



Istituto MEME
associato a
Université Européenne
Jean Monnet A.I.S.B.L. Bruxelles



PREVENZIONE DEL SUICIDIO

UN PROGETTO INTEGRATO ALL'INTERNO DELL'OPG DI REGGIO EMILIA

Scuola di Specializzazione: **Scienze Criminologiche**

Relatore: **Dott.ssa Valeria Calevro**

Correlatore: **Dott.ssa Roberta Frison**

Contesto di Project Work: **OPG Reggio Emilia**

Tesista specializzando: **Dott.ssa Morena Conti**

Dott.ssa Sara Rubini

Anno di corso: **Primo**

Modena, 29 aprile 2007

Anno accademico 2006-2007



Indice dei contenuti

Cap. 1 Il suicidio: Cenni storici e aspetti psicopatologici	pag. 1
1.1 Introduzione	1
1.2 Alcuni cenni storici	2
1.3 Il suicidio nella letteratura moderna	4
1.4 Psicopatologia del suicidio	5
1.5 Il contributo sociologico alla comprensione del suicidio	7
1.6 Aspetti biologici del suicidio	8
1.7 Studi genetici del comportamento suicidario	9
Cap. 2 Il suicidio negli adulti e negli anziani	12
2.1 Il comportamento suicidario nell'adulto	12
2.2. Fattori di rischio	13
2.3 Il suicidio nell'anziano	16
Cap. 3 Le condotte autolesive nell'età adolescenziale	18
3.1 Il suicidio tra i giovani: alcuni dati	18
3.2 Valutazione dell'adolescente con condotta suicidaria	18
3.3 Suicidio giovanile e mass media	20
3.4 Trattamento dell'adolescente con impulsi suicidi	21
Cap. 4 Condotte di abuso e suicidio	24
4.1 Alcol e suicidio	24
4.2 Altre sostanze di abuso	25



Cap. 5 Epidemiologia del suicidio in Europa e suicidi di massa nel mondo

5.1 Introduzione	27
5.2 Dati epidemiologici nell'intervallo temporale 1984-2001	29
5.3 Suicidi di massa	30

Cap. 7 Prevenzione del suicidio: un progetto integrato all'interno dell'OPG di R.E.

Premessa	40
7.1 Perché ci siamo indirizzate ai pazienti co-operatori di reparto	41
Realizzazione del progetto: fase sperimentale	
Premessa	42
Riepilogo	42
Fase 1	42
Fase 2	43
7.2 Composizione e strumenti utilizzati per l'assegnazione ai differenti gruppi	43
7.3 Descrizione degli strumenti di misura utilizzati per l'assessment	43
7.4 Fase conclusiva del primo assessment per la costituzione dei gruppi	45
7.5 Strumenti di misura applicati nella valutazione pre e post intervento	46
7.6 Modalità di presentazione dei test	48
7.7 Breve descrizione dei gruppi ed inizio "attività"	48



Realizzazione delle fasi	
Fase1	49
Risultati	49
Commento: coping centrato sul problema	52
Commento: coping centrato sull'emozioni	53
Commento: coping centrato sull'evitamento/rinuncia	54
Commento: Aggressività	57
Fase 2	58
Integrazione progetto	60
7.8 Modalità applicativa del programma di token economy	61
Allegato 1 Lezioni	62
Allegato 2 Test utilizzati	74
Bibliografia	81

CAPITOLO 1

IL SUICIDIO

CENNI STORICI E ASPETTI PSICOPATOLOGICI

“Il suicidio dimostra che ci sono nella vita mali più grandi della morte. Bisogna rispettare chi vi ricorre, perché se non esistono buoni motivi per morire, in certi momenti ne esistono tanti per considerare la vita un’inutile sofferenza” (V.Feltri)

1.1 Introduzione

Il suicidio rappresenta la più grave tra le emergenze psichiatriche, eppure la sua prevenzione o predizione è ancora oggi uno degli aspetti più difficili sia per la clinica che per la ricerca, non essendosi ancora individuato un comportamento suicidario definito e deducibile.

Se aderendo ad un’opinione alquanto diffusa, il suicidio fosse interpretabile come uno spietato indicatore delle contraddizioni del cammino del progresso umano, l’andamento e la sua diffusione, dovrebbero riflettere ogni arretramento, regressione, miglioramento riguardo il processo di evoluzione della nostra società, ma i dati epidemiologici e le fonti ad oggi disponibili di ordine sanitario, giudiziario, ISTAT, non avvallano correlazioni lineari o semplicistiche, ma aprono, invece, interrogativi che inducono a cercare riferimenti più complessi.

I successi scientifici, sociali, hanno permesso oggi il raggiungimento di risultati, quantomeno nei paesi occidentali, che sino ad un secolo fa sarebbero sembrati irraggiungibili; la vita media è raddoppiata, la mortalità infantile è un’evenienza rara, molte malattie sembrano sconfitte, eppure, al destino umano non è garantita una migliore qualità di vita e spesso gli anni guadagnati alla morte si riempiono di un’angosciosa attesa di un termine

innaturalmente protratto. Un paradosso più di altri sembra caratterizzare il nostro tempo: l'uomo è sì riuscito ad affrontare con successo il controllo, la programmazione delle nascite, ma non è ancora stato in grado di garantire quello del prolungamento di una vita dignitosa, e ciò risulta particolarmente vero all'interno degli istituti penitenziari.

Il suicidio può rappresentare l'esito infausto di alcune gravi patologie psichiatriche, prima fra tutte la depressione, e anche la schizofrenia, ma può anche ricorrere all'interno delle patologie minori, cosiddette nevrotiche o costituire un fattore di rischio in alcuni momenti cruciali della vita, in particolare nell'adolescenza e nella vecchiaia.

Uno degli aspetti più inquietanti del suicidio a differenza di altre psicopatologie consiste nella sua ubiquitarietà (può colpire chiunque) e trasversalità sia socio-demografica (può colpire in ogni luogo e strato sociale), che nosografica (in ogni patologia o complesso sindromico).

1.2 Alcuni cenni storici

Il termine *suicidium* compare in Occidente, stando al Dictionary of psychological medicine di Tuke, solo al termine del XVII sec., grazie all'abate Des Fontaines, per indicare "l'atto con cui l'uomo dispone definitivamente di se stesso". Tale fenomeno è però presente in tutte le epoche e culture. Appare sin dall'antichità profondamente radicato nella cultura orientale, ove assume un significato eminentemente religioso ed una forma rituale. Proprio la ritualità, spesso attuata in modo collettivo e pubblico sembra sottendere una necessità superiore di ordine morale che sancisce il confine tra vita e morte, costituendosi come elemento unificante di comportamenti apparentemente molto distanti tra loro, come il sacrificio della vedova e l'annegamento nelle acque sacre del fiume Gange in India o la precipitazione nei vulcani attivi e l'harakiri in Giappone. Questi sacrifici prevedevano complessi cerimoniali preparatori seguendo regole ferree di una tradizione che disindividualizzava il significato dell'atto, inserendolo all'interno di uno schema superiore di necessità dettata dalle regole del vivere sociale.

Nel mondo occidentale l'atteggiamento verso il suicidio oscilla tra la riprovazione sociale e l'accettazione. Nel 399 a.C., Socrate scelse di morire, bevendo una pozione del mortale veleno della cicuta, piuttosto che sottrarsi alle leggi dello stato, dopo essere stato condannato a morte dalla Polis ateniese per il reato di empietà e corruzione dei giovani. Secondo Socrate gli uomini, ad esclusione dei filosofi, sono di proprietà degli dei e quindi non possono decidere di darsi la morte, perché andrebbero contro il volere di quelli. Il morire per il filosofo o è "un non essere più nulla" oppure "è un mutar sede", un recarsi nell'Ade e un ritrovarsi

con tutti coloro che ci hanno preceduto. Il suo suicidio non fu considerato ingiusto, a differenza degli altri, perché imposto dalla giustizia della polis. Per il tribunale ateniese, chi avesse compiuto suicidio si sarebbe macchiato di indegnità e vennero stabilite apposite norme giuridiche che negavano dignità al cadavere: la mano veniva recisa e sepolta distante dal resto del corpo, il cadavere poteva essere tumulato solo dopo il tramonto ed in modo non solenne. Tale atteggiamento rappresentava la necessità di garantire la stabilità sociale che il suicidio mina alle fondamenta nella sua caratteristica di ribellione alla volontà divina ed alle regole del vivere sociale.

Da un punto di vista completamente diverso, la dottrina stoico-epicurea diffonde in modo estremo la libertà dell'uomo di porre fine alla propria esistenza. Il suicidio diviene il simbolo della lotta per affermare le capacità umane ed il mezzo attraverso il quale l'uomo può sottrarsi alla necessità che governa la natura ed al timore degli dei e della morte. Nel 65 d. C., Nerone accusò Seneca di aver preso parte alla congiura dei Pisoni e gli intimò di uccidersi; così fece. Seneca (4 a.C.- 65 d.C.) mai condannò il suicidio, ma *“esso è concesso quando non si può più applicare la virtù, quando l'uomo non è più libero”*. (4 a.C.- 65 d.C.)

In altre regioni esistevano tribunali con facoltà di accettare un'eventuale richiesta di suicidio: se l'autorizzazione veniva negata ed il richiedente lo commetteva ugualmente, il cadavere veniva trattato con disonore.

Alla fine dell'impero romano con la comparsa del Cristianesimo, fondata su un rapporto attivo di amore verso gli uomini da parte della divinità unica, il suicidio diviene una colpa gravissima; nell'ottica cristiana solo Dio può dare e togliere la vita.

Furono gli illuministi a rivendicare il diritto dell'uomo a disporre della propria vita. Fu Hegel a ribadire che la facoltà di suicidio è ciò che determina la libertà dell'uomo di essere o non-essere.

Occorre attendere il XIX sec., perché si arrivi ad una concettualizzazione moderna, medico-scientifica del suicidio, che con Esquirol si dedicherà all'ambito psichiatrico. L'effetto sarà quello di decolpevolizzare, almeno in parte, il soggetto singolo, vedendo attenuarsi anche le sanzioni precedentemente previste; al contempo grazie all'applicazione del metodo scientifico-razionale, si rende tale fenomeno suscettibile di generalizzazioni teoriche, di quantificazione e prevedibilità in termini di probabilità. Da tali assunti ne deriva anche l'approccio sociologico.

1.3 Il suicidio nella letteratura moderna

Tra le opere più importanti ricordiamo l'opera di Goethe (1774), "I dolori del giovane Werther", la quale fu giudicata immorale e proibita in Germania nel tentativo di contenere l'ondata di suicidi che seguirono alla lettura del romanzo. Nel suo componimento letterario egli descrive alla perfezione il contrasto tra anima razionale e anima sentimentale, affrontando il tema dell'infelice passione d'amore che raggiunge l'estremo dolore quando Werther apprende che il suo amore è ricambiato, ma non potrà essere vissuto. Così come ogni eroe romantico, è dotato di una profonda sensibilità agli eventi esterni e alterna momenti ottimistici, di passione e di amore per la vita, ad altri di sconforto e depressione che lo porteranno al suicidio, affermando che "*certo è più facile morire che sopportare con fermezza una vita*".

Ne "le ultime lettere di Jacopo Ortis" la storia è analoga a quella di Werther: anche Jacopo, fuggito dalla sua città, Venezia, si rifugia sui colli Euganei dove s'innamora di Teresa, già promessa ad un altro uomo. Per porre fine al suo dolore si suicida pugnalandosi al cuore. Oltre alla delusione d'amore nell'Ortis si aggiunge anche quella politica, dovuta alla cessione della sua patria, il Veneto, all'Austria per opera di Napoleone, che lui aveva considerato il salvatore stesso dell'Italia.

Diversamente da Jacopo, Foscolo non si suicidò poiché riuscì ad aggrapparsi a ideali forti, abbracciando la filosofia delle illusioni, secondo la quale l'unico modo per sopravvivere è auto ingannarsi con l'amore, la poesia, il sepolcro, la morte e la bellezza.

Anche nella letteratura ottocentesca il suicidio resta un tema diffuso e legato alla perdita delle illusioni. Bruto e Saffo, come già Werther e Ortis, incarnano il modello del suicidio eroico, teorizzato dallo stoicismo (Seneca), quale gesto di libertà interiore e come tale ripreso anche dal Catone dantesco. Leopardi giustifica il suicidio contestando la concezione che lo considera un gesto contro natura, tuttavia lo rifiuta. Ne "la quiete dopo la tempesta" Leopardi condanna il suicidio relegandolo ad un gesto di codardia e di viltà perché provoca dolore nei superstiti rendendo loro più insopportabile la vita. L'intera speculazione leopardiana si fonda su un generale pessimismo condiviso da Schopenhauer, che considera il suicidio un'azione inutile e stolta. Dalla visione pessimistica del filosofo, secondo cui tutto l'universo soffre, la via d'uscita sarebbe il suicidio che tuttavia, come Leopardi, lo nega, ma non perché crea dolore ai cari, ma perché è visto come ultimo grido di vita. Il suicidio esprime così il contrario di ciò che vuole dimostrare: il suo amore per l'esistenza.

Attraverso la breve e tortuosa avventura tragica della vita di Van Gogh si può seguire il filo conduttore di tutta la sua attività artistica. I suoi personaggi mostrano una natura contorta e convulsa, come se soffrisse e fosse sconvolta. L'essere incompreso, l'ansia di capire se stesso, di trovare i modi per esprimere la sua interiorità, gli insuccessi lo spinsero verso una depressione tale da condurlo alla morte. Negli ultimi anni della sua vita ogni pennellata proietta sulla tela l'angoscia dell'anima e dell'artista, riflettendo lo strazio del tempo.

Nella letteratura del '900, caratterizzata dal Decadentismo, il suicidio assume una particolare importanza per la crisi che attraversa questo secolo, in seguito allo sviluppo della società di massa. Si afferma la coscienza della crisi dei valori morali tradizionali. La psicanalisi alimenta un nuovo interesse per gli studi influenzando Woolf, Svevo, Pirandello, che avvertono più di altri il cambiamento in atto; anche la guerra contribuisce a modificare l'immaginario collettivo.

Nell'ambito del teatro italiano, secondo Pirandello, l'uomo non ha altra via d'uscita che il delitto o il suicidio, oppure fingersi pazzo ed esprimere liberamente le sue idee, o ancora accettare tutto rassegnato. I suoi personaggi desiderano raggiungere la libertà, anche se è difficile riuscirci; le sue opere sono come una denuncia e una ribellione contro il sistema sociale che frena la libertà dell'uomo. Quando invece rientrano nei ruoli accettandoli, la loro vita resta comunque squallida e grigia come avviene nella novella "*Sole e ombra*".

1.4 Psicopatologia del suicidio

Jean Esquirol in "*Des maladies mentales*" pubblicato a Parigi nel 1838 sostiene che l'uomo attenta alla propria vita solo quando delira ed i suoi suicidi altro non sono che degli alienati.

In psicoanalisi ci si è accostati al fenomeno del suicidio soprattutto considerando la psicopatologia della depressione. In *Lutto e melanconia* Freud analizza gli aspetti della melanconia comparandoli con il "normale affetto del lutto". Il lutto è la reazione alla perdita di una persona amata, mentre la melanconia appare più legata ad una perdita oggettuale sottratta alla coscienza, qualcosa che ha a che vedere con il suo Io, avvilito ed impoverito. Il processo secondo Freud non è difficile da ricostruire: all'inizio ebbe luogo una scelta oggettuale, un vincolo della libido ad una persona, poi, a causa di una mortificazione o delusione subita dalla persona amata, l'esito non fu quello normale, previsto, con il ritiro della libido da tale oggetto ed il suo spostamento su di un altro, bensì riportata sull'Io, mediante un meccanismo di identificazione dell'Io con l'oggetto abbandonato. La ribellione contro l'oggetto diviene ribellione contro l'Io. Nonostante alcuni punti non chiari presenti in tale

concettualizzazione, la conclusione quasi assiomatica era che qualsiasi suicidio fosse espressione di un antico e represso desiderio di commettere un omicidio. Secondo lo schema freudiano si raggiunge con il suicidio un duplice vantaggio inconscio: il vantaggio primario relativo all'espiazione delle colpe nonché la punizione dell'oggetto d'amore interiorizzato e quello secondario della colpevolizzazione delle persone contro le quali e per le quali ci si suicida. Al di là delle incompletezze che tale modello presenta, rimane fondamentale l'importanza della scoperta che la rabbia rivolta contro il soggetto possa essere alla base di una sintomatologia depressiva, quanto di un gesto suicidario.

Karl Menninger ritiene che debbano sussistere almeno tre componenti psichiche perché possa realizzarsi il suicidio:

- Il desiderio di uccidere come espressione dell'istinto di morte, connaturata alla natura umana delle pulsioni.
- Il desiderio di essere ucciso come espiazione.
- Il desiderio di morire per ricongiungersi a Dio o alla persona perduta, come desiderio simbolico di tornare ad uno stato di non coscienza, il cui prototipo è rappresentato dal seno materno.

Menninger mette in luce il significato magico che il suicidio assume agli occhi del suicida. Come il bambino, il suicida mancherebbe di un adeguato esame di realtà e si illuderebbe di tornare a vivere dopo la morte. Questa ipotesi trova riscontro anche nella clinica, dove il suicida sovente ne effettua un'accurata progettazione, come se dalla rappresentazione della scena, ne dipendesse una sorta di soddisfazione che precede, accompagna e segue il soggetto, tanto da credere di potere sperimentare anche dopo morto, il piacere dell'atto e dell'effetto che avrà sugli altri.

Altri autori, come Hendin, negano che la psicopatologia depressiva da sola possa da sola determinare la condotta suicidaria. Partendo dall'analisi delle diverse modalità di attuazione del gesto, l'autore giunse alla catalogazione di varie forme di suicidio: da quello per rivincita, come assassinio riflesso, come ricongiunzione, come fantasia di rinascita, come autopunizione.

Un contributo significativo allo studio psicoanalitico del suicidio proviene da Melanie Klein e dalla teoria delle relazioni oggettuali, la quale riprende e modifica alcuni degli assunti freudiani, arrivando a postulare come il fine delle fantasie che sottendono il suicidio è la salvaguardia degli oggetti buoni interiorizzati e di quella parte dell'io che si identifica con tali oggetti buoni, mediante la distruzione di quell'altra parte dell'io che si identifica con gli oggetti cattivi e con l'Es. In tal modo l'io può unirsi per sempre con l'oggetto amato. In altre

parole il suicidio come opposizione fantasmatica ad un oggetto negativo introiettato. Altri autori videro nel suicidio l'espressione di un'immaturità del soggetto incapace di separarsi dalla madre, nel rapporto con la quale si ferma ad uno stadio simbiotico, ossia al primo periodo, nel quale è incapace di distinguere gli oggetti dal Sé. Il gesto suicidario assumerebbe il sembiante del ricongiungimento inconscio con la madre fusionale interiorizzata quale unico possibile oggetto di relazione.

Franco Fornari pone l'accento sull'aspetto metacomunicativo dell'atto autoaggressivo, ritenendo che il suicida, sebbene sembri volere negare il proprio rapporto con il mondo, in realtà lo cerca disperatamente. Anche i teorici della Teoria dell'attaccamento, in un'ottica simile, interpretano tale atto come un meccanismo di *attaccamento attivo*, la cui funzione consisterebbe nel segnalare ad individui appartenenti allo stesso gruppo sociale e carenti di relazioni interpersonali valide con il soggetto, la volontà di punirli per il loro atteggiamento rifiutante. Il suicidio si configura perciò come un catalizzatore dell'attenzione del gruppo sociale, un legame d'attaccamento alternativo.

1.5 Il contributo sociologico alla comprensione del suicidio

Sin dalla prima metà dell'800 è assai controversa l'idea che il suicidio sia un atto commesso solo da insani, ed è proprio in questa ottica che s'inizia a ricercare fuori dall'individuo le cause che conducono a tale comportamento, in particolare ci si rivolge alla società.

Se la psicoanalisi e le teorie psicodinamiche hanno contribuito a chiarire il significato e le cause intrapsichiche di tale condotta, la ricerca sociologica ha cercato di evidenziare le cause sociali del suicidio.

Lo studio di Emile Durkheim viene tuttora considerato il più completo e valido tentativo d'analisi sociologica del fenomeno. In tale approccio vengono descritte tre "modalità sociali":

- Il suicidio egoistico.
- Il suicidio altruistico.
- Il suicidio agnomico.

Il suicidio egoistico è tipico dell'individuo che si è estraniato dal gruppo sociale a cui attiene, entrando in uno stato di isolamento a dismisura. Il suicidio altruistico, al contrario, è determinato da un'eccessiva integrazione che rende l'individuo depersonalizzato. Nella terza forma, l'influsso degli equilibri sociali è particolarmente evidente. Il termine anomia indica una condizione di mancanza dei sistemi di norme e valori che regolano la vita

collettiva di un gruppo. Durkheim ritiene che la tendenza al suicidio sia inversamente proporzionale al grado di integrazione dei gruppi sociali di cui il soggetto fa parte.

Il fattore “appartenenza ad un gruppo” teorizzato da Durkheim rimane al centro dell’indagine sociologica successiva, che viene arricchita di ulteriori apporti. Henry Wechsler riconduce alla disgregazione sociale la causa fondamentale del suicidio, e pone come intermedia la condizione depressiva che da tale disgregazione deriva. Peter Sainsbury amplia il concetto di isolamento sociale ed introduce delle variabili di maggiore rilevanza psico-sociale, quali le condizioni di immigrazione, la disoccupazione e l’età anziana. Come si può notare sono numerose le tematiche affrontate dalla ricerca sociologica che possono avere implicazioni anche sotto l’aspetto psicologico.

La ricchezza delle ipotesi, sia di tipo psicodinamico che sociologico, rendono perciò evidente la complessità del fenomeno e l’incertezza nel riconoscere l’essenza stessa del suicidio.

