare sei scale di validità e 10 scale cliniche di base. Queste ul-

time sono, in ordine: Ipocondria (Hs), Depressione (D), Isteria (Hy), Deviazione Psicopatica (Pd), Mascolinità-Femminilità (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Schizoidia (Sc), Ipomania (Ma), e Introversione Sociale (Si).

BHS: è una scala composta di 20 item che misura la componente cognitiva della sindrome depressiva. La scala misura tre aspetti principali della Disperazione: Sentimenti verso il futuro, Perdita di motivazione, ed Aspettative. Nel rispondere ai 20 item dicotomici della Beck Hopelessness Scale, gli individui devono o scegliere un'affermazione pessimistica o scartare un'affermazione ottimistica. Le ricerche supportano ampiamente la correlazione positiva esistente tra i punteggi della BHS e le misure della depressione, degli intenti suicidari, e dell'ideazione suicidaria attuale. Inoltre, Beck et al. (1990) hanno condotto uno studio prospettico su 1958 pazienti seguiti in regime ambulatoriale, scoprendo che i punteggi della BHS erano correlati significativamente a tentativi di suicidio commessi a distanza di tempo. Un punteggio cut-off di 9 o più elevato è stato capace di identificare 16 (94%) dei 17 pazienti che hanno commesso il suicidio. Nel gruppo ad alto rischio, così identificato dal punteggio di cut-off, c'era un rischio di commettere il suicidio circa 11 volte maggiore rispetto agli altri pazienti. La Beck Hopelessness Scale può, pertanto, essere utilizzata come indicatore del rischio suicidario. Studi di preliminari di validazione di questo strumento in Italia sono di recente pubblicazione (Pompili et al., 2007b).

Analisi Statistiche

Nel presente studio sono stati utilizzati test t a due code per l'analisi delle differenze tra gruppi. Inoltre, abbiamo costruito un modello di regressione multipla lineare tramite la metodica stepwise allo scopo di identificare i migliori predittori dei punteggi della BHS oltre a condurre un'analisi di regressione logistica per valutare i migliori predittori del rischio di suicidio come misurato tramite la MINI. Tutte le analisi sono state condotte con il pacchetto statistico per le scienze sociali SPSS versione 11.0 per Windows.

Risultati

Dall'esame clinico dei pazienti è stato possibile determinare il rischio di suicidio per ognuno di loro; pertanto i soggetti sono stati codificati con una nuova variabile indipendente, rischio suicidario, su due livelli (Sì/No). Sono stati quindi effettuati i confronti su tutte le variabili dipendenti registrate per verificare l'eventuale incidenza del fattore rischio suicidario. Come riportato in Tabella 1, dai risultati è emerso che soggetti a rischio di suicidio presentano punteggi inferiori nella scala Ipomania del MMPI (No = 21.71 vs Sì = 25.17; $t = 2.33$, $p = .02$) e nel temperamento Ipertimico rilevato con TEMPS-A Roma (No = 6.79 vs Sì = 9.69; $t = 2.44$, $p = .01$). Differenze statisticamente significative con le medie più elevate nei soggetti a rischio di suicidio sono state registrate nei punteggi della BHS: Sentimenti sul futuro (No = 1.11 vs Sì = 2.71; $t = 4.07$, $p = .000$), Perdita della motivazione (No = 2.67 vs Sì = 5.46; $t = 4.98$, $p = .000$), Aspettative sul futuro (No = 3.03 vs Sì = 4.13; $t = 3.42$, $p = .001$), BHS totale (No = 7.44 vs Sì = 13.46; $t = 5.28$, $p = .000$). Per potere individuare i migliori predittori del punteggio totale BHS come misura del rischio suicidario, è stato applicato il modello statistico della regressione lineare multipla (metodo stepwise), nel quale il contributo di ciascun predittore viene valutato nuovamente ad ogni passo (step) dell'equazione di regressione, eliminando in questo modo quelli inutili.

