

VULNERABILITÀ ALLE CONDOTTE SUICIDARIE: FATTORI DI RISCHIO E FATTORI PROTETTIVI

Sarchiapone M., Carli V., Cuomo C., Babore A.

Riassunto

I comportamenti suicidari e violenti, una delle emergenze più comuni in ambito psichiatrico, come tutti i disturbi psichiatrici ed i comportamenti umani, hanno notoriamente una genesi multifattoriale, in cui s'intersecano fattori d'ordine biologico, psicologico e sociale. Tali fattori possono avere sia valenza protettiva che di rischio e concorrono nel determinare la vulnerabilità individuale alle condotte suicidarie. Nell'intento di valutare l'effettivo impatto di alcune dimensioni psicopatologiche sulla messa in atto di condotte suicidarie abbiamo condotto uno studio su un campione di pazienti psichiatrici con storia di tentativo di suicidio, mettendolo a confronto con un campione di pazienti psichiatrici senza tendenze suicidarie omogeneo per età sesso e diagnosi psichiatrica. Hanno partecipato allo studio 203 adulti reclutati consecutivamente (età media: 39.47±13.15; Maschi/femmine: 89/114) con diverse diagnosi psichiatriche, formulate in accordo con i criteri diagnostici del DSM-IV-TR. 112 pazienti (54.6%) avevano un episodio di tentato suicidio nell'anamnesi psichiatrica lifetime. I soggetti con condotte autolesive erano più frequentemente di sesso femminile, disoccupati e non sposati rispetto al gruppo di controllo. I risultati hanno inoltre evidenziato che i pazienti che avevano tentato il suicidio presentavano un punteggio totale alla Childhood Trauma Scale (CTQ) e alla Brown Goodwin Life History of Aggression (BGLHA) più alto rispetto al gruppo di controllo ed un punteggio più basso per quanto riguarda la resilience.

Parole chiave:

Suicidio, fattori di rischio, fattori protettivi, vulnerabilità, psicopatologia.

Summary

Aggressive and suicidal behaviours are one of the most common psychiatric emergencies and, as every psychiatric disorder or human behaviour, have a multifactorial origin in which biological, psychological and social factors act together. These factors may

have a protective value or may be risk factors and both concur in determining the individual's vulnerability to suicidal behaviour. With the aim of evaluating impact of some psychopathological dimensions on suicidal acting, we conducted a study on a sample of psychiatric patients with a history of suicide attempt, comparing it with a sample of psychiatric patients without suicidal tendencies, homogeneous for age, sex and psychiatric diagnosis. 203 adults outpatients consecutively enrolled, were the study subjects (mean age: 39.47±13.15; M:F 89/114), whose diagnoses were heterogeneous and assessed according to DSM-IV-TR criteria. 112 patients (54.6%) had a lifetime suicide attempt in psychiatric history. Among suicide attempters, a significantly higher number of subjects were female, not married and unemployed. Results also showed that patients with a suicide attempt had higher Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) total scores and Brown Goodwin Life History of Aggression (BGLHA) scores in comparison to the control group and lower scores on the resilience scale.

Key words:

Suicide, risk factors, protective factors, psychopathology.

Per corrispondenza:

Marco Sarchiapone, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, Campobasso, Italia.

Introduzione

I comportamenti suicidari e violenti sono una delle emergenze più comuni in ambito psichiatrico e la loro predizione e prevenzione rappresentano un problema tanto complesso quanto importante. Sia il suicidio che il tentativo di suicidio, come tutti i disturbi psichiatrici ed i comportamenti umani hanno notoriamente una genesi multifattoriale, in cui s'intersecano fattori d'ordine bio-

logico, psicologico e sociale, e vengono attualmente considerati atti multideterminati e complessi, contraddistinti da una fenomenologia multi-causale caratterizzata da componenti diversificate che agiscono sinergicamente. Tali componenti costituiscono una rete di fattori di rischio che vengono classicamente differenziati in fattori predisponenti e di potenziamento. I fattori predisponenti, chiamati anche fattori distali di rischio, e i fattori potenzianti, chiamati anche fattori prossimali di rischio, concorrono nel determinare quella che potremmo chiamare soglia suicidaria.