1.6 Aspetti biologici del suicidio

Negli ultimi trenta anni si sono acquisite conoscenze tali da consentire lo sviluppo di una teoria, concernente il suicidio, basata su alcuni e specifici aspetti biologici. Gli studiosi hanno posto la loro attenzione, principalmente, allo studio dei disturbi depressivi, tradizionalmente correlati alla condotta autolesiva, attraverso l’analisi del sistema serotonergico, mediante diverse metodiche disponibili. Sono state condotte indagini, tra cui quella pubblicata sulla rivista *Molecular Psychology*, dove si evidenzia il ruolo della serotonina per l’equilibrio ed il benessere psichico delle persone: la mutazione del gene in questione che trasporta la serotonina al cervello, spiega tale studio, è stata associata a condotte violente, inclusi atti suicidi. Altri gruppi di ricerca hanno evidenziato, concordi con lo studio precedente, nei soggetti con condotte autolesive, una diminuzione dell’acido 5-idrossindolacetico (5-HIAA)- il maggior metabolita della serotonina, una diminuzione della serotonina e della norepinefrina nel tronco dell’encefalo e della proteina “transporter” della serotonina, sia mediante studi in vivo che post-mortem. Per ciò che concerne gli studi in vivo, effettuati su pazienti depressi con tendenza a condotte autolesive, fu riscontrata un’alterazione generica del sistema serotonergico, mentre, nei pazienti depressi, una riduzione dei livelli di acido 5-idrossindolacetico nel liquido cefalorachidiano, i quali manifestavano un rischio più alto di commettere gesti suicidari. Anche gli studi post-mortem su vittime di suicidio hanno confermato l’alterazione del sistema serotonergico.

Però non sono mancate le critiche, che hanno focalizzato l'attenzione sul fatto che tali sostanze non hanno la stessa concentrazione in tutti i soggetti, infatti si rilevano percentuali più basse nell'uomo che nella donna e variano con l'età ed il peso corporeo. Inoltre, bassi livelli di alcuni metaboliti della serotonina, sono stati sì considerati come marker rivelatori di una sintomatologia depressiva e di un rischio suicidario, ma tali livelli sono stati riscontrati anche in soggetti del tutto normali. Preme sottolineare, comunque, che pur tenendo conto di tali risultati e della correlazione tra suicidio e livelli di alcuni enzimi dei mediatori cerebrali, non si può dire che le condotte suicidarie abbiano un'eziologia esclusivamente biologica e genetica.

1.7 Studi genetici del comportamento suicidario

Quando Margaux Hemingway tentò il suicidio, l'episodio riscosse l'attenzione dei media non solo perché era una delle modelle più pagate del mondo, ma anche perché nipote di Ernest Hemingway, egli stesso vittima di suicidio. Il suicidio non era certamente un comportamento estraneo alla famiglia Hemingway, infatti così come il fratello di Ernest, anche la sorella ed il padre morirono suicidi. Tali storie famigliari spesso portano a una domanda circa la possibilità o meno che il suicidio possa avere anche una componente genetica. Per rilevare tale influenza sono stati compiuti studi su gemelli, su adottati e di genetica molecolare.

È stato osservato come una storia familiare di suicidio, sia spesso associata a un tentativo violento: soggetti che avevano tentato il suicidio in modo violento presentavano una storia familiare di suicidio significativamente più frequente rispetto a pazienti che avevano tentato il suicidio in modo non violento (3 su 6 contro 1 su 21). Linkowski e coll. Sono arrivati a risultati simili. Essi hanno trovato che 123 su 713 pazienti depressi (17%) avevano un parente di primo o secondo grado che lo aveva commesso. Tali autori hanno concluso affermando come una storia familiare positiva di suicidio sia un forte fattore predittivo di comportamenti suicidari attivi nei disturbi depressivi maggiori.

Studi sui gemelli

I gemelli identici condividono lo stesso patrimonio genetico, ma i gemelli dissimili solo il 50% dei loro geni, così se il proposito di commettere il suicidio fosse trasmesso geneticamente, la concordanza del suicidio dovrebbe essere riscontrata più frequentemente tra i gemelli identici piuttosto che tra i dissimili.

Nel 1967 Haberlandt riunì i dati accumulati da uno studio su gemelli in diversi paesi, esaminando 149 coppie di gemelli di cui uno aveva commesso suicidio. Tra queste c'erano 9 coppie di gemelli monozigoti con tendenza al suicidio; non c'erano coppie di gemelli dizigoti con la stessa tendenza. Questi dati dimostrano che le coppie di gemelli monozigoti presentano in modo significativo una maggiore concordanza per il suicidio rispetto alle coppie di gemelli dizigoti ($P < 0,01$).

Studi sulle adozioni

L'evidenza più significativa della trasmissione genetica ci viene data dagli studi sull'adozione portati avanti da Schulsinger e coll.(1979) e Wender e coll.(1986) in Danimarca. L'importanza di tali studi proviene dall'essere il modo migliore per separare la natura dalle leggi della natura. Ciò è possibile perché gli individui separati alla nascita condividono gli stessi geni, ma non le loro esperienze di vita con i loro parenti biologici. Al contrario, gli adottati condividono le esperienze di vita con i loro genitori adottivi, ma non i geni. A Copenaghen l'istituto psicologico ha un registro delle adozioni avvenute tra il 1924-47. Uno screening evidenziò come 57 dei soggetti adottati finirono suicidi. Questo campione è stato confrontato con un altro di controllo di soggetti adottati con stesse caratteristiche di età, sesso e classe sociale dei genitori adottivi. Le ricerche hanno rilevato come 12 dei 269 parenti biologici nel gruppo dei 57 suicidi avevano essi stesso commesso suicidio, mentre solo 2 dei 269 parenti biologici dei soggetti del gruppo di controllo si erano suicidati. Il rapporto 2:12 rappresenta una differenza molto significativa tra i due gruppi.

Wender e coll. hanno studiato un altro gruppo di adottati danesi. Erano 71 soggetti identificati come affetti da disturbi dell'umore, messi a confronto con altri 71 soggetti di controllo senza alcun disturbo. Così come ci si aspettava, la maggior parte di coloro che erano affetti da disturbo si era suicidata. Di particolare rilievo, in tale studio, fu anche l'analisi del tipo di disturbo dell'umore, di cui le vittime erano affette. Queste presentavano una diagnosi di reazione affettiva, che in Danimarca è usata per descrivere sintomi affettivi che accompagnano una crisi da stress con tratti impulsivi. Tali risultati hanno portato altri autori, come Kety (1986), ad ipotizzare che un fattore genetico di predisposizione al suicidio, potrebbe essere l'incapacità di controllare i comportamenti impulsivi, indipendentemente dall'associazione o meno di altri disturbi psichiatrici.

A questo punto ci si potrebbe chiedere, cos'è che viene trasmesso?. Non ci sono dubbi che in molti casi ciò che viene trasmesso è un fattore psicologico più che un fattore genetico. Il gemello che ha commesso un suicidio potrebbe costituire un potente modello identificatorio, ed il suicidio potrebbe divenire una soluzione all'intollerabile dolore psicologico della perdita.



Ancora, quello che potrebbe essere trasmesso è la predisposizione a disturbi psichiatrici. Per esempio, nello studio effettuato dagli autori sui gemelli è stata esaminata la presenza di disturbi psichiatrici fra gemelli e le loro famiglie in un campione di 11 coppie. I gemelli di 10 coppie avevano parenti che erano stati in cura per qualche disturbo psichiatrico. Questi dati suggeriscono che i fattori genetici possono rappresentare una predisposizione a disturbi psichiatrici. Essi lasciano irrisolta, però, la domanda in merito all'esistenza di una componente genetica indipendente da altri disturbi. Ponendo poi l'eventualità che venga anche scoperto un marker, quali conseguenze avrebbe ciò?. Si creerebbe il problema se comunicare o non alla persona tale scoperta, e se sì, non si correrebbe forse il rischio che quella persona commetta il gesto per il quale sarebbe geneticamente predisposta, quasi come fosse una profezia che si autoavvera? E' bene, dunque, evitare di cadere in tali semplificazioni e riduzionismi, carpando come alla base del suicidio sussistano un mosaico di fattori biologici, socio-culturali ed ambientali, strettamente interconnessi.

CAPITOLO 2

IL SUICIDIO NEGLI ADULTI E NEGLI ANZIANI

2.1 Il comportamento suicidario nell'adulto

Il comportamento suicidario rappresenta un problema socio-sanitario di notevole rilievo a livello mondiale. Sebbene coinvolga la popolazione di ogni fascia d'età, i ricercatori e ancor più i mass media, hanno polarizzato l'attenzione sul suicidio giovanile per il notevole impatto emozionale che produce tali evento. Tale enfasi ha portato all'errata credenza che i comportamenti suicidari siano più frequenti tra i giovani. Secondo Platt e coll. (1992), la fascia d'età maggiormente colpita è tra i 25-44 anni, con un picco tra gli anziani. Il tasso suicidario pare crescere proporzionalmente all'aumentare dell'età. In Italia, nel decennio 1972-1981, 1/3 dei suicidi è avvenuto tra gli ultrasessantacinquenni. Alla luce di tali dati e visto il progressivo invecchiamento previsto per la popolazione occidentale, si rende opportuno un accurato monitoraggio del fenomeno allo scopo di mettere a punto idonei programmi preventivi.

Come in tutto l'arco di vita, anche in età adulta, il suicidio è più frequente tra gli uomini. Il rapporto M/F è 3:1, con una sproporzione anche 12:1 oltre gli ottantanni. Il rapporto parasuicidio/suicidio varia in base al sesso ed alla cultura. Negli USA, ad es., il rapporto è 8:1 per gli uomini e 59:1 per le donne, da addebitarsi all'esiguità di agiti letali femminili. Varie ipotesi sono state avanzate per spiegare tali divari. La risposta potrebbe risiedere nella maggiore propensione ed abilità delle donne a parlare della loro storia clinica o di eventi privati salienti, talora fonte di imbarazzo come potrebbe essere un tentato suicidio. Inoltre, le donne soffrono più degli uomini di disturbi dell'umore, che le induce al compimento di gesti autolesivi interpretati come tentativi di suicidio, ma che in realtà esprimono un estremo disagio e una richiesta di aiuto. Gli uomini probabilmente ne commettono in ugual misura, ma si caratterizzano per un grado maggiore di violenza e mortalità.

2.2 Fattori di rischio

Un importante ruolo è quello giocato dai fattori predisponenti. Con tale termine s'intende una vasta gamma di situazioni, sia cliniche che non, che può predisporre la persona a perdere la speranza e la normale forza vitale, fino a determinare la volontà, più o meno forte ed esplicita, di togliersi la vita.

I fattori che predispongono ad un suicidio possono avere origine lontana o vicina nel tempo. I primi sono le fondamenta su cui in seguito si strutturano pensieri e gesti autolesive, che nel loro perdurare indeboliscono il soggetto rendendolo più vulnerabile. I fattori di rischio recenti sono rappresentati da eventi stressanti acuti, precipitanti, ma che non sono di per sé necessari né sufficienti.

Una classificazione esaustiva suddivide tali fattori in primari, secondari e terziari.

Fattori primari:

- Disturbi psichiatrici (depressione, schizofrenia, abuso di sostanze, disturbi di personalità).
- Precedenti tentativi di suicidio.
- Vulnerabilità indicata da storia familiare positiva per il suicidio.
- Comunicazione dell'intento suicidario.
- Ridotta attività serotoninergica centrale.

La patologia psichiatrica è in assoluto il fattore di rischio maggiore. La diagnosi più frequente è il disturbo depressivo in tutte le sue varianti cliniche, in primis la depressione maggiore o psicotica, ma anche i disturbi depressivi reattivi, le distimie e i cosiddetti "equivalenti depressivi" (cioè quei sintomi o comportamenti che non appaiono direttamente depressivi ma che nascondono un disturbo dell'umore latente). Anche gli altri disturbi dell'umore come la ciclotimia o il disturbo bipolare aumentano il rischio di suicidio. Tali disturbi sono i più frequenti tra le donne vittime di suicidio, mentre tra gli uomini si presentano in comorbilità con l'abuso di sostanze. Rispetto ad altre fasce d'età, negli adulti è caratteristico il rinvenimento di sintomi psicotici d'accompagnamento, che innalzano il rischio di 5 volte (De Leo, Pavan, 1999).

La vita emotiva del depresso porta, infatti, ad una riduzione degli investimenti esterni (interazioni), i sentimenti appaiono alterati e non vi è più distinzione tra essi, come se la corrente affettiva prendesse l'unica via della disperazione. Si rileva grande e acuto dolore, duraturo, il mondo emozionale è completamente ripiegato all'interno; un depresso, per esempio, non sarà più in grado di arrabbiarsi e spesso, soprattutto nel caso della depressione psicotica, il suicidio è visto dalla persona come l'unica possibilità per uscire da una situazione insostenibile e per effettuare un cambiamento radicale, anche se ciò significa la morte. In tale

ottica rappresenta, paradossalmente, l'istinto di sopravvivenza. È emerso da ulteriori ricerche, che le persone con tale diagnosi, non corrono un serio rischio nei periodi in cui la fase depressiva è clinicamente spenta, ciò significa, quindi, che la depressione non può essere considerata una condizione sufficiente, ma solo necessaria per ritenere un soggetto a rischio.

Secondo in frequenza, è l'abuso di sostanza, che può agire come fattore di rischio cronico o come evento precipitante. Al terzo posto vi è la schizofrenia, in particolare nelle fasi floride quando il paziente sente voci "imperative" che gli ordinano di uccidersi, oppure nelle fasi di miglioramento, in cui il paziente prende maggiore consapevolezza del suo stato, diventando più suscettibile a vissuti depressivi. Va precisato, che sia per la depressione che per la schizofrenia, il rischio di suicidio è influenzato da alcune condizioni ambientali quali l'isolamento sociale, la mancanza di relazioni con parenti, amici, ecc. e la difficoltà a trovare un lavoro. Dati confermano che gli schizofrenici suicidi sono quelli che hanno una rete di relazioni sociali debole, sono soprattutto maschi, giovani, celibi, divorziati o vedovi.

Un altro disturbo frequentemente associato al rischio di suicidio è il disturbo borderline, caratterizzato da tratti di impulsività, intolleranza alla frustrazione; le personalità istrioniche, con tendenze alla drammatizzazione e all'amplificazione dei propri stati emotivi, oltre al disturbo antisociale di personalità. Ad essi sono spesso legate condotte parasuicidarie (cioè quei comportamenti che assumono un latente o inconsapevole desiderio di morte, in cui viene cercata una sfida estrema con la vita, un rischio: taluni sport pericolosi, l'abuso di sostanze), ad esito non letale e con scopo manipolativo.

Non va dimenticato che un altro fattore predisponente può essere la malattia organica, in particolare quelle patologie che tendono alla cronicità, al peggioramento, debilitanti e degenerative, che privano il soggetto della sua libertà ed autonomia (dolore cronico, forme tumorali in fase terminale).

Fattori secondari:

- Perdita recente di un familiare.
- Isolamento, mancanza di supporto sociale.
- Traccolli economici.
- Eventi negativi.

Il ruolo predittivo di tali fattori è abbastanza alto quando sono presenti anche i fattori primari, mentre in loro assenza, è bassa la loro potenza predittiva.

Gli eventi scatenanti un agito autolesivo sono infatti vari, e più numerosi tra gli adulti che non negli anziani. Essi vanno ricercati nelle difficoltà interpersonali, la perdita del partner, i problemi con la legge e l'incarcerazione, la perdita dell'occupazione; la vergogna e

l'umiliazione legati a tali situazioni sono aspetti rilevanti nella comprensione delle dinamiche suicidarie. Anche altri fattori situazionali quali abusi fisici e violenza, sono determinanti soprattutto se il soggetto non riesce a rimuovere o elaborare tali stressor.

Oltre al disturbo psichiatrico e la malattia organica, quindi, diviene evidente la rilevanza dei fattori di ordine sociale, come lo stato civile ed il grado di integrazione familiare. In seno a famiglie disgregate, in caso di separazione, divorzio, lutti ed abusi domestici, i tassi di suicidio si innalzano, così come il matrimonio e i figli da accudire sono fattori protettivi. Le categorie prevalenti che compiono suicidio sono i single maschi, che da soli coprono il 47% di tutti i suicidi, mentre la percentuale scende al 39% tra le donne (Schmidtke, Bille-Brahe et al., 1996). La maggioranza, inoltre, appartiene alla classe sociale più bassa, con un livello di istruzione e di specializzazione lavorativa limitati.

Diviene quindi fondamentale la valutazione del sostegno sociale come fattore importante nella prevenzione del fenomeno suicidario. È stato dimostrato che questo incide sull'eziologia dei problemi psichiatrici, sulla compliance al trattamento e sulla risposta del paziente a quest'ultimo. I soggetti affetti da disturbi psichiatrici sono infatti più vulnerabili agli stressor ambientali o ad una mancanza di supporto sociale.

Ovviamente non è possibile effettuare generalizzazioni, e questo è quanto mai vero quando si parla di suicidio. Ad esempio, per i soggetti anziani, tra i quali si registra il maggior numero di vittime per suicidio, momenti critici come un lutto o l'isolamento sono fattori che contribuiscono al rischio suicidario; ma è stato anche rilevato che anziani che si trovano in condizioni di solitudine, o che hanno patologie, non necessariamente compiono tali atti. Una storia di scarso adattamento allo stress, di vulnerabilità depressiva come reazione ad una perdita, il deterioramento cognitivo causato da una patologia mentale organica, sono variabili importanti da considerare negli anziani che commettono suicidio.

Fattori terziari:

Tra questi sono annoverabili variabili di tipo socio-demografico come:

- Età (adolescenza, vecchiaia).
- Sesso maschile.
- Periodi di maggiore vulnerabilità (periodo premestruale, la primavera).

Tali fattori hanno mostrato correlazioni statisticamente significative con il suicidio, ma la loro potenza predittiva è bassa in assenza dei fattori di rischio primari e secondari.

2.3 Il suicidio nell'anziano

Schneidman (1994) afferma come il suicidio nell'anziano sia un paradosso: "Perché voler porre fine ad una vita che già di per sé sta volgendo al termine?"

Sebbene gli anziani costituiscano in percentuale la porzione minore della popolazione è tra essi che si annovera il più elevato tasso di suicidi sia negli USA che nei paesi della CEE. Tuttavia il suicidio, a differenza dei giovanissimi, non è mai tra le prime cause di morte tra gli anziani. Per lo più il decesso è imputabile a patologie croniche e raramente a cause violente. Anche a questo si deve lo scarso interesse rivolto alla suicidologia geriatrica.

Come per tutte le fasce d'età, è più frequente tra gli uomini ed in particolare tra quelli che i gerontologi chiamano gli old-old (>75 anni). Parallelamente all'invecchiamento si assiste ad un decremento dei tentati suicidi in ambo i sessi. Gli anziani presentano il tasso più basso di parasuicidi, con un rapporto 4:1, differendo dall'8-20:1 della popolazione generale o il 300:1 degli adolescenti (Curran, 1987), esprimendo, pertanto, una maggiore intenzionalità suicidarla, che produrrebbe suicidi ad esito letale. A sostegno di tale ipotesi è il maggior punteggio alla Beck Suicidal Intent Scale ottenuto dagli anziani sopravvissuti ad un agito suicidario rispetto ai giovani. In questa ottica molti tentativi sono interpretabili come suicidi mancati per il sopraggiungere di eventi impreveduti. Lo stesso riscontro di un minor numero di recidivi tra gli anziani, che non tra i giovani, corrobora tale ipotesi.

A conferma di ciò vi sono anche le analisi fatte su scritti lasciati da soggetti poi suicidatisi. Emerge una intenzionalità lucida, determinata, con sintassi chiara e diretta, prodotto di ponderazione e meditazione e non di impulsività. Rimane di difficile comprensione il perché, anche per gli anziani, sia più diffuso negli uomini che tra le donne; da alcune ricerche emerge, che gli anziani maschi, che vivono una condizione più degradata in termini di salute psicofisica, d'indigenza, di vedovanza e d'abbandono, sono maggiormente esposti e sempre in percentuale maggiore rispetto alle donne. Una spiegazione potrebbe essere quella di una maggiore capacità d'adattamento acquisita dalle donne, la presenza di una rete sociale preservata più a lungo rispetto ai maschi ed infine, l'abilità nell'accudire se stesse nelle piccole cose quotidiane e nell'aiutare i familiari, possono essere stimoli che agiscono da rinforzo a sentimenti di utilità e di autostima.

I fattori di rischio, anche per tale fascia d'età sono molteplici: alcuni autori hanno evidenziato l'importanza di alcuni correlati biologici e di come l'invecchiamento possa portare ad una diminuzione della biodisponibilità di amine biogene quali la serotonina, o ad una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene interferendo con i ritmi circadiani, inducendo depressione.

Come per i più giovani, una larga maggioranza di anziani vittime di suicidio è stata riconosciuta affetta da patologia psichiatrica al momento del decesso; in particolare la depressione maggiore era presente nella metà dei casi. Schizofrenia e disturbo della condotta sono quasi del tutto assenti. Patologie organiche, come demenza e delirium, sono state riscontrate nel 5% dei casi. L'incidenza, comunque, della demenza nella vecchiaia non è in grado, da sola, di giustificare l'incremento dei suicidi tra gli anziani. Pazienti che ne soffrono possono manifestare ideazione suicidaria, ma la presenza dei deficit cognitivi tipici, ne possono prevenire l'atto. Di fatto, l'incidenza dei suicidi nei pazienti dementi, non supera quella della popolazione anziana in generale. Vista la centralità della patologia depressiva nel suicidio degli anziani, una parentesi deve essere aperta circa la sottostima di tale diagnosi, seppure presente in circa il 20% degli ultrasessantacinquenni, e di quanto l'uso di farmaci antidepressivi sia molto ridotto in tale fascia d'età. Ciò è dovuto al fatto che spesso i sintomi depressivi si presentano in forma anomala. L'anziano, anche per retaggio culturale, tende a manifestare il proprio disagio attraverso il corpo, verbalizzando meno il proprio disagio, rivolgendosi, in prima battuta, al medico di base, senza esprimere direttamente le proprie ideazioni, adducendo malattie fisiche o malesseri non ben specificati. Pertanto la depressione viene scambiata per malattia fisica, per demenza, aggravata dalla credenza diffusa che i vissuti di tristezza e depressione siano naturalmente associati all'invecchiamento e come tali sopportati ed ammessi. Controversa si è mostrata anche la questione della presenza di malattia fisica ed il ruolo esercitato sul suicidio. Per molto tempo si è pensato che questa costituisse un fattore di rischio e come il suicidio potesse essere visto come una via d'uscita. Da vari studi non è emersa alcuna evidenza di tale ipotesi. La patologia cronica o terminale non si comporta come fattore di rischio necessario e sufficiente, da solo, al di fuori di un contesto depressivo. Secondo Lyons (1984), affinché si verifichi una tale circostanza, devono essere compresenti peculiari caratteristiche personologiche, quali un forte bisogno frustrato di essere ancora attivi ed indipendenti, un carattere chiuso, introverso, ostilità o una storia di depressione. Solo in tale ottica la malattia fisica diviene evento precipitante. Tra gli eventi stressanti riconosciuti come influenti sulla depressione, indi sul comportamento suicidario degli anziani, si sono sottolineati il lutto e la malattia fisica, notando, contrariamente al senso comune, come le condizioni di isolamento, di indigenza, scarso supporto sociale tradizionalmente associati agli anziani, non rivestano un ruolo più importante rispetto agli adulti in generale.