Sono stati inseriti come predittori il fattore rischio suicidario, le scale della TEMPS-A Roma e del MMPI-2. I risultati riportati in Tabella 2 mostrano R , R^2 , R^2CA , correlazioni semiparziali ed i coefficienti beta standardizzati. Al primo passo il modello più soddisfacente ha come predittore il fattore rischio suicidario con il coefficiente di correlazione semiparziale più elevato che esprime il contributo unico di una variabile indipendente sul totale della varianza della variabile dipendente ($sr = .570$; coefficiente di determinazione $R^2 = .325$; 32% di varianza complessiva spiegata; $F = 27.947$; $p < .000$); al secondo passo si aggiunge la scala depressione del MMPI ($sr = .414$; coefficiente di determinazione $R^2 = .496$; 49% di varianza

Tabella 1. Confronti tra i pazienti in relazione al rischio suicidario

Variabili	Rischio suicidario		Analisi statistiche
	Sì (N = 24)	No (N = 36)	
Sesso, Donne %	29.2	47.2	
Sesso, Uomini %	70.8	52.8	
Età (anni)	44.08 ± 14.58 (43.50) ^a	38.86 ± 13.18 (35.50) ^a	t = 1.44, gdl = 58, p = .15
Sentimenti sul futuro	2.71 ± 2.37 (2.50) ^a	1.11 ± 1.38 (1) ^a	t = 4.07, gdl = 58, p = .000
Perdita della motivazione	5.46 ± 1.66 (6) ^a	2.67 ± 2.37 (2) ^a	t = 4.98, gdl = 58, p = .000
Aspettative sul futuro	4.13 ± 1.03 (4) ^a	3.03 ± 1.32 (3) ^a	t = 3.42, gdl = 58, p = .001
BHS (totale)	13.46 ± 4.13 (13) ^a	7.44 ± 4.43 (5.50) ^a	t = 5.28, gdl = 58, p = .000
Distimia, Ciclotimia, Ansia	10.84 ± 3.01 (11) ^a	10.98 ± 3.14 (11) ^a	t = .16, gdl = 58, p = .87
Irritabilità	5.08 ± 4.21 (4) ^a	4.22 ± 3.81 (3) ^a	t = .82, gdl = 58, p = .41
Iperimia	6.79 ± 3.86 (6.50) ^a	9.69 ± 4.89 (9) ^a	t = 2.44, gdl = 58, p = .01
Ipocondria	18.71 ± 6.01 (17.50) ^a	20.36 ± 5.23 (22) ^a	t = 1.12, gdl = 58, p = .26
Depressione	31.92 ± 9.86 (35) ^a	28.19 ± 7.55 (27.50) ^a	t = 1.65, gdl = 58, p = .10
Isteria	28.08 ± 7.12 (29.50) ^a	27.67 ± 7.41 (29) ^a	t = .21, gdl = 58, p = .82
Deviazione psicopatica	31.50 ± 4.44 (30) ^a	29.56 ± 7.22 (29) ^a	t = 1.17, gdl = 58, p = .24
Mascolinità/Femminilità	29.83 ± 5.18 (29) ^a	30.42 ± 5.67 (30) ^a	t = .40, gdl = 58, p = .68
Paranoia	15.38 ± 4.92 (14) ^a	16.36 ± 8.12 (15) ^a	t = .53, gdl = 58, p = .59
Psicastenia	40.88 ± 7.91 (40) ^a	38.33 ± 7.85 (36) ^a	t = 1.22, gdl = 58, p = .22
Schizofrenia	44.63 ± 11.30 (42.50) ^a	44.67 ± 11.97 (44) ^a	t = .01, gdl = 58, p = .98
Ipomania	21.71 ± 4.71 (21.50) ^a	25.17 ± 6.14 (23.50) ^a	t = 2.33, gdl = 58, p = .02
Introversione sociale	39.54 ± 12 (42.50) ^a	34.39 ± 9.71 (35) ^a	t = 1.83, gdl = 58, p = .07

