

SUICIDIO E TENTATIVI DI SUICIDIO NEI DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE IN "DOPPIA DIAGNOSI"

Clerici M.

Per corrispondenza:

Dott. Massimo Clerici, Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Ospedale S. Paolo, Via A. Di Rudinì 8, Milano; Telefono 39(0)281843315; Fax +39(0) 248018507; e-mail: massimo.clerici@fastweb-net.it; massimo.clerici@unimi.it

Il problema clinico "doppia diagnosi"

L'esistenza di modificazioni psichiche e comportamentali indotte dall'uso di sostanze, ampiamente variabili e più o meno protratte nel tempo, e la loro eventuale associazione con caratteristiche di personalità, disturbi psicopatologici preesistenti e stili comportamentali a rischio, sottolinea l'importanza della valutazione psichiatrica nei pazienti tossicodipendenti e il loro monitoraggio longitudinale anche per periodi piuttosto lunghi dopo la cessazione delle condizioni di abuso e dipendenza (APA, 2006). Per queste ragioni – nonché per una crescente attenzione al tema costi/benefici in ambito sanitario – anche nei Servizi Psichiatrici (DSM) e per le Dipendenze (SerD) italiani l'associazione tra uso di droghe e comorbidità psichiatrica è divenuta, con sempre maggiore frequenza, fonte di interesse clinico e di ricerca. A tal fine molti Dipartimenti si stanno attivando per definire e regolamentare con appositi protocolli i "percorsi di cura" rivolti ai pazienti comorbili, viste sia la crescente diffusione del problema, sia la gravità delle sue implicazioni cliniche (in primis rischi di cronicizzazione, aumento delle manifestazioni di impulsività e di autolesività, ecc.), nonché – sempre in ambito clinico – la necessità di ottimizzare la selezione dei trattamenti e di valutare il rapporto tra risorse impiegate e risultati.

La problematicità semantica è alla base del termine, ormai ovunque affermatosi, di

"doppia diagnosi" (Clerici, 1993; Sheehan, 1993; Carrà et al., 2003; 2006; Galanter et al., 2006), una definizione convenzionale che – ponendo l'accento sull'eterogeneità o aspecificità della categoria diagnostica di appartenenza di questi pazienti o, tutt'al più, sulla gravità della psicopatologia – enfatizza esclusivamente la coesistenza di problemi psichiatrici e di impiego di sostanze come dato puramente osservazionale senza chiarire, peraltro, ipotetiche relazioni causali tra specifiche diagnosi psichiatriche e decorso o esito della tossicodipendenza. Tutte le sostanze, infatti, possono sia causare sia esacerbare una sintomatologia psichiatrica o indurre un maggior numero di ricadute, anche se è possibile supporre che gli individui che vediamo sviluppare una sintomatologia psichiatrica a seguito dell'uso di sostanze, abbiano una maggiore vulnerabilità alla malattia mentale. La "teoria dell'automedicazione" – suggerendo la ricerca, attraverso la sostanza usata, di un sollievo e di un rimedio contro i sintomi della malattia psichica con precise conseguenze sulla compliance al trattamento (Khantzian et al., 1985) – non spiega però del tutto la maggiore prevalenza dell'uso di sostanze nei pazienti con disturbi psichiatrici, confrontata con quella della popolazione generale. Inoltre, la selezione della sostanza non è correlata alla diagnosi, il fattore disponibilità sul "mercato" influisce ampiamente sulla scelta, la "politossicodipendenza" è quasi sempre caratteristica dei pazienti affetti da patologia psichiatrica "grave" e non vi è alcuna evidenza che l'automedicazione sostenga l'uso continuativo (Scioli et al., 2006).

L'estrema variabilità della "doppia diagnosi", riscontrata negli studi di prevalenza tra la popolazione generale e quella in trattamento, è ormai confermata a livello inter-

nazionale. I dati sulla presenza di patologia psichiatrica in popolazioni cliniche di pazienti tossicodipendenti danno quindi tassi di comorbidità variabili da più del 50% al 93% (Regier et al., 1990; 1998; Kessler et al., 1996; Offord et al., 1996; Brooner et al., 1997; Farrell et al., 1998), mentre tra i soggetti con una malattia mentale grave approssimativamente il 50% sviluppa un abuso (Drake et al., 1993). In Italia, negli ultimi venti anni circa, i pochi studi di prevalenza a disposizione hanno messo in luce tassi variabili: ciò sia tra i pazienti di comunità terapeutica che nei SerT, in particolare tra quelli in mantenimento metadonico, sia nei servizi psichiatrici territoriali (Clerici et al., 1989; Clerici et al., 1996; Pani et al., 1991; Fioritti et al., 1997; Pozzi et al., 1997; Carà et al., 2003; 2006).