CAPITOLO 3

LE CONDOTTE AUTOLESIVE NELL'ETÀ ADOLESCENZIALE

3.1 Il suicidio tra i giovani: alcuni dati

In età adolescenziale e giovanile le condotte suicidarie rappresentano un fenomeno che va occupando sempre più spazio nella letteratura medico-psicologica. Nel 2000 il suicidio è stata la terza tra le maggiori cause di decesso tra i giovani di età tra i 15-24 anni preceduta solo dai traumi non intenzionali ed dagli omicidi.

Negli Stati Uniti ogni anno, circa 2 milioni di adolescenti tentano il suicidio e circa 700.000 ricorrono alle cure in seguito a tale gesto. Secondo il Centro di Osservazione del Comportamento dei Giovani, nel 2001 risulta che il 2,6% degli studenti ha tentato il suicidio, anche se il tentativo di suicidio è di gran lunga più frequente del suicidio.

- La frequenza dei suicidi tra i bambini di età 10-14 anni è stata 1,5 ogni 100.000 o 300 decessi tra 19.895.072 bambini di questa età.
- La frequenza dei suicidi fra ragazzi di 15-19 anni è stata 8,2 ogni 100.000 o 1.621 decessi tra 19.882.596 ragazzi di quest'età.
- La frequenza dei suicidi tra giovani di 20-24 anni è stata 12,8 ogni 100.000 o 2.373 decessi tra 18.484.615 giovani di quest'età.

L'analisi della distribuzione del fenomeno tra le varie classi di età permette alcune considerazioni. La fascia della crisi adolescenziale pare essersi spostata dal gruppo dei 15-19 anni a quella dei 20-24 anni e tale ascesa è verosimilmente legata al divario che si va accrescendo tra età biologica e sociale.

3.2 Valutazione dell'adolescente con condotta suicidaria

La decisione di suicidarsi è il risultato di molteplici fattori. Le cause di tale gesto sono da ricercarsi da un lato nel contesto socio-familiare e culturale del soggetto, dall'altro in alcune caratteristiche della sua personalità ed in disturbi psichici veri e propri. L'OMS ha posto in evidenza recentemente come più del 90% dei giovani suicidi soffrivano di un grave disturbo psichiatrico preesistente all'atto, in particolare depressione ed abuso di sostanze risultano associati in modo più stringente. La bassa stima di sé, il senso di disperazione sono le

caratteristiche psicologiche che accomunano i soggetti depressi ai giovani che hanno tentato il suicidio, ma questi ultimi vivrebbero queste esperienze di sofferenza con maggiore gravità.

La maggior parte dei giovani che hanno attuato un comportamento suicidario riferisce come causa precipitante alcune difficoltà relazionali, in particolare, nel rapporto con i genitori, mentre, con l'avanzare dell'età sono chiamati in causa il partner, l'amico e l'insegnante.

Anche alcuni tratti di personalità costituiscono un importante fattore di determinazione. Elementi di rilievo sono rappresentati dalle ridotte abilità sociali e di risoluzione dei problemi, l'impulsività, la disgregazione degli affetti e l'aggressività.

La presenza di un vero e proprio disturbo costituisce un fattore di rischio ancor più importante se associato, poi, a disturbi dell'umore o ad abuso di sostanze psicoattive (Harvey, et.al 1997; White, 1974). Il disturbo di personalità più frequentemente rappresentato è quello borderline, a causa della costellazione di sintomi tipici quali l'impulsività e la tendenza ad agiti comportamentali.

Per quanto riguarda l'ambiente familiare, i maggiori fattori di rischio rilevati sono:

- la rottura precoce del legame familiare (separazioni, allontanamento dai genitori);
- scarso livello di integrità del nucleo familiare;
- precedenti esperienze suicidarie nei parenti.

Molti studi (Peter, Lewinsohn, et al.,1993) hanno cercato di descrivere le caratteristiche dei giovani con idee suicide, ed emerge una certa convergenza che consente di identificare alcuni dei fattori di rischio:

- sesso femminile (giustificato dal fatto che i giovani maschi adottano modalità autolesive più violente e determinate nell'intenzionalità);
- disturbi depressivi;
- abuso di sostanze psicoattive;
- disturbi del comportamento di tipo aggressivo;
- disturbi d'ansia, in particolare da attacchi di panico;
- eventi stressanti immediatamente precedenti il gesto (lutti, malattie fisiche croniche);
- disfunzioni familiari, convivenza con un solo genitore, precoci esperienze di abbandono, abusi di vario tipo, presenza di precedenti esperienze suicidarie in parenti;
- difficoltà relazionali;
- fallimenti scolastici.

Haim (1970) ritiene che uno dei fattori determinanti sia l'insufficienza di ordinari meccanismi difensivi tipici dell'età. Il giovane suicida non sarebbe in grado di assumere il

lutto implicito in ogni processo adolescenziale, mantenendo in modo rigido e prolungato gli investimenti su oggetti perduti o illusori. Da questa prospettiva la psicopatologia adolescenziale è espressione di un'organizzazione della personalità carente di flessibilità nelle funzioni necessarie ad affrontare le sfide di un'a complessità crescente dell'ambiente interno ed esterno. Nella prospettiva dei teorici dell'attaccamento, il rapporto che il bambino instaura con la figura accudente può essere predittivo del suo successivo sviluppo sociale, cognitivo ed emotivo. Tali assunti sono in accordo con quanto sostenuto da Bowlby secondo il quale gli individui, nel corso dell'interazione con l'ambiente definiscono "modelli operativi interni" che dirigeranno i sentimenti ed i comportamenti nelle relazioni di attaccamento future. Infatti, sono le maggiori o minori disponibilità materne nel rispondere ai bisogni fisici ed emotivi del bambino, quelle che determineranno lo sviluppo della regolazione degli affetti e degli impulsi. La sintomatologia triadica dell'impulsività, dell'instabilità affettiva e della mancanza di riflessività è legata allo sviluppo di un'abilità "fase-specifica" che si realizza nel contesto diadico madre-figlio. Solo nell'adolescenza e con il raggiungimento del pensiero formale, il soggetto sarà in grado, da sé, di trovare un metodo per distanziare se stesso dagli impulsi e affetti non voluti, che di una struttura per il loro contenimento, acquisendo, via via un maggiore senso di autocontrollo ed integrazione della propria identità.

3.3 Suicidio giovanile e mass-media

Un problema che si è imposto all'attenzione degli psicologi, psichiatri e giornalisti, ma anche dei semplici cittadini, soprattutto quando si parla di suicidi tra adolescenti, è quello per cui, il parlare di suicidio ne possa incentivare il ricorso, all'interno di un processo di emulazione. Del resto in alcune epoche storiche, come in Italia nel fascismo, tale dilemma è stato usato come giustificazione per impedire qualsiasi divulgazione di notizie sul suicidio, e soprattutto quando questo si mostrava in ascesa. Da allora si sono moltiplicate ricerche sia in USA che in Italia, producendo risultati spesso contraddittori. Primo fra tutti è che l'influenza esercitata dai mass-media non incide su tutti i soggetti in maniera uguale. In genere si è rivelata maggiore per i giovani piuttosto che le persone di mezza età e gli anziani. Ciò non dipende dalla credenza, per altro diffusa, che quest'ultimi sono dei bassi fruitori dei mass-media, anzi, ricerche effettuate negli USA hanno dimostrato che gli anziani sono tra i maggiori utilizzatori del mezzo televisivo con una media di 4-5 ore al giorno, tuttavia, non mostrano la stessa influenza subita dagli adolescenti. Inoltre, come emerge dai risultati di uno studio su 2.500 anziani (vedi www.marketingetv.com), se non ci fosse la televisione molti anziani si suiciderebbero per la solitudine; sembrerebbe che gli ultrasessantenni sono i

massimi fruitori della televisione e uno su tre la accende per colmare le assenze dei figli e nipoti.

Non è certo arbitrario pensare che i contenuti dei messaggi televisivi o cinematografici, spesso così violenti possano essere correlati a quel fenomeno di incremento della criminalità giovanile. La violenza è uno dei temi più trasmessi e sono soprattutto gli adolescenti i maggiori spettatori che, con la complicità di un contesto socio-culturale degradato può, insieme all'aggressività, diventare un tratto stabile che si sedimenterà nella personalità del giovane. Quindi ci si chiede se esiste la possibilità di acquisire, attraverso la comunicazione sociale, la determinazione a compiere suicidio. Interessante è, in tal senso, una ricerca svolta a Detroit nel 1968, dove un grande sciopero bloccò per 268 giorni l'uscita di tutti i giornali. Questo evento fornì l'utile spunto per verificare se l'andamento di suicidi nella città avesse subito variazioni. Il risultato fu che, in effetti, si registrò una diminuzione (Motto, 19709. Sembra quindi confermato che il dare notizie dettagliate sui casi di suicidio abbia un effetto induttore ed imitante nella popolazione che le legge.

Già Durkheim aveva enfatizzato la rilevanza di tale processo psicologico e di come anche il suicidio potesse diffondersi per contagio imitativo. Non si può però affermare che l'imitazione generi suicidio; alla base vi deve essere una forte predisposizione personale, altrimenti non si spiegherebbe il motivo per cui persone diverse esposte ad uno stesso stimolo, diano vita a comportamenti differenti. È da notare, inoltre, che l'influenza dei mass-media sul suicidio non si inverte, e pertanto non si registra alcuna riduzione dei tassi, anche se ad essere veicolata è una notizia d'informazione positiva (suicidio ad esito negativo), anziché un'informazione su un suicidio avvenuto.

3.4 Trattamento dell'adolescente con impulsi suicidi

Il trattamento dell'adolescente che ha tentato il suicidio merita un approfondimento particolare, date anche le peculiarità della fascia d'età in cui interviene. Nella progettazione dell'intervento si dovranno tenere in considerazione due aspetti fondamentali: la gestione della crisi acuta ed il trattamento più a lungo termine. La prima ha l'obiettivo di ristabilire un equilibrio precedente, fornendo adeguate risorse e supporti, anche se l'aiuto di cui il giovane ha maggiore bisogno, riguarda la vulnerabilità sottostante che ha condotto alla crisi attuale e che l'esponesse a future crisi.

La crisi suicidaria è infatti frutto di variabili individuali, socio-ambientali e temporali: in una situazione percepita come minacciosa, il giovane sembra incapace di trovare una qualsiasi via d'uscita vedendo il futuro davanti a lui come minaccioso ed angosciante, e in quest'ottica

di panico e disperazione il suicidio appare come l'unica alternativa valida. Se il gesto è preceduto da un'accurata pianificazione, va considerato molto più seriamente come un suicidio che non è andato a compimento. Il gesto andrà sempre valutato in base all'obiettivo che il giovane si è posto ed il contesto entro il quale è maturato: esso potrà rappresentare una risposta ad una crisi in famiglia, ad una perdita di un legame, o rappresentare una richiesta di attenzioni o di affetto.

Gli adolescenti sono tradizionalmente restii a cercare spontaneamente aiuto per le loro difficoltà, e spesso arrivano all'attenzione del clinico portati dai famigliari. Accade spesso che anche la stessa famiglia abbia difficoltà ad aprirsi di fronte da un estraneo per timore di modificare la seppur precaria omeostasi familiare. Una volta che il pericolo appare cessato, spesso si preferisce recuperare il proprio equilibrio patologico piuttosto che ammettere il proprio fallimento e farsi carico di nuove regole, cosicché il trattamento volontario più a lungo termine viene spesso rifiutato e ciò costituisce un ulteriore fattore di rischio di nuovi comportamenti suicidari.

Le strategie dell'intervento sulla crisi possono essere raggruppate secondo Leeners et al. (1994) in:

- riduzione della mortalità;
- provvedere per un adeguato supporto garantendogli una persona di fiducia;
- trattamento dell'ansia e dell'angoscia;
- sostituire la visione ristretta del paziente in un tunnel fatto solo di angoscia e sofferenza con una prospettiva più ampia, incoraggiandolo e programmando piccoli passi verso obiettivi a lungo termine;
- insegnare alla famiglia a riconoscere i segni premonitori della predisposizione al suicidio.

Il trattamento di elezione per gli adolescenti è la psicoterapia individuale, con rivalutazioni progressive ed obiettivi individualizzati, anche se, in alcuni casi potrebbe essere utile anche una terapia familiare, soprattutto nei casi in cui siano i conflitti o una psicopatologia familiare, i maggiori ostacoli nel percorso di crescita ed autonomia del ragazzo. Una fase delicata a cui va prestata particolare attenzione è la conclusione del rapporto terapeutico. Non di rado gesti autolesivi vengono espletati in concomitanza con questa fase del trattamento, poiché riporta a vissuti di separazione, accentuando la negazione come difesa verso il senso di perdita imminente. Il processo di conclusione, quindi, dovrebbe essere programmato per tappe, attraverso una riduzione progressiva dei contatti con il terapeuta, il quale dovrebbe condurre l'adolescente a decidere di terminare il trattamento. Sedute di follow-up e contatti

telefonici dovrebbero essere comunque mantenuti nel lungo periodo come monitoraggio continuo del rischio.

Infine, ma non ultimo per importanza, è la sensibilizzazione dei famigliari ed amici nell'identificazione di quei segnali premonitori di un possibile rischio suicidario o di una recidiva dello stesso. Infatti il suicidio si può prevenire. La maggior parte di questi si compie dopo alcuni segnali. Una delle strategie più efficaci è, quindi, quella di insegnare alle persone ad accorgersene ed affrontare tali segnali, aumentando così la tendenza a cercare aiuto da parte dei giovani a rischio.

Alcuni segni premonitori sono:

- cambiamento nelle abitudini alimentari o nel ritmo del sonno;
- allontanamento dagli amici o dalle normali attività;
- azioni violente, comportamenti di ribellione, tendenza a fuggire;
- uso di alcol o droghe;
- scarsa cura della propria persona;
- significativo cambiamento della personalità;
- persistente stato di noia, apatia, difficoltà di concentrazione, diminuzione della resa scolastica o sul lavoro;
- continue lamentele di disturbi fisici (mal di pancia, mal di testa, fatica);
- perdita di interesse nelle attività di svago;
- insofferenza verso gli elogi ed i riconoscimenti.

Per gli adolescenti già in cura per problemi psichiatrici, una sensibilizzazione della famiglia può essere utile per aiutarli a comprendere meglio taluni dei sintomi presenti nel giovane, migliorando così sia la compliance terapeutica, instaurando un rapporto di collaborazione con la famiglia al fine di tenere meglio sotto osservazione i pazienti, con particolare riguardo nel cogliere quei sintomi ricorrenti, ed al contempo, aiutare i famigliari stessi ad imparare come comportarsi con i figli e come affrontare le patologie della mente.

Uno degli scopi principali delle strategie di prevenzione è quello di ridurre i fattori di rischio. Le psicopatologie, in particolare i disturbi di personalità, l'asocialità, l'abuso di sostanze sono fortemente correlati alle condotte suicidarie, per cui occorre, innanzitutto, chiarire come tali patologie siano curabili e che tali disturbi, nei giovani, vengano prontamente diagnosticati e opportunamente curati. Secondo un recente rilievo, l'individuazione di alcuni fattori di rischio, quali l'esistenza di psicopatologie nei giovani o nei loro genitori, precedenti tentativi, la detenzione di armi in casa, può portare, con interventi mirati, ad una significativa riduzione del rischio suicidario.

CAPITOLO 4

CONDOTTE DI ABUSO E SUICIDIO

4.1 Alcol e suicidio

L'abuso di sostanze, in particolare di alcol, è un potente fattore di rischio per il comportamento suicidario che merita un'attenzione particolare. Il suo rapporto con il suicidio è stato statisticamente provato in almeno il 25% dei casi, sia negli USA che in altri paesi. È ormai assodato che i soggetti che abusano di sostanze sono 12 volte più a rischio di suicidio rispetto alla popolazione generale, infatti, in soggetti che presentano tali condotte, è stata riportata una maggiore incidenza sia di ideazione suicidaria, che di tentativo e suicidio vero e proprio.

Un largo studio sulla popolazione condotto in ventisette nazioni (Lester, Tanskanen, et al., 2000), ha evidenziato come proprio l'alcol possieda quelle caratteristiche tali da renderlo quasi un marker del rischio suicidario, e come il consumo dello stesso possa predire statisticamente il tasso di suicidio nei vari paesi. È importante sottolineare come le condotte d'abuso siano un potente fattore di rischio soprattutto se associate ad altri disturbi psichiatrici. In tali casi la comorbilità si riscontra molto facilmente (nel 90-95%). Tra i disturbi psichiatrici più facilmente riscontrabili negli alcolisti ci sono i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, e tra i disturbi presenti in Asse II quello antisociale di personalità, anche se la valutazione di tali sintomi può essere resa difficile dall'effetto dell'alcol sull'espressione della sintomatologia psico-patologica.

Una serie di fattori biologici sono stati messi in correlazione con il rischio di suicidio negli etilisti. In particolare è stato rilevato come l'alcol ed altre sostanze psicoattive abbiano effetti, attraverso alterazioni neurochimiche a carico del sistema serotoninergico, sulla destabilizzazione del tono dell'umore, sull'induzione di episodi maniacali o depressivi in pazienti affetti. Diversi ricercatori hanno infatti riferito risultati che indicano l'esistenza di un sottogruppo di alcolisti (in particolare di coloro con un esordio precoce e storie di violenza), che mostravano bassi livelli plasmatici di triptofano, precursore della serotonina. A ciò si deve aggiungere il fatto che coloro che abusano di sostanze presentano alcuni tratti tipici di impulsività, aggressività, ridotta tolleranza alle frustrazioni ed alle perdite nelle relazioni interpersonali, scarse capacità adattive che, in

talune circostanze definite come stressanti, possono contribuire ad aumentare la frequenza dei comportamenti autolesivi.

Ma l'alcolismo non è influenzato solo da fattori neurochimici, ma anche da fattori ambientali, in particolare di tipo familiare, poiché forte appare la relazione tra questo disturbo e la trasmissibilità all'interno della stessa famiglia, sia di tratti di vulnerabilità che di particolari stili comportamentali. Famiglie con storie di alcolismo spesso mostrano alta conflittualità, instabilità, conflitti correlati, a loro volta, all'ideazione suicidaria ed ai tentativi di suicidio.

4.2 Altre sostanze d'abuso

Per quanto concerne la relazione tra suicidio ed abuso di altre sostanze psicoattive, come gli oppioidi, la letteratura è relativamente povera di dati e spesso contrastanti. Interessante è la relazione tra i tentati suicidi e l'overdose non fatale di eroina sia in coloro che ne facevano uso che in quelli in terapia metadonica. Tra quest'ultimi i tentativi di suicidio si sono rilevati molto alti (40% dei casi), anche se il dato interessante è che, sebbene l'overdose da eroina fosse molto frequente è che il mezzo più comune per il tentativo di suicidio nel campione analizzato, era o il taglio delle vene o l'overdose di altre sostanze; in altre parole, l'overdose da eroina appare, anche tra gli eroinomani stessi, un mezzo scarsamente usato e pensato come mezzo suicidario. Più del 90% degli eroinomani intervistati ha dichiarato che l'overdose era stata un atto fortuito, casuale e non un tentativo di suicidio.

Anche la dipendenza da cocaina è stata considerata, in particolare nello studio di Roy (2001), il quale mostra come tra i cocainomani vi è un tasso di suicidi pari al 39%. Lo studio sull'analisi delle caratteristiche personologiche di tali soggetti evidenzia, inoltre, come la maggioranza di coloro che avevano tentato il suicidio avevano una storia familiare di comportamenti suicidari, mostravano punteggi più alti nelle scale che misuravano l'abuso emotivo, fisico e sessuale, ed anche valori indicanti trascuratezza sia fisica che emotiva. Avevano punteggi più elevati per il tratto dell'introversione e l'ostilità, ed infine, appare evidente l'elevata comorbilità del campione (75%) con l'alcolismo e con una malattia fisica (46,4%) e molti con una depressione maggiore. Tali risultati si correlano positivamente anche con le conclusioni a cui sono giunti altri ricercatori che hanno analizzato popolazioni di pazienti con diverso rischio suicidario.

Gli anfetamici sono correlati a condotte suicidarie in modo sporadico, anche se la situazione dovrà essere monitorata nel futuro prossimo a causa dell'entità che tale



fenomeno sta assumendo, soprattutto tra i giovanissimi. Queste sono sostanze che stanno “spopolando”, proprio perché all’apparenza, forniscono energia, resistenza, eccitamento sessuale, ed in generale favoriscono la socializzazione, anche se provocano effetti devastanti in quanto neurotossici sul sistema serotoninergico, determinando in alcuni casi anche infermità mentali di vario livello. Una rassegna in letteratura ha rilevato come oltre 87 “disgrazie” potevano essere collegate all’uso di extasy, con iperpiressia, necrosi epatica, aritmie cardiache, danni cerebrovascolari e suicidi, questi ultimi determinati, con probabilità, dagli effetti allucinogeni provocati da tali sostanze. Infatti, gli anfetaminici causano il rilascio di catecolamine (dopamina, noradrenalina) e serotonina, il principale meccanismo d’azione degli allucinogeni, responsabile degli effetti clinici.

