

# **La prevenzione della ripetizione del comportamento suicidario nella rete dei servizi**

M. De Vanna, A. Padovan Lang, D. Carlino, E. Aguglia.

U.C.O. di Clinica Psichiatrica  
Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche  
Università degli Studi di Trieste

## **RIASSUNTO**

Recenti ricerche indicano come i soggetti con precedenti tentativi di suicidio presentino caratteristiche cliniche peculiari. Tuttavia i tradizionali parametri associati con il comportamento suicidario, come l'impulsività e la regolazione dell'umore, non sembrano essere state indagate tra i "ripetitori". Di particolare interesse risulta l'associazione tra alti livelli di impulsività e basso grado di letalità in coloro che compiono ripetuti gesti suicidari.

È possibile che le difficoltà nello studio delle condotte suicidarie ripetute dipendano dal disegno retrospettivo degli studi.

Un programma sistematico di contatti e di interventi telefonici sembra avere una significativa influenza sulla prevenzione delle condotte suicidarie, soprattutto se serve a promuovere la salute mediante l'attivazione dell'intera rete assistenziale costituita dai medici di medicina generale, dai Distretti socio-sanitari e dal DSM.

## **SUMMARY**

Recent data suggest that multiple attempters may differ from single attempters in a number of clinical and sociodemographic peculiarities. Traditionally, however, features associated with suicidal behaviour, such as impulsivity and mood regulation remain relatively unexplored among repeaters. It is very interesting to elucidate the relationship between high impulsivity and low lethality in multiple attempters.

It is possible that the difficulties inherent in studying repetition of suicide depends on the retrospective design of studies.

A systematic program of contact and telephone intervention appears to exert a significant preventive influence.

This program can be promoted by activation of a network of welfare and health assistance, constituted by general practitioners, socio-health districts and Mental Health Department.

**Parole Chiave:** condotte suicidarie ripetute, impulsività, prevenzione, ripetitori

**Key words:** suicidal repetitive behavior, impulsivity, prevention, repeaters.

### **Introduzione**

Negli ultimi trent'anni, sia il numero assoluto che relativo di persone che sono state trattate o ammesse in ospedale a seguito di un tentativo di suicidio o parasuicidio è aumentato enormemente in molti paesi dell'Europa occidentale e del Nord America e presumibilmente anche in altre parti del mondo. Una percentuale considerevole di quelli trattati in ospedale dopo un atto suicidario sono "repeaters" e, in precedenza, hanno ricevuto trattamenti ospedalieri per la stessa ragione. Le stime sulla percentuale di questi ripetitori variano tra il 20 e il 40%. Studi di follow-up hanno dimostrato che il rischio di ripetizione è particolarmente alto nei primi mesi successivi alla dimissione dall'ospedale. Approssimativamente il 10% compie un altro tentativo nei primi tre mesi. La percentuale sale a 15% dopo un anno e al 30-40% dopo 10 o 15 anni. I ripetitori di suicidio costituiscono un gruppo a rischio veramente alto di suicidio (fino a 250 volte più della popolazione generale) e pertanto costituiscono un pool dal quale vengono tratti molti suicidi futuri. Questo fa sorgere la questione della possibilità di prevenzione del suicidio a mezzo di interventi specificamente rivolti alla riduzione del rischio di un successivo tentativo tra i ripetitori di suicidio in contatto con servizi sanitari. La ripetizione dell'atto suicidario riveste particolare importanza clinica rappresentando il 16,20% di tutti gli episodi di tentato suicidio.

A tutt'oggi non viene proposta dalla letteratura una categorizzazione univoca del comportamento suicidario sulla base della valutazione degli aspetti psicopatologici di vulnerabilità e di altri fattori di rischio, né tanto meno è possibile la descrizione di una personalità suicidaria.

Il rischio di recidive decresce col passare del tempo dall'ultimo parasuicidio: la maggior parte delle ripetizioni cade entro il primo anno con ulteriore aumento dell'incidenza nei primi tre mesi ed ancor più elevata probabilità nei giorni immediatamente successivi al tentativo.