Il più importante fattore predisponente per il comportamento suicidario è senza dubbio la presenza di un disturbo psichiatrico. Dati recenti mettono in evidenza come oltre il 90% delle persone che tentano il suicidio siano affette da un disturbo psichiatrico, principalmente un disturbo dell'umore o un disturbo psicotico. Altri fattori predisponenti sono l'abuso di sostanze, la familiarità per suicidio o per disturbi psichiatrici in genere, un ambiente familiare disturbato come indicato da divorzi, conflitti, dispute legali ecc. Sono anche considerate fattori predisponenti caratteristiche peculiari di personalità come l'impulsività, l'aggressività e la tendenza ai comportamenti violenti ed antisociali. Particolare rilevanza nell'ambito dei fattori predisponenti al suicidio assume il trauma infantile. Negli ultimi venti anni molti studi hanno mostrato una forte associazione tra traumi subiti nell'infanzia e sintomi psicopatologici sviluppati da adulti quali depressione ed ansia, sintomi dissociativi, abuso di sostanze, disturbi di personalità e condotte autolesive. È stato calcolato che le vittime di abuso infantile, da adulti, sono 5 volte più frequentemente affette da disturbi depressivi e mostrano 12 volte più frequentemente un disturbo di personalità o della condotta, vanno incontro 5-6 volte più spesso a dipendenza da sostanze e commettono 5 volte più frequentemente gesti suicidari. Il trauma infantile viene quindi considerato un importante fattore di vulnera-

bilità al suicidio in quanto può avere diversi ed importanti effetti psicologici o comportamentali quali bassa autostima e forme disorganizzate di attaccamento, anche queste associate al suicidio. Traumi subiti nell'infanzia possono anche influenzare il cervello nel momento di maggiore sviluppo; a questo proposito sono state identificate nelle vittime di abusi nell'infanzia alterazioni nei meccanismi fisiologici di risposta allo stress e nei sistemi neurotrasmettitoriali cerebrali. Sono state per esempio rilevate associazioni significative tra trauma infantile ed il livelli di 5-HIAA e HVA nel liquido cefalo-rachidiano ed un'associazione tra abuso sessuale nell'infanzia e l'escrezione di cortisolo libero nelle urine.

D'altra parte eventi di vita stressanti quali la perdita del lavoro, eventi stressanti familiari o affettivi costituiscono, assieme alla presenza di malattie mediche croniche, lutto e la facile disponibilità di un metodo suicidario, i più importanti fattori potenzianti che agiscono da *trigger*. È inoltre da notare come i fattori di rischio, sia predisponenti che potenzianti, possano anche interagire tra di loro ed un singolo fattore di rischio potrebbe dare inizio ad una sequenza di eventi in cascata che porti allo sviluppo di condotte suicidarie. Per esempio l'impulsività o il trauma infantile possono direttamente predisporre ad una tendenza suicidaria ma possono anche, allo stesso tempo, predisporre all'insorgenza di un disturbo psichiatrico o ad abuso di sostanze che sono, a loro volta, fattori predisponenti ai comportamenti suicidari.

Tra i fattori predisponenti vi sono anche i fattori di rischio neurobiologico. Numerosi studi hanno dimostrato che alterazioni neurotrasmettitoriali centrali sono associate al comportamento violento e suicidario: deficit funzionali specifici della trasmissione serotoninergica appaiono correlati alle condotte autolesive e tra questi spiccano la riduzione assoluta di serotonina e dei suoi metaboliti – 5-HIAA – nel liquor (Asberg M, 1976), l'alterata risposta a test di stimolazio-

ne serotoninergica (Sarchiapone M, 2001), le alterazioni recettoriali (Mann, 2000). Numerose osservazioni hanno inoltre attestato una significativa correlazione tra alcune variabili biochimiche (citochine infiammatorie, colesterolo plasmatico, etc.) depressione e rischio suicidario, in particolare dimostrando una importante associazione tra ridotti livelli plasmatici di colesterolo e condotte impulsive (Sarchiapone et al, 2000). Tra i marcatori biochimici più accessibili, negli ultimi anni un'attenzione significativa viene rivolta alle citochine infiammatorie sia per il coinvolgimento nello stress sia per il ruolo sulla trasmissione neuronale: vari studi hanno già chiarito un coinvolgimento di queste proteine in alcune condizioni quali la depressione maggiore, la schizofrenia, l'Alzheimer ed altri disturbi psichiatrici (Kronfol et al., 2000) senza mai approfondirne le correlazioni con i comportamenti violenti e suicidari.