CAPITOLO 5

EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO IN EUROPA E SUICIDI DI MASSA NEL MONDO

5.1 Introduzione

I comportamenti suicidari sono un fenomeno molto complesso. I soggetti che lo attuano esprimono un disagio multidimensionale dove l'atto viene percepito come la soluzione migliore per uscire da una situazione di grande sofferenza. Non sono mai, quindi, azioni prive di senso o casuali, ma lo sbocco di una crisi, di una serie di bisogni frustrati, di un senso di impotenza, di disperazione ed ambivalenza tra istinto di sopravvivenza e situazioni insostenibili.

Nei paesi occidentali il suicidio rappresenta non meno dell'1,8% di tutti i decessi, costituendo la seconda-terza causa di morte per i giovani, superata solo dagli incidenti stradali, dagli omicidi e dal cancro, mietendo più vittime di quanto non faccia la droga. A queste stime, che riguardano i suicidi riusciti, vanno aggiunti i tentativi di suicidio, che sono di circa 20 volte maggiori.

Nell'anno 2000, benché il tasso globale sia risultato in diminuzione, si è registrato circa un milione di morti: una morte ogni 40 secondi!. Tra i paesi con alta incidenza di gesti autolesivi (con tassi superiori a 15 per 100.000 abitanti), troviamo la Scandinavia, l'Austria, la Svizzera, la Germania, l'Europa dell'Est, la cosiddetta "fascia del suicidio" ed il Giappone, con oltre 33.000 casi l'anno contro i 20.000 di dieci anni fa. I dati più recenti evidenziano, dunque, che le dimensioni di tale emergenza sociale si fanno sempre più grandi e le probabilità che tale tendenza si inverta, sono assai scarse. Il centro nazionale di statistiche sanitarie americano, aveva stimato che per l'anno 2000, l'incidenza del suicidio poteva addirittura raddoppiarsi (National Center, 1984). È, a tale proposito, che il governo giapponese ha predisposto un piano di intervento triennale per la prevenzione contro quella che è ormai una piaga sociale. Dagli ultimi reports del congresso della World Psychiatric Association, tenutosi nell'agosto 2002 proprio in Giappone, viene riportato che la maggior parte dei suicidi sono maschi, di mezza età, che hanno perso il posto di lavoro, vivendo una realtà insostenibile nella cultura giapponese; i mezzi più usati sono il defenestramento o il gettarsi sotto la metropolitana.

È da sottolineare come la stima di tali dati sia influenzata anche dall'atteggiamento culturale nei confronti delle condotte suicidarie. L'atteggiamento sociale di riprovazione, notevolmente diffuso nei paesi occidentali, ha grande stima nel determinare la sottostima del fenomeno da parte delle statistiche ufficiali. Altri fattori che contribuiscono alla sottostima sono i casi di suicidio mascherato per problemi di tipo legale-assicurativo, il rifiuto delle cure da parte di anziani ed alcuni casi di overdose mortale in tossicodipendenti. Di fatto, comunque, il suicidio ed il tentativo di suicidio, sono comportamenti prevedibili e, come tali, sono causa di morte potenzialmente prevedibile! Il fattore di rischio più importante e predittivo è il tentativo di suicidio; si pensi che il rischio di morte dopo una condotta autosoppressiva è dell'1%, ma aumenta se l'episodio si era già ripetuto, arrivando a 100-250 volte maggiore rispetto a quello della popolazione generale, mantenendosi elevato fino agli otto anni successivi. Quindi, una forma molto importante di prevenzione può essere attuata lì, dove il rischio è maggiore, e cioè in persone trattate o ricoverate in ospedale per una condotta autolesiva. Ad oggi l'intervento più rilevante è quello attuato sulla crisi, anche se grande è l'esigenza di predire e prevenire il comportamento suicidario, e da ciò l'importanza di studi epidemiologici che consentano non solo di quantificare e monitorare il fenomeno in un dato momento storico, ma anche di trovare eventuali correlazioni con eventi o situazioni definibili come fattori di rischio ed intervenire per modificarli, consentendo, così, di influenzare il fenomeno stesso.

A partire dagli anni Settanta, si assiste ad una progressiva ripresa del tasso di suicidio. Infatti, è proprio in questi anni che tale comportamento inizia ad essere considerato come uno dei maggiori problemi di sanità pubblica, in gran parte dei paesi europei e di conseguenza, una fonte di drenaggio di risorse disponibili per l'assistenza sanitaria. Nel maggio 1977, la 30° Assemblea Mondiale della Sanità stabilì un importante obiettivo che vedeva coinvolti sia l'OMS che gli stati membri e riguardava *“il raggiungimento per tutti i cittadini del mondo, entro il 2000, di un livello di salute che permetta loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva”* (tratto da Health for All by the Year 2000). Come parte del programma operativo volto al raggiungimento di tali obiettivi, si è deciso di ottenere ed esaminare i dati dei trend nei tentativi di suicidio e delle ripetizioni di gesti suicidari, nei diversi paesi europei, che potessero essere comparati alla luce, anche, della non uniformità delle stime dei tassi di incidenza nei vari paesi. La comprensione di tali differenze consente di acquisire varie informazioni riguardo lo sviluppo del processo suicidario, anche se permane un problema di validità dei dati stessi, imputabile alle differenze transculturali, sia per quanto

riguarda il trattamento di coloro che hanno tentato il suicidio, sia per le metodologie di ricerca utilizzate nei diversi paesi, che rendono difficoltosi confronti validi.

5.2 Dati epidemiologici nell'intervallo temporale 1984-2001

I dati relativi agli anni 1984-2000 rilevati dall'OMS e resi disponibili presso la sede centrale di Ginevra nell'ottobre 2001, rilevano un fenomeno epidemiologicamente significativo, che induce un'attenta riflessione. In generale, come detto anche precedentemente, dal confronto dei dati relativi all'ultimo periodo del XX secolo, con quelli

1984	RATE	1994	RATE	2001	RATE
Malta	0.0	Malta	8.5	Malta	11.7
Albania	4.4	Albania	4.4	Albania	6.3
Grecia	7.4	Grecia	6.6	Grecia	6.4
Spagna	12.9	Spagna	13.6	Spagna	13.1
Regno Unito	13.1	Regno Unito	14.9	Regno Unito	11.7
Irlanda	13.2	Irlanda	22.9	Irlanda	19.2
Italia	14.3	Italia	14.4	Italia	9.3
Olanda	19.0	Olanda	17.5	Olanda	16.1
Romania	21.8	Romania	25.2	Romania	20.3
Norvegia	27.5	Norvegia	26.0	Norvegia	17.8
Bulgaria	31.0	Bulgaria	31.1	Bulgaria	24.1
Jugoslavia	31.0	Jugoslavia	28.1	Jugoslavia	N.P.
Polonia	31.8	Polonia	32.5	Polonia	24.1
Lussemburgo	32.6	Lussemburgo	37.9	Lussemburgo	29
Svezia	33.7	Svezia	27.5	Svezia	20
Germania	34.1	Germania	27.6	Germania	21.5
Cecoslovacchia	37.7	Cecoslovacc.	N.P.	Cecoslovacchia	N.P.
Belgio	40.7	Belgio	34.2	Belgio	31.3
Francia	41.1	Francia	39.4	Francia	28.4
Islanda	411.4	Islanda	21.0	Islanda	20.8
Croazia	41.4	Croazia	43.3	Croazia	32.7
Svizzera	43.9	Svizzera	59.4	Svizzera	29.2
Danimarca	45.3	Danimarca	35.5	Danimarca	24.3
Austria	50.1	Austria	40.4	Austria	28.7
Ucraina	60.6	Ucraina	49.0	Ucraina	51.2
Slovenia	67.7	Slovenia	61.7	Slovenia	47.3
Estonia	72.3	Estonia	91.1	Estonia	56
Lituania	82.2	Lituania	106.8	Lituania	73.8
Ungheria	87.3	Ungheria	68.9	Ungheria	53.1
Russia	86.5	Russia	95.4	Russia	62.6
Bielorussia	69.3	Bielorussia	63.9	Bielorussia	61.1
Finlandia	51.9	Finlandia	54.4	Finlandia	38.3

precedenti, emerge il trend in diminuzione del tasso di suicidi in Europa, ma con alcune eccezioni quali l'Albania, Malta, l'Ucraina, in cui l'incremento di incidenza può essere spiegato come espressione delle difficoltà di nazioni, che da una parte stentano dal lato economico e dall'altra, soprattutto per la Spagna ed il Lussemburgo (nonostante il tasso sia diminuito è ancora alto rispetto ad altri paesi), ad una certa fatica nell'integrazione sociale in paesi che stanno evolvendo rapidamente (**Tab. 1: incidenza del suicidio su 100.000 uomini in Europa nel 1984, 1994 e nel 2001**). Per quanto riguarda i paesi che solo di recente sono usciti dalla preesistente organizzazione economica socialista, gli epidemiologi

stimano un'incidenza della mortalità per suicidio pari al 2,4% rispetto alle morti per tutte le altre cause, a fronte di un'incidenza dell'1.8% nel resto del mondo. Ciò dovrebbe indurre ad

un'attenta analisi sulle motivazioni sottostanti ed una rivalutazione globale del fenomeno anche dal lato socio-economico. Secondo diversi studiosi, tra le motivazioni primarie che inducono al comportamento suicidario, sembra che non ci sia la povertà, la guerra, la fame ed altri eventi negativi, per il fatto che non vi sarebbe neppure il tempo anche solo per pensarci, ma diventa più importante la sopravvivenza, l'attaccamento alla vita; piuttosto la perdita dei valori, degli ideali, dell'amore, l'impossibilità di decidere e di raggiungere ciò che è solo realizzabile nel mondo del virtuale. In altre parole all'aumentare del benessere paradossalmente aumenterebbe la consapevolezza dell'impotenza e della frustrazione di fronte all'esistenza.

Studi successivi al 1994, basati su dati ottenuti da interviste strutturate al personale impiegato negli uffici nazionali di statistica (Varnik A et al., 2001), hanno mostrato come sulla base di fattori socio-politici ed economici, l'andamento dei tassi di suicidio possa essere distinto in due fasi. Vi è un periodo di "stagnazione" negli anni 1970-84, ed un periodo di riforme dal 1984-94. Durante il primo periodo la curva dei suicidi presenta un andamento crescente, mentre nel secondo periodo, in generale, mostra una riduzione, coerentemente con altri dati pervenuti.

5.3 Suicidi di massa

È un fenomeno ampiamente diffuso e studiato; i fattori che determinano tali comportamenti sono molteplici e complessi, di natura politica, religiosa, economica e psicologica.

Tra i principali suicidi collettivi della storia contemporanea ricordiamo:

- Guyana 19-11-1978: 912 membri della setta del "Tempio del popolo", fondata dal reverendo americano Jim Jones, si avvelenano con una pozione a base di cianuro. Anche Jones si uccide insieme alla moglie e al figlio.
- Filippine 19-09-1985: sull'isola di Mindanao, 60 appartenenti alla tribù degli Ata sono trovati morti. Si sarebbero avvelenati per ordine di Datu Mangayanon, il loro guru, per "poter vedere Dio".
- Corea del Sud 29-08-1987: a Yongin, nei pressi della capitale Seul, 32 discepoli della sacerdotessa Park Soon-Ja sono trovati con la gola squarciata. L'autopsia rivela che prima avevano assunto una pozione a base di un potente veleno.
- Usa 19-04-1993: a Waco, nel Texas, si conclude con la morte di almeno una ottantina di persone la folle avventura di David Koresh, un santone che per 51 anni si era barricato con i suoi adepti nel suo ranch assediato dalla polizia dopo l'uccisione di



quattro agenti. Le forze dell'ordine tentarono l'assalto, ma i "davidiani" diedero fuoco al ranch ardendo vivi.

- Vietnam 11-10-1993: i 53 abitanti del villaggio di Ta He, 300 km a nord-ovest di Hanoi, si suicidano con arcaiche armi da fuoco per raggiungere il paradiso promesso dal loro capo, Ca Van Liem. Tra le vittime ci sono 19 bambini.
- Svizzera e Canada 05-10-1994; 48 adepti della setta del "Tempio Solare" sono trovati morti in una fattoria e in tre chalet in Svizzera, mentre in Quebec vengono scoperti altri cinque corpi, tra cui quello di un neonato.
- Francia 23-12-1995: altri 16 adepti della setta del "Tempio Solare" sono rinvenuti carbonizzati in uno chalet nei pressi di Grenoble. I corpi erano disposti a stella in una delle camere da letto.
- Canada 26-03-1997: trentanove persone, tra uomini e donne, si suicidano in una villa di San Diego, in California. Appartenevano alla setta della "Porta del Paradiso" e sostenevano di essere "angeli" scesi sulla terra da un altro pianeta, dove avevano deciso di far ritorno.
- Uganda 18-03-2000: a Kampala oltre 200 adepti della setta il "Movimento per la Restaurazione dei Dieci Comandamenti di Dio" si sono bruciati vivi all'interno del loro tempio. I seguaci hanno venduto i loro beni, si sono riuniti nella loro chiesetta, hanno celebrato una messa con lettura dei testi sull'Apocalisse e hanno appiccato il fuoco, bruciando e inneggiando canzoni sacre.

CAPITOLO 7

PREVENZIONE DEL SUICIDIO: UN PROGETTO INTEGRATO ALL'INTERNO DELL'OPG DI REGGIO EMILIA

PREMESSA

Il progetto, denominato “**Percorso IBIS**”, messo a punto dal Dipartimento di Salute Mentale dell'OMS e presentato, nelle sue linee guida, ad un convegno tenutosi a Ginevra nel 2000 è rivolto alla popolazione dell'OPG tossico e alcol - dipendente e alle doppie diagnosi la cui finalità è quella di ridurre la mortalità e la morbilità connesse al comportamento suicidario, attraverso tre linee di intervento:

- Ottenere una riduzione del numero di suicidi e di tentati suicidi
- Identificare e intervenire in fase precoce sui fattori di rischio di suicidio
- Migliorare la conoscenza delle problematiche connesse al fenomeno suicidario e fornire un adeguato supporto psicosociale alle persone con ideazione suicidaria, a quelle che hanno realizzato un tentativo di suicidio, e alle persone vicine a soggetti che hanno tentato o realizzato un suicidio.

Per il raggiungimento di tali fini, e tra gli obiettivi generali, si è pensato di creare dei gruppi con lo scopo di migliorare le condizioni generali, umanizzare i rapporti interpersonali per creare un ambiente di vita più confortevole e supportivo.

In un ambiente come quello del carcere e dell'OPG le inevitabili difficoltà, dei rapporti tra i membri della popolazione internata e questa con il personale di custodia e gli operatori sanitari, determinano situazioni di tensione e stress tali da fare perdere il pieno controllo dei propri nervi e in certi casi il ricorso alla forza fisica. Tale situazione aggrava ulteriormente le condizioni della vita detentiva, aumentando conseguentemente il disagio, la sofferenza e, in taluni casi le condotte suicidarie.

Tra gli strumenti principali individuati al fine di migliorare tali situazioni, e utilizzati all'interno del progetto realizzato, troviamo il supporto sociale, ed il trattamento delle persone a rischio suicidario, forniti attraverso una specifica formazione dei detenuti/internati, definiti “*piantoni specializzati*”, ed altre figure professionali coinvolte (tra il personale di reparto),

corsi psicopedagogici, in cui si cerca di ottimizzare le risorse presenti nei pazienti ed, infine, psicoterapie sia di gruppo che individuali.

Nello specifico, i pazienti – internati definiti “*piantoni specializzati*” saranno sensibilizzati nella conoscenza e nella prevenzione del fenomeno suicidario attraverso una serie di gruppi – incontro (condotti dalle scriventi), attraverso la trasmissione di alcune informazioni relativamente al fenomeno del suicidio in generale, ed in particolare sulle modalità più adeguate di fornire un primo supporto ai compagni in difficoltà al fine di potere riconoscere precocemente le persone che si trovano in una situazione di potenziale rischio e quindi rispondere tempestivamente ed in modo efficace alla presentazione di una crisi suicidaria, anche più semplicemente, con l’attuazione di una segnalazione ad un agente o al medico di reparto. Tale programma di formazione - sensibilizzazione prevede lezioni settimanali della durata di 1 ora e mezza. (vedi allegato pag.42)

La preparazione di questi pazienti internati diventa di fondamentale importanza per il raggiungimento degli scopi del progetto sopradetti, oltre che per il miglioramento delle condizioni generali della vita all’interno della struttura (OPG).

7.1 Perché ci siamo indirizzate ai pazienti co-operatori di reparto (“piantoni specializzati”)

- I pazienti hanno contatti prolungati e molto vicini sia con i compagni a rischio, sia con il personale di reparto (agenti e operatori sanitari).
- Rappresentano il *trait d’union* vitale tra compagni di internamento e gli operatori dell’OPG.
- Spesso rappresentano una risorsa primaria per il personale dell’OPG nel collaborare alla comprensione del fenomeno suicidario.
- La loro conoscenza e vicinanza con gli altri compagni dell’OPG li rende capaci di fornire supporto al personale e all’organizzazione nella prevenzione del suicidio.
- Sono in condizione di fornire continuità di attenzione.
- Sono spesso la porta d’accesso al personale nell’individuazione dei primi segnali di disagio forieri di possibili crisi suicidarie per coloro che presentano tali difficoltà.
- In breve, i “piantoni specializzati” sono disponibili, accessibili, visibili, e adatti a collaborare a tale progetto.

REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: FASE SPERIMENTALE

PREMESSA

Il seguente lavoro è stato effettuato con lo scopo di esaminare un possibile cambiamento nei pazienti internati, su diversi aspetti, attraverso l'introduzione di "attività" di gruppo ed individuali (psicoterapia di gruppo, individuale, gruppi di sensibilizzazione e di interesse). Tali dimensioni indagate riguardano: l'aggressività, l'ansia, l'irritabilità, la depressione ed il coping inteso come capacità di far fronte attivamente ad eventi di vita stressanti.

L'obiettivo ultimo del presente lavoro, ed in linea con il Progetto elaborato dall'OMS, è rivolto al miglioramento della qualità di vita (cioè delle relazioni interpersonali, della partecipazione alle attività proposte dalla struttura, dalla diminuzione di stati ansiosi, depressivi, dalla diminuzione della dipendenza da sostanze e dall'aumento delle abilità di coping) all'interno dell'OPG ed alla conseguente riduzione del comportamento suicidario.

Per tale motivo abbiamo realizzato un assessment preliminare con il fine di evidenziare nei soggetti la presenza o meno di quelle caratteristiche predisponenti il comportamento suicidario. A tale proposito sono stati somministrati differenti tipologie di test, e sulla base dei risultati siamo passati all'assegnazione dei soggetti ai vari gruppi a seconda del differente rischio suicidario misurato. Inoltre, intendiamo specificare che abbiamo utilizzato, sia nella misurazione del pre che del post intervento, strumenti d'analisi di tipo statistico non parametrico.

Infine, nella fase conclusiva, abbiamo realizzato un'altra indagine, il cui intento non era quello di "spaccare il capello in quattro", bensì ci siamo limitati a rilevare, attraverso dei colloqui con i vari operatori di reparto (medici, infermieri, agenti di polizia, ecc.), l'eventuale miglioramento delle conoscenze circa il fenomeno suicidio e della qualità della vita, con lo scopo, eventualmente, di corroborare con maggior forza i risultati ottenuti.

RIEPILOGO

FASE 1

- Lo scopo di questa prima fase è quello di verificare un possibile cambiamento comportamentale lungo le dimensioni indagate, misurato prima e dopo l'introduzione delle attività terapeutico – riabilitative.

FASE 2

- In questa seconda fase, puramente esplorativa, abbiamo sondato l'effettivo miglioramento delle conoscenze circa il comportamento suicidario, e delle condizioni di vita all'interno dell'OPG attraverso le comparazioni con altre fonti (operatori di reparto).
- Verificare l'effettiva diminuzione del comportamento suicidario.

7.2 Composizione e strumenti utilizzati per l'assegnazione ai differenti gruppi

La popolazione dalla quale sono stati estrapolati i gruppi "sperimentali" era costituita da tutti i 203 pazienti-internati (maschi) presso l'OPG di Reggio Emilia nell'anno 2004. La selezione è quindi avvenuta attraverso un campionamento di "convenienza".

Il disegno proposto è un quasi-esperimento a misure ripetute.

I soggetti venivano sottoposti a diversi test la cui compilazione avveniva in nostra presenza e nelle modalità richieste dalle procedure di somministrazione.

Sono state utilizzate tre differenti tipologie di test per verificare il rischio suicidario:

- *SSI (Scale for Suicide Ideation)* di A.T. Beck, M.Kovacs, A. Weissman, 1979.
- *SAD (Person scale)* Patterson et al., 1983).
- *RFL (Reason for Living Inventory)* di M.M. Linehan, J.L. Goodstein, S.L. Nielsen, J. Chiles, 1983.

La somministrazione della SAD e della SSI è stata effettuata a cura degli psichiatri, mentre la RFL dalle scriventi.

7.3 Descrizione degli strumenti di misura utilizzati per l'assessment

SSI (Suicide Intent Scale)

La SSI è stata messa a punto dal gruppo di Beck; è una scala specificamente diretta alla valutazione dell'ideazione suicidaria, considerata la premessa per l'atto suicidario (Conti, 1999). Gli autori, nell'elaborazione di tale scala hanno ritenuto essenziale evidenziare l'intensità e la pervasività dell'ideazione e delle sue caratteristiche al fine di giungere ad una ragionevole predizione del rischio di suicidio in modo da mettere in atto, se necessario, gli interventi preventivi. La scala non prende in considerazione le variabili sociodemografiche che si usano, solitamente, per caratterizzare i gruppi ad alto rischio di suicidio, poiché questi, hanno scarso peso rispetto alla valutazione del singolo individuo.

