

L'EVOLUZIONE DELLA SUICIDALITÀ NELLA PSICOTERAPIA DELLA CRISI EMOZIONALE: UNO STUDIO PILOTA

Pavan C., Marini M., La Scala P., Drago A., Benetazzo M., Masier F., Simonato PL., Pavan L.

Riassunto

Una crisi emozionale è accompagnata da sentimenti di forte angoscia, di impasse. Se il segnale di sofferenza non riesce ad attivare adeguate difese adattative, la persona in crisi può manifestare ideazione suicidaria.

L'obiettivo di questo lavoro era di valutare la presenza di manifestazioni del continuum suicidario (es. pensieri di morte, ideazione suicidaria) e la loro evoluzione nel tempo in un gruppo di pazienti trattati con un intervento di Psicoterapia della Crisi Emozionale (PCE).

Un gruppo di 58 pazienti è stato valutato all'inizio (T0) e alla fine del trattamento (T1) con: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Global Assessment Scale (VGF), Social Adaptation Self – Evaluation Scale (SASS) e Structured Clinical Interview for DSM (SCID-II). L'ideazione suicidaria è stata valutata con l'item 3 della HDRS.

Dopo il trattamento, si è evidenziato un miglioramento, sia in senso assoluto (diminuzione percentuale) che nella gravità (diminuzione media del punteggio), dei parametri considerati. L'ideazione suicidaria correleva con punteggi maggiori alla BDI, alla STAI e a una maggiore frequenza di tratti borderline e narcisistici.

La PCE sembra uno approccio terapeutico utile per superare un momento critico di forte sofferenza, associato a manifestazioni del continuum suicidario.

Parole chiave:

Crisi Emozionale, Psicoterapia della Crisi Emozionale, continuum suicidario, HDRS.

Summary

In the emotional crisis there are feelings of strong anguish, of impasse. If the pain signal does not activate adequate adaptive defences, the subject could express suicidal ideation.

The aim of this study is to evaluate suicidal ideation and its evolution in the time in subjects nominated to an intervention of the Emotional Crisis Psychotherapy (ECP) at the Psychiatric Clinic of Padua University.

58 patients have been evaluated by the following tests administered at the beginning (T0) and at the end of the treatment (T1): Hamilton Depression Rating stairs (HDRS), Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Global Assessment scale (VGF), Social Adaptation Self – Evaluation Scale (SASS) and Structured Clinical Interview for DSM (SCID-II) which has not been repeated in T1. Item 3 of HDRS has investigated the suicidal ideation, highlighting an improvement in absolute sense (decreasing of the subjects' rate of ideation) and severity (decreasing of the score compared to T0). The ideation correlated to higher scores in BDI, STAI and narcissistic and borderline personality traits.

ECP appears an useful instrument to exceed a critical moment of acute pain

Key words:

Emotional Crisis, Emotional Crisis Psychotherapy, suicidal continuum, HDRS.

Per corrispondenza:

Pavan Luigi, PO Direttore Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova, Via Giustiniani 2, 35100, Padova.

Introduzione

La Crisi Emozionale appare caratterizzata da una profonda sofferenza in relazione ad una perdita di sicurezza che può essere generata da esperienze di pericolo, di rischio, di separazione, di perdita o di lutto. È come se

l'individuo percepisse l'estrema fragilità del suo equilibrio senza però possedere le energie necessarie per far fronte alla situazione. La Crisi deve necessariamente risolversi o andando verso soluzioni psicopatologiche o tornando alle condizioni precedenti oppure stabilendo nuovi e più efficaci equilibri. Ciò dipende dalle risorse e dai tratti personali, oltre che dalle eventuali cause esterne e dal sostegno sociale o da interventi sanitari specifici che possono influire sull'andamento della crisi (Pavan, 2004).

L'Ideazione Suicidaria (IS) è definita dal Trattato di Psichiatria come "un insieme di cognizioni che possono variare da pensieri fugaci che la vita non meriti di essere vissuta a progetti ben concreti e meditati di auto-soppressione; situazione in cui l'individuo ha l'idea di autosopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell'agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; dal desiderio di essere morto al pensare a una modalità per uccidersi". (Pavan, 1999).

