

## FATTORI PREDITTIVI NEL TENTATO SUICIDIO: STUDIO CASO CONTROLLO

Giampieri E.D., Di Giacomo E., Cornaggia C.M., Clerici M.

### Riassunto

Scopo di questo studio è stato quello di valutare i fattori di rischio per il tentativo di suicidio nei pazienti psichiatrici.

Abbiamo confrontato tre gruppi: pazienti psichiatrici che hanno tentato il suicidio, pazienti con la medesima diagnosi e anamnesi negativa per tentati suicidi e controlli sani, attraverso la somministrazione dei test TCI, SCL-90, WHOQOL, SASS, SF 36 e IIP.

I soggetti sono stati abbinati in modo che, con un rapporto 1:1:1, avessero le medesime caratteristiche per sesso, età, grado d'istruzione, settore di impiego e ruolo, stato civile.

Abbiamo ottenuto differenze statisticamente significative tra pazienti che tentano il suicidio e pazienti con anamnesi negativa nelle sottoscale: *harm avoidance* (TCI,  $p = 0,021$ ) e *area ambiente* (WHOQOL,  $p = 0,021$ ). Discriminiamo statisticamente i controlli sani dai pazienti con anamnesi negativa, ma non dai pazienti che tentano il suicidio nelle sottoscale *egocentrismo* (IIP;  $p = 0,051$ ), *aggressività* (IIP;  $p = 0,057$ ) e *self-transcendence* (TCI;  $p = 0,255$ ).

Ne consegue, quindi, l'importanza del porre attenzione, con finalità preventive, a dati rilevabili all'anamnesi personale quali: condizione socioeconomica, percepita sicurezza nell'ambiente domestico, tendenza ad inibire i propri comportamenti (correlabile a precedenti tentati suicidi), chiusura verso relazioni esterne e minore aggressività eterodiretta.

### Parole chiave:

Tentato suicidio, fattori di rischio, qualità di vita.

### Summary

The aim of the study is to evaluate risk factors for attempted suicide in psychiatric patients.

We compared three groups: psychiatric patients who attempted suicide, patients with the same diagnosis and no history of attempted suicide and healthy controls, through the administration of tests: TCI, SCL-90, WHOQOL, SASS, SF 36 and IIP.

The subjects were matched with a 1:1:1 ratio to obtain the same characteristics of sex, age, level of education, field of employment and role, marital status.

We obtained statistically significant differences between patients who attempted suicide and patient who didn't in subscales: *harm avoidance* (TCI,  $p = 0,021$ ) and *environment area* (WHOQOL,  $p = 0,021$ ): we also underline that we were able to discriminate healthy subjects from patients, but we didn't obtain statistically significant differences between controls and patients who attempted suicide in the subscales *egocentricity* (IIP,  $p = 0,051$ ), *aggressiveness* (IIP,  $p = 0,057$ ) and *self-transcendence* (TCI,  $p = 0,255$ ).

This underline the importance of caring, with preventing purpose, about personal history data such as socioeconomic status, perceived safety in domestic environment, tendency to inhibit own behaviors (correlated to previous suicide attempts), closure to external relations and aggression against others.

### Key words:

Attempted suicide, risk factors, quality of life.

### Per corrispondenza:

Prof. Massimo Clerici, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Via Cadore 48, 20052 Monza (MI). Tel:039-2339346, e-mail: massimo.clerici@unimib.it

### Introduzione

Il Tentato Suicidio (TS) è definito come un comportamento auto lesivo finalizzato alla morte del soggetto, includente uno spettro di comportamenti di intensità progressiva.

L'incidenza viene stimata, in Italia, attraverso i casi confermati da rilievi della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri (dati ISTAT 2007-ultima rilevazione attualmente a disposizione) in 5.5/100000 abitanti. È

una prerogativa soprattutto delle fasce più giovani della popolazione, con un rapporto TS:S di 200:1, e delle donne, con un rapporto TS:S di 10:1. (Hultén et al., 2001; Conwell et al. 2008; Haw et al. 2008; [www.istat.it/dati/dataset/20080916\\_00](http://www.istat.it/dati/dataset/20080916_00)).