Dalla letteratura sulla “doppia diagnosi” in ambito terapeutico – ivi comprese le linee-guida – sembrano derivare notevoli margini di incertezza al raggiungimento di un consenso generalizzato sulla selezione di trattamenti appropriati per i tossicodipendenti comorbili (“doppia diagnosi”) proprio a causa delle loro polimorfe manifestazioni cliniche e dei limiti oggettivi di tenuta dei risultati nei follow-up longitudinali a tutt’oggi testati. In Italia, la separazione legislativa tra servizi di salute mentale e medicina delle dipendenze ha favorito nell’operatività, oltre ad una dispersione notevole di risorse, il fatto che i sottogruppi di pazienti comorbili in “doppia diagnosi” afferenti ai diversi contesti terapeutici non fossero adeguatamente assistiti dal punto di vista di un approccio realmente multidisciplinare. Nei Paesi in cui terapia e assistenza sono affidate al Servizio Sanitario Nazionale, come peraltro il nostro, la rete territoriale dei servizi (per la salute mentale, da una parte, e per le dipendenze dall’altra) opera infatti, generalmente, attraverso modelli di trattamento “parallelo” o “consecutivo”. Solo una rilevante modificazione degli stili di presa in carico e delle strategie diagnostico-terapeutiche potrà allora contribuire ad una drastica revisione dei limiti attuali.

Uso di sostanze e comportamenti autolesivi

L’uso di sostanze influenza primariamente aspetti rilevanti dello stato psicopatologico e del comportamento del soggetto interessato quali, tra gli altri, il suicidio, il tentativo di suicidio, l’ideazione suicidaria o altre forme di auto-eterolesività. La frequenza dei tentativi di suicidio e delle morti per suicidio risulta sostanzialmente più elevata tra i pazienti con disturbi correlati all’uso di sostanze che nella popolazione generale (APA, 2006). Rispettivamente ai disturbi correlati all’uso di alcol, alla dipendenza da oppiacei (quasi sempre eroina) o al poliabuso, il *suicidio* oscilla in tali sottopopolazioni da 9.8 a 13.5 o fino a 16.9 volte quello rilevabile nella popolazione generale (curiosamente, dati non rilevanti di un rapporto diretto tra uso di una specifica sostanza e suicidio si riferiscono invece al consumo di cocaina). La mortalità per suicidio nel corso della vita si mostra addirittura più elevata nei soggetti con disturbi correlati all’uso di alcol (7%) rispetto a disturbi mentali gravi quali quelli della sfera dell’umore (6%) o della schizofrenia (4%). Rimane evidente, peraltro, come le morti per suicidio risultino da sempre sottostimate – e ciò anche in questo campo – a causa di tutta una serie di problemi metodologici e organizzativi che limitano l’attendibilità dei dati raccolti. Anche i dati relativi alle diverse forme di autolesività che si esprimono attraverso il *tentativo di suicidio* e l’*ideazione suicidaria* sembrano più rilevanti nei soggetti con un disturbo correlato all’uso di sostanze rispetto alla popolazione generale e a quelle affette da disturbi mentali gravi. Il disturbo correlato all’uso di sostanze, senza distinzione per tipologie, è infatti il secondo più importante e frequente precursore dell’autolesività in senso lato (Murphy, 2000).

Tra i diversi disturbi comorbili caratteristici della cosiddetta “doppia diagnosi”, sono soprattutto i pazienti diagnosticabili per concomitante disturbo dell’umore e uso di sostanze a risultare particolarmente interessanti – dal punto di vista clinico – per le im-