Le manifestazioni del continuum suicidario vanno da un'ideazione senza o con pianificazione, l'autolesionismo senza intento di morte, l'autolesionismo con intenzionalità di morte, il suicidio completo (Moscicki, 1995). Da qui l'importanza di rilevare precocemente la presenza di qualsiasi forma di ideazione suicidaria al fine di evitare la possibile evoluzione in agito suicidario.

L'IS rappresenta un fenomeno abbastanza comune nel sesso femminile. La maggiore frequenza nel sesso femminile può dipendere da fattori esterni, quali le differenze nel ruolo o nelle richieste sociali, e da fattori interni, come le differenze di genere nello sviluppo della ideazione suicidaria. Negli anziani tale discrepanza si attenua (Scocco et al., 2001; Meneghel et al., 2004). Altri fattori associati alle manifestazioni del continuum suicidario sono: un precedente tentativo di suicidio, la familiarità suicidaria e psichiatrica, traumi infantili, sentimenti di hopelessness, l'isolamento sociale, un basso status socio-economico, la disoccupazione, la mancanza di un legame affettivo stabile (stato di single, di-

vorziato o separato), un recente cambiamento nella situazione abitativa (Mościcki, 1995; Pavan, 1999; Pavan, 2003; Meneghel & De Leo, 2002; Harris & Barraclough, 1997; Conner et al., 2001; Hawton et al., 1994).

Le patologie psichiatriche più frequentemente rilevate nella popolazione che presenta manifestazioni del continuum suicidario sono i disturbi dell'umore, gli stati d'ansia (in particolare gli attacchi di panico), la schizofrenia, i disturbi di personalità, il disturbo dell'adattamento, l'abuso e la dipendenza d'alcol e sostanze (Meneghel et al., 2004; Scocco et al., 2006). I tentatori di suicidio affetti da patologie psichiatriche sembrano presentare, rispetto alla popolazione generale, esperienze stressanti di vita più frequenti nel periodo precedente l'agito: difficoltà interpersonali, lavorative, finanziarie, legali o insorgenza di patologie mediche (Maltsberger et al., 2003).

La Psicoterapia della Crisi Emozionale (PCE) presenta una sua peculiare indicazione per soggetti che stiano attraversando una condizione di sofferenza psichica intensa di tipo reattivo. Si tratta di una psicoterapia breve supportiva indicata per persone che si trovano in una condizione di impasse, di angoscia in relazione a eventi stressanti verificatisi nei sei mesi precedenti la richiesta di aiuto. È costituita da 10 sedute individuali, della durata di 45 minuti, a cadenza settimanale. Le prime tre sedute sono dedicate alla valutazione del caso e all'individuazione del focus; qualora sussistano le indicazioni per il trattamento, si propongono i successivi 7 colloqui. Il pronto accoglimento della domanda d'aiuto permette di allentare la tensione e supportare empaticamente il paziente così da facilitare l'individuazione della problematica centrale (focus) che può essere affrontata ed elaborata. Ciò sembra consentire al paziente di uscire dal vissuto di "vicolo cieco" evitando di progredire verso soluzioni maladattative in senso psicopatologico tra le quali per esempio l'insorgenza di un'ideazione suicidaria (Pavan, 2003; Pavan, 2004).

Lo scopo del nostro studio era di valutare l'evoluzione delle manifestazioni del continuum suicidario in soggetti trattati con la Psicoterapia della Crisi Emozionale.

Materiali e metodi

Descrizione del campione

I soggetti che afferiscono all'Ambulatorio della Crisi Emozionale presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova sono in genere inviati dal Pronto Soccorso, dal medico di medicina generale, oppure giungono grazie alle indicazioni di parenti o amici e devono essere in grado di formulare una richiesta d'aiuto urgente anche se in maniera aspecifica.