I fattori di rischio principali sono rappresentati in primis da agiti suicidari in anamnesi e dalla patologia psichiatrica: l'88% di coloro che commette suicidio ha, infatti, un'anamnesi positiva per almeno una psicopatologia. Altri fattori di rischio sono: isolamento sociale, disoccupazione (soprattutto nel sesso maschile), abusi fisici e psichici nell'infanzia, una condizione di immigrazione poco integrata nella cultura ospite e disturbi dell'identità di genere (Kposowa, 2001; Skegg et al., 2003; Gladstone et al., 2004; Barak et al., 2008; Fergusson et al., 2008).

La depressione maggiore affligge il 60-70% di coloro che tentano il suicidio, mentre tenta il suicidio il 19% dei soggetti affetti da schizofrenia al di sotto dei 35 anni. I disturbi d'ansia e quelli di personalità (soprattutto il disturbo borderline) sono associati ad un aumentato rischio, particolarmente se in comorbidità con un disturbo dell'umore (Kolla et al., 2007; Mamo, 2007; Rihmer, 2007; Hangwood et al., 2008; Haw et al., 2008).

Il 16% dei soggetti che sopravvive all'agito ripete il gesto entro un anno dall'episodio indice e il 2% riesce nell'intento (Owens et al., 2002; Forman et al., 2004).

## Materiali e metodi

Scopo della nostra indagine è stato quello di analizzare, attraverso uno studio caso controllo trasversale, le possibili differenze cliniche esistenti tra i gruppi esaminati: controlli sani ("sani"), pazienti psichiatriche che non hanno mai tentato il suicidio ("malati") e pazienti psichiatriche che lo hanno tentato ("TS"), selezionando i soggetti "malati" e "sani" in modo che avessero le medesime caratteristiche socio demografiche dei "TS" (sesso, età, grado d'istruzione, settore di impiego e ruolo ricoperto, stato civile) con l'obiettivo di ottenere un match 1:1:1.

Particolare rilievo assume il confronto tra "malati" e "TS", selezionando i "malati" con caratteristiche sociodemografiche sovrapponibili e medesima diagnosi psichiatrica (Tabelle 1 e 2).

I soggetti "TS" esaminati sono stati selezionati unicamente per il fatto di essere stati ricoverati a seguito di un tentativo di suicidio c/o il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e il Day Hospital psichiatrico (DH) dell'ospedale S.Gerardo Nuovo - polo universitario di Monza - dal gennaio 2000 al giugno 2007. Per ogni "TS" identificato è stato selezionato un "Malato" con la medesima diagnosi psichiatrica e variabili sociodemografiche identiche (sesso, età, grado d'istruzione, settore di impiego e ruolo ricoperto, stato civile) ma con anamnesi negativa per comportamenti suicidari, e un controllo "sano" con le medesime caratteristiche socio demografiche degli altri due gruppi (Tabelle 1 e 2).

Il gruppo "sani" è stato selezionato tra conoscenti dei ricercatori e il personale dell'ospedale (Ospedale San Gerardo nuovo - Monza): da questo gruppo sono stati esclusi tutti coloro che avessero in anamnesi un disturbo psichiatrico o un TS. Sono inoltre stati testati con il test GHQ ed esclusi tutti coloro i cui punteggi superavano il valore per essere considerati affetti da una psicopatologia.

Ciascun gruppo si compone di 32 soggetti, di cui 25 femmine (78,1%) e 7 maschi (21,9%). A ogni soggetto sono stati somministrati 6 test, validati a livello internazionale, con lo scopo di valutare la qualità di vita [SF36 (Apolone et al., 1998) e WHOQOL (De Girolamo et al., 2001)], l'adattamento sociale [SASS (Bosc et al., 1997)] e le condizioni psicopatologiche [SCL-90 (Derogatis, 1983) per valutare la sintomatologia psichiatrica, IIP (Clementel-Jones et al., 1996) per l'analisi delle relazioni interpersonali e TCI per studiare l'assetto di personalità]. Il test TCI (Fossati et al., 2007) è stato introdotto successivamente rispetto agli altri test (dal momento che la versione italiana è stata validata nel 2007) e non è quindi disponibile per tutti i soggetti esaminati. In particolare è stato somministrato a tutti i soggetti "sani" e "TS" ma solo a 12/32 soggetti "malati".

Tabella 1. Variabili socio demografiche.