plicazioni inerenti l'elevato rischio suicidario, inteso sia come propositi autolesivi che come messa in atto di comportamenti autoaggressivi (Phillips et al., 2004). Tale interesse riverbera pure sugli effetti delle terapie effettuate dacché un valido trattamento del disturbo primario (in particolare la depressione) riduce il rischio di suicidio (Grant et al., 1999). Da questo punto di vista, l'utilità di distinguere i sintomi dovuti all'effetto diretto della sostanza (in particolare negli studi sulle condizioni di intossicazione e/o astinenza da oppiacei) da quelli del disturbo di base ha dunque conseguenze importanti proprio sul piano terapeutico in quanto l'ideazione suicidaria – a differenza di altri sintomi del quadro depressivo – sembra rilevabile solo in un sottogruppo di tossicodipendenti depressi indicandone pertanto una probabile “autonomia” dagli altri sintomi dell'umore. Se l'incontro con le sostanze sembra dunque favorito, tra gli altri, da tratti/disturbi della personalità (quali disinibizione, impulsività, facilità all'attivazione ansiosa o ricerca sintonica di gratificazioni derivanti da comportamenti a rischio) che diventano appunto indicatori di propensione alla “scelta” tossicomantica, viceversa, l'uso stabile continuativo sembra rispondere piuttosto a esigenze di correzione di stati ipoforici e inibiti o disforici e di ribaltamento di uno stato psichico spiacevole e distonico (Maremmani et al. 2002). In senso lato quindi, cioè anche per quanto riguarda disturbi correlati all'uso di sostanze non oppiacee, la valutazione diagnostica dovrebbe essere sostenuta a partire da un'osservazione prolungata del paziente in condizioni *drug-free* prima di arrivare ad una diagnosi di comorbilità che sostenga la scelta delle necessarie terapie psicofarmacologiche: in tale dimensione del problema il tema dell'autolesività sembra oscillare allora, di volta in volta, dal versante del tentativo autoterapeutico fallito alla dimensione del rischio tipica dei comportamenti di *sensation seeking* o della dimensione psicologica *novelty seeking* che arrivano entrambe ad esitare in comportamenti tali da mettere a repentaglio la vita del soggetto.

Autolesività e specifiche sostanze

Per quanto riguarda l'alcol, i pazienti affetti da disturbo correlato all'uso di questa sostanza in trattamento presentano tentativo di suicidio fino a sei/sette volte di più di coetanei controllo non utilizzatori ad un follow-up a 5 anni nella popolazione generale (Harris et al., 1997; Inskip et al., 1998). Sebbene i tassi relativi al suicidio vero e proprio tra gli utilizzatori di alcol siano più alti in Europa (con un rischio per la vita intorno al range 11-15%) che negli USA (3.4%; Murphy et al., 1990), in senso lato l'abuso o la dipendenza da alcol sono presenti nel 25-50% di coloro che sono morti per suicidio (Conner et al., 2000). Molti fattori – tra cui disturbi psichiatrici correlati (rischio maggiore negli alcolisti che soffrono di depressione maggiore in un range che va dalla metà ai $\frac{3}{4}$ degli alcolisti che muoiono per suicidio rispetto a depressi o alcolisti puri; Lonnqvist et al., 1995) ed eventi di perdita interpersonale (reali o temuti) – si associano al suicidio negli alcolisti, sia come conseguenza dell'uso, sia come evento precipitante il suicidio stesso (Pirkola et al., 2000). La comorbilità per alcol aumenta peraltro anche il rischio di suicidio in pazienti con schizofrenia (Heila et al., 1999), soprattutto nei periodi di depressione (Siris, 2000). Anche i disturbi d'ansia, in particolare il panico, si correlano alla morte per suicidio più spesso (Noyes et al., 1991). Se un impiego a tempo pieno è un fattore protettivo rispetto all'autolesività in pazienti alcolisti, sono invece fattori che incrementano il rischio suicidario l'avvenuta o meno comunicazione di un intento suicidario, precedenti tentativi di suicidio, un uso costante o più “pesante” dell'alcol, la recente perdita di lavoro, il vivere da solo, la povertà dei rapporti sociali, le difficoltà legali o finanziarie, la presenza di malattie mediche serie, altri disturbi psichiatrici o di personalità in comorbilità o la comorbilità per altre sostanze (Harris et al., 1997; Pirkola et al., 2000). Quando il suicidio è portato a compimento, a differenza della depressione e della schizofrenia pure, nell'alcolismo appare piuttosto come sequela tardiva del disturbo che segue di anni la comunicazione degli intenti suicidari