I criteri di esclusione sono rappresentati da: diagnosi di schizofrenia o altri disturbi psicotici presenza di patologia psichiatrica che richieda un'immediata ospedalizzazione, presenza di malattie fisiche gravi, croniche o disabilitanti, demenza e i disturbi psichiatrici correlati ad una condizione medica generale o all'uso di sostanze, contemporanea presa in carico presso altri ambulatori di tipo psicologico/psichiatrico. La PCE viene condotta da medici in formazione o dottorandi di ricerca, che usufruiscono di una supervisione settimanale da parte di esperti.

In questo studio sono stati considerati i soggetti che hanno intrapreso e concluso la Psicoterapia della Crisi Emozionale nel 2005. Il campione è composto da 58 soggetti con un'età compresa tra i 17 e i 58 anni, di cui 13 maschi ($M=35.8\pm 9.9$) e 45 femmine ($M=33.02\pm 8.5$; $F=1.0$, $p=.31$). Sono stati esclusi dal trattamento quattordici soggetti ($M=34.6\pm 7.2$) in quanto non rispettavano i criteri di inclusione.

I pazienti hanno aderito allo studio firmando un apposito modulo di consenso dopo essere stati informati sullo stesso.

Strumenti

Per la valutazione dell'outcome sono stati utilizzati i seguenti strumenti testistici: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

(Hamilton, 1960), Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961), Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID-II) (Maffei et al., 1997), The Global Assessment Scale (VGF) (Endicott et al., 1976), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1996), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Spielberger, 1988), Social Adaptation Self – Evaluation Scale (SASS) (Bosc, 1997).

Tale batteria di test è stata somministrata all'inizio del trattamento (T0) e riproposta alla conclusione (T1), eccezion fatta per la SCID-II che non viene ripetuta.

Per la valutazione dell'ideazione suicidaria abbiamo utilizzato l'item 3 della scala HDRS considerando il punteggio = 0: assenza di ideazione suicidaria; >1: presenza di ideazione suicidaria. Il punteggio =1 (penso che la vita non valga la pena di essere vissuta) è stato preso comunque in considerazione in quanto presuppone la presenza di sentimenti di sfiducia e di pessimismo.

HDRS item 3:
ideazione suicidaria:

0 = assente

1 = penso che la vita non valga la pena di essere vissuta

2 = vorrebbe essere morto o pensa alla possibilità di suicidarsi

3 = idee o gesti di suicidio

4 = tentativi di suicidio

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati ed elaborati utilizzando il programma statistico SPSS per Windows. La distribuzione di normalità è stata valutata al Kolmogorov Smirnov test. È stato quindi utilizzato il test per l'analisi della varianza ANOVA.

La distribuzione delle frequenze per le variabili categoriche è stata calcolata con il X square corretto con il test di Fisher.

Risultati

L'età media del campione è di 33.66 anni ($sd=8.869$).

Il 51.7% del campione ha meno di 32 anni di età.

Il 57% dei soggetti (N=33) ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il 12.1% (N=7) è rappresentato da laureati. Per quanto riguarda lo stato civile, il 50% (N=29) è nubile o celibe, il 36,2% (N=21) è coniugato, il 10,3% (N=6) è separato o divorziato e il 3,4% (N=2) è vedovo. In merito alla professione, il 51,7% (N=30) è rappresentato da soggetti lavoratori, il 25,9% (N=15) da studenti, il 10,3% (N=6) da disoccupati, l'8,6% (N=5) da casalinghe e il 3,4% (N=2) da pensionati.

In seguito all'intervento di Psicoterapia della Crisi Emozionale si è assistito ad un miglioramento globale della sintomatologia clinica come riportato dalle scale utilizzate (Tabella 1).

Ideazione suicidaria

A T0 il 29,3% dei soggetti (N=17) presentava sentimenti di sfiducia e di pessimismo.

In particolare al 17,2% (N=10) è stato assegnato il punteggio "1" all'item 3 dell'HDRS; al 3,4% (N=2) "2"; al 6,9% (N=4) "3"; all' 1,7% (N=1) "4".

A T1 il 13,8% (N=8) dei soggetti presentava livelli di suicidalità variabili. In particolare al 10,3% (N=6) è stato assegnato il

punteggio "1" e al 3,4% (N=2) "2" all'item 3 della HDRS.