La scelta delle modalità non varia molto tra il primo episodio e i successivi. Il coefficiente di aumento di gravità del gesto, inteso come maggior precarietà delle condizioni psicofisiche alla prognosi, non è invece quantificabile statisticamente.

Kreitman e Casey [1988] distinguono invece più semplicemente in “minor repeaters”, e “major or grand repeaters”, intendendo con i primi soggetti con una storia di 2-4 episodi e con i secondi ripetitori con oltre 5 tentativi.

La predittività di un nuovo gesto è molto difficile per l'importante ruolo giocato da fattori imprevedibili come l'impulsività del soggetto, il ricorrere di conflitti interpersonali e sociali, l'insorgere di gravi malattie fisiche e, non ultimo, l'incapacità di reagire adeguatamente di fronte alle avversità della vita: la valutazione dei fattori di rischio riveste comunque un'enorme importanza per la comprensione del fenomeno della ripetitività del comportamento suicidario.

### **Influenza delle variabili sociodemografiche**

Proprio lo studio di Kreitman e Casey (1988) ha individuato le differenze sociodemografiche sulla base del riscontro anamnestico di precedenti tentamen. Il maggior numero di ripetizioni si ha per soggetti di età compresa tra i 25 ed i 54 anni. I major repeaters più frequentemente non hanno situazioni affettive stabili con un più alto tasso di separazioni e divorzi. L'appartenenza a classi sociali più disagiate è correlata inoltre con il numero di tentativi di suicidio.

Anche nel lavoro del 1988 di Hirschfeld e Davidson, in cui venivano analizzati 11 lavori sono stati differenziati i fattori di rischio per il tentato suicidio e per il suicidio completo: i cosiddetti compleaters erano più frequentemente uomini di età inferiore ai trent'anni. Risultati sovrapponibili sono stati ottenuti nel più recente studio di Isometsa (1998): il 56% delle vittime era al primo tentamen e di questi il 62% erano maschi. I tentativi non fatali compiuti negli ultimi 12 mesi interessavano il 19% dei maschi ed il 39% delle femmine.

Nei ripetitori l'analisi dell'intervallo di tempo tra il primo e l'ultimo episodio evidenzia che il 50% dei maschi ha l'ultima recidiva nei primi sei mesi mentre per la stessa percentuale di femmine il periodo è di 12 mesi. Tutti i ripetitori hanno usato per tentare il suicidio almeno una volta l'assunzione di farmaci.

In passato cinque studi indicano come la sensibilità del riscontro anamnestico di un precedente tentativo di suicidio sia limitata in funzione della letalità di una futuro tentamen, con

percentuali di decesso al primo tentativo variabili tra il 58 ed il 79% (Carney et al., 1994; Cheng et al., 1995; Conwell et al., 1998; Maris, 1981 Robins et al., 1959) . In quest'ottica assume particolare rilievo le variazioni nella scelta della modalità suicidaria.

Tra i 40 ripetitori dello studio di Bianco et al. (1998), 14 utilizzarono in occasioni differenti, almeno due modalità diverse per tentare il suicidio, mentre 26 sempre la stessa ( $p < 0.05$ ). Analoghi risultati sono stati ottenuti nello studio di Isometsa & Lonnqvist (1998), nel quale l'82% delle vittime tra i ripetitori aveva cambiato modalità suicidaria.

La recidiva con la stessa modalità, già dimostratasi non letale nel precedente episodio, fa supporre che, verosimilmente, l'intento del ripetitore non è quello di morire, bensì quello di comunicare con tale gesto la propria sofferenza e di chiedere aiuto alla società.