ed un progressivo deterioramento del funzionamento sociale, economico e della salute del soggetto (Hirshfeld et al., 1997). Dal punto di vista del genere, infine, gli alcolisti uomini – generalmente più giovani e maschi (Ohberg et al., 1996), senza storia di trattamenti psichiatrici nel corso della vita (Pirkola et al., 2000) e scegliendo un'arma da fuoco come modalità – sembrano morire più frequentemente per suicidio, ma senza grandi differenze con il sesso femminile (Harris et al., 1997). Oltre al rischio di suicidio, i disturbi correlati all'uso di alcol si associano anche al tentativo di suicidio: ciò avviene con maggiore frequenza nel sesso femminile, in età più giovane, nell'ambito di condizioni economiche più povere, per un più precoce esordio del “bere pesante” e dei problemi alcol-correlati, per una maggiore quantità di sostanza bevuta, nonché per la presenza di un parente di primo o secondo grado che ha abusato di alcol (Preuss et al., 2002a). Il rischio di incorrere in un tentativo di suicidio tra gli alcolisti è anche aumentato dalla presenza di una comorbidità psichiatrica quale depressione maggiore, disturbi correlati all'uso di altre sostanze, disturbo di personalità antisociale, disturbi d'ansia o familiarità per alcolismo e disturbi psichiatrici comorbili quali disturbi dell'umore e disturbi correlati a sostanze (Preuss et al., 2002a, 2002b; 2003). Un certo numero di alcolisti con tentativo di suicidio (4.5%) presentano più episodi di autolesività nella fase precedente alla valutazione. All'indicatore autolesività si associano spesso altri indicatori di gravità clinica quali esordio più precoce dell'uso di sostanze, raggiungimento di uno stato di dipendenza più grave, politossicodipendenza, più sintomi di panico, eventi relazionali negativi quali traumi, separazione o divorzio (Langeland et al., 2004), precedenti trattamenti e diagnosi per disturbi psichici indotti dall'uso di sostanze. Sempre in relazione all'intossicazione da alcol, tra i soggetti con tentativo di suicidio il 50% lo compie usando alcol prima di farlo e queste situazioni cliniche in genere sono sempre a carattere impulsivo (dove la maggioranza degli interessati non si ricorda le ragioni per averlo compiuto). Tra coloro che, dopo aver effet-

tuato tentativi, più tardi moriranno per suicidio, l'alcol appare contribuire alla morte per più di un terzo (Ostiamo et al., 2001) e chi lo fa generalmente lo ripete pure, spesso fino alla morte. Il tentativo di suicidio, in queste condizioni, è più comune nei maschi che nelle femmine sebbene nei più giovani le ragazze siano maggiori consumatrici della sostanza rispetto ai maschi. In conclusione, l'uso di alcol rende ogni tipo di intervento più difficile perché, contemporaneamente, limita la comunicazione dell'intento, accresce l'impulsività, diminuisce l'inibizione e modifica le capacità di giudizio (Suominen et al., 1999): infatti, il bere intenzionale per superare l'ambivalenza verso il suicidio può significare proprio una seria intenzionalità suicidaria (Barglow, 2004).

Anche l'abuso e la dipendenza da **altre sostanze** (escluso l'alcol) si correlano ad un aumentato rischio di suicidio e le morti di adolescenti e giovani adulti sono più frequenti in coloro che ne fanno uso: dagli anni settanta l'aumento e la maggiore accessibilità del “mercato” delle droghe sembra aver contribuito – da due a quattro volte – all'incremento dei suicidi giovanili, pur rimanendo difficile distinguere il ruolo prioritario dell'alcol e/o di queste ultime nell'evento autolesivo piuttosto che delle altre patologie comorbili psichiatriche sovrapposte (Harris et al., 1997). L'uso di sostanze sembra contribuire anche all'aumento dei tentativi di suicidio: si associa ad altri fattori quali disturbi psichiatrici comorbili, caratteristiche sociodemografiche e, soprattutto, numero delle sostanze utilizzate piuttosto che loro tipologia (Roy, 2001; 2003). Come negli alcolisti, la perdita di relazioni interpersonali significative e un punteggio alto in relazione a traumi infantili caratterizzati da rifiuto emotivo parentale sono un ulteriore fattore precipitante comune per il tentativo di suicidio (Johnsson et al., 1997; Beautrais et al., 1999; Roy, 2001). Il rischio suicidario e la morte si correlano all'uso di sostanze nei tossicodipendenti in “doppia diagnosi” per disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare e cluster B dei disturbi di personalità. Nel primo caso (disturbo depressivo maggiore) aumenta notevolmente l'impulsività per comportamen-