In particolare il paziente a cui era stato assegnato il punteggio "4" a T0 in seguito ad un tentativo di suicidio avvenuto pochi giorni prima dalla valutazione e alla persistenza di ideazione autolesiva durante il colloquio, a T1 non manifestava ideazione suicidaria.

Il confronto tra T0 e T1 per distribuzione dei casi ha evidenziato una differenza significativa X square 20.11 p=.006 corretto per Fisher test (Tabella 2).

AT0 confrontando i soggetti che non presentano ideazione suicidaria (item 3 HDRS ≤ 1) con quelli che la presentano (item 3 HDRS > 1), secondo le variabili cliniche, sono emerse alcune differenze significative. I soggetti con ideazione suicidaria presentano punteggi maggiori alla BDI (Tabella 3), alla STAI di stato e di tratto. Non emergono differenze significative alla STAXI di stato e di tratto.

Per quanto riguarda l'analisi della SCID II, l'unico dato che ci appare significativo è che i pazienti con tratti di personalità significativi (cioè che soddisfano l'80% dei criteri) di tipo borderline e narcisistico (N=7), alla fine del trattamento psicoterapeutico, continuano tutti a presentare ideazione suicidaria, anche se di minor entità.

Tabella 1. Confronto test (T0)-retest (T1) secondo le rating scales

	Test (T0) N=58	Retest (T1) N=58	F	p
	<i>M ± sd</i>	<i>M ± sd</i>		
Hamilton	15.61±7.13)	7.33±5.6	8.6	.000
Beck	22.63±11.4	11.18±9.6	8.4	.000
Stai stato	54.25±13	41.82±11.98	8.6	.000
Stai tratto	51.17±11.8	44.4±12.21	5.22	.000
SASS*	41.00±7.5	46.21±10.8	-3.9	.000
VGF*	67.35±9.1	81.9±8.9	-10.6	.000

* Un incremento dei valori rappresenta un miglioramento clinico

Tabella 2. Confronto della distribuzione dei casi tra T0 e T1, secondo il continuum suicidario (item 3 della HDRS).

Ideazione suicidaria item 3 HDRS	HDRS item 3 (T0) N=58	HDRS item 3 (T1) N=58	χ^2	p
0) assente	70.7% (N=41)	86.2% (N=50)	20.11	.006*
1) pensa che la vita non valga la pena di essere vissuta	17.2% (N=10)	10.3% (N=6)		
2) vorrebbe essere morto o pensa alla possibilità di suicidarsi	3.4% (N=2)	3.4% (N=2)		
3) idee o gesti di suicidio	6.9% (N=4)			
4) tentativi di suicidio	1.7% (N=1)			
<i>Precentuale per valori ≥ 1</i>	<i>29.3% (N=17)</i>	<i>13.8% (N=8)</i>		

* Statistica corretta al Fisher test

Tabella 3. Confronto tra soggetti con o senza ideazione suicidaria rispetto alle rating scales.

Soggetti senza ideazione suicidaria (item3 HDRS \leq 1)	$M \pm sd$	Soggetti con ideazione suicidaria (item3 HDRS $>$ 1)	$M \pm sd$	F	p
BDI	18.45 \pm 11.6	BDI	27.29 \pm 9.6	7.5	.008
STAI-stato	50.87 \pm 13.9	STAI-stato	59.29 \pm 11.1	4.8	.032
STAI-tratto	48.49 \pm 11.6	STAI-tratto	55.71 \pm 11	4.6	.035
STAXI-stato	13.97 \pm 5.5	STAXI-stato	16.06 \pm 5.4	1.55	.219
STAXI-tratto	19.37 \pm 5.2	STAXI-tratto	20.35 \pm 4.8	.418	.521

Discussione

L'intervento di psicoterapia della Crisi Emozionale sembra collegato ad un miglioramento di tutti i parametri psicopatologici valutati attraverso le scale psicometriche utilizzate. Tale risultato conferma i dati di un nostro recente lavoro (Marini et al., 2005). Restano da approfondire se vi siano fattori specifici collegati ad un miglioramento evidenziato dall'outcome (Pavan et al., 2006).