Sono stati condotti tre studi di follow-up in cui durante il colloquio clinico sono state analizzate le variabili psicosociali nell'ambito di un follow-up di 3-8 anni dopo il primo tentativo di suicidio. Il 20-40% di questa popolazione ha compiuto un nuovo gesto suicidario e di questi il 6-8% è deceduto. In un'alta percentuale di repeaters sono stati constatati episodi di abuso di alcool e per circa un terzo è stato documentato un regime di trattamento psicofarmacologico (superiore ai tre anni nello studio di Fridell). Infatti soggetti che intraprendono una "carriera suicidaria" costituiscono un'ampia fascia della popolazione afferente alle strutture psichiatriche. I ripetitori mostrano scarse risorse di coping con una grave compromissione in ambito sociale e lavorativo, una particolare vulnerabilità allo stress e consistenti difficoltà relazionali. Il riscontro di un disturbo di personalità in Asse II, considerato univocamente un importante fattore caratterizzante le condotte suicidarie ripetute ed il cui nucleo psicopatologico fondamentale è l'instabilità affettiva, ben si correla con la descrizione delle variabili sociodemografiche dei repeaters.

A questo proposito, per quanto la frequenza delle ripetizioni sia minore in soggetti di età avanzata, risulta particolarmente interessante lo studio di De Leo et al. (2002): il disegno longitudinale permette un'analisi di come le capacità di coping potrebbero essere la chiave di interpretazione delle condotte suicidarie ripetute come pattern comportamentale distinto dal suicidio completo. Lo scopo dello studio è stato di indagare i fattori predittivi per un episodio suicidario a distanza di un anno dall'ultimo tentativo in un campione di ultrasessantenni. L'11,1% dei soggetti ha compiuto almeno un altro gesto suicidario. La perdita del padre

nell'infanzia è un elemento statisticamente significativo che differenzia repeaters e non-repeaters in questa fascia d'età (chi-square=11.7,  $p<0.001$ ). Probabilmente ciò dipende dalle difficoltà nel ricorrere alle strategie di coping in una situazione di dipendenza, quale appunto si può verificare in età avanzata (Clark 1993; Erikson, 1963).

Inoltre l'ideazione suicidaria, misurata alla Suicide Intent Score, è risultata più elevata che nei non-repeaters. Analogamente, infatti, Oquendo et al. (2000) hanno riscontrato in un campione di pazienti affetti da Disturbo Bipolare come, nonostante dall'ultimo tentamen fossero trascorsi più di sei mesi, persisteva nei repeaters un alto livello di ideazione suicidaria, confermando come caratteristiche di tratto differenzino i repeaters dai non-repeaters.

### **Psicopatologia descrittiva e problematiche metodologiche**

Un aspetto nosologico del suicidio riguarda la sua secondarietà ad una specifica patologia psichiatrica, per cui molto spesso non viene nemmeno tentata una descrizione psicopatologica accurata poiché esiste un fenomeno primario a cui far riferimento e che rende il suicidio superficialmente più comprensibile e prevedibile (Tatarelli, 1992).

Nel caso della psicosi bipolare, della schizofrenia, dell'alcolismo, della demenze o del disturbo borderline, possono identificarsi quadri caratteristici (Tatarelli, 1992):

- Un'organizzazione delirante del significato e del fine della propria esistenza;
- Un'alterata coscienza di realtà, nel senso della confusione mentale;
- Stati affettivi iperacuti (per esempio, viraggi rapidi, stati d'angoscia).

In un recente articolo, Ahrens et al. (2000) si chiedono se il comportamento suicidario debba essere visto come una dimensione in qualche modo indipendente dai disturbi psichiatrici e da altri fattori, quasi una sorta di sindrome almeno in parte autonoma. Infatti, nonostante gli stretti legami, supportati dai dati della letteratura, fra suicidio e disturbi mentali, la suicidarietà non è un criterio essenziale per nessuno di questi disturbi, e le rispettive diagnosi possono essere poste in assenza del comportamento suicidario, che d'altronde non possiede alcuna specificità nosologica.

Secondo Mann et al. (1999), è possibile individuare una diatesi preesistente al disturbo psichiatrico, che si riflette nella tendenza a sperimentare più pensieri suicidari e ad essere più impulsivi e, di conseguenza, in una maggiore probabilità a mettere in atto sentimenti suicidari.