	Frequenza "sani"*	Frequenza "Malati" §	Frequenza "TS" ^	%
<b>Sesso</b>				
Maschio	7	7	7	21,9
<b>Femmina</b>	25	25	25	78,1
<b>Età</b>				
21-30	6	6	6	18,75
<b>31-40</b>	9	9	9	28,12
41-50	7	7	7	21,88
51-60	5	5	5	15,62
61-70	3	3	3	9,38
71-80	2	2	2	6,25
<b>Istruzione</b>				
Elementari	4	4	4	12,05
Medie	9	9	9	28,01
<b>Superiori</b>	14	14	14	43,08
Laurea	5	5	5	15,06
<b>Occupazione</b>				
Studente	2	2	2	6,25
Casalinga	7	7	7	21,88
<b>Impiegato/Operaio</b>	10	10	10	31,25
Dirigente/Libero Professionista	4	4	4	12,5
Pensionato	4	4	4	12,5
Disoccupato	4	4	4	12,5
Invalido	1	1	1	3,12
<b>Stato Civile</b>				
Convivente	1	1	1	3,01
<b>Celibel/Nubile</b>	14	14	14	43,08
Separato	2	2	2	6,03
<b>Coniugato</b>	15	15	15	46,09
Totale	32	32	32	100

\* Popolazione senza disturbi psichici diagnosticati

§ Popolazione pazienti affetti da disturbi mentali

^ Popolazione pazienti psichiatrici che effettuano un tentativo di suicidio

Tabella 2. Diagnosi psicopatologica.

Diagnosi	Frequenza "Malati" §	Frequenza "TS" ^	%
<b>Disturbo d'ansia</b>	8	8	25
Disturbo dell'umore:			
a) Disturbo bipolare	2	2	6,26
b) Depressione	9	9	28,13
<b>Disturbo di personalità borderline</b>	9	9	28,13
Schizofrenia	1	1	3,12
Disturbo comportamento alimentare	1	1	3,12
Disturbo di natura organica	1	1	3,12
Abuso sostanze psicoattive	1	1	3,12
Totale	32	32	100

§ Popolazione pazienti affetti da disturbi mentali

^ Popolazione pazienti psichiatrici che effettuano un tentativo di suicidio

*Descrizione dei test utilizzati*

- a. **SCL 90-R:** (Symptom Checklist 90 Revised) analizza i sintomi che più frequentemente i pazienti psichiatrici riferiscono al medico. I 90 item sono suddivisi in 9 dimensioni sintomatologiche: *somatizzazione* (valore di normalità < 0,92), *disturbo ossessivo compulsivo* (v.n. < 0,20), *sensibilità nei rapporti interpersonali* (v.n. < 0,22), *depressione* (v.n. < 0,31), *ansia* (v.n. < 1,00), *ostilità* (v.n. < 0,33), *ansia fobica* (v.n. = 0,00), *ideazione paranoide* (v.n. < 0,67) e *psicoticismo* (v.n. = 0,00).
- b. **SF-36:** (Short Form 36 Health Survey Questionnaire) valuta lo stato di salute mentale e fisico e quanto questo influenzi la vita quotidiana. Si compone di 8 aree: *attività fisica* (v.n. 10-30), *ruolo e salute fisica* (v.n. 4-8), *dolore fisico* (v.n. 2-12), *salute in generale* (v.n. 5-25), *vitalità* (v.n. 4-24), *attività sociali* (v.n. 2-10), *ruolo e stato emotivo* (v.n. 3-6), *salute mentale* (v.n. 5-30) e *cambiamento dello stato di salute* (v.n. 1-5).
- c. **SASS:** (Scala di autovalutazione dell'adattamento sociale) valuta la motivazione e il comportamento sociali approfondendo aspetti legati a lavoro e tempo libero, relazioni familiari ed esterne, interessi intellettuali, soddisfazione dei ruoli e percepita capacità di controllare il proprio ambiente (v.n. 35-52).
- d. **IIP:** (inventario dei problemi interpersonali) misura le difficoltà interpersonali soggettivamente percepite. È composto da 13 scale: *non socievolezza a causa dell'egocentrismo (F1a)*, *non socievolezza a causa mancanza iniziativa (F1b)*, *non socievolezza a causa mancanza di coinvolgimento (F1c)*, *fragilità causa suggestionabilità (F2a)*, *fragilità causa rifiuto di responsabilità (F2b)*, *difficoltà al coinvolgimento (F3)*, *mancanza di assertività (F4)*, *inibizione della sessualità e conflittualità (F5)*, *empatia e senso di colpa (F6)*, *egocentrismo (F7)*, *fidarsi troppo o troppo poco (F8)*, *aggressività (F9)* e *problemi con l'autorità (F10)*.
- e. **TCI:** (inventario per temperamento e carattere) classifica le caratteristiche normali