^a Valori mostrati sono media ± DS (mediana)

Tabella 2. Regressione Lineare Multipla (Stepwise)

Predittori	Criterio BHS Totale				
	Beta std	t	p	sr	Step
Rischio suicidario	.570	5.287	.000	.570	1
Rischio suicidario	.532	5.639	.000	.530	2
Depressione	.416	4.402	.000	.414	
Rischio suicidario	.475	4.938	.000	.452	
Depressione	.338	3.397	.001	.311	3
Iperimia	-.212	-2.036	.046	-.186	
Modello	R	R ²	R ² CA	F	p
1	.570	.325	.325	27.947	.000
2	.705	.496	.171	19.377	.000
3	.729	.531	.035	4.146	.04

complessiva spiegata; $F = 28.090$; $p < .000$); al terzo passo si aggiunge il temperamento ipertimico ($sr = -.186$; coefficiente di determinazione $R^2 = .531$; 53% di varianza complessiva spiegata; $F = 21.142$; $p < .000$). In questo caso sr come pure $Beta\ std = -.212$ hanno segno negativo poiché il contributo fornito rappresenta l'assenza di ipertimia.

Il parametro R^2CA o $R^2Change$, è il quadrato del coefficiente di correlazione semiparziale (sr) della variabile inserita nell'equazione in quel passo, e rappresenta la quantità di varianza aggiunta ad R^2 da ogni variabile indipendente nel punto in cui essa entra nell'equazione, al netto dei contributi forniti dalle variabili che l'hanno preceduta.

Tabella 3. Analisi di regressione logistica (stepwise)

Variabile dipendente: rischio suicidario								
Fattori		Beta	SE	Wald	z	p	OR	95% CI
Step 1	Ipertimia	-.152	.067	5.126	2.27	.024	.859	.754 - .980
	Costante	.829	.587	1.993	1.41	.158	2.290	
Step 2	HS	-.127	.059	4.653	2.15	.031	.881	.785 - .988
	Ipertimia	-.216	.077	7.937	2.80	.005	.805	.693 - .936
	Costante	3.846	1.538	6.251	2.50	.012	46.793	

OR = odds ratio; CI = intervallo di confidenza

Nel caso del fattore rischio suicidario R^2_{CA} coincide con R^2 poiché questa è la prima variabile ad entrare nell'equazione; al secondo passo depressione aggiunge quasi 17% di varianza, al terzo passo temperamento ipertimico circa 3% di varianza; i rapporti F associati agli incrementi sono tutti statisticamente significativi.

Per evidenziare i migliori predittori del rischio suicidario è stata effettuata un'analisi di regressione logistica inserendo come fattori indipendenti le dimensioni della TEMPS-A e del MMPI-2. In Tabella 3 i risultati mostrano che il primo modello estratto ($-2\log\text{Likelihood} = 74.78$, $\chi^2 = 5.97$, $p < .01$) presenta come unico predittore il temperamento Ipertimico (OR = .86). Nel secondo modello ($-2\log\text{Likelihood} = 69.59$, $\chi^2 = 5.19$, $p < .05$) si aggiunge al temperamento Ipertimico (OR = .81) la scala Ipocondria del MMPI-2 (OR = 0.88). Quindi il temperamento ipertimico ed atteggiamenti ipocondriaci si rivelano fattori protettivi per il rischio suicidario. Come ci si attendeva comportamento ed ideazione suicidari e disturbi depressivi sono risultati associati ad elevata disperazione, ma inaspettatamente in questo campione di pazienti i disturbi depressivi non sono risultati buoni predittori di comportamento ed ideazione suicidari.

Discussione

Il nostro studio rileva l'importanza di esaminare numerose variabili connesse al concetto di *hopelessness*, quali il rischio di suicidio, il temperamento ed i comportamenti psicopatologici.