ti autolesivi e il rischio suicidario. I tossicodipendenti, inoltre, manifestano ideazione suicidaria o tentativo di suicidio non solo quando siano diagnosticabili sintomi della sfera depressiva, ma anche quando si associ tristezza o disforia nell'ambito degli effetti dell'assunzione della sostanza correlati ad un incremento dell'impulsività (Soloff et al., 2000) e ad una riduzione della critica e del giudizio di realtà. Un aumento della suscettibilità alla resistenza al trattamento o dell'impairment psicologico in corso di depressione maggiore e disturbo correlato a sostanze contribuiscono infine ad un più elevato rischio di tentativo di suicidio. In assoluto, la presenza di un disturbo comorbale bipolare, soprattutto se con sintomi della sfera ansiosa o l'appartenenza al cluster B della personalità, indica una maggiore frequenza di tentativi di suicidio e di ideazione suicidaria lifetime rispetto ai bipolari "puri" senza uso di sostanze. I soggetti in "doppia diagnosi" per disturbo di personalità del cluster B, oltre ad avere elevato rischio suicidario (40-90%; Linehan et al., 2000; Suominen et al., 2000; Oquendo et al., 2003), sono a rischio più elevato per morte accidentale da overdose per via iniettiva. La diagnosi di disturbo di personalità di per sé – peraltro, evento estremamente frequente nella sottopopolazione dei soggetti in "doppia diagnosi" – si associa dunque ad un aumentato rischio di suicidio (dal 3 al 9%; Linehan et al., 2000) rispetto alla popolazione generale (circa 7 volte di più anche senza uso di sostanze; Harris et al., 1997). I rischi maggiori (anche per il tentativo di suicidio; Suominen et al., 2000) sono correlati però alle diagnosi di disturbo borderline (particolarmente in relazione al numero e alla gravità dei sintomi caratteristici del borderline; Corbitt et al., 1996) e antisociale di personalità (soprattutto se associati ad impulsività) e, più di tutto, nel sesso femminile (Persson et al., 1999), così come nel disturbo evitante e in quello schizoide (Duberstein et al., 1997). A partire dal dato generale che un terzo di coloro che compiono suicidio sono diagnosticabili per disturbo di personalità (Duberstein et al., 1997), la presenza di sintomi depressivi e disturbi correlati a sostanze aumenta non po-

co il rischio suicidario di costoro: questi aspetti sono confermati in quasi tutti i suicidi (Linehan et al., 2000). Nei pazienti psichiatrici ambulatoriali (anche questa una situazione molto comune nei soggetti in "doppia diagnosi"), i disturbi di personalità sono presenti in circa la metà di quelli morti per suicidio (Baxter et al., 1999; Brown et al., 2000). Dati rilevanti, sempre a carico dei disturbi di personalità con autolesività, anche per quelli ricoverati in setting ospedalieri per l'acuzie (Pirkis et al., 1999). Tra le altre comorbilità – ad esempio quando il suicidio si manifesta in soggetti con disturbi dell'alimentazione – è frequente vedere un'associazione con una co-diagnosi per disturbo dell'umore e disturbi correlati all'uso di sostanze (Herzog et al., 2000). Anche la co-presenza di ADHD può aumentare, a sua volta, il rischio suicidario attraverso la comorbilità per disturbi della condotta, uso di sostanze e/o disturbo depressivo (Nasser et al., 1999). Da ultimo, si deve segnalare come la comorbilità, in particolare nei maschi e specie se multipla (ivi compresa quella medica), nonché la presenza di sintomi gravi che non permettano però di arrivare a diagnosi strutturata comorbale (Potasi et al., 2000; Goldberg et al., 2001; Roy, 2001; Preuss et al., 2002a; 2002b; 2003; Waern et al., 2002) – e questo appare ancora una volta con grande frequenza nei soggetti tossicodipendenti per tutte le sostanze – aumentino il rischio del suicidio e siano più frequenti in chi muore per suicidio (APA, 2003).