e anormali di personalità. Valuta 4 dimensioni del temperamento ovvero la *Novelty Seeking* (ricerca delle novità e resistenza alla frustrazione-legata al sistema dopaminergico), *l'Harm Avoidance* (evitamento del danno- legata al sistema serotoninergico), la *Reward Dependence* (dipendenza dalla ricompensa- legata al sistema noradrenergico) e la *Persistence* (persistenza nonostante fatica e frustrazione) e 3 dimensioni del carattere, ovvero *Self-Directedness* (Autodirettività – percepirsi come individuo autonomo), *Cooperativeness* (Cooperatività – essere parte integrante di umanità e società) e *Self-Transcendence* (Trascendenza-riconoscersi parte dell'insieme di tutte le cose). Si compone di 240 item e identifica nel valore 3 il punto di discriminazione dei risultati nel senso che per la medesima scala un risultato inferiore a 3 assume un significato, mentre un risultato superiore assume il significato esattamente opposto.

- f. **WHOQOL BREVE:** (WHO quality of life) valuta la qualità di vita del soggetto. Si compone di 4 aree: *area Fisica* (v.n. malati 39-75, sani 55-85), *area Psicologica* (v.n. malati 44-74, sani 54-80), *area Sociale* (v.n. malati 44-76, sani 54-82), *area Ambiente* (v.n. malati 44-72, sani 48-78).

Il confronto tra i diversi gruppi è stato effettuato attraverso l'Analisi della Varianza ad una via (ANOVA) e l'analisi POST HOC dei confronti statisticamente significativi con il metodo LSD (least significant difference). Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software SPSS 14, ponendo  $p < 0,05$  come limite per una differenza statisticamente significativa.

**Risultati***Variabili sociodemografiche*

In primo luogo si evidenzia che, dal punto di vista socio demografico, i "TS", che hanno avuto accesso alle cure del nostro dipartimento a seguito dell'agito suicidario, sono caratterizzati da una netta preponderanza del sesso femminile (78,1%). L'età media dei "TS" è di 44,34 anni (range 23-71). Per quanto riguarda il livello

di istruzione, la categoria predominante è quella dei diplomati (43%), mentre le condizioni di stato civile maggiormente rappresentate sono quelle dei celibi/nubili (43%) e dei coniugati (46%). Il 31,25% dei soggetti svolgeva la professione di impiegato o di operaio (gruppo professionale maggiormente rappresentato).

Dal punto di vista della diagnosi psichiatrica, i gruppi maggiormente presenti sono quelli dei disturbi d'ansia (25%), del disturbo borderline di personalità (28,1%) e della depressione, tra i disturbi dell'umore (28,1%).

### Valutazione SCL90

Tutti i confronti tra le medie dei gruppi risultano statisticamente significativi in ogni singola sottoscala all'ANOVA (Tabella 3). L'analisi POST HOC evidenzia che la differenza esiste solo nel confronto sani-malati e sani-TS.

Si evidenziano comunque profili suggestivi, in quanto i TS ottengono medie più elevate rispetto ai malati nelle sottoscale disturbo ossessivo-compulsivo, depressione, ostilità, idea-

zione paranoide, psicoticismo, mentre ottiene medie inferiori, rispetto al medesimo gruppo, nelle sottoscale somatizzazione e sensibilità nei rapporti interpersonali.

Inoltre il gruppo sani ha ottenuto, a differenza degli altri due gruppi, medie nel range di normalità in tutte le sottoscale. I malati ottengono una media al limite della normalità (valore limite per la normalità = 1) nella sottoscala che rappresenta lo psicoticismo, mentre i TS ottengono un valore medio al limite della normalità nella sottoscala ansia fobica.

### Valutazione TCI

All'ANOVA (Tabella 3) risultano statisticamente significative le differenze tra i gruppi nelle sottoscale Harm Avoidance, Persistence, Self-Directedness, Cooperativeness.