Da questo studio risulta che il rischio di suicidio contribuisce in modo significativo alla predizione della disperazione e che la depressione può incrementare tale valore predittivo, sottolineando una relazione speciale tra queste variabili.

Nel nostro studio, il cui scopo era quello di valutare il rischio di suicidio in un campione di pazienti psichiatrici ricoverati e di analizzare il ruolo delle variabili che possono mediare tale rischio, abbiamo considerato il temperamento, alcuni tratti di personalità come quelli misurati dall'MMPI-2 e il sentimento di mancanza di speranza o disperazione (*hopelessness*). La letteratura, infatti, indica che il rischio di suicidio può essere influenzato, in modo multifattoriale, dalle variabili studiate nella presente ricerca (Beck et al., 1985; Beck et al., 1989; Akiskal et al., 2003; Rihmer, 2007). I nostri risultati suggeriscono che il temperamento ipertimico ed atteggiamenti ipocondriaci si rivelano fattori protettivi per il rischio suicidario. Comportamento e ideazione suicidari e disturbi depressivi sono risultati associati ad elevata disperazione, ma inaspettatamente in questo campione di pazienti i disturbi depressivi non sono risultati buoni predittori di comportamento ed ideazione suicidari.

Devries & Shneidman (1967) riportarono che le "sindromi suicidarie" sono difficilmente diagnosticabili tramite il profilo MMPI a meno che non si raggruppino individui con sindromi omogenee e si analizzino le similitudini e differenze tra individui. Sebbene anche Watson et al. (1984) abbiano espresso una opinione contraria all'utilizzo dell'MMPI nella predizione del suicidio, studi più recenti enfatizzano una diversa prospettiva che pone

l'accento su un possibile ruolo di primo piano di questo strumento in una visione più ampia dell'assessment del suicidio (Sepaher et al., 1999; Kopper et al., 2001; Daigle, 2004).

Nordstrom e colleghi (1995) hanno studiato la vulnerabilità temperamentale in soggetti con un tentativo di suicidio all'attivo usando l'Eysenck Personality Questionnaire, le Chapman Scales, la Beck Hopelessness Scale e il Karolinska Scales of Personality. Questi autori hanno riportato che l'hopelessness e tratti di anedonia, di ansia, di ostilità, di manifestazione aggressiva indiretta, di tendenza alla psicosi e tratti antisociali così pure difficoltà interpersonali erano caratteristiche temperamentali legate alla vulnerabilità suicidaria.

Minkoff et al. (1973) e Fawcett et al. (1987) hanno evidenziato che la disperazione è un predittore del suicidio più potente rispetto al livello di depressione. Inoltre, Fawcett et al. (1987) hanno ipotizzato che diversi profili di rischio possano emergere da diverse diagnosi.

È interessante notare che i nostri risultati evidenzino come, tra i tratti temperamentali, solo l'assenza del tratto Ipertimico contribuisce significativamente nel predire la disperazione, mentre i tratti Distimico, Ciclotimico, Ansioso e Irritabile non sembrano avere un ruolo nella nostra analisi esplorativa. Tale risultato è in parte consistente con quanto suggerito da Jamison (1999) circa il ruolo di modulazione dell'interscambio tra biologia e ambiente giocato dal temperamento. Anche nel mondo animale, nell'ambito di una specie, chi è pieno di energia, dominante, aggressivo, riesce a spingersi e ad adattarsi a nuovi ambienti, a diversi cibi, e ad altre nuove specie concorrenti il che può spiegare perché, almeno in parte, gli individui ipertimici siano meno disposti a commettere atti suicidari. D'altro canto, chi ha un temperamento ciclotimico o anche altri tratti, in generale, può essere a più alto rischio per il suicidio a causa delle difficoltà nell'adattarsi ad ambienti che presentino sempre nuove difficoltà e che sono sottoposti a cambiamento. Comunque, il temperamento ipertimico può essere riconosciuto come quello più disposto ad intraprendere comportamenti a rischio, quello che ac-

chetta più le sfide ed è più a rischio di incidenti o di morte violenta.