Considerando che solo una minoranza degli individui che sperimentano stressor significativi ed episodi depressivi maggiori metteranno in atto dei pensieri suicidari, Malone et al. (2000) distinguono una dimensione scatenante correlata a stressor come la depressione, dipendente dallo stato, e una dimensione soglia o diatesi, più dipendente da fattori di tratto.

Gli Autori propongono di interpretare questi dati nella cornice di un modello di diatesi-stress, secondo cui il rischio di gesti suicidari è determinato non solo dalla malattia psichiatrica, lo stressor, ma anche da una diatesi che costituisce un pattern preesistente al disturbo e in qualche misura indipendente da esso (Tatarelli, 1992).

Dal punto di vista operativo e speculativo la visione sindromica appare la più soddisfacente: in essa, all'atto lesivo si uniscono una serie di rilievi che riguardano (Tatarelli, 1992):

- La comunicazione dell'idea o dell'intento;
- Lo stato affettivo;
- Il contenuto e la forma del pensiero;
- La motricità;
- La coscienza;
- La personalità e il temperamento.

Così Ahrens et al. (2000) ipotizzano l'esistenza di una sindrome suicidaria psicopatologica indipendente dai disturbi psichiatrici maggiori, caratterizzabile, oltre che da idee suicidarie a carattere prevalente, da hopelessness, impulsività, ritiro sociale e mancanza di attività.

Nessuna dimensione tuttavia può di per se stessa determinare il suicidio.

Né il profilo psicopatologico, né l'intenzionalità suicidaria consentono di predire, sul medio e lungo termine, un successivo suicidio portato a termine in coloro che compiono un gesto autolesivo (Scocco et al., 2000).

Molto probabilmente ciò è dovuto alle difficoltà metodologiche incontrate nel definire il disegno degli studi, che è prevalentemente retrospettivo (Bush et al., 2003). Ciò permette di acquisire informazioni solo dopo che si è venuti a conoscenza del tentativo con scarse possibilità di ottenere informazioni circa l'ideazione suicidaria. Inoltre risulta particolarmente arduo correlare eventi ed osservazioni precedenti al tentativo con la suicidarietà del soggetto. Il terzo problema in cui si incorre con gli studi retrospettivi riguarda l'errore nel definire la

secondarietà del gesto suicidario rispetto ad altre patologie psichiatriche al momento del tentamen.

Queste difficoltà metodologiche nella progettazione di studi sui repeaters rendono problematica la definizione di una sindrome suicidaria o presuicidaria unitamente dal punto di vista fenomenologico o processuale, una conferma indiretta all'ipotesi dell'importanza dello status come indicatore privilegiato in alternativa o accanto alla diagnosi, viene proprio riferendoci a quei casi di suicidio mancato che rimangono unici nella vita di un individuo: il suicidio, infatti, non si presenta in maniera costante lungo il decorso di una malattia psichiatrica o nel ciclo vitale di una persona: esistono condizioni cliniche che si ripropongono con una discreta regolarità nei pazienti che vanno incontro al suicidio, mentre altre sono possibili una sola volta nella vita.

A questo proposito, alcuni studi si sono interessati a proposito degli aspetti cronobiologici dei comportamenti suicidari e dei tentamen. Bianco et al. (1998) indicano nelle femmine il rischio di recidiva si protrae, dopo il primo episodio, per un arco di tempo maggiore rispetto ai maschi. La circadianità del tentato suicidio, con picco nelle ore pomeridiane, è già stata descritta in altri lavori. I dati di Bianco et al., evidenziano come tale ritmo sia presente, oltre che nei soggetti con singolo episodio, anche in quelli recidivanti e che il picco orario è sovrapponibile. Tale dato è in disaccordo con quanto emerge dagli studi sulla depressione che indicano nelle prime ore della giornata un più basso tono dell'umore. la distribuzione circasettana e circannuale evidenzia un maggior numero di casi nel periodo fine-inizio settimana e nei mesi primaverili, senza alcuna evidenza di un ritmo statisticamente significativo né per i casi singoli né per i ripetitori.