Conclusioni

Nonostante la chiara evidenza delle molte correlazioni citate fin qui, non sono ancora disponibili indicazioni valide per selezionare un trattamento efficace per questo tipo di problemi (APA, 2006; Ziedonis, 2004; Buckley, 2006) e, anzi, risulta opportuno procedere con grande cautela nella prescrizione di farmaci che, in un soggetto a rischio suicidario, potrebbero rivelarsi potenzialmente pericolosi. L'unica indicazione importante, che vale peraltro in ogni paziente psichiatrico, rimane dunque un costante e approfondito assessment del rischio suicidario: dal punto di vi-

sta anamnestico retrospettivo (su metodologia e circostanze del gesto, ecc.), dell'attualità (su ideazione e intenti suicidari, ecc.), della familiarità, dell'impulsività auto/eteroaggressiva, dell'uso di sostanze, dell'intensità dei sintomi attuali (depressivi e dell'umore o della presenza di sintomi psicotici, ecc.), degli eventi di vita stressanti recenti (traumi, separazione, perdita del lavoro, ecc.), della situazione esistenziale attuale (supporti sociali, disponibilità di armi, ecc.) o del trattamento in corso e dell'efficacia dello stesso (Weinstock et al., 2006). Dal punto di vista della gestione psichiatrica generale possono essere valorizzati, come per gli altri pazienti con suicidio o tentativo di suicidio indipendentemente dall'uso di sostanze, alcuni passaggi già indicati nelle Linee-guida relative ai comportamenti suicidari dell'Associazione Americana di Psichiatria (2003):

- a) stabilire e mantenere una valida alleanza terapeutica;
- b) occuparsi sempre della protezione del paziente;
- c) scegliere i setting di trattamento più idonei;
- d) sviluppare un piano di trattamento potenzialmente efficace;
- e) coordinare l'assistenza e collaborare sempre con gli altri curanti coinvolti;
- f) promuovere costantemente l'adesione al piano di trattamento;
- g) prevedere un'informazione ed una psicoeducazione corretta per il paziente e la famiglia;
- h) rivalutare nel tempo le necessità di protezione e il rischio suicidario, sia per i pazienti in crisi suicidaria che per quelli con suicidalità cronica;
- i) condurre un monitoraggio attento della situazione psichiatrica e delle risposte al trattamento;
- l) garantire sempre l'accessibilità alla consultazione, quando necessaria.

Risulta evidente come la contemporanea presenza di intossicazione acuta da sostanze e suicidalità, molto comune nei setting di emergenza, richieda alcune modificazioni

nelle procedure di assessment (APA, 2003) facendo precedere, ovviamente, l'intervento medico a quello psichiatrico, misurando nei limiti del possibile il livello di intossicazione con test biologici, usando ambienti che proteggano il paziente fino alla risoluzione dell'intossicazione e raccogliendo costantemente informazioni utili dall'esterno (familiari, altre persone significative, polizia, curanti). In sintesi, l'attenzione che lo psichiatra deve dedicare al fenomeno dell'autolesività in corso di "doppia diagnosi" deve estendersi alle più diverse caratteristiche e specificità che riguardano le implicazioni cliniche relative all'impiego delle più comuni sostanze oggi utilizzate. Le sempre più frequenti segnalazioni sull'estensione del "mercato" e dell'uso di sostanze nel mondo e gli stretti correlati con la salute mentale rendono tale compito non più prorogabile. Purtroppo, sia le ricerche sui comportamenti autolesivi che quelle sulla "doppia diagnosi" oggi a disposizione, non hanno ancora portato al superamento delle difficoltà di trovare strategie che consentano un ridimensionamento epidemiologico di questi due fenomeni e limitano ampiamente l'evoluzione delle ricerche dallo studio dei fattori di rischio per specifiche popolazioni (Hawton et al., 2005; McKenzie, 2005) o delle più generali caratteristiche sociodemografiche correlate (Lorant et al., 2005) agli interventi precoci di prevenzione primaria (Gunnell et al., 2005). Le nostre conoscenze sui comportamenti autolesivi nelle popolazioni in "doppia diagnosi" sembrano ricalcare, pertanto, le stesse difficoltà incontrate separatamente nella più ampia prevenzione dei comportamenti autolesivi e dei disturbi correlati a sostanze in comorbilità psichiatrica (aa.vv, 2004a; 2004b; 2005) richiedendo un approccio nuovo, integrato e particolarmente attento alle interazioni reciproche.

Bibliografia

Per visionare la bibliografia vi rimandiamo alla nostra versione on-line www.aggressuicide.org