In particolare nell'Harm Avoidance i TS ottengono un risultato inferiore ai malati, ed entrambi hanno un punteggio superiore a 3, a differenza dei sani che hanno un risultato inferiore. Questo indica che, per come è stato con-

Tabella 3. Risultati ANOVA per il test SCL-90 e TCI

SCL90-R						
Variabile	Media "sani"*	Media "malati"§	Media "TS"^	F	dF	p
Somatizzazione	0,49	1,52	1,33	17,01	2; 91	0,00001
Ossessività- compulsività	0,48	1,6	1,83	34,53	2; 92	0,00001
Sensibilità interpersonale	0,44	1,58	1,42	17,35	2; 92	0,00001
Depressione	0,38	2,06	2,14	45,56	2; 92	0,00001
Ansia	0,33	1,97	1,89	30,89	2; 92	0,00001
Ostilità	0,35	0,95	1,07	9,3	2; 92	0,00001
Ansia fobica	0,13	0,98	1	15,48	2; 92	0,00001
Paranoia	0,44	1,49	1,57	21,57	2; 92	0,00001
Psicosi	0,13	1	1,2	28,27	2; 92	0,00001
TCI						
Variabile	Media "sani"*	Media "malati"§	Media "TS"^	F	dF	p
Novelty seeking	2,8	2,82	2,89	0,38	2; 70	0,69
<b>Harm avoidance</b>	<b>2,82</b>	<b>3,89</b>	<b>3,51</b>	<b>30,18</b>	<b>2; 70</b>	<b>0,00001</b>
Reward dependence	3,27	3,14	3,24	0,43	2; 70	0,65
<b>Persistence</b>	<b>3,31</b>	<b>2,68</b>	<b>2,88</b>	<b>6,64</b>	<b>2; 70</b>	<b>0,00001</b>
<b>Self directedness</b>	<b>3,66</b>	<b>2,78</b>	<b>3,05</b>	<b>23,93</b>	<b>2; 70</b>	<b>0,00001</b>
<b>Cooperativeness</b>	<b>3,77</b>	<b>3,35</b>	<b>3,55</b>	<b>4,78</b>	<b>2; 70</b>	<b>0,01</b>
Self transcendence	2,84	2,39	2,67	2,62	2; 70	0,08

\* Popolazione senza disturbi psichici diagnosticati

§ Popolazione pazienti affetti da disturbi mentali

^ Popolazione pazienti psichiatrici che effettuano un tentativo di suicidio

cepito il test, un risultato superiore a 3 segnali – per la sottoscala Harm Avoidance – pessimismo, paura, timidezza e affaticabilità, mentre un risultato inferiore a 3 indichi l'esatto contrario, ovvero ottimismo, coraggio, estroversione ed energia.

Nel POST HOC risultano invece significativi i confronti sani-malati e sani-TS con l'eccezione delle sottoscale Novelty-Seeking (sani-malati = 0,906; sani-TS = 0,401) e Reward-Dependence (sani-malati = 0,356; sani-TS = 0,795) e di Self-Trascendenza nel confronto sani-TS ( $p = 0,255$ ).

Tra i gruppi malati-TS permane significativa solo la differenza nella sottoscala Harm-Avoidance ( $p = 0,021$ ).

### Valutazione IIP

Tutti i confronti sono significativi all'ANOVA (Tabella 4). I TS hanno medie più elevate dei malati nelle sottoscale F2a (fragilità per suggestionabilità), F2b (fragilità per mancanza di responsabilità), F3 (difficoltà al coinvolgimento) e F8 (fidarsi troppo o troppo poco); inferiori nelle sottoscale F1a (non socievole cau-

sa egocentrismo), F7 (egocentrismo), F9 (aggressività).

Bisogna evidenziare, in particolare, come il sottogruppo sani abbia ottenuto punteggi nella norma, mentre gli altri due sottogruppi hanno risultati superiori alla norma in tutte le sottoscale.

Nel POST HOC risulta significativo il solo confronto sani-malati e sani-TS con l'eccezione di egocentrismo (F7;  $p = 0,051$ ) e aggressività (F9;  $p = 0,057$ ) nel confronto sani-TS.

### Valutazione SF36

All'ANOVA (Tabella 5) i confronti tra le medie dei sottogruppi sono significativi nelle sottoscale Attività Fisica, Ruolo della Salute Fisica, Dolore Fisico, Ruolo e Stato Emotivo, Salute Mentale e Cambiamento nello Stato di Salute. Tutti i risultati medi ottenuti sono nel range di normalità.

Nel POST HOC Salute in Generale, Vitalità e Attività Sociali permangono non significativi tra nessuna coppia confrontata; sono invece significativi le rimanenti sottoscale nel raffronto sani-malati e sani-TS.