### **Variabili psicopatologiche indagate in letteratura**

La stretta correlazione fra pensieri suicidari da un lato, e impulsività, rabbia e disforia dall'altro è stata evidenziata da numerosi autori, sottolineando anche l'ampio margine di sovrapposizione esistente fra i concetti di rabbia e impulsività. Il significato epidemiologico e nosologico delle recidive di tentato suicidio permette ha permesso però di chiarire le relazioni tra i correlati neurobiologici e le variabili psicopatologiche primarie coinvolte nel gesto suicidario.

Lo studio di Fawcett et al. (1997) individua quattro aspetti dimensionali che contraddistinguono la suicidarietà (ansia, agitazione, hopelessness, grave anedonia ed impulsività come tratto). Quest'ultima è associata ad un basso turnover cerebrale della serotonina. Questo dato è in accordo con lo studio di Evans et al. (1996) che individua nell'impulsività uno dei maggiori fattori di rischio suicidario, in special modo tra i repeaters. Tuttavia è emerso dal lavoro di Klerman et al. (1987) un apparente paradosso indicando una correlazione inversa tra letalità e impulsività del gesto suicidario.

Un risultato analogo è stato ottenuto con il lavoro di Michaelis et al. (2003) in un campione di pazienti bipolari. D'altra parte, agli stati misti affettivi descritti da Kraepelin, è riconosciuto univocamente l'attributo di sindrome suicidaria per eccellenza.

Nel National Comorbidity Survey, Kessler et al. (1999) non hanno riscontrato una correlazione significativa tra la letalità del tentamen, la pianificazione ed il tempo trascorso tra l'ideazione suicidaria e il compimento del gesto suicidario. Questo paradosso è imputabile al fatto che la maggior parte degli studi sull'impulsività sono stati condotti sulla popolazione generale mentre i pochi lavori sugli attempters sono stati condotti in campioni di dimensioni troppo ridotte (Brent et al., 1987; Hamdi et al., 1991; O'Donnell et al., 1996; Plutchik et al., 1989).

Di particolare interesse dal punto di vista psicopatologico è la relazione tra ansia, depressione ed aggressività.

Per questi motivi faremo riferimento allo studio di van Praag (2001) su di un sottotipo di depressione da lui individuato e che ha come nucleo psicopatologico di base la regolazione dell'ansia e dell'aggressività e non un disturbo della regolazione dell'umore. Le basi neurochimiche a sostegno dell'ipotesi di van Praag comprendono quelle proposte per spiegare le alterazioni biochimiche di suicidi e che secondo Baca-Garcia et al. (2001) sono responsabili dell'impulsività del gesto suicidario.

Le difficoltà nella correlazione tra psicopatologia descrittiva ed alterazioni biochimiche si evidenziano anche nella definizione neuropsicologica del comportamento suicidario e nella ripetitività delle condotte parasuicidarie nell'ambito della nosografia del disturbo di personalità borderline e della depressione maggiore. Secondo Soloff et al. (2000), l'aggressività, l'hopelessness ed il numero di tentamen sono prevalenti nei pazienti che presentano queste patologie in comorbidità.

Per quanto riguarda gli aspetti cognitivi, secondo alcuni Autori, il comportamento suicidario è correlato ad una compromissione della capacità del problem-solving. Per Weiberg, viene a mancare la cosiddetta search activity, quell'attività orientata a modificare la situazione nell'assenza di una previsione precisa sull'esito di tale attività, ma prendendo in considerazione i risultati ottenuti nelle fasi precedenti tale attività. La rinuncia alla ricerca condurrebbe a sentimenti di impotenza, compromissione del problem-solving e inefficacia del coping, fattori che a loro volta potrebbero esacerbare la condizione di rinuncia e innescare un rischio suicidario.