Nel nostro studio non abbiamo considerato i sei item critici dell'MMPI-II, che sono dedicati all'esplorazione del rischio di suicidio: l'item 150 (A volte mi sento come se dovessi fare del male a me stesso o a qualcun altro), il 303 (Quasi sempre vorrei essere morto), il 506 (Recentemente ho pensato di suicidarmi), il 520 (Ultimamente ho pensato molto al suicidio), il 524 (Nessuno lo sa, ma ho tentato di uccidermi), ed il 530 (A volte mi taglio o mi procuro delle ferite volutamente, senza sapere perché). Studi successivi potranno utilizzare tali item per una migliore comprensione del rischio di suicidio nei pazienti psichiatrici.

Questa ricerca ha anche diverse limitazioni: lo scarso numero di soggetti, la presenza di più diagnosi, disturbo bipolare I, disturbo bipolare II, disturbo depressivo maggiore e la presenza di regimi terapeutici complessi; variabili che limitano la generalizzabilità dei nostri risultati. Ad esempio, alcuni farmaci che potrebbero essere stati utilizzati dai pazienti che hanno partecipato al nostro studio, antidepressivi, steroidi possono indurre profondi cambiamenti di umore o anche provocare stati di agitazione psicomotoria in individui vulnerabili. Nonostante tali limiti, i nostri risultati sono in linea con risultati di precedenti ricerche e linee guida correntemente utilizzate, quali l'importanza di porre particolare attenzione alla disperazione o alla depressione così come al ruolo dei tratti temperamentali. Un altro limite è legato all'uso della Beck Hopelessness Scale, limite comune a tutte le scale auto-somministrate, che possono essere affette da un problema di desiderabilità sociale. Nonostante quanto appena affermato, questi semplici e veloci metodi di assessment sono considerati degli importanti strumenti per la valutazione del rischio di suicidio (Beck et al., 1989). Inoltre, l'uso del modulo dedicato al suicidio del MINI ha permesso una valutazione affidabile del rischio di suicidio da parte dei clinici.

Nonostante gli intensi sforzi, strategie efficaci di prevenzione e predizione sono tuttora un obiettivo elusivo, il che suggerisce che la nostra conoscenza dell'intergioco di tutti i fat-

tori implicati nel suicidio ci è ancora incompleta. Chiaramente una maggiore conoscenza del suicidio nella popolazione psichiatrica è necessaria e altri studi dovranno investigare oltre ai numerosi fattori coinvolti, anche il ruolo giocato dai tratti temperamentali e di personalità nella cascata di eventi che conduce alla decisione ed al comportamento suicidario.