**Tabella 4.** Risultati ANOVA per i test IIP e SASS.

IIP						
Variabile	Media "sani"*	Media "malati"§	Media "TS"^\	F	dF	p
F1a	0,37	1,18	0,96	9,85	2; 93	0,00001
F1b	0,73	1,76	1,75	11	2; 93	0,00001
F1c	0,59	1,43	1,47	17,01	2; 93	0,00001
F2a	1,02	1,98	2,17	13,6	2; 93	0,00001
F2b	0,89	1,78	1,9	15,09	2; 93	0,00001
F3	1,39	1,87	1,98	4,46	2; 93	0,01
F4	1,13	1,69	1,66	6,19	2; 93	0,00001
F5	0,75	1,51	1,52	9,29	2; 93	0,00001
F6	1,16	1,67	1,99	8,9	2; 93	0,00001
F7	0,52	0,97	0,83	4,46	2; 93	0,01
F8	0,9	1,57	1,84	13,1	2; 93	0,00001
F9	0,64	1,17	0,97	4,68	2; 93	0,01
F10	1	1,58	1,52	5,66	2; 93	0,00001
SASS						
Variabile	Media "sani"*	Media "malati"§	Media "TS"^\	F	dF	p
SASS	46,66	34,22	31,71	23,87	2; 92	0,00001

\* Popolazione senza disturbi psichici diagnosticati

§ Popolazione pazienti affetti da disturbi mentali

^\ Popolazione pazienti psichiatrici che effettuano un tentativo di suicidio

Tabella 5. Risultati ANOVA per i test SF-36 e WHOQOL.

SF-36						
Variabile	Media "sani"*	Media "malati"§	Media "TS"^\	F	dF	p
Attività fisica	28,88	23,72	22,94	10,4	2; 93	0,00001
Ruolo salute fisica	7,28	4,97	5,16	16,72	2; 93	0,00001
Dolore fisico	3,94	5,69	6,31	6,9	2; 93	0,00001
<b>Salute in generale</b>	<b>15,41</b>	<b>15,03</b>	<b>16,44</b>	<b>0,96</b>	<b>2; 93</b>	<b>0,39</b>
<b>Vitalità</b>	<b>14,72</b>	<b>15,06</b>	<b>15,56</b>	<b>0,35</b>	<b>2; 93</b>	<b>0,71</b>
<b>Attività sociali</b>	<b>5,66</b>	<b>5,41</b>	<b>5,63</b>	<b>0,28</b>	<b>2; 93</b>	<b>0,75</b>
Ruolo e stato emotivo	5,13	3,63	3,31	18,64	2; 93	0,00001
Salute mentale	20,75	15,53	17,25	8,03	2; 93	0,00001
Cambiamento stato di salute	2,63	3,31	3,75	7,02	2; 93	0,00001
Whoqol						
Variabile	Media "sani"*	Media "malati"§	Media "TS"^\	F	dF	p
Area Fisica	74	44,2	41,19	56,29	2; 91	0,00001
Area Psicologica	64,58	28,65	26,25	65,72	2; 91	0,00001
Area Sociale	71,88	45,83	42,78	19,32	2; 91	0,00001
Area Ambiente	59,38	48,73	41,88	15,13	2; 91	0,00001

\* Popolazione senza disturbi psichici diagnosticati

§ Popolazione pazienti affetti da disturbi mentali

^\ Popolazione pazienti psichiatrici che effettuano un tentativo di suicidio

### Valutazione WHOQOL

Tutti i confronti sono significativi all'ANOVA (Tabella 5). I valori medi ottenuti dai sani si collocano nella parte alta dell'intervallo di valori normali, tranne che nella sottoscala Area Ambiente (ovvero sicurezza e incolumità fisica, comfort dell'ambiente domestico, assistenza sanitaria e inquinamento; v.n. = 48-78) in cui ottengono risultati intermedi nell'intervallo considerato.

I malati e TS ottengono valori nella parte inferiore dell'intervallo di valori considerato patologico per l'Area Fisica (rappresenta dolore e malessere fisico, energia e stanchezza, qualità del sonno; intervallo patologico = 39-75) e Area Ambiente (intervallo patologico = 44-72), e valori addirittura più bassi dell'intervallo patologico nell' Area Sociale (intesa come rapporti interpersonali ma anche attività sessuale; intervallo patologico = 44-76) e particolarmente gravi nell'Area Psicologica (comprende emozioni positive, capacità di ragionamento, concentrazione e autostima; intervallo patologico = 44-74).