### **Prevenzione**

La complessità e la multifattorialità del comportamento suicidario implicano la necessità di una strategia di fronteggiamento globale, che si avvalga di una molteplicità di approcci e di interventi (Motto et al., 2001).

Il sistema di rilevazione dei dati sulla "suicidalità" (termine utilizzato dagli Autori di scuola anglosassone e che comprende i fenomeni dell'ideazione suicidaria, dell'intenzionalità e dei tentativi) ha evidenziato il problema della comunicazione della suicidalità stessa agli operatori interessati.

Wolk-Wasserman (1986-1987) ha sottolineato l'esistenza di diverse modalità di comunicazione in relazione alla patologia psichiatrica. Per i pazienti affetti da disturbi d'ansia, per esempio, prendono il sopravvento difese di tipo narcisistico che possono portare lo psichiatra a sottovalutare il rischio suicidario. Anche per i pazienti psicotici la comunicazione e l'attenzione dei comportamenti presuicidari è risultata problematica. L'abuso di alcool e sostanze, importanti fattori di rischio nella ripetitività delle condotte suicidarie, vengono spesso sottovalutati interpretando alcuni comportamenti e messaggi come manipolativi.

Linehan (1997) ha esaminato la letteratura in tema di prevenzione suicidaria, focalizzando l'attenzione su studi randomizzati: non sono emerse in questo caso evidenze conclusive circa le strategie di prevenzione da intraprendere per ridurre il tasso di suicidi. In una review di Gunnell e Frankel (1994), gli Autori concludono che dagli studi randomizzati e controllati emerge la necessità di interventi polifunzionali che possano adattarsi alla molteplicità delle variabili coinvolte nelle condotte suicidarie.

Di particolare rilievo sono i risultati ottenuti nei “suicide prevention centers” dei paesi anglosassoni. Secondo uno studio di Miller et al (1984), un buon successo nella diminuzione del numero di suicidi si sarebbe avuto soprattutto con una popolazione di giovani donne, peraltro, evidentemente per motivi antropologico-culturali, i principali utenti di queste strutture. In questi casi la comunicazione terapeutica avrebbe avuto un reale effetto preventivo attraverso la costruzione di una “relazione terapeutica”, spesso anche poco agevole, dato che nella maggior parte delle situazioni il contatto avviene per via telefonica. Per quanto riguarda la ripetizione del parasuicidio, cinque studi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la frequenza (Comtois et al., 2002). Tra i quattro interventi di tipo psicosociale, due sono centrati sul problem-solving, mentre gli altri prevedevano colloqui di sostegno e visite domiciliari. Un solo trial prevedeva come intervento terapeutico la farmacoterapia. Tuttavia, questi studi non essendo omogenei riguardo il trattamento, non permettono un adeguato raffronto tra le diverse strategie; ciò è anche confermato dalle review condotte da Hawton et al. (1998), Linehan et al. (1991) e da van der Sande et al. (1994): le scarse indicazioni emerse dipendono anche dall'esiguità dei campioni. Linehan sottolinea come un importante fonte di errore statistico consista nei criteri di inclusione ed esclusione della popolazione a rischio.

Per quanto riguarda invece l'utilizzo dei servizi, esistono anche in questo caso delle problematiche metodologiche inerenti le differenti classi di età, l'epoca dello studio e le modalità di gestione del paziente psichiatrico proprie di ogni paese (Souminen et al., 1997).

Ulteriori considerazioni riguardano ciò che si intende per prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione primaria è definita come prevenzione dei fattori di rischio e quindi ha come oggetto della prevenzione la popolazione generale. La prevenzione secondaria è intesa come insieme di provvedimenti per il controllo del fenomeno nelle popolazioni a rischio, ovvero alla diagnosi e al trattamento precoci. In questo caso c'è da considerare che il rischio non sempre si identifica con l'acuzie, semmai con la crisi, per cui il lavoro di prevenzione sui gruppi a rischio deve essere attuato anche a lungo termine.

Infine, la prevenzione terziaria è riferita a quegli interventi che possono essere intrapresi per evitare il fenomeno della ripetizione del gesto suicida.