Crescenti evidenze in letteratura attestano l'esistenza di una suscettibilità genetica al comportamento violento (Roy et al, 1997) che, sul piano clinico, si ritiene sia rappresentata dall'incapacità di controllare un comportamento impulsivo. Studi di biologia molecolare hanno riportato significative associazioni tra il comportamento suicidario e polimorfismi di geni coinvolti nel metabolismo della serotonina (in particolare la triptofano idrossilasi-TPH- ed il serotonin transporter -5-HTT) evidenziando che alcune forme alleliche correlavano significativamente con modalità violente di condotta autolesiva. Fattori di rischio genetico potrebbero giocare un ruolo chiave nel determinare una condotta suicidaria e questo ruolo è ancora molto dibattuto tra gli studiosi. I geni potrebbero essere coinvolti direttamente nel predisporre ad una condotta suicidaria ma potrebbero avere anche un ruolo indiretto nello sviluppo di psicopatologia o tratti di personalità associati al suicidio quali l'impulsività, l'aggressività o la mancanza di speranza. In ogni caso è probabile che molteplici geni dall'effetto limi-

tato possano concorrere nel determinare una vulnerabilità genetica ad un fenomeno complesso come un gesto suicidario. Il coinvolgimento di fattori genetici nel predisporre ad eventi suicidari è anche confermato da diverse evidenze sperimentali. Innanzitutto, i risultati di studi epidemiologici su famiglie, indicano che le condotte suicidarie si concentrano all'interno delle stesse famiglie. Una forte evidenza della presenza di una componente genetica proviene anche dagli studi su gemelli monozigoti e su adottati. Roy e Segal, hanno riscontrato un aumento della concordanza per suicidio in gemelli monozigoti rispetto a gemelli dizigoti (18% vs. 0.7%). Schulsinger et al. hanno riportato una frequenza di suicidio 6 volte maggiore nei familiari biologici di adottati con condotte suicidarie e una sostanziale assenza di problematiche suicidarie nelle famiglie dei genitori adottivi. Molti studi forniscono quindi evidenza di una suscettibilità genetica che è oltretutto condivisa tra chi tenta il suicidio e tra chi muore per suicidio. La presenza di una suscettibilità genetica è quindi sufficientemente accertata dagli studi appena descritti. Questi ultimi non forniscono però notizie su quali possano essere i geni che vengono effettivamente trasmessi. Nel tentativo di individuare questi geni, in analogia con quanto avvenuto in altri settori di ricerca biomedica, è stato più volte tentato un approccio per gene candidato, partendo da meccanismi biologici che si suppone possano essere implicati nelle condotte suicidarie. La maggior parte degli studi ha preso in esame geni coinvolti con la neurotrasmissione serotoninergica ed enzimi coinvolti nel metabolismo della serotonina quali la triptofano idrossilasi (TPH), le monoaminoossidasi (MAO), la COMT, il Serotonin Transporter (SERT) ed i vari sottotipi di recettori serotoninergici, principalmente il 5HT2a. Altri studi hanno analizzato anche altri geni non coinvolti direttamente con la serotonina quali il DRD2, DRD4, il BDNF ed il CCK. La metodologia utilizzata negli studi è però spesso molto eterogenea e ren-

de impossibile o almeno estremamente difficile comparare i dati raccolti dai differenti gruppi di ricerca. La maggior parte degli studi effettuati su geni candidati ha fornito risultati contraddittori o per lo meno non conclusivi, con la produzione di risultati sia positivi che negativi per gli stessi geni candidati. Gli unici geni su cui c'è un certo accordo tra i ricercatori nella loro associazione con i comportamenti suicidari, sono il gene della triptofano idrossilasi (TPH) ed il gene del Serotonin Transporter (SERT).

Come detto in precedenza si può quindi ipotizzare un modello caratterizzato da una soglia suicidaria che viene determinata dalla somma dei fattori predisponenti (tra cui quelli di tipo biologico o genetico) ed in cui gli eventuali fattori potenzianti determinano il passaggio da un'ideazione suicidaria ad un gesto suicidario vero e proprio. Questa soglia potrebbe però essere influenzata anche da fattori di tipo protettivo ed anche questi potrebbero essere geneticamente determinati. Un potenziale fattore protettivo per le condotte suicidarie che è stato recentemente studiato è la cosiddetta "resilience". La resilience può essere definita come l'abilità di emergere da un evento avverso di vita e di adattarsi con successo, implicando la capacità di uscire da una situazione problematica con maggiore forza e con più risorse derivanti dall'esperienza. Poiché il suicidio è spesso visto dai pazienti come l'unica possibile via di uscita, e la mancanza di speranza (hopelessness) è una delle maggiori spinte al passaggio all'atto, è comprensibile come la resilience potrebbe costituire un fattore protettivo per le condotte suicidarie.