Il POST HOC presenta risultati significativi in tutte le sottoscale nel confronto sanimalati e sani-TS. Risulta inoltre statisticamente significativo il confronto malati-TS per la variabile Area Ambiente (malati-TS = 0.021).

### Valutazione SASS

Il confronto attraverso l'ANOVA è significativo (Tabella 4). La media dei sani si colloca nel centro dell'intervallo normale (35-52), mentre gli altri due gruppi si collocano al di sotto di tale intervallo: i TS con un distacco maggiore dalla normalità rispetto ai malati.

Nel POST HOC perde di significatività il confronto malati-TS ( $p = 0,284$ ).

### Discussione

#### Variabili che non differenziano i gruppi

Sono *Salute in Generale*, *Vitalità e Attività Sociali* (SF36), ovvero quanto la salute in generale e la vitalità limitino l'attività quotidiana e quanto le attività sociali vengano limitate dallo stato emotivo.

Questo risultato giunge inatteso, poichè era ipotizzabile la presenza di una sofferenza fisica e psichica e di un isolamento sociale maggiore o, almeno, di un'augmentata percezione di essi da parte dei malati rispetto ai sani, ma soprattutto da parte di coloro che tentano il suicidio (Haw et al., 2008).

Non si differenziano nemmeno per le sottoscale *Novelty-Seeking* e *Reward-Dependence*, (TCI). Anche questo risultato giunge inaspettato, soprattutto per quanto riguarda la resistenza alla frustrazione dal momento che è noto, da studi precedenti, che i pazienti che sopravvivono a un TS descrivono il proprio stato emotivo immediatamente prima del gesto come una perdita di controllo (Schnyder et al., 1999). Una possibile giustificazione deriva dall'osservazione che sia i pazienti del gruppo malati, sia quelli del gruppo TS erano, al momento della somministrazione dei test, in terapia farmacologica (le terapie erano comparabili, tra le coppie abbinata, per ciò che riguarda la classe di farmaci somministrata e la durata della terapia nel tempo, anche ad una osservazione retrospettiva) e supportati attraverso colloqui psicoterapici.

È necessario però sottolineare che per quanto riguarda la TCI, come già evidenziato in precedenza, solo un terzo dei soggetti Malati ha ricevuto il test e come questo sia, pertanto, un bias rilevante. I risultati derivano però dal confronto del terzo dei "Malati" con il corrispettivo terzo dei soggetti appartenenti agli altri gruppi, in modo da mantenere il confronto, per ciò che riguarda il match dei soggetti, nei limiti imposti all'inizio dello studio.

#### *Variabili che differenziano Sani-Malati ma non Sani-TS*

Sono *Egocentrismo*, *Aggressività* e *Self-Trascendenza* (IIP e TCI). Considerando anche le sottoscale in cui non si è ottenuta una significatività statistica, vediamo che il dato è confermato dal fatto che i TS ottengono medie inferiori ai Malati anche nella non socievolezza causata egocentrismo. Inoltre, i TS sembrano essere meno coinvolti nei rapporti interpersonali e meno inclini a fidarsi delle proprie risorse e degli altri.

#### *Variabili che differenziano Malati e TS*

**A. Area Ambiente:** comprende sottogruppi quali l'incolumità fisica, l'ambiente domestico e la disponibilità economica;

**B. Harm Avoidance:** rappresenta l'evitamento del danno, la tendenza a inibire i comportamenti, i comportamenti passivi di evitamento come la paura dell'ignoto, scarsa resistenza agli stress fisici.

In particolare, per l' Area Ambiente, i TS ottengono una media inferiore ai Malati, i quali hanno una media inferiore ai Sani. Questo rilievo conferma quanto riportato in letteratura: fattori di rischio quali l'incolumità fisica e la disponibilità economica influenzano la predisposizione ad atti autolesionistici (Kposowa, 2001; Gladstone et al., 2004; Ferguson et al, 2008).

Per quel che riguarda la variabile Harm Avoidance i Malati hanno medie superiori ai TS, che hanno risultati superiori ai Sani. Anche questo conferma appieno quanto atteso: i TS hanno meno paura rispetto ai malati dell'ignoto e una minore tendenza a inibire i propri comportamenti.