Nell'ottica di una prevenzione secondaria e terziaria anche a Trieste è stato istituito grazie ad una collaborazione tra Clinica Psichiatrica e A.S.S. n°1 un Osservatorio Epidemiologico sul problema dei comportamenti suicidari. Inoltre l'implementazione del cosiddetto progetto "Amalia" conferma l'utilizzo di un servizio assistenziale di rete che operando 24 ore su 24, permette un approccio tempestivo e globale orientato alla risoluzione del rischio suicidario.

Al Telefono Speciale (Loperfido et al., 2001), sono giunte dal gennaio 1999 al febbraio 2001, 4771 chiamate. In prevalenza si tratta di donne (67%). L'età media è di 44 anni, 46 anni per le donne e 41 per gli uomini. Il 47% ha dichiarato di essere già seguito sul territorio. La maggior parte dei soggetti identificati (63%) ha riferito di avere un problema di salute mentale soprattutto di tipo depressivo (69%), ed ha espresso di avere al momento della telefonata ideazione e/o intenzione suicidaria (48%), mentre il 13% ha confermato di avere compiuto in passato un precedente tentativo.

Sempre più necessario appare il coinvolgimento diretto di tutti i nodi che compongono la rete dei servizi socio-sanitari.

In particolare, i medici di medicina generale spesso si lamentano di non essere tempestivamente ed adeguatamente informati sui tentativi di suicidio compiuti dai loro pazienti.

Gli interventi di crisi non possono trascurare il fondamentale supporto rappresentato dai Distretti sanitari: essi possono coordinare e attivare specifici interventi rivolti a modificare i fattori di malattia ed il contesto ambientale in cui è maturato il tentativo di suicidio.

Assistenti sanitari e assistenti sociali, infermieri ed educatori professionali, medici, psicologi, psichiatri possono elaborare progetti individualizzati per migliorare la qualità di vita dei cittadini alleviandone le sofferenze sia somatiche che mentali.

## **Bibliografia**

Ahrens B, et al. *Suicidal behavior - symptom or disorder?* Comprehensive psychiatry 2000, 41 (suppl1), 116-21.

Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Basurte E, Prieto R, Ceverino A, Saiz-Ruiz J, de Leon J. *A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts.* J Clin Psychiatry. 2001 Jul;62(7):560-4.

Bianco G, D'Alessandro G, Tarquini E, Rossi G, Mazzoccoli G. *Epidemiology and chronorhythmicity of recurrences of attempted suicide.* Recenti Prog Med. 1998 Mar;89(3):114-7.