In questa visione del suicidio come modalità estrema di risolvere un problema che sembra insormontabile entra in gioco un'ulteriore dimensione della vulnerabilità psicologica al suicidio, ossia la possibile presenza di un assetto neurocognitivo peculiare. Una recente review ha preso in considerazione gli studi neuropsicologici esistenti sui tentativi di suicidio, per confrontarli con la letteratura presente su tali alterazioni nei pa-

zienti con disturbo borderline di personalità (BPD), che sono caratterizzati da alti livelli di impulsività, ripetuti atti di autolesionismo e tendenza al suicidio. In realtà la patologia borderline di personalità è tra le diagnosi più frequenti tra i casi di tentativi di suicidio. Pur non essendo molto numerosi, gli studi che esaminano i difetti neurocognitivi nei pazienti con tentativi di suicidio mettono in evidenza diversi aspetti di disregolazione comportamentale, che riflettono un pattern alterato di funzionamento complesso sia a livello esecutivo che motivazionale. Nonostante alcune inconsistenze, gli studi delineano un profilo di vulnerabilità cognitiva all'evento suicidario, a partire dai primi studi di Neuringer e collaboratori del 1964, in cui veniva evidenziato il pensiero rigido che sembrava contraddistinguere gli individui con tendenza al suicidio, con una ridotta capacità di problem solving. Le alterazioni neuropsicologiche ritrovate riflettono ovviamente un correlato biologico di disfunzionamento di intere aree cerebrali. Nel caso specifico dei tentativi di suicidio, le forti evidenze che sostengono un'alterazione della verbal fluency riportano ad una disfunzione del lobo frontale. La verbal fluency è una misura di avvio della risposta (response initiation), che potrebbe contribuire alla mancanza di iniziativa e self-direction, ad un difficoltoso problem solving, nonché ad una eccessiva dipendenza interpersonale. Bartfai e collaboratori nel 1990 del resto trovarono questa alterazione, insieme ad una riduzione della design fluency e del ragionamento intellettuale, fino a 3 settimane dopo un tentativo di suicidio, con una diminuita capacità di generare soluzioni alternative ai problemi. Audenaert nel 2002 associò gli studi neuropsicologici a un'indagine fMRI in cui si evidenziò una ridotta perfusione cerebrale in alcune aree della corteccia prefrontale, e lo stesso gruppo nel 2005 aggiunse il reperto di un serotonin binding ridotto in tentativi di suicidio recenti, con livelli di serotonina ancora più bassi per coloro che si provocavano atti deliberati di auto-

lesionismo. Da tutti gli studi in ogni caso è possibile concludere che l'alterazione esecutiva presente nei tentativi di suicidio è indipendente dalla comorbidità con l'eventuale psicopatologia che potrebbe costituire un fattore confondente, ad esempio con la depressione o con l'abuso di sostanze. Jollant e collaboratori nel 2005 hanno inoltre messo in evidenza come il processo di decision-making sia alterato tra i tentativi di suicidio sia violenti che non violenti, risultando così indipendente dal disturbo affettivo di base e da diverse variabili quali età, intelligenza, istruzione, caratteristiche del tentativo; questa alterazione risultava invece positivamente correlata con la labilità affettiva per tutti i tentativi di suicidio, e inoltre nel gruppo dei non violenti si mostrava un'associazione anche con l'espressione della rabbia e l'ostilità. È stato suggerito che esistano differenze qualitative - a cui sottendono processi cognitivi e altri processi di controllo inibitori separati - tra autolesionismo senza intento di porre fine alla propria vita, e il tentativo di suicidio consapevole, caratteristiche che distinguerebbero in parte i BPD dai tentativi di suicidio senza BPD. Comportamenti autolesivi automatici e ripetitivi fornirebbero infatti una sorta di sollievo emotivo immediato ad un individuo in cui l'incapacità di tollerare un temporaneo ma intenso stato emotivo negativo potrebbe riflettere la propensione verso una ricompensa immediata e l'evitamento dell'ansia con scarso riguardo per le conseguenze future, nonostante il numero di esperienze passate. Il percorso cognitivo verso il tentativo di suicidio deliberato si realizzerebbe invece in maniera differente, implicando deficit nell'inibizione sia dell'eccitazione che dell'esecuzione, con un rischio aumentato di compiere l'atto che è il risultato di un'incapacità di esprimere e reprimere una scelta inappropriata. Tali deficit si manifesterebbero attraverso la non-soppressione perseverativa di un pensiero e di un'azione deliberata di porre fine alla propria vita. Una capacità compromessa di generare e verbalizzare soluzioni

più creative ai problemi porterebbe a sentimenti di intrappolamento, per cui paradossalmente il suicidio costituirebbe una modalità di ridurre l'ansia.

Nell'intento di valutare l'effettivo impatto di alcuni dei fattori di vulnerabilità finora descritti sulla messa in atto di condotte suicidarie abbiamo condotto uno studio su un campione di pazienti psichiatriche con storia di tentativo di suicidio, mettendolo a confronto con un campione di pazienti psichiatriche senza tendenze suicidarie omogeneo per età sesso e diagnosi psichiatrica. L'ipotesi principale che abbiamo voluto testare era che nei pazienti con tentativo di suicidio fosse maggiormente presente una serie di correlati psicopatologici e di fattori di rischio o protettivi, tra cui il trauma infantile, l'aggressività, la severità dei sintomi depressivi, la resilience. Abbiamo anche tentato di individuare correlazioni significative tra tali dimensioni psicopatologiche ed alcune caratteristiche dei tentativi di suicidio messi in atto dai pazienti, quali l'intenzionalità, la letalità, il numero di ripetizioni e l'età del primo tentativo.