Bibliografia

- Akiskal HS, Akiskal KK (Eds). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders* (Special Issue) 85: 1-242, 2005.
- Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal R, Manning JS, Connor P. TEMPS-A: Progress towards validation of a self-reported clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord* 83: 3-16, 2005.
- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "Dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 73: 49-57, 2003.
- Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: Phenotypes I, II, III, and IV. *Psychiat Clin N Am* 22: 517-534, 1999.
- Akiskal HS, Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani L, Mallya G, Puzantian VR. TEMPS-I: Delineating the most discriminant traits of cyclothymic, depressive, irritable and hyperthymic temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord* 51: 7-19, 1998.
- Akiskal HS. The temperamental foundations of mood disorders. In: "Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders". CH Mundt (Ed). Gaskell, London, 1996.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R psychotic disorders: Procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *Eur Psychiat* 13: 26-34, 1998.
- Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implication for suicide prevention. *J Affect Disord* 91: 133-138, 2006.
- Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Bipolar Disorder. In "American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management". Simon RI, Hales RE (Eds). American Psychiatric Press, Washington DC, 2006.
- Barracough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Brit J Psychiat* 125: 355-373, 1974.
- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiat* 147: 190-195, 1990.
- Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psych* 57: 309-310, 1989.
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiat* 142: 559-563, 1985.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. Measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psych* 42: 861-865, 1974.
- Butcher JN. International Adaptations of the MMPI-2. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996.
- Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psych* 66: 412-417, 2005.
- Daigle M. MMPI inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behav Sci Law* 22: 833-42, 2004.
- Devries AG, Shneidman ES. Multiple MMPI profiles of suicidal persons. *Psychol Rep* 21: 401-5, 1967.
- Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. Clinical predictors of suicide of patients with major affective disorders: A controlled prospective study. *Am J Psychiat* 144: 35-40, 1987.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harris L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psych* 66: 693-704, 2005.
- Heisel MJ, Duberstein PR, Conner KR, Franus N, Beckman A, Conwell Y. Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *J Affect Disord* 90: 175-180, 2006.
- Jamison KR. Night falls fast. Understanding suicide. Vintage Books, New York, 1999.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat* 56: 617-626, 1999.
- Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 85: 181-189, 2005.
- Kopper BA, Osman A, Barrios FX. Assessment of suicidal ideation in young men and women: the incremental validity of the MMPI-2 content scales. *Death Stud* 25: 593-607, 2001.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorin P, Bonora LI, Sheehan K, et al. A short diagnostic structured interview. *Eur Psychiat* 12: 224-231, 1997.

- Malone KM, Oquendo MA, Hass G, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *Am J Psychiat* 157: 1084-1088, 2000.
- Mann JJ, Bortinger J, Oquendo MA, Currier D, Li S, Brent DA. Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiat* 162: 1672-1679, 2005.
- Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, Solomon D, Clayton P. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or non-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life-Threat* 32: 10-32, 2002.
- Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide. *Am J Psychiat* 130: 455-9, 1973.
- Nordstrom P, Schalling D, Asberg M. Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 92: 155-60, 1995.
- Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Bruke A, Mann. JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiat* 161: 1433-1441, 2004.
- Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jorgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiat* 6: 10, 2007a.
- Pompili M, Tatarelli R, Rogers JR, Lester D. The Hopelessness Scale: a factor analysis. *Psychol Rep* 100: 375-378, 2007b.
- Pompili M, Tatarelli R. Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro. *Minerva Psichiatrica* 48: 99-118, 2007.
- Pompili M, Girardi P, Tatarelli R, De Pisa E, Tondo L, Akiskal KK, Akiskal HS. TEMPS-A (Rome): Psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid- and south Italy. *J Affect Disord* 2007 (in press).
- Pompili M, Tondo L, Grispi A, De Pisa E, Lester D, Angeletti G, Buonocore L, Girardi P, Tatarelli R. Suicide attempts in bipolar disorder. *Clin Neuropsychiat* 3: 327-331, 2006.
- Rihmer A, Rózsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperament-types and suicidal behaviour. *Eur Psychiat* 22, suppl. 1: s244, 2007.
- Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatr* 20: 17-22, 2007.
- Sepaher I, Bongar B, Greene RL. Codetype base rates for the «I Mean Business» suicide items on the MMPI-2. *J Clin Psychol* 55: 1167-73, 1999.
- Sokero TP, Melartin TK, Rytala HJ, Leskela LS, Lestela-Mielonen PA, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Brit J Psychiat* 186: 314-318, 2005.
- Stankovic Z, Saula-Marojevic B, Potrebic A. Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts. *Psychiatria Danubia* 18: 159-168, 2006.
- Szádóczky E, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J. Suicide attempts in the Hungarian adult population: Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiat* 15: 343-347, 2000.
- Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiat* 66: 1456-1462, 2005.
- Watson CG, Klett WG, Walters C, Vassar P. Suicide and the MMPI: a cross-validation of predictors. *J Clin Psychol* 40: 115-119, 1984.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 29: 9-17, 1999.
- Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 92: 195-204, 2006.