Mediante l'applicazione della SSI ci si propone di quantificare l'entità e l'intenzionalità suicidaria attuale, dando un peso alle diverse dimensioni dei pensieri e dei desideri autolesivi. Tale valutazione è a cura del clinico sulla base di un'intervista semistrutturata. Si è scelto l'impiego di tale scala poiché può essere utilizzata non solo come strumento di screening, ma anche per la valutazione dell'evoluzione dell'ideazione di suicidio in rapporto ai trattamenti.

- La scala si articola in tre fattori:
- Il fattore I che esplora il “desiderio attivo di suicidio” ed è saturato da 10 item che comprendono l'atteggiamento verso la vita e la morte e le caratteristiche formali specifiche dell'ideazione suicidaria.
- Il fattore II che esplora la “Preparazione”, comprensivo di 3 item che esplorano la formulazione del tentativo di suicidio.
- Il fattore III che esplora il “desiderio passivo di suicidio”, ed è saturato da 3 item che prendono in considerazione la mancanza di attuazione dei passi necessari per salvare la vita e l'occultamento delle idee e dei progetti di suicidio.

Si è auspicato per la scelta di tale strumento anche per le sue caratteristiche psicometriche che sono state ampiamente verificate con ottimi risultati sia in termini di validità, che di sensibilità e stabilità.

Sad Person Scale

La costruzione di tale scala risale agli inizi degli anni ottanta. Tale scala integra nell'utilizzo della SSI poiché adatta a valutare la probabilità di rischio imminente di suicidio. La scala, che deriva il suo nome dalle iniziali dei 10 fattori di rischio considerati, ha anche lo scopo di fornire una rapida ed accurata valutazione del rischio. La SAD, quindi, si è rivelata essere uno strumento utile per facilitare il clinico a comprendere quali siano i pazienti più esposti al rischio di suicidio e quali, tra questi, raggiungano un livello di vulnerabilità tale da rendere necessario un intervento, calibrandolo in funzione delle effettive esigenze del paziente in quel dato momento.

RFL (Reason for Living Inventory)

È uno degli strumenti più noti che sono stati messi a punto dal gruppo di Linehan et al.. A differenza della maggior parte degli altri strumenti proposti per la valutazione del rischio suicidario, l'RFL pone l'accento sugli aspetti adattivi che possono essere carenti nei soggetti più predisposti al suicidio, piuttosto che su quelli meramente disadattivi. Tale scala si basa su una concezione cognitiva – comportamentale del suicidio che ipotizza che il pattern cognitivo (le convinzioni, le aspettative, lo stile di vita, le capacità personali, ecc.) rappresenti un

importante mediatore del comportamento suicidario. La valutazione di tali aspetti è dunque importante non solo perché consente di distinguere i soggetti a rischio di suicidio da quelli non a rischio, ma anche perché consente di evidenziare gli aspetti cognitivo – comportamentali sui quali è necessario focalizzare l'intervento terapeutico.

7.4 Fase conclusiva del primo assessment per la costituzione dei gruppi

Nel procedere all'attribuzione dei punteggi, si sono anche considerati come “circostanze che aumentano la vulnerabilità e predispongono al rischio di suicidio”:

- il sesso: essere maschi piuttosto che femmine;
- l'età: essere tra i 20 ed i 30 anni o sopra i 60 anni;
- la situazione coniugale: l'essere uomini separati o divorziati o vivere da soli;
- le perdite precoci: avere subito nell'infanzia un lutto, la perdita di uno o entrambi i genitori;
- le patologie somatiche;
- i precedenti tentativi di suicidio;
- le relazioni con le persone significative: le modalità di rapporto, la percezione (reale o simbolica) della perdita degli altri;
- altri fattori quali: la mobilità sociale, la perdita di lavoro o del proprio ruolo sociale, l'emigrazione, ecc.

A seconda delle risposte abbiamo differenziato i pazienti a basso rischio di suicidio coloro che hanno ottenuto punteggi compresi tra 3 e 4; a medio rischio pazienti con punteggi compresi tra 5 e 6; ad alto rischio i punteggi tra 7 e 10.

Infine, sulla base di tutti i punteggi ottenuti dall'assessment e dal confronto tra i risultati ottenuti dai pazienti ai diversi questionari, è stato possibile suddividere la popolazione internata in tre macro aree: a **basso - medio - alto** rischio suicidario, Abbiamo così proceduto alla costituzione di vari gruppi, agendo in modo differenziato in funzione dei rispettivi livelli di rischio presentati..

Attraverso un campionamento stratificato (la popolazione era costituita da pazienti psicotici, schizofrenici e con disturbi di personalità di tipo borderline in particolare) abbiamo selezionato 93 soggetti su 203 (in modo random), i quali sono stati assegnati ai seguenti gruppi (procedendo dal meno grave al più):

- **Gruppi sensibilizzazione “piantoni specializzati”.**
- **Gruppi di interesse ai panni.**

- **Gruppi terapeutici.**
- **Psicoterapia individuale a breve termine** (massimo 12 sedute) per i pazienti considerati ad altissimo rischio.

7.5 Strumenti di misura applicati nella valutazione pre e post intervento

Nel progetto è stata contemplata una fase di verifica attraverso una valutazione psicometrica pre e post intervento (ogni sei mesi nei gruppi terapeutici, alla fine dei cicli di sedute individuali), consentendo anche di monitorare annualmente l'incidenza del fenomeno suicidario.

Sono stati scelti quattro strumenti di valutazione che permettono la misurazione di diverse dimensioni del comportamento, nonché della personalità dei pazienti. Questi sono:

- **Aggression Questionnaire (AQ)** di Buss, Perry, (1992).
- **Irritabilità – Depression -Anxiety Scale (IDAS)** di Snaith, Coastantopoulos, Jardine, Mc Guffin, (1978).
- **Leeds Dependence Questionnaire (LDQ)** di Raistrick, Bradshaw, Tober, Weiner, Allison, Healey, (1994).
- **Brief Cope** di Carter (1997).

Come già spiegato precedentemente il gruppo di sensibilizzazione è stato sottoposto solamente al Brief Cope ed all'Aggression Questionnaire (AQ), mentre gli altri gruppi a tutti e quattro i test.

Tali questionari sono stati scelti sia per la facilità di somministrazione (tenuto conto della tipologia di pazienti a cui si fa riferimento), che per il loro possibile impiego in valutazioni ripetute in seguito ad un trattamento.

Aggression Questionnaire (AQ)

E' una scala composta da 29 item da cui derivano 4 fattori (Aggressività fisica, Aggressività verbale, Rabbia, Ostilità). Dall'analisi delle correlazioni tra i fattori emerge che la Rabbia è una manifestazione intermedia tra Aggressività Fisica e Verbale e Ostilità.

Le caratteristiche psicometriche (consistenza interna, affidabilità, validità al test – retest) sono risultate di ottimo livello (Conti, 1999).

Il test AQ è allegato alla pag. 77.

Irritabilità – Depression – Anxiety Scale (IDAS)

E' stata concepita allo scopo di misurare l'irritabilità (sia auto che etero diretta) che è spesso associata ad altri disturbi psichici (in particolare di tipo ansioso – depressivo) e che può essere anche influenzata, in qualche misura, dal trattamento. La IDAS, che nella versione originale era composta da 18 item, è stata successivamente ridotta a 14 item che esplorano, quattro la dimensione dell'irritabilità, 5 l'ansia, e 5 la depressione. La scala è inoltre organizzata in modo tale da potere ottenere rapidamente i punteggi totali delle tre sub – scale.

Il test IDAS è allegato alla pag. 80.

Leeds Dependence Questionnaire (LDQ)

E' un questionario di auto valutazione della dipendenza da sostanze (in particolare dell'alcolismo e nella dipendenza da oppiacei). Lo strumento è stato proposto dagli Autori per la valutazione del cambiamento della dipendenza nel corso del trattamento. L'aspetto inerente alla dipendenza per noi è particolarmente rilevante, ai fini del progetto poiché l'abuso costituisce un fattore di rischio che aumenta la probabilità nel soggetto di compiere un gesto autolesivo (in particolare se presente l'associazione tra depressione ed alcolismo). Tale scala è stata somministrata solo a coloro che, dalle notizie anamnestiche riportate in cartella risultavano essere dipendenti.

La scala, dai risultati riportati in letteratura, si è dimostrata valida, sensibile, affidabile e capace di cogliere i cambiamenti della gravità della dipendenza per effetto del trattamento.

Il test LDQ è allegato alla pag. 79.

Brief Cope

E' composta da 28 item articolati in 14 scale composte, ciascuna, da due item. La scala si propone di valutare le caratteristiche del coping (centrato sul problema e sulle emozioni) dei soggetti normali o affetti da patologie somatiche e psichiche di diversa natura.

Le caratteristiche psicometriche delle scale che compongono il Brief Cope sono risultate adeguate ed anche la validità è stata documentata (Carter e Scheier, 1993).

Il test Brief Cope è allegato alla pag. 78.

7.6 Modalità di presentazione dei test

I test sono stati presentati ai pazienti dopo avere ricevuto semplici e chiare istruzioni relative alla compilazione, come previsto dalle modalità di somministrazione, alcune delle quali sono state scritte all'inizio per favorirne ulteriormente lo svolgimento, inoltre è stato chiesto loro di considerare attentamente operando una scelta sincera tra le varie possibilità offerte dagli item; la scelta effettuata veniva compresa all'interno di una scala likert e vero/falso. Inoltre è stato specificato che era importante indicare unicamente quanto ognuna delle affermazioni descrivesse le sensazioni che provocava rispetto alla situazione a cui si faceva riferimento.

7.7 Breve descrizione dei gruppi ed inizio “attività”

Nel mese di maggio 2004, hanno preso avvio i gruppi cosiddetti di *sensibilizzazione dei pazienti “co- operatori di reparto”*, rivolti a pazienti i cui punteggi ai questionari rientravano nella fascia del basso rischio e dotati di idonee caratteristiche, con l'obiettivo primario di preparare, formare e specializzare i piantoni sulle tematiche relative al suicidio, dei quali le scriventi si sono personalmente occupate.

Successivamente sono stati attivati anche “*gruppi terapeutici*” condotti da uno psicoterapeuta e dalle scriventi (come osservatrici), dedicati ai soggetti a medio rischio dove sussistevano maggiori criticità, e dove l'ideazione suicidaria era ricorrente; ed infine, “*gruppi d'interesse*” svolti in ogni reparto chiuso dell'istituto, per le fasce di popolazione a basso rischio, tesi a favorire un positivo ambiente di vita, a sviluppare le risorse dei pazienti, con particolare attenzione all'aspetto della socializzazione e delle relazioni interpersonali non soltanto tra degenti, ma anche con il personale sanitario e di custodia presente all'interno di ogni sezione.

Il progetto ha ottenuto finanziamenti anche per la parte relativa ai *cicli di sedute psicoterapeutiche individuali a breve termine* (da 10 ad un massimo di 14 sedute) il cui unico focus è il superamento della crisi suicidaria per i pazienti che hanno posto in essere un suicidio ad esito non letale e che rientrano nella fascia ad elevato rischio.

Una parte del percorso Ibis prevede anche la formazione/informazione condotta da una *psicologa al personale di polizia penitenziaria ed infermieristico* sulla base di un programma di formazione definito dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Per la costituzione dei gruppi di “pazienti co–operatori di reparto”, si è selezionata dalla popolazione un numero di 17 persone, opportunamente suddivise in due gruppi distinti, al fine di potere meglio coinvolgere ognuno di essi nelle attività proposte. A tali soggetti è stato

somministrato in fase iniziale un questionario: il Brief Cope di Carter (1997) per esplorare lo stile di coping dei soggetti, cioè le modalità con cui essi tendono generalmente a rispondere alle situazioni stressanti e l'Aggression Questionnaire al fine di valutare sia l'entità dell'aggressività, sia (in base ai punteggi alle sub-scale) come tale aggressività si manifesta. Tali somministrazione sono state poi ripetute a distanza di tempo (alla fine del periodo di 6 mesi) al fine di analizzare un eventuale spostamento o modifica delle strategie di coping utilizzate dai partecipanti, in seguito alla partecipazione agli incontri di sensibilizzazione.

Per quanto riguarda i gruppi di interesse si sono selezionate sempre 35 persone suddivise con la stessa modalità di cui sopra.

Nel gruppo di psicoterapia sono stati assegnati 35 pazienti suddivisi in tre gruppi, ai quali, ricordiamo, sono stati sottoposti tutti e quattro i test, ed infine 6 pazienti per il ciclo di psicoterapia individuale.

REALIZZAZIONE DELLE FASI

FASE 1

Nella seguente fase abbiamo verificato l'eventuale miglioramento nelle capacità di coping ed una eventuale riduzione dell'aggressività.

Gli esiti sono stati ottenuti sottoponendo le risposte dei pazienti ad un'analisi con il test dei **ranghi di Wilcoxon**.

RISULTATI

Per motivi di tempo e per una mole elevata di materiale abbiamo riportato in modo dettagliato solo i dati relativi alle capacità di coping e all'aggressività, misurate rispettivamente con il Brief Cope e l'AQ, nei pazienti facenti parte dei gruppi terapeutici. Tale scelta è stata inoltre determinata dal fatto che questi ultimi strumenti possano rappresentare in modo sufficiente i risultati generali ottenuti, inoltre, va specificato che i dati sorvolati, ma comunque studiati sono in linea con quelli presentati. Per questi ultimi ed in modo del tutto sintetico, è emerso quanto segue:

- ⇒ un miglioramento riguardante la dipendenza da sostanze (alcol e stupefacenti, misurata con il test LQD);
- ⇒ una diminuita irritabilità, depressione e ansia (misurate con il test IDAS).

Per quanto concerne il **coping** abbiamo riportato, invece, in modo dettagliato, le analisi ed i relativi dati: **dalla prima somministrazione del Brief Cope (giugno 2004) emerge quanto segue:**

(TAB. 1: dati riassuntivi pre trattamento)

.	Centrato sul problema				Centrato sulle emozioni					Evitamento/rinuncia				
	Ri.p	Sup	Aff.	Pian.	Rel.	S.E	Acc	Esp	Aut	Dis.a	Neg	Um	Dis.	Sost.
1	5	3	4	3	4	6	3	3	4	5	4	5	5	2
2	8	6	7	5	3	3	6	5	4	7	3	5	3	2
3	3	6	7	8	8	3	5	6	8	4	2	3	6	6
4	6	2	6	6	8	2	5	3	5	7	7	2	5	2
5	4	8	8	8	8	8	6	8	7	5	2	3	4	5
6	3	6	4	5	3	5	7	2	4	5	5	2	4	5
7	6	8	8	7	7	4	8	8	8	4	2	6	2	2
8	3	7	5	4	3	5	2	2	5	5	5	5	3	8
9	4	6	8	7	6	5	6	6	7	4	4	3	3	3
10	6	5	7	8	4	5	7	5	7	5	5	5	4	4
11	2	2	3	2	8	5	5	2	5	7	4	2	8	6
12	2	5	7	4	5	5	8	5	5	5	2	5	5	3
13	8	4	7	7	5	2	8	2	4	6	4	5	5	2
14	6	8	8	8	6	8	6	8	6	7	2	4	2	8
15	6	2	4	5	8	6	5	5	8	5	8	2	8	2
16	7	6	5	6	6	6	6	3	6	5	4	3	5	7
17	3	4	5	4	2	3	7	4	5	6	2	4	4	2
18	8	5	7	7	8	6	8	5	6	8	3	6	2	2
19	5	4	5	5	8	3	4	2	4	5	6	4	3	5
20	5	5	6	4	8	6	2	5	7	5	7	2	5	5
21	4	3	5	6	8	5	4	6	6	6	6	4	6	4
22	5	6	7	7	6	8	4	3	6	4	5	4	5	7
23	5	5	6	8	7	7	3	8	8	8	5	5	7	6
24	3	3	8	5	4	8	2	4	8	7	7	3	4	5
25	7	7	4	6	5	4	6	6	6	5	6	2	5	7
26	6	5	8	3	3	4	3	7	8	3	5	5	6	8
27	5	8	3	3	6	3	4	3	6	5	7	5	7	4
28	8	2	6	4	2	6	5	5	6	5	5	4	3	5
29	3	5	5	3	4	3	4	6	7	4	4	3	4	6
30	6	3	4	3	6	2	7	2	5	6	6	4	5	7
31	4	4	6	5	8	7	3	6	8	5	5	3	6	6
32	5	7	4	5	5	6	6	7	6	5	7	4	5	5
33	3	3	8	6	6	7	4	5	5	6	3	5	5	7
34	7	4	7	8	4	5	3	4	7	3	6	6	3	5
35	4	4	6	7	8	6	3	3	6	4	7	4	7	4

N. 35 sogg.

Coping misurato nelle differenti modalità centrate sul:

- 1) Problema
- 2) Sulle emozioni
- 3) Evitamento/Rinuncia

RI.P	= ristrutturazione positiva	AFF	= affrontare
SUP	= supporto strumentale	PIAN	= pianificare
REL	= religione	ACC	= accettazione
S.E.	= sostegno emotivo	ESP	= espressione
AUT	= autoaccusa	SOST	= sostanze
DIS.A	= distogliere l'attenzione	UM	= umorismo
NEG	= negazione	DIS	= disimpegno

Dalla successiva misurazione del coping (6 mesi dopo: novembre 2004) emergono i seguenti dati:

(TAB. 2: dati riassuntivi post trattamento)

	Centrato sul problema				Centrato sulle emozioni					Evitamento/rinuncia				
	Ri.p	Sup	Aff.	Pian.	Rel.	S.E	Acc	Esp	Aut	Dis.a	Neg	Um	Dis.	Sost.
1	5	5	6	4	4	8	6	6	4	4	2	6	4	2
2	8	6	7	6	5	6	6	7	5	3	3	5	3	2
3	4	6	7	8	7	5	5	6	8	4	2	4	6	6
4	6	4	6	6	8	5	5	6	4	6	5	4	5	2
5	4	8	8	8	6	8	6	8	7	4	2	3	4	5
6	4	6	5	5	3	5	7	5	4	5	5	3	4	5
7	6	8	8	7	7	4	8	8	6	4	2	6	2	2
8	5	7	5	4	3	6	4	4	5	5	5	5	3	8
9	4	6	8	7	6	5	6	6	6	4	4	4	3	3
10	6	5	7	8	4	5	7	5	7	5	3	6	4	4
11	5	7	4	5	7	5	5	5	4	5	4	3	8	6
12	4	5	7	4	4	5	8	5	5	5	2	5	5	3
13	8	4	7	7	3	3	8	3	4	4	4	5	5	2
14	6	8	8	8	6	8	6	8	6	6	2	4	2	8
15	6	5	4	5	7	6	6	5	8	4	6	4	8	2
16	7	6	5	6	6	6	6	3	6	5	4	5	5	7
17	4	4	5	6	2	4	7	5	5	6	2	4	4	2
18	8	5	7	7	6	7	8	5	5	6	3	6	2	2
19	5	5	5	6	5	4	5	6	3	5	6	4	3	5
20	5	5	6	5	8	6	3	5	6	5	6	3	5	5
21	4	3	5	6	5	7	4	6	5	4	5	4	6	4
22	5	6	7	7	6	8	4	5	6	4	5	4	5	7
23	6	5	8	8	4	7	3	8	5	6	4	5	7	6
24	5	4	8	6	4	8	5	4	4	7	6	4	4	5
25	7	7	5	6	5	5	6	6	6	4	5	3	5	7
26	6	5	8	4	3	4	5	7	7	3	4	5	6	8
27	5	8	5	4	3	6	4	4	6	5	6	5	7	4
28	8	4	6	4	2	6	5	5	5	5	5	4	3	5
29	4	5	5	5	4	3	4	6	7	4	4	3	4	6
30	6	5	4	5	6	5	7	4	5	4	5	4	5	7
31	4	4	6	5	8	7	5	6	8	3	4	3	6	6
32	5	7	5	5	5	6	6	7	6	5	6	5	5	5
33	4	5	8	6	6	7	4	5	5	6	2	6	5	7
34	7	4	7	8	3	5	3	4	5	3	4	6	3	5
35	4	4	6	7	8	6	4	3	6	4	6	5	7	4

N. SOGGETTI : 35

Coping misurato nelle differenti modalità centrate sul:

- 1) Problema**
- 2) Sulle emozioni**
- 3) Evitamento/Rinuncia**

R.I.P = ristrutturazione positiva
SUP = supporto strumentale
REL = religione
S.E. = sostegno emotivo
AUT = autoaccusa
DIS.A = distogliere l'attenzione
NEG = negazione

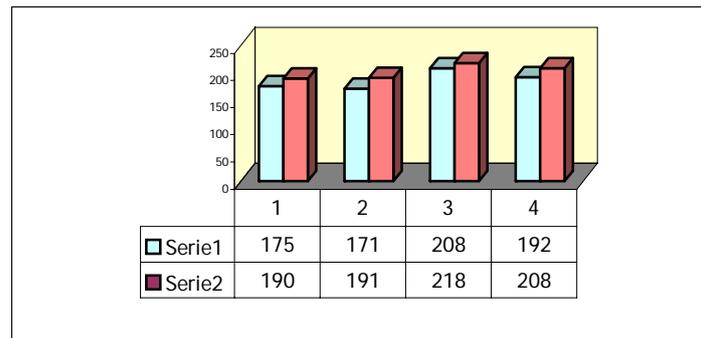
AFF = affrontare
PIAN = pianificare
ACC = accettazione
ESP = espressione
SOST = sostanze
UM = umorismo
DIS = disimpegno

TAB.3: sono evidenziati i cambiamenti significativi dopo il trattamento con l'analisi dei ranghi di Wilcoxon

	SUL PROBLEMA	SULLE EMOZIONI	EVITAMENTO/RINUNCIA
RISTR. POSITIVA	W = - 55.0; P<0,05		
SUPPORTO	W = - 45.0; P<0,05		
AFFRONTARE	W = - 28.0; P<0,05		
PIANIFICARE	W = - 66.0; P<0,05		
RELIGIONE		W = 76.0; P<0,05	
SOST.EMOTIVO		W = - 91.0; P<0,05	
ACCETTAZIONE		W =	
ESPRESSIONE		W = - 45.0; P<0,05	
AUTOACCUSA		W = 94.0; P<0,05	
DIST.ATTENZIONE			W = 105.0; P<0,05
NEGAZIONE			W = 153.0; P<0,05
UMORISMO			W = - 105.0; P<0,05