Materiali e Metodi

Hanno partecipato allo studio 203 adulti reclutati consecutivamente (età media: $39,47 \pm 13,15$; Maschi/femmine: 89/114) con diverse diagnosi psichiatriche, formulate in accordo con i criteri diagnostici del DSM-IV-TR. Di 203 pazienti reclutati, 168 avevano diagnosi di Disturbo dell'umore (47 Episodio Depressivo Maggiore, primo episodio; 91 Depressione Maggiore di tipo ricorrente; 21 Disturbo bipolare; 9 Distimia), 12 diagnosi di Schizofrenia, 11 diagnosi di Disturbo d'Ansia e 12 diagnosi di Dipendenza da Sostanze.

La descrizione dettagliata del campione preso in esame è riassunta in tabella 1.

137 pazienti sono stati consecutivamente reclutati presso il Day Hospital di Psichiatria Clinica del Policlinico Universitario A. Gemelli mentre 67 pazienti sono stati reclu-

Tabella 1. Descrizione del campione esaminato

| | Numero di Soggetti | | |
|------------------------|--------------------|-----|-----------|
| | Totale | TS | Controlli |
| Depressione Maggiore | 151 | 95 | 56 |
| Disturbo Bipolare | 18 | 7 | 11 |
| Schizofrenia | 20 | 6 | 14 |
| Dipendenza da Oppiacei | 7 | 3 | 4 |
| Disturbo d'Ansia | 9 | 1 | 8 |
| Totale | 205 | 112 | 93 |

tati presso il Dipartimento di Emergenze e Accettazione dove erano stati ricoverati per condotta suicidaria.

Criteri di inclusione nello studio sono stati la presenza di una diagnosi psichiatrica in Asse I in accordo con i criteri del DSM-IV e la sottoscrizione del consenso informato. I criteri di esclusione sono stati la presenza di ritardo mentale o deficit cognitivi che impedivano la somministrazione dei test ed il rifiuto da parte del paziente di entrare nello studio.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame sia medico che psichiatrico. Un'intervista psichiatrica strutturata (MINI Interview) è stata utilizzata per formulare una diagnosi psichiatrica in accordo con il DSM-IV. Un'altra intervista strutturata è stata utilizzata anche per collezionare dati dettagliati sulle condotte suicidarie attuali o in anamnesi per quanto riguarda il numero dei tentativi di suicidio, la modalità, l'intenzionalità, la letalità, l'età del primo tentativo e la presenza di fattori di rischio predisponenti e potenzianti. La stessa intervista è stata utilizzata per raccogliere le più comuni variabili sociodemografiche ed una storia farmacologica che prendeva in esame tutti i trattamenti farmacologici sia con psicofarmaci che con altri farmaci. La severità dei sintomi depressivi è stata misurata con la Hamilton Depression Rating Scale. La Brown Goodwin Lifetime History of Aggression Interview (BGLHA) è stata utilizzata per valutare le tendenze aggressive dei pazienti. Ai pazienti venivano quindi somministrati altri

due questionari: il Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) nella versione a 34 item e la Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC).

I pazienti sono stati quindi divisi in due gruppi a seconda della presenza di condotte suicidarie in anamnesi. I dati collezionati dai gruppi sono quindi stati confrontati per evidenziare eventuali differenze tra tentatori di suicidio (TS) e non tentatori di suicidio (NTS). Successivamente, prendendo in esame il solo gruppo dei tentatori di suicidio, sono state ricercate correlazioni tra le variabili psicopatologiche analizzate e le caratteristiche dei tentativi di suicidio.

Per quanto riguarda l'analisi statistica sono stati utilizzati il t test di Student ed il coefficiente di correlazione di Pearson. Tutta l'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il pacchetto software SPSS per Windows versione 14.

Risultati

112 pazienti (54.6%) avevano un episodio di tentato suicidio nell'anamnesi psichiatrica lifetime.

Tra i pazienti che avevano tentato il suicidio, un numero significativamente più alto, rispetto al gruppo dei non-tentatori, era di sesso femminile, non sposato e disoccupato. Non sono state rilevate differenze tra i gruppi per quanto riguarda l'età, il livello educativo e la diagnosi psichiatrica.