- Brent DA. *Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987 Jan;26(1):87-91.
- Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. *Clinical correlates of inpatient suicide*. J Clin Psychiatry. 2003 Jan;64(1):14-9.
- Carney SS, Rich C, et al. *Suicide over 60: the San Diego Study*. Journal of the American Geriatric Society, 1994, 42, 172-80.
- Clark DC. *Narcissistic crises of aging and suicidal despair*. Suicide Life-Threat Behav 1993, 23, 21-26.
- Cheng ATA. *Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan*. Archives of General Psychiatry, 1995, 52, 594-603.
- Comtois KA. *A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide*. Psychiatr Serv. 2002 Sep;53(9):1138-44.
- Conwell Y, Duberstein PR, et al. *Age difference in behaviors leading to completed suicide*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 1998, 6, 122-26.
- De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, et al. *Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study*. Journal of Affective Disorders 72 (2002) 291–295
- Erikson EH. *Childhood and Society*. Norton, New York, 1963.
- Fawcett, J., Busch, K.A., Jacobs, D., Kravitz, H.M., Fogg, L., 1997. *Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model*. Annals of the New York Academy of Sciences 836, 288–301.
- Fridell JE, et al. *A 5-year follow-up study of suicide attempts*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1996, 93, 151-7.
- Evans J, Platts H, Liebenau A. *Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of "first-timers" and "repeaters"*. Acta Psychiatr Scand. 1996 May;93(5):378-80.
- Gunnell D, Frankel S. *Prevention of suicide: aspirations and evidence*. BMJ. 1994 May 7;308(6938):1227-33.
- Hamdi E, Amin Y, Mattar T. *Clinical correlates of intent in attempted suicide*. Acta Psychiatr Scand. 1991 May;83(5):406-11.
- Hawton K, Fagg J, Simkin S, Harriss L, Malmberg A. *Methods used for suicide by farmers in England and Wales. The contribution of availability and its relevance to prevention*. Br J Psychiatry. 1998 Oct;173:320-4.
- Hirschfeld RMA, Davidson L. *Risk factors for suicide*. In Frances AJ and Hales RE, eds. American psychiatric Press. Review of Psychiatry: vol. 17, (p327) 1988.
- Isometsa ET, Lonnqvist JK. *Suicide attempts preceding completed suicide*. Br J Psychiatry. 1998 Dec;173:531-5.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry. 1999 Jul;56(7):617-26.
- Klerman GL. *Clinical epidemiology of suicide*. J Clin Psychiatry. 1987 Dec;48 Suppl:33-8.
- Kreitman N, Casey P. *Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study*. Br J Psychiatry. 1988 Dec;153:792-800.
- Linehan MM. *Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes*. Ann N Y Acad Sci. 1997 Dec 29;836:302-28
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. Arch Gen Psychiatry. 1991 Dec;48(12):1060-4.

- Loperfido A, Cannalire M, Forti B. *Spezzarsi la vita*. Ministero della Sanità. Istituto Superiore di Sanità ASS N, 6 "Friuli Occidentale".
- Mann, J.J., Oquendo, M., Underwood, M.D., Arango, V., 1999. *The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician*. Journal of Clinical Psychiatry 60, 7–11.
- Mann, J.J., 1999. *Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior*. Neuropsychopharmacology 21, 99S–105S.
- Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. *Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living*. Am J Psychiatry. 2000 Jul;157(7):1084-8.
- Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1981.
- Michaelis BM, et al. *Characteristics of first suicide attempts in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder*. Comprehensive Psychiatry 2003, 44 (1), 15-20.
- Miller HL, Coombs DW, Leeper JD, Barton SN. *An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States*. Am J Public Health. 1984 Apr;74(4):340-3.
- Motto JA, Bostrom AG. *A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention*. Psychiatr Serv. 2001 Jun;52(6):828-33.
- O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. *Explaining suicide: the views of survivors of serious suicide attempts*. Br J Psychiatry. 1996 Jun;168(6):780-6.
- Plutchik R, Van Praag H. *The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 1989;13 Suppl:S23-34.
- Robins, E, Murphy, G E, Wilkinson, R H, Gassner, S, and Kayes, J (1959). *Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides*. American Journal of Public Health 49, 888-899.
- Soloff PH, et al. *Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study*. Am J Psych 2000, 157, 601-8.
- Scocco P, Marietta P, Tonietto M, Dello Buono M, De Leo D. *The role of psychopathology and suicidal intention in predicting suicide risk: a longitudinal study*. Psychopathology. 2000 May-Jun;33(3):143-50.
- Suominen K, Isometsa E, Henriksson M, Ostamo A, Lonnqvist J. *Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both*. Acta Psychiatr Scand. 1997 Aug;96(2):142-9.
- Tatarelli R. *Suicidio: psicopatologia e prevenzione*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1992
- van der Sande R, Buskens E, Allart E, van der Graaf Y, van Engeland H. *Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions*. Acta Psychiatr Scand. 1997 Jul;96(1):43-50.
- Van Praag HM. *Anxiety/aggression--driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnosis*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2001 May;25(4):893-924.
- Weiberg I. *The ultimate resignation. Suicide and search activity*. Neurosci Biobehav Rev 2000, 24, 605-26.
- Wolk-Wasserman D. *Contacts of suicidal alcohol and drug abuse patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt*. Acta Psychiatr Scand. 1987 Oct;76(4):394-405.