N. SOGGETTI = 35

Coping centrato sul problema



(grafico 1)

Legenda:

serie 1 = dati rilevati ad aprile 2004
 serie 2 = dati rilevati ad ottobre 2004

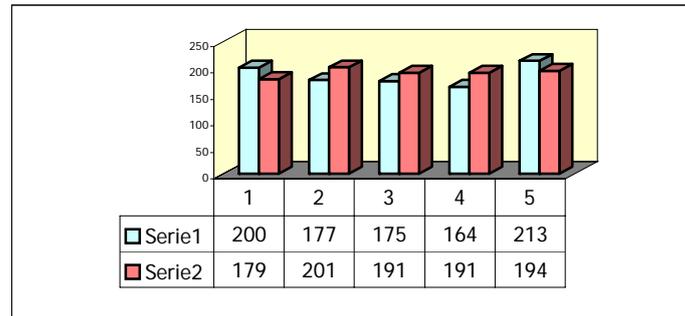
Sottodimensioni del coping centrato sul problema:

1 = ristrutturazione positiva 3 = affrontare
 2 = supporto strumentale 4 = pianificare

COMMENTO: COPING CENTRATO SUL PROBLEMA

La modalità di coping centrata sul problema ha come elemento fondamentale l'azione ed è mirata a modificare l'alterato rapporto persona-ambiente mediante azioni strumentali (Lazarus, Folkman, 1984). Come si evince dalla tabella 1-2-3 e dal grafico 1, è possibile osservare un miglioramento relativo alle sottodimensioni che compongono tale abilità, ed in particolare vi è una maggiore capacità di pianificazione, organizzazione ed elaborazione mentale in virtù di un obiettivo.

coping centrato sulle emozioni



(grafico 2)

Legenda:

serie 1 = dati rilevati ad aprile

serie 2 = dati rilevati ad ottobre

Sottodimensioni del coping centrato sulle emozioni

1 = religione

3 = accettazione

2 = sostegno emotivo

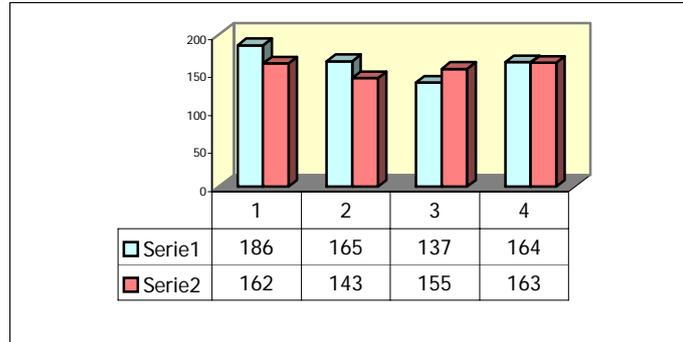
4 = espressione

5 = autoaccusa

COMMENTO: COPING CENTRATO SULLE EMOZIONI

La modalità di coping centrata sulle emozioni include la capacità dei soggetti di affrontare, invece della situazione, le proprie reazioni emotive cercando anche un supporto sociale nell'ambiente circostante. Come si osserva dalla tab. 1-2-3 e dal grafico 2, si nota un miglioramento nelle suddette competenze e una concomitante diminuzione del ricorso alla religione e all'autoaccusa, come se i soggetti utilizzassero strategie cognitive non volte tanto a cambiare la situazione quanto ad attribuirle un significato diverso; non si tratta, infatti, di un atteggiamento passivo, ma richiede invece una ristrutturazione interiore che può richiedere un notevole sforzo, sicuramente maggiore rispetto ad un comportamento cognitivo di fuga, focalizzato sull'accettazione passiva dell'evento stressante, con ricorso, per esempio, alla religione e all'autoaccusa (modalità che non richiedono una ristrutturazione cognitiva).

Coping centrato sull'evitamento/ rinuncia



(grafico 3)

Legenda:

serie 1 = dati rilevati ad aprile
serie 2 = dati rilevati ad ottobre

Sottodimensioni dell'Evitamento/Rinuncia:

1 = distogliere l'attenzione 3 = umorismo
2 = negazione 4 = disimpegno

COMMENTO: COPING CENTRATO SULL'EVITAMENTO/RINUNCIA

La modalità di coping centrata sull'evitamento prende in considerazione l'evitamento dell'azione quando invece le situazioni richiederebbero un intervento diretto. Come si evince dalla tab. 1 e dal grafico 3 si nota un miglioramento negli sforzi, compiuti dai soggetti, volti al riconoscimento del proprio ruolo nel problema, tentando così di aggiustare le "cose". Vi è, inoltre, un'aumentata capacità di umorismo, la quale strategia permette un distanziamento positivo dall'evento stressante, una concomitante diminuzione dell'ansia derivante dal medesimo, e quindi una reinterpretazione più obiettiva della situazione.

AGGRESSION QUESTIONNAIRE (AQ)

Dalla misurazione dell'aggressività (avvenuta nel mese di giugno 2004) emergono i seguenti dati:

(TAB. 4: dati riassuntivi pre – trattamento)

Soggetti	Agg. Fisica	Agg. Verb.	Rabbia	Ostilità	Totale*
1	13 (29%)	7 (28%)	10 (29%)	25 (63%)	55
2	12 (27%)	16 (64%)	11 (31%)	14 (35%)	53
3	32 (71%)	21 (84%)	21 (60%)	23 (58%)	97
4	27 (60%)	14 (56%)	25 (71%)	26 (65%)	92
5	24 (53%)	11 (44%)	14 (40%)	28 (70%)	77
6	13 (28%)	13 (52%)	11 (31%)	19 (48%)	56
7	20 (44%)	24 (96%)	13 (37%)	22 (55%)	79
8	16 (35%)	10 (40%)	14 (40%)	29 (73%)	69
9	23 (51%)	16 (64%)	13 (37%)	21 (52%)	73
10	22 (49%)	17 (68%)	12 (34%)	19 (48%)	70
11	18 (40%)	11 (44%)	13 (37%)	27 (33%)	69
12	23 (51%)	14 (56%)	19 (54%)	28 (70%)	84
13	16 (36%)	14 (56%)	15 (43%)	29 (73%)	74
14	20 (44%)	19 (76%)	17 (49%)	24 (60%)	80
15	25 (56%)	20 (80%)	18 (54%)	35 (88%)	98
16	19 (42%)	9 (36%)	21 (60%)	29 (73%)	78
17	18 (40%)	12 (48%)	14 (40%)	24 (60%)	68
18	31 (69%)	14 (56%)	14 (40%)	29 (73%)	88
19	13 (29%)	7 (28%)	14 (40%)	26 (65%)	60
20	12 (27%)	16 (64%)	11 (31%)	32 (80%)	71
21	32 (71%)	21 (84%)	21 (60%)	23 (71%)	97
22	27 (60%)	14 (56%)	25 (71%)	18 (45%)	84
23	24 (53%)	11 (44%)	14 (40%)	21 (52%)	70
24	13 (28%)	13 (52%)	11 (31%)	19 (48%)	56
25	20 (44%)	24 (96%)	13 (37%)	22 (55%)	79
26	16 (35%)	10 (40%)	14 (40%)	18 (45%)	58
27	23 (51%)	16 (64%)	13 (37%)	21 (52%)	73
28	25 (56%)	20 (80%)	13 (37%)	23 (53%)	81
29	18 (40%)	11 (44%)	10 (29%)	19 (48%)	58
30	12 (27%)	16 (64%)	19 (54%)	27 (68%)	74
31	16 (35%)	19 (76%)	15 (43%)	32 (80%)	82
32	19 (42%)	12 (48%)	21 (60%)	29 (73%)	81
33	23 (51%)	20 (80%)	25 (71%)	29 (73%)	97
34	25 (56%)	14 (56%)	13 (37%)	18 (45%)	70
35	27 (60%)	14 (56%)	14 (40%)	21 (52%)	76

N. SOGGETTI = 35

Descrizione A.Q

L'Aggression Questionnaire è una scala caratterizzata da quattro fattori: Aggressività fisica e verbale, Rabbia e Ostilità. Da analisi condotte dagli autori (Buss e Perry, 1992) la rabbia è una manifestazione aggressiva intermedia tra l'aggressività fisica e verbale da un lato e l'ostilità dall'altro. Per ostilità si intende una pervasiva disposizione verso il mondo, un atteggiamento piuttosto che un comportamento diretto verso un oggetto del mondo esterno.

Dalla successiva misurazione dell'aggressività (sei mesi dopo: novembre 2004) emergono i seguenti dati:

(TAB 5: dati riassuntivi post – trattamento)

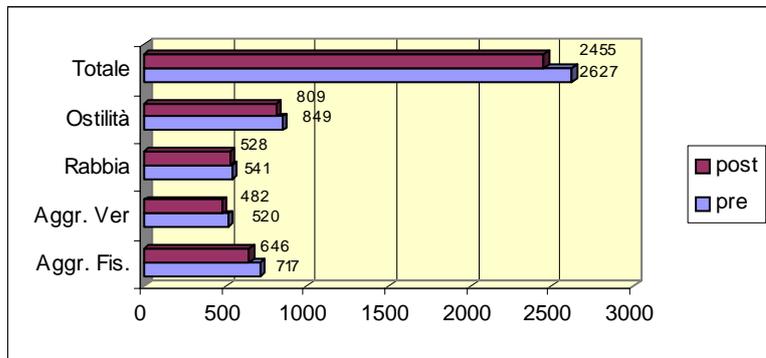
Soggetti	Agg. Fisica	Agg. Verb.	Rabbia	Ostilità	Totale*
1	12 (27%)	7 (28%)	10 (29%)	22 (55%)	51
2	11 (24%)	14 (56%)	11 (31%)	14 (35%)	50
3	27 (60%)	20 (80%)	19 (54%)	22 (55%)	88
4	25 (56%)	10 (40%)	23 (66%)	24 (60%)	82
5	24 (53%)	11 (44%)	14 (40%)	27 (68%)	76
6	13 (28%)	10 (40%)	11 (31%)	18 (45%)	52
7	17 (38%)	19 (76%)	13 (37%)	19 (48%)	68
8	12 (27%)	10 (40%)	14 (40%)	24 (60%)	60
9	20 (44%)	15 (60%)	13 (37%)	18 (45%)	66
10	19 (42%)	14 (56%)	12 (34%)	14 (35%)	59
11	18 (40%)	11 (44%)	13 (37%)	24 (53%)	66
12	20 (44%)	11 (44%)	17 (49%)	27 (68%)	75
13	16 (36%)	14 (56%)	15 (43%)	28 (70%)	73
14	21 (47%)	20 (80%)	17 (49%)	24 (53%)	82
15	13 (29%)	17 (68%)	15 (43%)	29 (73%)	74
16	18 (40%)	9 (36%)	19 (54%)	27 (68%)	63
17	15 (33%)	12 (48%)	14 (40%)	24 (60%)	65
18	29 (64%)	14 (56%)	14 (40%)	28 (70%)	85
19	12 (27%)	7 (28%)	14 (40%)	27 (63%)	60
20	12 (27%)	16 (64%)	11 (31%)	30 (75%)	69
21	29 (64%)	19 (76%)	20 (57%)	22 (48%)	90
22	22 (49%)	14 (56%)	23 (66%)	18 (45%)	77
23	21 (47%)	11 (44%)	15 (40%)	21 (52%)	68
24	13 (28%)	13 (52%)	12 (31%)	21 (28%)	59
25	18 (40%)	20 (80%)	13 (37%)	22 (55%)	73
26	16 (35%)	10 (40%)	14 (40%)	18 (45%)	58
27	21 (47%)	16 (64%)	14 (37%)	21 (52%)	72
28	19 (42%)	18 (72%)	13 (37%)	25 (53%)	75
29	18 (40%)	11 (44%)	12 (29%)	23 (48%)	64
30	12 (27%)	16 (64%)	19 (54%)	25 (63%)	72
31	15 (33%)	18 (72%)	15 (43%)	30 (75%)	71
32	19 (42%)	12 (48%)	19 (54%)	28 (68%)	82
33	22 (49%)	17 (68%)	23 (66%)	25 (63%)	88
34	20 (44%)	14 (56%)	13 (34%)	19 (45%)	66
35	27 (60%)	14 (56%)	14 (40%)	20 (50%)	76

N. SOGGETTI : 35

TAB. 6: sono evidenziati i cambiamenti significativi con l'analisi dei ranghi di Wilcoxon

AGG. FISICA	AGG. VERBALE	RABBIA	OSTILITA'
W = 292.0; P<0,01	W = 115.0;P<0,05	W = 59.0; P<0,05	W = 247.0; P<0,05

Grafico 4: il punto sull'aggressività



L'Aggression Questionnaire è una scala caratterizzata da quattro fattori: Aggressività fisica e verbale, Rabbia e Ostilità. Da analisi condotte dagli autori (Buss e Perry, 1992) la rabbia è una manifestazione aggressiva intermedia tra l'aggressività fisica e verbale da un lato e l'ostilità dall'altro. Per ostilità si intende una pervasiva disposizione verso il mondo, un atteggiamento piuttosto che un comportamento diretto verso un oggetto del mondo esterno. I valori sulle barre sono grezzi. Nel caso del totale il punteggio indica il valore pre post test rispetto al punteggio massimo ottenibile-(1015-5075)

COMMENTO: AGGRESSIVITÀ

Come si evince dalla tab.6 e dal grafico 4, si nota un generale miglioramento dei livelli di aggressività totale che appaiono più contenuti e ciò, presumibilmente dovuto non solo all'effetto indotto dai farmaci, ma anche all'aumentata disponibilità di strategie di risposta alternative agli stressor messe in campo dai pazienti, permettendo loro di rielaborare ed indirizzare la propria aggressività in modo più costruttivo. In accordo con alcuni studi è possibile evidenziare una maggiore probabilità di sviluppare comportamenti violenti durante il ricovero nei pazienti con disturbi di personalità rispetto ai soggetti schizofrenici (Kenneth, 1998), probabilmente la terapia farmacologia alla quale vengono sottoposti quest'ultimi, riduce le cause scatenanti la violenza. Inoltre, molti studi hanno seguito per lunghi periodi di tempo pazienti dimessi da strutture di ricovero, raggiungendo varie conclusioni sulla tipologia del paziente che può essere maggiormente a rischio di sviluppare un comportamento violento dopo la dimissione. Tali osservazioni sono state condotte negli Stati Uniti, in Gran Bretagna ed in Svezia. Quando i pazienti vengono seguiti per un periodo di tempo più lungo dopo la dimissione, si osserva come la prevalenza dei comportamenti violenti si sposti sui pazienti con disturbi dell'asse I, in particolare disturbi psicotici. In Finlandia è stata riscontrata una correlazione tra omicidio e schizofrenia: una volta che questi pazienti venivano dimessi dall'ospedale psichiatrico si rendevano colpevoli di ripetuti omicidi. In accordo con tali studi si può notare l'esistenza di una correlazione tra il tipo di violenza e la patologia psichica, ed ancora, l'oggetto di tale violenza. Infatti, nei casi giudicati tra il 1985 ed il 1989 dalle Corti d'Assise di Varese e di Busto Arsizio, tutti gli imputati sottoposti a perizia, hanno commesso l'omicidio in famiglia, il che porta a concludere che sia "largamente condivisa la sensazione

che l'uccisione di un proprio familiare possa trovare spiegazione primariamente nel dominio della psicopatologia" (Birkhoff et al., 2002).

Per quanto riguarda la rabbia, è possibile evidenziare, in alcuni casi, un aumento della medesima; presumibilmente tale effetto potrebbe essere dovuto al concomitante miglioramento dello stato depressivo di tali pazienti. Infatti, come ci suggerisce la letteratura cognitiva comportamentale (A.Beck, 1976; A. Ellis, 1984) esiste una correlazione negativa tra la depressione e la rabbia, in altre parole quest'ultima, potrebbe rappresentare il riappropriarsi di quelle capacità attraverso le quali affrontare la realtà esterna, che nel depresso grave è inesistente, ma al contrario, è possibile osservarne un comportamento rinunciatario e passivo.

FASE 2

In quest'ultima fase abbiamo realizzato un'indagine con l'obiettivo di evidenziare l'eventuale miglioramento della vita degli internati e delle conoscenze del fenomeno suicidarlo. A tale proposito abbiamo effettuato dei colloqui con domande aperte, attraverso le quali si domandava agli operatori di reparto di parlarci brevemente dei loro rapporti con gli internati e dei cambiamenti, qualora li avessero notati. Sulla base delle informazioni, si è tentato di individuare alcune caratteristiche generali che potessero descrivere gli eventuali cambiamenti all'interno delle relazioni interpersonali tra degenti ed operatori, ovviamente con beneficio d'inventario, date le modalità di raccolta e di elaborazione delle informazioni. Infatti, non abbiamo testato il microlinguaggio degli operatori in riferimento alla qualità, e non è stata fatta alcuna analisi di tipo statistico; sarebbe comunque interessante effettuare in futuro un'analisi testuale (A.C.L. = Analisi delle Corrispondenze Testuali), con lo scopo di verificare la presenza di sinonimi, puntuali o approssimativi, di relazioni fra i sinonimi, ed eventuali relazioni fra sinonimi e i differenti contesti.

Le impressioni sono state ottenute attraverso un'indagine di confronto tra due osservatori. Dal suddetto confronto è emerso che i risultati dei cambiamenti ottenuti ed illustrati nella precedente fase, sono stati suffragati anche dalle osservazioni e relazioni effettuate dal personale di reparto (psichiatri, psicologi, infermieri, agenti, ecc.). Tali informazioni evidenziano un miglioramento sia nelle modalità di relazione inter-personale tra i co-degenti, che, più in generale, della qualità di vita degli stessi, rendendo l'ambiente di vita all'interno dell'istituto più attento, confortevole e familiare.

Negli ultimi mesi, grazie all'avvio del Progetto nelle sue diverse articolazioni, e alla costante partecipazione dei pazienti ai lavori individuali e di gruppo con gli psicologi si è



assistito ad una maggiore disponibilità alla relazione terapeutica. I pazienti, infatti, si mostrano più vigili, lucidi, disponibili, tranquilli ed adeguati nel comportamento, soprattutto nel modo di volere affrontare quei problemi che li hanno condotti in OPG. Risulta, ancora, soddisfacente la loro partecipazione ad attività formative – ricreative e di socializzazione.

L'instaurazione, inoltre, attraverso i gruppi di relazioni inter-umane, tra detenuti ed operatori penitenziari, agenti compresi, (a cui è stata richiesta un'attenta collaborazione) ha contribuito inoltre ad attenuare il conflitto, qualora presente, tra custoditi e custodi, con evidenti vantaggi per l'ordine e la vita stessa dello stabilimento penitenziario.

Inoltre, il personale di Polizia Penitenziaria ha mostrato sensibilità e grande collaborazione nel favorire la puntualità degli incontri dei vari operatori con i pazienti, e grande interesse e partecipazione all'attività di formazione intrapresa. Così anche gli infermieri. I medici, coinvolti con gli infermieri nelle riunioni di reparto, hanno compreso l'importanza del progetto soprattutto per la parte che favorisce la circolarità di informazioni tra reparto ed operatori del trattamento e della riabilitazione.

Infine, in questo lasso di tempo, non si sono verificati casi di suicidio, pertanto riteniamo che gli obiettivi generali del percorso Ibis ad oggi siano stati raggiunti.

I risultati di questo di lavoro riteniamo possano confermare le aspettative non solo degli "addetti ai lavori" ma e soprattutto più in generale dell'OMS, attraverso cui il Progetto Ibis si è realizzato.

INTEGRAZIONE PROGETTO

L'esperienza legata al progetto Ibis ci ha portato ad elaborare alcune considerazioni. Tra queste, in primis, l'importanza del poter proseguire per garantire il mantenimento dei risultati raggiunti che altrimenti rischierebbero di attenuarsi, fino ad estinguersi.

Abbiamo ritenuto fondamentale integrare la formazione del *piantone/Ibis* con un programma educativo che provvedesse al corretto rinforzo dei pazienti coinvolti e che sviluppasse una maggiore capacità nell'accudimento, affinché questo potesse contribuire ulteriormente verso l'obiettivo ultimo del miglioramento della qualità di vita.

A tale proposito, ed in base ai suddetti risultati riscontrati si è provveduto a chiedere un'ulteriore integrazione al Progetto Ibis alla regione, denominata "*Take Care*" che è stata per altro accolta, in particolare su di un aspetto che appariva ai nostri occhi incompleto. In effetti, il ruolo di piantone non è nuovo, esiste già in tutti gli II.PP. (*buddies*, nei paesi di lingua anglossassone. Grazie al percorso Ibis i pazienti/piantoni sono stati selezionati e formati come figure specializzate all'accudimento non solo fisico ma anche emotivo dei compagni più bisognosi. In questi mesi si sono mostrati pienamente in grado di assolvere alle loro funzioni, con ripercussioni positive sia sulla loro autostima che sul senso di responsabilità, inteso come il riappropriarsi di quelle competenze già presenti in loro e necessarie per una partecipazione più attiva ed interattiva nel loro contesto di vita.

Inoltre, durante il percorso Ibis abbiamo maturato l'idea che per tali pazienti mancasse una parte "retributiva" in senso più ampio, poiché il riconoscimento del compito da loro svolto è parte importantissima nella riabilitazione e trattamento dei pazienti psichiatrici. Abbiamo così scelto una modalità che definisse delle precise contingenze di rinforzo, indicata in letteratura come "*token – economy*". Tale programma potrebbe permettere a tali pazienti di recuperare, mettere a profitto e ricostruire ulteriormente le proprie abilità lavorative, migliorando il senso di auto-efficacia, la consapevolezza di potere fare fronte autonomamente ai propri bisogni, anche finanziari, senza pesare sulle famiglie.