Per quanto riguarda le scale psicometriche somministrate, i punteggi alla HDRS

Tabella 2. Variabili sociodemografiche e dati clinici dei pazienti presi in esame

| | TS (N=112) | Controlli (N=93) | Significatività |
|----------------------------|------------|------------------|-----------------|
| Femmine | 67 (68,4%) | 50 (58,1%) | P<0.01 |
| Sposati | 29 (29,6%) | 41 (47,7%) | P<0.01 |
| Single | 46 (46,9%) | 30 (34,9%) | P<0.01 |
| Separati/Divorziati | 15 (15,3%) | 11 (12,8%) | NS |
| Disoccupati | 36 (36,7%) | 19 (22,1%) | P<0.01 |
| Età | 42,1±13,8 | 43,6±13,8 | NS |
| HDRS | 21,5±6,7 | 20,2±6,6 | NS |
| BGLHA | 33,3±7,6 | 29,3±8,3 | P<0.01 |
| CD-RISC | 52,9±14,8 | 59,28±15,3 | P<0.01 |

Tabella 3. Risultati del Childhood Trauma Questionnaire

| | TS | Controlli | Significatività |
|--------------------------|----------|-----------|-----------------|
| Abuso Emotivo | 11,3±4,9 | 8,5±4,7 | P<0.01 |
| Abuso Fisico | 8,9±4,2 | 7,1±3,9 | P<0.01 |
| Abuso Sessuale | 9,0±4,6 | 7,1±2,5 | P<0.01 |
| Abbandono Emotivo | 28,9±8,5 | 28,5±10,4 | P<0.01 |
| Abbandono Fisico | 11,9±4,4 | 11,3±3,8 | P=NS |
| Totale pesato | 10,0±2,1 | 8,6±2,2 | P<0.01 |

non erano significativamente differenti tra i due gruppi, mentre i tentatori di suicidio mostravano punteggi significativamente più alti alla BGLHA ($p<0.01$) e alla CTQ ($p<0.01$). Per quanto riguarda quest'ultima scala, una differenza significativa poteva essere rilevata per il punteggio totale pesato e anche per alcune sottoscale (abuso emotivo, abuso fisico, abuso sessuale, abbandono emotivo). I pazienti con storia di tentativo di suicidio presentavano inoltre punteggi medi più bassi alla scala CD-RISC e la differenza tra i due gruppi era statisticamente significativa.

Nel gruppo dei tentatori di suicidio, sono state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra i punteggi alla BGLHA ed i punteggi della CTQ per l'abuso emotivo e per l'abbandono fisico, oltre al punteggio totale pesato.

Non sono state rilevate correlazioni significative tra le variabili psicometriche esaminate e le caratteristiche dei gesti suicida-

ri commessi, per quanto riguarda la letalità, l'intenzionalità ed il numero dei tentativi di suicidio.

I risultati dello studio sono riassunti in tabella 2 ed in tabella 3.

Discussione e Conclusioni

Per oltre la metà dei pazienti reclutati era possibile reperire nella storia psichiatrica uno o più tentativi di suicidio. Questo dato sottolinea l'importanza della presenza di una diagnosi psichiatrica come fattore di rischio predisponente per le condotte suicidarie.

I soggetti con condotte autolesive erano più frequentemente di sesso femminile, disoccupati e non sposati rispetto al gruppo di controllo, ad evidenziare come il suicidio sia un atto multideterminato in cui anche i fattori socio-demografici giocano un ruolo importante.

I risultati hanno inoltre evidenziato che i pazienti che avevano tentato il suicidio pre-

sentavano un punteggio totale alla CTQ più alto rispetto al gruppo di controllo ed anche punteggi significativamente più alti alle sottoscale per l'abuso emotivo, l'abuso fisico, l'abuso sessuale e l'abbandono emotivo. Questi dati sono di interesse in quanto in accordo con un'ampia letteratura di studi, eseguiti sia sulla popolazione generale che su pazienti psichiatrici, che hanno individuato il trauma infantile come uno dei fattori di rischio distali per il successivo sviluppo di condotte suicidarie da adulti.

Un altro risultato significativo è stato che i pazienti con tentativo di suicidio mostravano anche punteggi per l'aggressività alla BGLHA più alti rispetto ai pazienti senza tentativo di suicidio. Malone et al. (1995) hanno riportato, in maniera simile, punteggi alla BGLHA più alti in pazienti depressi con condotte suicidarie ed un risultato analogo è stato rilevato anche per i pazienti bipolari (Oquendo et al. 2000). Più recentemente Dumais et al. (2005) hanno rilevato che i disturbi di personalità caratterizzati da impulsività ed aggressività sono un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di condotte suicidarie in pazienti con disturbi depressivi. I dati di questi quattro studi suggeriscono che i tratti impulsivi ed i tratti aggressivi giocano un ruolo nello sviluppo di condotte suicidarie.