#### **Conclusioni**

Il rilievo di due sottoscale in cui esistono differenze statisticamente significative tra malati e TS ci permette di confermare dati esistenti in letteratura, ovvero che i pazienti che tentano il suicidio "si sentono meno sicuri nel proprio ambiente e meno supportati da risorse economiche", sono "meno affini ad evitare i comportamenti a rischio" e sono caratterizzabili per un "quadro di chiusura verso il mondo esterno" ben evidenziato dalle sottoscale inerenti l'egocentrismo, ovvero il disinvestimento sul mondo esterno e l'investimento sul sé.

Inoltre, l'evidenza che un trend simile si sia verificato anche in sottoscale affini a quelle in oggetto – sebbene senza una significatività statistica – permette di ipotizzare che uno studio svolto su un campione più numeroso potrebbe ottenere risultati più ampi e quindi permettere di discriminare meglio i due gruppi (TS e Malati).

Da ultimo va sottolineato che i risultati preliminari ottenuti permettono sin da ora, dunque, di ipotizzare e, possibilmente, di attivare misure preventive: porre maggior attenzione all'anamnesi individuale e familiare con la finalità di rilevare dati quali la disponibilità economica e la sicurezza nel proprio ambiente (attuale o pregresso per quel che riguarda il rilievo di abusi), oltre ad un ascolto del paziente più attento a dinamiche comportamentali quali, per esempio, una minore inibizione dei propri comportamenti, soprattutto se rappresentati da precedenti TS, potrebbero consentire – nel prossimo futuro – una individuazione più accurata dei soggetti a rischio.

### Bibliografia

- Apolone G., Mosconi P. The Italian SF-36 health survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol* 11: 1025-1036, 1998.
- Barak Y., Baruch Y., Achiron A., Aizenberg D. Suicide attempt of schizophrenia patients: a case controlled study in tertiary care. *J Psychiatr Res* 42: 822-6, 2008.
- Bosc M., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 7: S57-S50, 1997.
- Brodsky B., Malone K.M., Ellis S.P., Dulit R.A., Mann J.J. Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated With Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* 154: 1715-1719, 1997.
- Clementel-Jones C., Azzone P., Battacchi M.W., Freni S., Giampieri E., Marano G. Italian translation of the Inventory of Interpersonal Problems, validity and stability of factor structure. *New Trend in Experimental and Clinical Psychiatry* XII, 4/96: 253-259, 1996.
- Conwell Y., Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am* 31: 333-56, 2008.
- De Girolamo G., Becchi M.A., Coppa F.S., De Leo D., Neri G., Rucci P., Scocco P. *Salute e Qualità della vita*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.
- Derogatis L.R. *SCL-90 R: Administration, scoring and procedures - Manual II* (2ª ed.). Baltimore. Clinical Psychometric Research, 1983.
- Fenton W.S., McGlashan T.H., Victor B.J., Blyler C.R. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 154: 199-204, 1997.
- Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* Jun 17, 2008.
- Fossati A., Cloninger C.R., Villa D., Borroni S., Grazioli F., Giarolli, Battaglia M., Maffei C. Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry* 48: 380-387, 2007.
- Gladstone G.L., Parker G.B., Mitchell P.B., Malhi G.S., Wilhelm K., Austin M. An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 61: 1417-1425, 2004.
- Hangwood J., De Leo D. Anxiety disorder and suicidal behavior: an update. *Curr Opinion Psychiatry* 21: 51-64, 2008.
- Haw C., Hawton K. Life problems and deliberate self-harm: association with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *J Affect Disord* 109: 131-48, 2008.
- Hultén A., Jiang D., Hawton W.K., Hjelmeland H., De Leo D., Ostamo A., Salander-Renberg E., Schmidtke A. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10: 161-169, 2001. ISTAT on line: [www.istat.it/dati/dataset/20080916\\_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20080916_00/)
- Kolla N.J., Eisenberg H., Links P.S. Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Arch Suicide Res* 12: 1-19, 2008.
- Kposowa A.J. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med* 31: 127-138, 2001.
- Mamo D.C. Managing suicidality in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 52: 59S-70S, 2007.
- Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. A systematic review. *Br J Psychiatry* 181: 193-199, 2002.
- Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opinion Psychiatry* 20: 17-22, 2007.
- Schnyder P., Valach L., Bichsel K., Michel K. Attempted suicide: do we understand the patients' reasons? *Gen Hosp Psychiatry* 21: 62-69, 1999.
- Skegg S., Nada-Raja S., Dickson N., Paul C., Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 160: 541-546, 2003.