I programmi di token economy sono talvolta considerati come modalità per gestire problemi comportamentali in setting istituzionali. Essi svolgono certamente tale funzione, ma questa osservazione non dovrebbe fare dimenticare che il loro ruolo più importante è quello di aiutare i pazienti a riadattarsi all'ambiente naturale al di fuori .

7.8 Modalità applicativa del programma di Token – economy

Si è previsto per i pazienti ritenuti idonei (piantoni-specializzati), l'attuazione di un preciso programma di token–economy che prevede l'impiego di gettoni (rinforzatori simbolici), suddiviso nelle seguenti fasi:

- **Numero o frequenza di consegna dei gettoni:** uno al giorno (come indennità terapeutica).
- **Gestire i rinforzatori di sostegno:** sarà possibile acquistare i gettoni alla fine delle tre ore di lavoro giornaliero.
- **Possibili contingenze negative:** per mancato adempimento dell'attività lavorativa.
- **Supervisione dello staff:** i loro doveri verranno chiaramente esplicitati e controllati dagli operatori di reparto nominati (es. tecnico della riabilitazione).
- **Gestire i potenziali problemi:** confusione, specialmente durante i primissimi giorni dopo l'inizio del programma; tentativi dei pazienti di prendere gettoni che non hanno “guadagnato”, ecc.

ALLEGATO 1 - LEZIONI

LEZIONE 1

Il suicidio: Note generali

- In tutto il mondo, un milione di persone probabilmente tenterà il suicidio in un anno.
- Ogni 40 secondi una persona si suicida in qualche parte del mondo.
- Ogni 3 secondi una persona tenterà di togliersi la vita.
- Il suicidio è tra le prime tre cause di morte tra i giovani tra i 15 e i 35 anni.
- Ogni suicidio ha un impatto molto serio su almeno altre sei persone.
- L'impatto psicologico, sociale e finanziario del suicidio nelle famiglie e nella comunità è incommensurabile.

Il suicidio è un problema complesso non ricollegabile a singole cause, a singole ragioni.

Dipende infatti dall'interazione complessa di fattori biologici, genetici, sociali, culturali e ambientali. Risulta comunque difficile spiegare perché alcune persone decidono di tentare il suicidio mentre altre, in situazioni simili o anche peggiori, non lo fanno.

Il fenomeno del suicidio è attualmente una tra le maggiori priorità di salute pubblica in tutti i Paesi.

Il miglioramento delle capacità del personale della salute mentale nell'identificare, valutare, gestire e riferire su persone a rischio suicidario nella comunità è un passo determinante nella prevenzione del fenomeno.

Il suicidio rappresenta la più grave tra le emergenze psichiatriche, eppure la sua prevenzione o predizione è ancora oggi uno degli aspetti più difficili sia della clinica che della ricerca, non essendosi ancora individuato un "comportamento suicidario" definito e deducibile.

Se aderendo ad un'opinione alquanto diffusa, il suicidio fosse interpretabile come uno spietato indicatore delle contraddizioni del cammino del progresso umano, l'andamento e la sua diffusione dovrebbero riflettere ogni arretramento, regressione, miglioramento riguardo il processo di evoluzione della nostra società. I dati epidemiologici e le fonti oggi disponibili di tipo giudiziario, sanitario, Istat e OMS, non avvallano correlazioni lineari, ne permettono interpretazioni univoche e semplicistiche, aprono anzi interrogativi che inducono a cercare riferimenti più complessi.

Le statistiche non ci dicono se oggi ci si uccide più frequentemente che al tempo dell'impero romano o del rinascimento; sappiamo però che vi sono più suicidi alle soglie del 2000 rispetto all'epoca della rivoluzione industriale.

Pur negando, combattendo tali superstizioni, non ci può non inquietare la prospettiva che si sta aprendo davanti ai nostri occhi.

I successi scientifici, sociali hanno oggi permesso di giungere a risultati, quantomeno nei paesi occidentali, che sino ad un secolo fa, sarebbero sembrati irraggiungibili; la vita media è raddoppiata, la mortalità infantile è un'eventualità rara, molte malattie sembrano essere sconfitte. Non per questo però, al destino umano è stata garantita una migliore qualità della vita.

Spesso, gli anni guadagnati alla morte si riempiono di un'angosciosa attesa di un termine innaturalmente protratto.

Un paradosso sembra più di tutti caratterizzare il nostro tempo: l'uomo è riuscito ad affrontare con successo il controllo, la programmazione della nascita, ma non è ancora in grado di garantire quello del prolungamento di una vita dignitosa.

Ciò risulta particolarmente vero all'interno degli O.P.G. Si è rilevato, infatti, che negli Istituti Penitenziari, i detenuti si tolgono la vita con una frequenza di 19 volte maggiore rispetto alle persone libere. Anche l'O.P.G. di Reggio Emilia, purtroppo, si accorpa, in numero di suicidi, agli altri Istituti Penitenziari.

L'aspetto forse più inquietante del suicidio, a differenza di altre psicopatologie, consiste proprio nella sua ubiquarietà (può colpire chiunque) e trasversalità sia sociodemografica (in ogni luogo e strato sociale), che nosografica (all'interno di ogni patologia o quadro sindromico), nonché la sua imprevedibilità. La reazione più comune dinnanzi ad un atto suicidario è sovente quella di stupore e perplessità.

A tale scopo si è predisposto all'interno di questo O.P.G. un progetto per la prevenzione del comportamento suicidario che consenta di riconoscere precocemente le persone che si trovano in una situazione di potenziale rischio e quindi rispondere tempestivamente ed in modo efficace alla presentazione di una crisi suicidaria.

All'interno di tale progetto, un nucleo importante è costituito dalla sensibilizzazione degli stessi pazienti ricoverati che, opportunamente preparati, potranno collaborare con gli operatori nella segnalazione di eventuali segni di disagio presenti nei loro compagni ed indicativi di possibili crisi suicidarie.

Il suicidio è un problema complesso non ricollegabile a singole cause, a singole ragioni. Dipende dall'interazione complessa tra fattori biologici, genetici, sociali, culturali e ambientali.

E' difficile spiegare perché delle persone decidono di tentare il suicidio mentre altre, in situazioni simili o anche peggiori, non lo fanno. Comunque si può prevenire gran parte dei suicidi.

Il suicidio è attualmente una tra le maggiori priorità di salute pubblica in tutti i Paesi. Il miglioramento delle capacità del personale della salute mentale nell'identificare, valutare, gestire e riferire su persone a rischio suicidario nella comunità è un passo determinante nella prevenzione del fenomeno.

LEZIONE 2

Suicidio e disturbi mentali

Studi condotti sia in paesi in via di sviluppo che in paesi sviluppati fanno rilevare due fattori. Primo, la maggioranza delle persone che commette suicidio ha un disturbo mentale diagnosticabile; secondo, il suicidio e i comportamenti suicidari sono più frequenti in pazienti psichiatrici.

I diversi gruppi diagnostici, in ordine decrescente rispetto al rischio suicida, sono:

- Depressione, (in tutte le sue forme).
- Disturbi di Personalità (antisociali e borderline con tratti di impulsività, aggressività e frequenti sbalzi d'umore).
- Alcolismo (e/o abuso di sostanze negli adolescenti).
- Schizofrenia.
- Disturbi mentali di origine organica.
- Altri disturbi mentali.

Depressione

La depressione è la diagnosi più comune nei suicidi ad esito letale. Tutti di tanto in tanto ci sentiamo depressi, tristi, soli e instabili, ma di solito queste sensazioni passano. Quando invece tali sensazioni persistono e sconvolgono il funzionamento e l'ordinario stile di vita dell'individuo, si parla di depressione, una specifica malattia.

Tale patologia fa parte dei disturbi dell'umore (inteso come tono emotivo persistente che si situa lungo un continuum compreso tra la tristezza e l'euforia) dell'affettività.

Secondo l'OMS la depressione colpisce da 100 a 150 milioni di individui (3, 5% della popolazione mondiale).

Negli USA il 23% dei ricoverati in Ospedale Psichiatrico e il 30% dei ricoveri in altre strutture psichiatriche e non psichiatriche sono dovuti a quadri depressivi (Maggini, Sarteschi, 1982). Gli elevati indici di frequenza della depressione sono stati ricondotti a vari a vari fattori di natura sociale e culturale: si è affermato che la perdita dei valori tradizionali e la precarietà degli attuali modelli culturali ha reso la depressione la malattia della nostra epoca e che le angosce dell'uomo attingono sempre più alla perdita di significato che permea la cultura contemporanea (Maggini, Cassano, 1982).

Alcuni tra i più comuni sintomi di depressione:

- Sentirsi tristi per gran parte del giorno, ogni giorno.
- Perdere interesse per attività usuali.
- Perdere peso (non per una dieta) o aumentare di peso.
- Dormire troppo o troppo poco, o svegliarsi molto presto.
- Sentirsi stanchi e deboli per tutto il tempo.
- Sentirsi indegni, in colpa o senza speranza.
- Essere irritabili e irrequieti tutto il tempo.
- Avere difficoltà di concentrazione, nel prendere decisioni e di memoria.
- Avere ripetutamente pensieri di morte e di suicidio.

Perché la depressione viene dimenticata?

Nonostante ci sia una grande varietà di trattamenti per la depressione (sia farmacologici che psico-terapeutici), ci sono alcune ragioni per cui questa malattia spesso non viene diagnosticata.

- Le persone spesso provano disagio ad ammettere di essere depresse, e spesso considerano i loro stessi sintomi come *segni di debolezza*.
- La gente ha una certa familiarità con le sensazioni associate alla depressione e così possono non essere capaci di riconoscerla come malattia.
- E' molto più difficile diagnosticare la depressione quando una persona ha un'altra malattia fisica.
- I pazienti depressi possono presentare un'ampia varietà di acciacchi e sofferenze fisiche.

Alcolismo

Secondo l'OMS *“sono etilisti quei bevitori smodati la cui dipendenza dall'alcool ha raggiunto livelli così elevati da avere dato luogo a disturbi menali rilevanti o da interferire con la loro salute fisica e mentali, con le loro relazioni interpersonali e con il loro armonico sviluppo sociale ed economico...”*

L'alcolismo non si identifica quindi con il consumo eccessivo di alcool, che di per sé non è una condizione morbosa; tuttavia il protrarsi di questa abitudine può essere causa di patologia, dato che il suo oggetto è una sostanza con indubbi effetti tossici. E' dato osservare, infatti, come individui non alcool dipendenti possano incorrere in una patologia alcolica non dissimile da quella riscontrabile nelle condizioni di dipendenza. E' vero altresì come il più delle volte la patologia alcolica e la dipendenza coesistano e si rinforzino vicendevolmente.

Alcuni dati:

- E' stato verificato che in circa un terzo dei casi di suicidio vi era una dipendenza da alcool.
- Il 5-10% delle persone che abusano d'alcool pongono fine alla loro vita con il suicidio.
- Nel momento del gesto suicida molti sono sotto effetto di sostanze alcoliche.
- Tipicamente, chi abusa di alcool e commette suicidio:
 - Ha cominciato a bere in età molto giovane.
 - Ha usato alcool per periodi molto lunghi.
 - Beve pesantemente.
 - Ha una salute fisica molto debole.
 - Si sente depresso.
 - Ha una vita caotica e disordinata.
 - Ha recentemente sofferto di una perdita molto importante, come nel caso di separazioni dal coniuge e/o dalla famiglia, di divorzio o di vedovanza.
- Ha un rendimento lavorativo insoddisfacente.

Spesso, chi abusa di alcool e si suicida, non solo comincia a bere in età giovanile e abusa pesantemente, ma spesso proviene da famiglie in cui altri abusavano d'alcool.

Si è verificato, inoltre che negli adolescenti che pongono in essere comportamenti suicidari vi è un aumento nell'abuso di sostanze.

Schizofrenia

Fondamentalmente circa il 10% di schizofrenici commettono suicidio.

È opportuno osservare come il concetto di schizofrenia sia ancora oggi oscuro ed enigmatico, per cui molti Autori preferiscano utilizzare la dizione di “psicosi schizofreniche”, più adatte ad indicare la multiformità di questa patologia e la molteplicità dei decorsi e degli esiti.

Rientrano nell’ambito della schizofrenia una grande varietà di sindromi di natura ed eziopatogenesi differenti, caratterizzate da una condizione di dissociazione mentale, da un decorso variabile, e da un esito che non sempre si identifica in una disgregazione della personalità.

In tema di eziopatogenesi, tuttora ci si avvale della nozione di “endogeneità”.

Tale termine vuole sottolineare l’oscurità e la scarsa conoscenza dei fattori causali di questa psicosi, per la quale appare legittimo invocare un’origine “pluricausale”, cioè una catena patogenetica che comprende sia fattori biologici, che fattori psicologico – psicodinamici, tra loro associati.

Numerosi ricercatori ritengono che vi sia una base eredo-genetica che predispone alla schizofrenia (ad es. il tasso di concordanza della patologia è mediamente dell’86% per i gemelli omozigoti e del 17% per quelli dizigoti), ma che questa non conduca ineluttabilmente ad essa. Soggetti con ereditarietà schizofrenica possono sfuggire alla patologia per circostanze ambientali favorevoli, e, per converso, conflittualità intrapsichiche o difficoltà ambientali possono attivare alterazioni metaboliche geneticamente determinate. Legittimo perciò è ricercare nel determinismo del fenotipo schizofrenico fattori che fanno parte dell’ambiente socio-culturale e della famiglia.

L’esordio della patologia viene spesso connotato come “*subdolo e insidioso*”. Il soggetto, normalmente di età compresa tra i 16 e i 25 anni, inizia a trascurare le sue normali attività di studio o lavoro, adducendo talora lamentele somatiche quali cefalee, astenie, svogliatezza, difficoltà di concentrazione. Il comportamento va via via arricchendosi di stranezze, con interessi del tutto inusuali, centrati su tematiche mistiche, fantascientifiche, il vestirsi in modo stravagante o trasandato, il curare in modo discontinuo o ritualizzato la propria igiene personale, il passare gran parte del proprio tempo soli e abbandonando le amicizie. L’affettività si affievolisce e diviene incongrua, il soggetto sembra indifferente a quanto avviene intorno a lui ed incapace di provare adeguati sentimenti ed emozioni. Formulare una corretta diagnosi a questo stadio è talora difficile. Più spesso l’esordio della schizofrenia si configura con i caratteri dell’*acuzie*, in

cui la tumultuosità dei sintomi è connessa all'intensità e ricchezza del loro manifestarsi. Il quadro clinico si caratterizza perciò per gravi stati di eccitamento psico – motorio, talvolta con violenza ed aggressività, inframmezzati per lo più da periodi di arresto o di inibizione. Sono presenti fenomeni allucinatori (di tipo uditivo, visivo, ecc...), esperienze di depersonalizzazione, disturbi del pensiero e deliri più o meno strutturati (di persecuzione, mistici, di influenzamento, ecc...). L'entrata nella psicosi comporta una trasformazione del modo di essere dell'individuo e una modalità del tutto nuova di esperire il mondo. Tipico è lo stato pre-delirante come esperienza tipica dell'esordio della schizofrenia. Si tratta di un'esperienza soggettiva terribile e minacciosa per l'individuo. Egli avverte che un oscuro mutamento è nell'atmosfera, associato ad un senso di vuoto ed insicurezza.

La schizofrenia può manifestarsi con diverse forme cliniche, da quelle classiche (simplex, ebefrenia, catatonica e paranoie), a quadri clinici di più recente identificazione (schizofrenia da innesto, pseudonevrotica, periodica).

Per ciò che concerne il decorso e la prognosi, la guarigione della schizofrenia è tuttora oggetto di controversie. Emerge come almeno il 50% dei pazienti schizofrenici raggiunge uno *stadio terminale di tipo demenziale*, anche se nella demenza schizofrenica non si ha alcun deficit della memoria o delle altre funzioni cognitive, ma soltanto un'alterazione del pensiero e delle azioni. L'apparente demenza è più una conseguenza del deterioramento della personalità del paziente, il quale non può fare un uso adeguato della sua intelligenza a causa dell'alterazione del pensiero, della volontà e delle idee deliranti.

Alcuni dati

I pazienti schizofrenici sono a maggiore rischio suicida se sono:

- Uomini giovani, single, disoccupati.
- Nel primo periodo dall'esordio della malattia.
- Depressi.
- Portati a frequenti scompensi.
- Altamente secolarizzati.
- Paranoidi (sospettosi).

E' più probabile che commettano suicidio nei particolari momenti seguenti:

- Nei primi stati della malattia, quando sono disorientati e/o perplessi.

- Nelle prime fasi del ricovero, quando apparentemente i sintomi si riducono ma loro si sentono molto vulnerabili.

- Nelle prime fasi del recupero quando percepiscono di avere superato il problema, ma segue una recrudescenza dei sintomi.

- Nelle prime fasi della dimissione dall'ospedale.

Negli ultimi anni numerose critiche sono state mosse alle “Istituzioni manicomiali”, considerate responsabili del decadimento e delle regressioni di tali tipi di pazienti.

La perdita di stimolazioni sociali, di valide sollecitazioni affettive, l'appiattimento e la svalorizzazione della personalità e le frustrazioni sistematiche dei bisogni sono state considerate capaci di esplicitare un “modellamento psicotico” e di determinare la regressione dei pazienti istituzionalizzati. E' in virtù anche di ciò che uno degli obiettivi che il Progetto messo a punto all'interno di OPG di Reggio Emilia si prefigge è il miglioramento della qualità e delle condizioni di vita dei pazienti internati in linea con i principi legislativi che regolamentano anche il trattamento penitenziario. Oggi, infatti, con la legge di riforma, il termine trattamento viene adoperato in un'accezione più ampia rispetto al passato, indicando *“quel complesso di attività che vengono organizzate nell'istituto a favore dei condannati (attività lavorative, culturali, sportive, ricreative, ecc...) e che sono finalizzate alla rieducazione e al recupero sociale del reo ed il suo reinserimento nella vita sociale”* (L.10 – 10 – 86 n. 633).

In tale accezione rientra quindi anche la creazione di gruppi – incontro di pazienti, finalizzati al recupero degli stessi.

SUICIDIO E MALATTIE FISICHE

Alcune malattie fisiche sono associate ad un aumento del tasso di suicidio.

DISTURBI NEUROLOGICI

Epilessia

L'aumento di impulsività, aggressività e disabilità cronica spesso osservate negli epilettici sono probabilmente le ragioni alla base dell'aumento del comportamento suicidario in questi pazienti. L'abuso di droghe e alcool fa aumentare ulteriormente il rischio suicidario.

Lesioni vertebrali e spinali e ictus

Quanto più serio è il danno tanto più aumenta il rischio di suicidio.

Cancro

Ci sono molte prove che le malattie terminali (come per es. il cancro) siano associate all'aumento nei tassi di suicidio. Il rischio di suicidio è più alto nei seguenti casi:

- Maschi.
- Il periodo subito successivo alla diagnosi (entro i primi 5 anni).
- Quando il paziente è sottoposto a chemioterapia.

Hiv/aids

Lo stigma, una prognosi infausta e la natura della malattia accresce il rischio di suicidio nelle persone affette da HIV. Il rischio di suicidio è alto se, al momento in cui la diagnosi viene comunicata, le persone non fruiscono di una consulenza (counselling) post-test.

Condizioni croniche

Le seguenti condizioni mediche croniche sono associate all'incremento di rischio suicida:

- Diabete.
- Sclerosi multipla.
- Patologie croniche a carico dei reni o del fegato e altre patologie gastrointestinali.
- Disturbi articolari e ossei caratterizzati da dolore cronico.
- Disturbi neuro e cardiovascolari.
- Disturbi sessuali.
- Sono ancora a rischio coloro che abbiano difficoltà di deambulazione, visive e uditive.

**Il rischio di suicidio aumenta in
condizioni di dolore cronico**



SUICIDIO E FATTORI SOCIO-DEMOGRAFICI ED AMBIENTALI

Sesso

I maschi commettono più suicidi ad esito letale delle femmine ma sono più le donne che tentano il suicidio.

Età

- La curva di distribuzione dei suicidi ha due picchi:
- I giovani (tra i 15 e i 35 anni).
- Gli anziani (al di sopra dei 75 anni).

Stato civile

Sono più a rischio i divorziati, i vedovi e i single rispetto alle persone coniugate. Coloro che vivono soli o sono separati sono più vulnerabili.

Occupazione

Medici, veterinari, farmacisti, chimici e agricoltori hanno tassi di suicidio più alti della media.

Disoccupazione

La perdita del lavoro, più che lo stato di disoccupato, è maggiormente associata al suicidio.

Emigrazione

Le persone che si sono trasferite da zone rurali ad aree urbane o che hanno cambiato regione o paese sono più vulnerabili rispetto a comportamenti suicidari.

FATTORI AMBIENTALI

Stress di vita

La maggior parte di coloro che hanno commesso un suicidio hanno avuto esperienza di un certo numero di eventi di vita stressanti nei tre mesi precedenti il suicidio, come per esempio:

- Problemi interpersonali, come liti coniugali, in famiglia, con amici, amanti.
- Esperienze di respingimento – come per es. separazioni dalla famiglia e dagli amici.
- Eventi collegati a perdite – finanziarie o vedovanze.
- Difficoltà finanziarie o sul lavoro – come la perdita di lavoro, il pensionamento, difficoltà finanziarie.
- Cambiamenti sociali – come rapidi cambiamenti politici ed economici.
- Altri stressor come la vergogna e il senso della minaccia imminente che la loro colpa venga scoperta.

Facile accessibilità

L'immediata disponibilità di un metodo/mezzo per suicidarsi è un importante fattore nel determinare se un individuo porrà o meno in atto il suicidio. Rendere meno accessibili i mezzi con cui commettere un gesto suicidario è una strategia di prevenzione molto efficace.

Esposizione al suicidio

Una quota di suicidi riguardano degli adolescenti che hanno assistito ad un suicidio nella vita reale o attraverso i mass-media e che possono essere stati condizionati a intraprendere comportamenti suicidari.