Nel nostro studio sono state anche analizzate le correlazioni tra i punteggi alla BGLHA e i punteggi alla CTQ. Sono state rilevate correlazioni statisticamente significative tra i punteggi alla BGLHA ed i punteggi alle sottoscale della CTQ abuso emotivo e abbandono fisico. Allo stesso modo Garino et al. (2005) hanno riportato che, in un campione di pazienti bipolari, i disturbi di personalità del cluster B erano significativamente associati ai punteggi CTQ per l'abuso emotivo, l'abuso fisico e l'abbandono emotivo mentre Roy et al. (2004) in uno studio su 500 alcoolisti hanno evidenziato correlazioni statisticamente significative tra

i punteggi BGLHA e tutte le sottoscale della CTQ. Brodski et al. (2001) hanno riportato che l'abuso infantile, l'aggressività e l'impulsività erano associati con la presenza di condotte suicidarie in pazienti depressi, concludendo che il trauma infantile potrebbe essere un fattore di rischio ambientale per l'insorgenza sia di condotte suicidarie che di impulsività ed aggressività.

A conferma del ruolo dei fattori protettivi nell'insorgenza di condotte suicidarie, nel campione da noi esaminato, i pazienti con tentativo di suicidio avevano punteggi più bassi alla scala CD-RISC per la misurazione della resilience. Inoltre, i pazienti senza tentativo di suicidio erano più frequentemente sposati. È pertanto ipotizzabile che fattori di rischio e fattori protettivi interagiscono tra di loro nel determinare il rischio suicidario di un individuo.

Il concetto di vulnerabilità al suicidio e le conoscenze sia sui fattori di rischio che sui fattori protettivi possono essere utilizzati al fine di identificare gruppi di soggetti ad alto rischio e fornire un valido strumento nel determinare criteri di selezione per individuare gli individui su cui concentrare programmi di prevenzione per le condotte suicidarie; a causa dell'ampio numero di fattori di vulnerabilità e delle loro interazioni, difficilmente prevedibili, la validità di questi strumenti viene in parte meno nel momento in cui si voglia stabilire il livello di rischio per un singolo soggetto. Gli strumenti che attualmente possediamo quindi, seppur raffinati, permettono con difficoltà di misurare quanto un individuo sia vulnerabile al suicidio o quale sia il livello di rischio, mentre sono sicuramente utili nello stabilire se tale vulnerabilità sia o meno presente. Ulteriori elementi che potrebbero fornire un quadro più chiaro potranno nel prossimo futuro provenire soprattutto dagli studi di genetica e di neuroimaging che potrebbero permettere di identificare altri marker specifici associati ad alto rischio suicidario.

Bibliografia

Asberg M, Traskman L, Thoren P. *5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor?* Arch Gen Psychiatry 33: 1193-1197, 1976.

Audenaert K, Goethals I, Van Laere K, Lahorte P, Brans B, Versijpt J, Vervaet M, Beelaert L, Van Heeringen K, Dierckx R. *SPECT neuropsychological activation procedure with the Verbal Fluency Test in attempted suicide patients.* Nucl Med Commun 23: 907-916, 2002.

Bartfai A, Winborg IM, Nordstrom P, Asberg M. *Suicidal behavior and cognitive flexibility: design and verbal fluency after attempted suicide.* Suicide Life Threat Behav 20:254-266, 1990.

Bernstein D, Ahluvalia T, Pogge D, Handleman L. *Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatry population.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36:340-348, 1997.

Bernstein D, Fink L, Handelsman L., Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect.* American Journal of Psychiatry 151:1132-1136, 1994.

Bierer L, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New A, Silverman J, Siever L. *Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnosis.* CNS Spectrums 8:737-754, 2003.

Bifulco A, Brown G, Lillie A, Jarvis J. *Memoirs of childhood neglect and abuse: corroboration in a series of sisters.* Journal of Child Psychology and Psychiatry 38:365-374, 1997.

Brodsky B, Oquendo M, Ellis P, Haas G, Malone K, Mann JJ. *The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression.* American Journal of Psychiatry 158:1871-1877, 2001.

Brown G, Goodwin F, Ballenger J, Goyer P, Major L. *Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amurie metabolites.* Psychiatry Research 1:131-139, 1979.

Brown G, Linnoila M, Goodwin F. *Impulsivity, aggression and associated affects: relationship to self-destructive behaviour and suicide.* Chap. 29 in Assessment and Prediction of Suicide. Eds. Maris, R, Berman L, Maltzberger J. Yufit R. Guildford Press, 589-600, 1992.

Davidson J, Hughes D, George L, Blazer D. *The association of sexual assault and attempted suicide with the community.* Archives of General Psychiatry, 53:550-555, 1996.