Nel nostro campione, a T0, il 29.3% dei soggetti manifesta sentimenti appartenenti al continuum suicidario e ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che la Crisi Emo-

zionale rappresenta, in molte occasioni, un momento di grave impotenza e angoscia che può favorire l'insorgenza di soluzioni maldattive, tra cui appunto i pensieri di morte a vari livelli di gravità, da pensieri sul suicidio a vera e propria ideazione suicidaria. Infatti nel nostro campione, l'11% dei soggetti (Tabella 3) presenta i livelli di maggiore gravità ideativa in senso suicidario (HDRS $>$ 1). Ciò potrebbe far pensare che l'incidenza di ideazione suicidaria lifetime possa manifestarsi spesso in situazione di Crisi Emozionale. La nostra esperienza ci suggerisce però di non sottovalutare la suicidalità durante la Crisi in

quanto si potrebbe assistere ad un aggravamento della stessa.

I risultati ottenuti indicano che i soggetti presentano una diminuzione significativa della suicidalità al termine del trattamento, sia in senso assoluto che nella gravità. Ciò supporta l'ipotesi che la pronta disponibilità dell'intervento possa incidere su questa dimensione. Da sottolineare il fatto che rispetto a coloro che manifestano una lieve o assente suicidalità, l'intervento di Crisi può rappresentare uno strumento preventivo di cura.

Le dimensioni cliniche considerate mostrano punteggi medi superiori alla BDI e alla STAI di tratto e di stato nei soggetti con ideazione suicidaria. Tale dato conferma quanto indicato in letteratura che rileva nella popolazione a rischio suicidario la presenza di disturbi dell'umore e stati d'ansia (Maltzberger et al., 2003).

Per quanto concerne le diagnosi testistiche in asse 2 (SCID-II), i tratti di personalità borderline e narcisistici sembrano in relazione con il protrarsi di ideazione suicidaria anche alla fine del trattamento. Quando questi tratti sono marcati, o di natura più spiccatamente relativa all'impulsività e alla discontinuità caratteristiche dei borderline, essi stessi rappresentano una barriera al trattamento psicoterapeutico in termini di interruzione non concordata del trattamento (Marini et al., 2005).

La Psicoterapia della Crisi Emozionale si propone quindi come uno strumento di pronto ed agevole utilizzo in grado di ridurre la sintomatologia ansiosa e depressiva e di conseguenza l'ideazione suicidaria (Reisch et al., 1999). Anche altri tipi di psicoterapie come la Dialectical behavior therapy, la Problem Solving Therapy e la terapia cognitivo-comportamentale si sono dimostrate utili nella diminuzione degli atti parasuicidari e nel migliorare la sintomatologia depressiva e ansiosa (Costacurta et al., 2003).

Conclusioni

La PCE si propone come un intervento accogliente e rassicurante in un primo mo-

mento che, attraverso un'esperienza soggettiva, incoraggia il superamento autonomo di eventuali successive difficoltà attraverso l'individuazione di soluzioni adattative e maturative. Nel nostro studio, si è evidenziata una riduzione dell'intensità delle manifestazioni del continuum suicidario.

Tale approccio terapeutico ha sicuramente un impatto diverso a seconda dei tratti personologici. Attualmente però i dati in nostro possesso sono ancora insufficienti per considerazioni più approfondite riguardo le correlazioni tra personalità e ideazione suicidaria nel momento di Crisi.

I limiti del nostro studio sono rappresentati dalla bassa numerosità campionaria e dall'utilizzo del solo item 3 della scala HDRS per valutare la presenza o meno dell'ideazione suicidaria.

Nel nostro lavoro non vengono inoltre considerati alcuni importanti fattori di rischio riportati in letteratura come la familiarità per suicidio e la presenza in anamnesi di precedenti tentativi di suicidio. Saranno necessari ulteriori approfondimenti per chiarire la dimensione della suicidalità legata alla situazione di crisi.

Bibliografia

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Moch J, Erbauch J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571, 1961.