CONDIZIONI MENTALI DI CHI È A RISCHIO DI SUICIDIO

Sono tre le componenti fondamentali caratteristiche delle condizioni mentali degli individui a rischio di suicidio:

1. **Ambivalenza:** gran parte della gente ha sentimenti conflittuali sul porre in essere un suicidio. La speranza di vita e il desiderio di morire si combattono nel soggetto che pensa al suicidio. Vi è da un lato il bisogno di liberarsi dalla sofferenza del vivere, dall'altro un sottostante desiderio di stare in vita. Alcuni individui che pensano al suicidio non vogliono veramente morire, ma sono invece molto infelici della vita che conducono. Se viene fornito sostegno e si accresce desiderio di vivere, il rischio suicidario diminuisce.

2. **Impulsività:** il suicidio è anche un gesto impulsivo. Come ogni altro impulso anche quello verso il suicidio è un impulso transitorio e dura dai pochi minuti a

qualche ora. E' di solito elicitato da eventi negativi della vita di ogni giorno. Contenendo queste crisi e distraendo il soggetto per del tempo, l'operatore inciderà sulla riduzione del desiderio di suicidarsi.

3. **Rigidità:** gli individui che pensano al suicidio hanno un ristretto campo di pensieri, sentimenti, azioni. Loro pensano costantemente al suicidio e sono incapaci di percepire altre possibilità per affrontare i propri problemi. Pensano in modo limitato e rigido.

La maggioranza di coloro che tentano il suicidio comunicano i loro pensieri e le loro intenzioni suicidarie. Spesso mandano segnali e fanno dichiarazioni sul "desiderio di morire", su "sentimenti di inutilità", e così via.

Ogni segnale da loro inviato non deve essere ignorato.

I problemi, le emozioni e i pensieri dei soggetti con ideazione suicidaria tendono ad essere gli stessi in tutto il mondo.

SENTIMENTI

Tristezza, depressione
Solitudine
Impotenza
Disperazione
Indegnità

PENSIERI

"preferirei essere morto"
"non posso farci niente"
"nessuno e niente può aiutarmi"
"sono un perdente e un peso per gli altri"
"gli altri saranno più felici senza di me"



ALLEGATO 2: TEST UTILIZZATI

Scale for Suicide Ideation

SSI
(BECK, KOVACS, WEISSMAN, 1979)

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

CODICE PAZIENTE _____ VALUTATORE _____ DATA VALUTAZIONE _____

1. DESIDERIO DI VIVERE

- 0. Da moderato a forte
- 1. Debole
- 2. Assente

8. Atteggiamento verso l'ideazione, il desiderio

- 0. **RIFIUTANTE**
- 1. **AMBIVALENTE; INDIFFERENTE**
- 2. **ACCETTANTE**

2. DESIDERIO DI MORIRE

- 0. Assente
- 1. Debole
- 2. Da moderato a forte

9. Controllo sul gesto suicidario, sul desiderio di reazione impulsiva

- 0. Ha la sensazione di avere il controllo
- 1. Non è sicuro di avere il controllo
- 2. Non sente di avere il controllo

3. RAGIONI PER VIVERE/MORIRE

- 0. Le ragioni per vivere superano quelle per morire
- 1. All'incirca uguali
- 2. Le ragioni per morire superano quelle per vivere

10. DETERRENTI NEI CONFRONTI DEL TENTATIVO DI SUICIDIO (PER ES. FAMIGLIA, RELIGIONE, SENSO DELL'IRREVERSIBILITÀ)

- 0. Non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti
- 1. Qualche preoccupazione circa i deterrenti
- 2. Preoccupazione minima o assente circa i deterrenti

4. Desiderio di mettere in atto un tentativo di suicidio

- 0. Nessuno
- 1. Debole
- 2. Da moderato a forte

11. MOTIVI PER PRENDERE IN CONSIDERAZIONE IL TENTATIVO

- 0. Per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi
- 1. una combinazione di 0 e 2
- 2. Fuggire, chiudere, risolvere dei problemi

5. Desiderio passivo di suicidio

- 0. Prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita
- 1. Lascerebbe al destino la vita/morte
- 2. Eviterebbe di fare i passi necessari per salvarsi o mantenersi in vita

12. Metodo: Adeguatezza/pianificazione del tentativo progettato

- 0. Non considerata
- 1. Considerata ma dettagli non calcolati
- 2. Dettagli calcolati/ben previsti

6. DIMENSIONE TEMPORALE: DURATA DELL'IDEAZIONE/DESIDERIO DI SUICIDIO

- 0. Periodi brevi, passeggeri
- 1. Periodi più lunghi
- 2. Continua (cronica) o pressoché continua

13. Metodo: Disponibilità/opportunità per il tentativo progettato

Metodo non disponibile; mancanza di opportunità
Il metodo richiede tempo/sforzo; l'opportunità non è facilmente disponibile

- a. Disponibili sia il metodo che l'opportunità
- b. Prevedibilmente prossima l'opportunità o la disponibilità del metodo

7. DIMENSIONE TEMPORALE: FREQUENZA DEL SUICIDIO

- 3. Rara, occasionale
- 4. Intermittente
- 5. Continua (cronica) o pressoché continua

14. SENSAZIONE DI "CAPACITÀ" DI REALIZZARE IL TENTATIVO

- 0. Mancanza di coraggio, troppo debole, timoroso, incapace
- 1. Insicuro del proprio coraggio, della propria capacità
- 2. Sicuro della capacità, del coraggio



La Sad Persons Scale

Patterson et al., 1983

Il nome della presente scala deriva dalle iniziali dei fattori di rischio presi in considerazione, in essa sono infatti riassunti i principali fattori connessi ad una "imminenza" suicidaria.

Si richiede di barrare la casella interessata.

SESSO	M		SEX
ETA	_____		AGE
DEPRESSIONE	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DEPRESSION
TENTATIVI PRECEDENTI	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PREVIOUS ATTEMPT
ABUSO DI ALCOLICI	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ETHANOL ABUSE
PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RATIONAL THINKING
MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SOCIAL SUPPORT
PRESENZA PROGETTO DI SUICIDIO	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ORGANIZED PLAN
ASSENZA DI PARTNER	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SPOUSE
MALATTIE FISICHE	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SICKNESS



<i>Reasons for Living Inventory</i>						
<i>RFL-24</i>						
<i>(LINEHAN, ET AL.,)</i>						
- Quanto è Importante -						
	1	2	3	4	5	6
1. Penso di poter imparare ad affrontare o a risolvere i miei problemi	1	2	3	4	5	6
2. Penso di avere il controllo della mia vita e del mio destino	1	2	3	4	5	6
3. Io desidero vivere	1	2	3	4	5	6
4. Non penso che le cose possano diventare penose e disperate al punto da preferire essere morto	1	2	3	4	5	6
5. Io non voglio morire	1	2	3	4	5	6
6. La vita è tutto quello che ho ed è meglio che niente	1	2	3	4	5	6
7. Ho progetti per l'avvenire che mi auguro di poter realizzare	1	2	3	4	5	6
8. Per quanto mi senta giù, so che non durerà	1	2	3	4	5	6
9. Io voglio sperimentare tutto ciò che la vita può offrire e ci sono molte esperienze che non ho ancora fatto e che voglio fare	1	2	3	4	5	6
10. Ci tengo abbastanza a me stesso per vivere	1	2	3	4	5	6
11. La vita è troppo bella e preziosa per rinunciarci	1	2	3	4	5	6
12. Penso di poter trovare altre soluzioni ai miei problemi	1	2	3	4	5	6
13. Io amo la vita	1	2	3	4	5	6
14. Sono troppo equilibrato per suicidarmi	1	2	3	4	5	6
15. Sono curioso di ciò che succederà nel futuro	1	2	3	4	5	6
16. Penso che ogni cosa abbia la possibilità di risolversi per il meglio	1	2	3	4	5	6
17. Mi rimangono ancora molte cose da fare	1	2	3	4	5	6
18. Io ho il coraggio di affrontare la vita	1	2	3	4	5	6
19. Sono felice e contento della mia vita	1	2	3	4	5	6
20. Penso che suicidandomi non si risolverebbe o non si realizzerebbe praticamente nulla	1	2	3	4	5	6
21. Spero che le cose miglioreranno e che il futuro sarà più felice	1	2	3	4	5	6
22. Ho una spinta interiore verso la vita	1	2	3	4	5	6
23. Penso di poter trovare uno scopo nella vita, una ragione per vivere	1	2	3	4	5	6
24. Non vedo motivi per accelerare la morte	1	2	3	4	5	6

*Aggression Questionnaire**AQ*

1.	Di tanto in tanto non riesco a controllare la spinta picchiare qualcuno.	1	2	3	4
2.	Quando non sono d'accordo con i miei amici io glielo dico apertamente.	1	2	3	4
3.	Mi arrabbio facilmente, ma mi calmo in fretta.	1	2	3	4
4.	Talvolta sono divorato dalla gelosia.	1	2	3	4
5.	Se sono provocato posso picchiare qualcuno.	1	2	3	4
6.	Spesso mi trovo in disaccordo con gli altri.	1	2	3	4
7.	Quando rimango deluso, lascio trasparire la mia irritazione	1	2	3	4
8.	Talvolta mi sembra che la vita mi abbia trattato ingiustamente	1	2	3	4
9.	Se qualcuno mi picchia, io glielo rendo	1	2	3	4
10.	Quando le persone mi importunano, io posso dirgli ciò che penso di loro	1	2	3	4
11.	Spesso mi sento come un barile di polvere pronto ad esplodere	1	2	3	4
12.	Mi sembra che agli altri capitino sempre delle opportunità	1	2	3	4
13.	Attacco briga un po' più spesso degli altri	1	2	3	4
14.	Non posso evitare di entrare in polemica con chi non è d'accordo con me	1	2	3	4
15.	Secondo i miei amici sono una testa calda	1	2	3	4
16.	Mi chiedo perché talvolta mi sento così amareggiato per qualcosa	1	2	3	4
17.	Non esito a ricorrere alla violenza per difendere i miei diritti	1	2	3	4
18.	I miei amici dicono che io sono piuttosto polemico	1	2	3	4
19.	A volte perdo le staffe per cose di poco conto	1	2	3	4
20.	So che "gli amici" parlano di me alle mie spalle	1	2	3	4
21.	Ci sono delle persone che mi hanno portato al punto di venire alle mani	1	2	3	4
22.	Ho difficoltà a controllare la mia collera	1	2	3	4
23.	Non mi fido degli sconosciuti che si comportano in maniera eccessivamente amichevole	1	2	3	4
24.	Credo che non esistano buone ragioni per picchiare qualcuno	1	2	3	4
25.	A volte penso che la gente rida di me alle mie spalle	4	3	2	1
26.	Ho minacciato persone che conosco	1	2	3	4
27.	Se una persona si mostra particolarmente gentile con me, mi chiedo che cosa c'è sotto	1	2	3	4
28.	Sono uscito dai gangheri al punto da spaccare gli oggetti	1	2	3	4
29.	Sono una persona di carattere mite	4	3	2	1



Brief Cope

1. Mi applico al lavoro o ad altre attività sostitutive per distogliere la mia mente dagli eventi	1	2	3	4
2. Concentro i miei sforzi nel fare qualcosa per la situazione in cui mi trovo	1	2	3	4
3. Mi dico "questo non è reale"	1	2	3	4
4. Faccio uso di alcol o di stupefacenti per sentirmi meglio	1	2	3	4
5. Cerco di ottenere un supporto emotivo dagli altri	1	2	3	4
6. Rinuncio a cercare di occuparmene	1	2	3	4
7. Metto in atto azioni per cercare di migliorare la situazione	1	2	3	4
8. rifiuto di credere che sia accaduto	1	2	3	4
9. Dico cose che lasciano venir fuori i miei sentimenti spiacevoli	1	2	3	4
10. Cerco aiuto e consigli da parte degli altri	1	2	3	4
11. faccio uso di alcol o droghe per aiutarmi a superare questo	1	2	3	4
12. Cerco di vedere la cosa in una luce diversa per farla apparire più positiva	1	2	3	4
13. Sono autocritico	1	2	3	4
14. Cerco di trovare una strategia per ciò che si deve fare	1	2	3	4
15. Cerco conforto e comprensione dagli altri	1	2	3	4
16. Rinuncio a tentare di affrontare la situazione	1	2	3	4
17. Cerco di trovare qualcosa di buono in ciò che è accaduto	1	2	3	4
18. Ci scherzo sopra	1	2	3	4
19. Faccio qualcosa per pensare di meno a questo, come andare al cinema, guardare la televisione, leggere, sognare ad occhi aperti, dormire, fare spese	1	2	3	4
20. Accetto la realtà del fatto che ciò è accaduto	1	2	3	4
21. Esprimo le mie sensazioni negative	1	2	3	4
22. Cerco di trovare conforto nella mia religione o nelle mie convinzioni spirituali	1	2	3	4
23. Cerco di ottenere dagli altri consigli o aiuti su ciò che è necessario fare	1	2	3	4
24. Imparo a convivere	1	2	3	4
25. Penso seriamente a quali mosse fare	1	2	3	4
26. Rimprovero me stesso per quanto è accaduto	1	2	3	4
27. Prego o medito	1	2	3	4
28. Metto in ridicolo la situazione	1	2	3	4

**LEEDS DEPENDENCE QUESTIONNAIRE****LDQ****ISTRUZIONI**

Nel rispondere al questionario:

- faccia riferimento all'ultimo periodo precedente all'arresto
- faccia riferimento alla sostanza che è per lei più importante o alle diverse sostanze usate (per favore specifichi la sostanza _____)
- segni la risposta che ritiene più appropriata

1. Ti ritrovi a pensare a quando potrai bere ancora o ad assumere di nuovo la sostanza?

- mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

2. Bere o assumere sostanze è per te la cosa più importante da fare nel corso della giornata?

- mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

3. Hai la sensazione che la spinta a bere o ad assumere sostanze sia troppo forte da controllare?

- Mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

4. Programmi la tua giornata sul procurarti e l'assumere l'alcol o le sostanze?

- mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

5. Bevi o assumi sostanze in qualche modo particolare per aumentarne l'effetto?

- Mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

6. Bevi o assumi sostanze mattina, pomeriggio e sera?

- Mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

7. Hai la sensazione che, una volta incominciato, devi continuare a bere o ad assumere sostanze?

- Mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

8. Raggiungere l'effetto desiderato è per te più importante che non il tipo di alcol o di sostanza usata?

- Mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

9. Quando l'effetto incomincia a calare senti il bisogno di bere ancora o di assumere ancora la sostanza?

- Mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

10. Trovi difficile fare fronte alla vita senza bere o assumere sostanze?

- Mai
 talvolta
 spesso
 quasi sempre

IRRITABILITY – DEPRESSION – ANXIETY SCALE**IDAS***(SNAITH, COSTANTOPOULOS, JARDINE, MC GUFFIN, 1978)****Mi sento di buon umore***

- sì, certamente
- sì, talvolta
- no, non molto
- no, per niente

Mi sveglio prima dell'ora in cui vorrei alzarmi

- di due ore o più
- di circa un'ora
- di meno di un'ora
- no, dormo fino al momento di alzarmi

Posso stare seduto e rilassarmi

- Proprio così
- sì, talvolta
- no, non molto
- per niente

Mi sento nervoso, teso al massimo

- sì, certamente
- a volte
- no, non molto
- no, per niente

Il mio appetito è

- molto scarso
- abbastanza scarso
- abbastanza buono
- ottimo

Ho perso gli interessi che prima avevo

- sì, quasi tutti
- sì, molti di essi
- no, non molti
- no, nessuno

Perdo le staffe, grido e me la prendo con gli altri

- proprio così
- talvolta
- qualche volta
- per niente

Ho pazienza con gli altri

- sempre
- spesso
- a volte
- quasi mai

Posso ridere e divertirmi senza alcun motivo plausibile

- sì, certamente
- sì, a volte
- no, non molto
- no, per niente

Mi spavento o mi prende il panico

- proprio così
- talvolta
- no, non molto
- ottimo

Sento che posso perdere il controllo e colpire o fare del male a qualcuno

- talvolta
- occasionalmente
- raramente
- mai

La gente mi disturba al punto che sbatto le porte o faccio fracasso

- spesso
- talvolta
- solo occasionalmente
- mai

Ho una sensazione sgradevole, come di logorio allo stomaco

- proprio così
- sì, a volte
- non molto spesso
- per niente

Posso uscire da casa senza sentirmi ansioso

- sì, sempre
- sì, talvolta
- raramente
- no, mai

BIBLIOGRAFIA

- Andreoli V., *Voglia di ammazzare. Analisi di una pulsione*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 2002 Davison G., Neale J.M., *Psicologia clinica*, Ed. Zanichelli, Bologna, 1994.
- Bowlby J, *Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo*. Riv. Psichiatria 23:57-68, 1988.
- Crepet P., Florenzano F., *Il rifiuto di vivere. Anatomia del suicidio*, Editori Riuniti, Roma, 1998.
- Curran DK, *Adolescent suicidal behavior*. Hemisphere, New York, 1987.
- Davison G., Neal J.M., *Psicologia clinica*, Ed. Zanichelli, Bologna, 1994.
- Davison G., Neale J.M., *Psicologia clinica*, Ed. Zanichelli, Bologna, 1994.
- De Fazio F, Liberto S, Galliani I, *Criminological Expertise and evaluation of dangerousity: the medico-legal approach*, annales internationales the criminologie, n. 19, 1981.
- De Risio S., Sarchiapone M., *Il suicidio. Aspetti biologici psicologici e sociali*, Biblioteca Masson, Milano, 2002.
- Ferrari G., Amore M., *Diagnosi e trattamento del comportamento violento in psichiatria*, Nòos – Aggiornamenti in psichiatria, vol.4, n.2, Aprile-Giugno, 1998.
- Freud S. (1915), *Lutto e melanconia*. Trad. it. In *Opere*. Vol.8. Boringhieri, Torino, 1976.
- Freud S. (1922), *L'Io e l'Es*. Trad.it. in *Opere*. Vol.9, Boringhieri, Torino, 1977.
- Garry M., Pear J., *Strategie e tecniche per il cambiamento. La via comportamentale*, Ed. Italiana a cura di Moderato P. e Rovetto F., Ed. McGraw Hill, Milano, 2000.



- Gatti U. Traverso G.B., *Malattia mentale Omicidio. Realtà e Pregiudizi sulla pericolosità del malato di mente*, Rassegna di Criminologia n. 77, 1979.
- Giornata Mondiale della prevenzione del suicidio, 18 settembre 2006.
- Haim A., *Les suicides d'adolescents*. Vol.1, Payot, Paris,1970.
- Haim A., *Les suicides d'adolescents*. Vol.1, Payot, Paris,1970.
- Il Messaggero,*Suicidio: il rischio aumenta per colpa di un gene*, 7/04/2001.
- Kaplan H., Sadock B. J., *Psichiatria clinica*, Centro Scientifico editore, Torino, 1989.
- Kaplan HI, Sadock BJ, et al., *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*, VII ed., Trad. it. Centro Scientifico Internazionale, Torino, 1996.
- Kohut H., *L'analisi del Sé*. Trad.it. Boringhieri, Torino, 1976.
- Leeners AA, Maltsberger JT, Neimeyer RA, *Treatment of suicidal patients*, Taylor & Francis, London, 1994.
- Lester D, *Association of alcohol use and suicide in 27 nations*, Psychol Rep 88 (3 Pt2): 1129, 2001.
- Lyons MJ, *Suicide in later life: Some putative causes with implications for prevention*, Journal of Community Psychology 12:379, 1984.
- Manacorda A. *Pericolosità sociale e infermità psichica: Dalle presunzioni legali alle prospettive di superamento, questione giustizia*, 1987.
- McNiel D.E., Binder L., *Predictive Validity of Judgments of dangerousness in emergency civil commitment*, Am J Psychiatry, 144, pp. 197-200.
- Merzagora I., *Demoni del focolare*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- Neri G., *Quando la pericolosità è un problema clinico: valutazioni e strategie di intervento*, Frammenti, 1996.



- Neri G., Sanza M., Melega V., *Aggressività fisica di pazienti psichiatrici: uno studio su 73 casi di violenza in Emilia Romagna*, Editrice Compositori, Bologna, 1993.
- Noble P., Rodger S., *Violence by Psychiatric in patients*, Br J Psychiatry, n.155, pp. 384- 390, 1989.
- Pollock N.L., *Accounting for Prediction of Dangerousness*, Int J law Psychiatry, n.13, pp.207 – 15, 1990.
- Ravizza R., Torta R., “*Il suicidio nell’anziano*”. In De Leo D., Pavan L. (eds.) *Il suicidio nel mondo contemporaneo*. Liviana, Padova, 1988.
- Roy A, *Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide*, Am J Psychiatry 158: 1215-1219, 2001.
- Roy A., *Family history of suicide in affective disorder patients*, J Clin Psychiatry 46: 317-319, 1985.
- Sarchiapone M., De Risio S, Ciocca A., et al., *Hostility and suicide*. Relazione presentata all’Assemblea annuale dell’American Association of Suicidology, New York, aprile 1994.
- Sarchiapone M., De Risio S, Ciocca A., et al., *Hostility and suicide*. Relazione presentata all’Assemblea annuale dell’American Association of Suicidology, New York, aprile 1994.
- Sarteschi P., Maggini C., *Manuale di Psichiatria*, Ed. SBM, Bologna, 1992.
- Sarteschi P., Maggini C., *Manuale di psichiatria*, Ed.SBM, Bologna, 1982.
- Solveti L.M., *Il Sistema penitenziario Italiano. Dati e Analisi*, Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria, Ministero della Giustizia, Roma, 2003.
- Tardiff k., *Assessment and Management of Violent Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1988.



- Varnik A., Wasserman D, Palo E et al., Registration of external causes of death in the Baltic States 1970-1994. *Eur J Public Health* 11 (1): 84-88, 2001.
- Volavka J., *Neurobiology of Violence*, APA press inc, Washington, 1995.
- Wasserman D., Dankowicz M., Varnik A. et al., “Suicide trends in Europe, 1984-1990”, In Botsis A, Soldatos C, Stefanis C (eds.) *Suicide: Biopsychosocial Approaches*, Elsevier, Amsterdam, 1997, pp.3-10.
- World Health Organization, *World Health Statistics Annual 1984-1998, 2000, 2001*, Geneva.
- www.cisp.info
- www.marketingetv