Dumais A, Lesage AD, Alda M, et al. *Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men.* Ame-

rican Journal of Psychiatry 162:2116-2124, 2005.

Dwivedi Y, Rizavi HS, Conley RR, Roberts RC, Tamminga CA, Pandey GN. *Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects.* Arch Gen Psychiatry 60:804-815, 2003.

Ferguson D, Woodard L, Horwood L. *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood.* Psychological Medicine 30:23-39, 2000.

Fergusson D, Horwood L, Woodward L. *The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults.* Psychological Medicine 30:529-544, 2000.

Garno J, Goldberg J, Ramirez P, Ritzler B. *Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder.* British Journal of Psychiatry 121-125, 2005.

Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, et al. *Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness.* Journal of Traumatic Stress 12:587-599, 1999.

Hamilton M. *A rating scale for depression.* Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 23-56-62.1, 1960.

Harris C, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders.* British Journal of Psychiatry 170:205-228, 1997.

Hong CJ, Huo SJ, Yen FC, Tung CL, Pan GM, Tsai SJ. *Association study of a brain-derived neurotrophic-factor genetic polymorphism and mood disorders, age of onset and suicidal behavior.* Neuropsychobiology 48:186-189, 2003.

Johnson J, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. *Childhood maltreatment increased risk for personality disorders during early adulthood.* Archives of General Psychiatry 56:600-606, 1999.

Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, Castelnau D, Malafosse A, Courtet P. *Impaired decision making in suicide attempters.* Am J Psychiatry 162:304-310, 2005.

Karege F, Vaudan G, Schwald M, Perroud N, La Harpe R. *Neurotrophin levels in postmortem brains of suicide victims and the effects of antemortem diagnosis and psychotropic drugs.* Brain Res Mol Brain Res 20;136:29-37, 2005.

Kronfol Z, Remick DG. *Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry.* Am J Psychiatry 157:683-694, 2000.

Malone K, Haas G, Sweeney J, Mann JJ. *Major depression and the risk of attempted suicide.* Journal of Affective Disorders 34:175-185, 1995.

Mann JJ, Huang YY, Underwood MD, Kassir SA, Oppenheim S, Kelly TM, Dwork AJ, Arango V. *A serotonin transporter gene promoter polymorphi-*

sm (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. Arch Gen Psychiatry 57:729-738, 2000.

Molnar B, Berkman L, Buka S. *Psychopathy, childhood sexual abuse and other childhood and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US.* Psychological Medicine 31:965-977, 2001.

Moscicki E. *Identification of suicide factors using epidemiologic studies.* Psychiatric Clinics of North America Ed. Mann JJ, 499-517, 1997.

Nelson E, Heath A, Madden P, Cooper L, Dinwiddle S, Bucholz K, Glowinski A, McLaughlin T, Dunne DM, Statham D, Martin N. *Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. Results from a twin study.* Archives of General Psychiatry 59:139-145, 2002.

Neuringer C. *Reactions To Interpersonal Crises In Suicidal Individuals.* J Gen Psychol 71:47-55, 1964.

Neuringer C. *Rigid Thinking In Suicidal Individuals.* J Consult Psychol 28:54-58, 1964.

Oquendo M, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas G, Malone K, Mann JJ. *Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristic of attempters and non-attempters.* Journal of Affective Disorder 59:107-117, 2000.

Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. *Genetics of*

suicides. Family studies and molecular genetics. Ann N Y Acad Sci Dec 29;836:135-157, 1997.

Roy A. *Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide.* American Journal of Psychiatry 158:1215-1219, 2001.

Roy A. *Characteristics of heroin dependent patients who attempt suicide.* Journal of Clinical Psychiatry 63:403-407, 2002.

Roy A. *Characteristics of drug addicts who attempt suicide.* Psychiatry Research 121:99-103, 2003.

Roy A. *Characteristics of alcoholics who attempt suicide: a replication in 500 patients.* Submitted. 2004.

Ruggiero J, Bernstein D, Handlesman L. *Traumatic stress in childhood and later personality disorders: a retrospective study of male patients with substance dependence.* Psychiatric Annals 29:713-721, 1999.

Santa Mina E, Gallop R. *Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literature review.* Canadian Journal of Psychiatry 43:793-800, 1998.

Sarchiapone M, Camardese G, Roy A, Della Casa S, Satta MA, Gonzalez B, Berman J, De Risio S. *Cholesterol and serotonin indices in depressed and suicidal patients.* J Affect Disord 62:217-219, 2001.

Sarchiapone M, Roy A, Camardese G, De Risio S. *Further evidence for low serum cholesterol and suicidal behaviour.* J Affect Disord 61:69-71, 2000.