Bosc M. Social Adaptation Self - Evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 7: 57-70, 1997.

Conner KL, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II life events, social support and suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 104: 452-7.

Costacurta A, Frasson A, Meneghel G, Scocco P, Pavan L. Efficacia della psicoterapia nella gestione delle condotte autolesive. *Studi su aggressività e suicidio* 2: 22-34, 2003.

Endicott J, Spitzer R, Fleiss J, Cohen J. The Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 33: 766-771, 1976.

Hamilton MA. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62, 1960.

- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for Mental Disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170: 205-28, 1997.
- Hawton K, Fagg J, Simkin S, Mills J. The epidemiology of attempted suicide in the Oxford area, England (1989-1992). *Crisis* 15(3): 123-135, 1994.
- Maffei C, Fossati A, Agostini I, Baracco A, Bagnato M, Deborah D, Namia C, Novella L, Petracchi M. Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM IV axis II Personality Disorders (SCID II), Version 2.0. *Journal Personal Disord* 11: 279-284, 1997.
- Maltsberger JT, Hendin H, Pollinger Haas A, Lipschitz A. Determination of Precipitating Events in the Suicide of Psychiatric patients. *Suicide Life Threat Behav* 33(2): 111-119, 2003.
- Marini M, Semenzin M, Vignaga F, Gardiolo M, Drago A, Caon F, Benetazzo M, Pavan C, Piotto A, Federico L, Corinto B, Pavan L. Dropout in Institutional Emotional Crisis Counseling and Brief Focused Intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5: 356-367, 2005.
- Meneghel G, De Leo D. Il comportamento suicidario negli adulti e negli anziani. In *"Il Suicidio"*. S. De Risio, M. Sarchiapone (Eds). Masson, Milano, 2002.
- Meneghel G, Corinto B, Pavan C, Pavan L. Epidemiologia del tentativo di suicidio e dell'ideazione suicidaria *NÓOS Aggiornamenti in Psichiatria* 10(4): 247-256, 2004.
- Mo cicki EK. Epidemiology of Suicidal Behaviour. *Suicide Life Threat Behav* 25(1): 22-35, 1995.
- Pavan L. Suicidio. In *"Trattato Italiano di Psichiatria"*. GB. Cassano, P. Pancheri, L. Pavan, A. Pazzagli, L. Ravizza, R. Rossi, E. Smeraldi, V. Volterra (Eds). Masson, Milano, 1999.
- Pavan L, Fusco E, Gambaro F, Granà S, Marini M, Padoani W, Piovan C, Semenzin M.. Open trial on Crisis Psychotherapy in Padua (Italy). *Brief treatment and crisis intervention* 3: 32-38, 2003.
- Pavan L. *Psicoterapia della Crisi Emozionale*. (Ed). Franco Angeli. Milano, 2003.
- Pavan L. *Le psicoterapie brevi: attualità e prospettive*. (Ed). Cleup. Padova, 2004.
- Pavan L, Vignaga F, Marini M, Gardiolo M, Corinto B, Binotto I, La Scala P, Piotto A, Semenzin M. Studio sul processo della Psicoterapia della Crisi Emozionale: la coppia terapeutica ed il ruolo del terapeuta. *Rivista di Psichiatria* 41(3): 158-165, 2006.
- Reisch T, Scatter P, Tschacher W. Efficacy of crisis intervention. *Crisis* 20:78-85, 1999
- Scocco P, Meneghel G, Caon F, Dello Buono M, De Leo D: Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(4): 210-218.
- Scocco P, Rapattoni M, Fantoni G, Galuppo M, De Biasi F, De Girolamo G, Pavan L: Suicidal Behaviour in Nursing Homes: a survey in a region of North-East Italy. *Int J Geriatric Psychiatry* 2006; 21: 307-311
- Spielberger CD. STAI: State-Trait Anxiety Inventory, Forma Y (S.T.A.I.) Adattamento italiano a cura di L. Pedrabissi, M. Santinello (Eds). OS, Firenze, 1996.
- Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory (S.T.A.X.I.). Professional Manual (Ed). Psychological Assessment Resources, New York, 1988.