

La dimissione dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dopo un tentativo di suicidio

When to discharge from hospital a patient who has attempted suicide

A. BANI
M. MINIATI

Psichiatri, ASL 12 Viareggio (LU)

Key words

Suicide risk • Discharge • Treatment • Prevention

Correspondence: Dr. Alessandro Bani, via Badaloni 48, 57124 Livorno, Italy
Tel. +39 0586 406053
banialex@virgilio.it

Summary

Objectives

The authors take into account the particular difficulty in deciding when to discharge from hospital a patient who has attempted suicide. The risk of suicide, in fact, during the first month after discharge of these patients, is high (over 200-fold that in the general population). Suicidal behaviour is the result of interaction between a psychiatric disorder and other factors; moreover suicide attempt and suicide are behaviours considered part of the same continuum and expression of the same liability which is indicated by many biological and familial studies. Furthermore, suicidal attempt is considered the most powerful predictor of future attempts and suicide completion. Public health interventions designed to destigmatize help-seeking may be especially useful for introverted patients, who, by definition may be less likely to seek help.

The indicators that enable to predict suicide in persons with mental illnesses are still uncertain and the aim to reduce the number of suicides, particularly after the discharge from hospital, of patients who have attempted suicide, is complicated.

Methods

Clinical risk factors include inadequate social support, poor coping strategies, chronic illness, family history of suicide attempts, psychiatric problems, personality characteristics (i.e., extraversion traits), a history of physical or sexual abuse and previous suicidal attempts.

Searching clinical elements that suggest predictive indications regarding this problem, the authors, review the generic and specific risk factors, in the scientific literature, concerning the eventuality of repetition of suicide attempts, various kinds of communications of suicidal ideas and possible motivations (Tables IIa, IIb, IIc).

In this report, the principal items to consider before discharge are outlined: stabilisation of humour, desperation, social and environmental stability, therapeutic alliance.

Results

Data from the literature (Table I), compared with the authors' personal clinical experience, reveal the high risk of dissimulation and the importance of psycho-diagnostic tests. Moreover, knowledge of the complete history of the patient is necessary and it is very important to analyse the social background, where he/she will be reintegrated. In affective disorders, drug treatment with antidepressant and mood stabilisers seems to be of very great importance, as confirmed by the result of controlled antidepressant studies which show that suicidal thoughts usually disappear with the reduction of depression as a result of antidepressant treatment not only in unipolar, but also in bipolar, depression.

Finally, it is also important to avoid excessive emotional involvement, that could make the psychiatrist unable to maintain his/her therapeutic role.

Conclusions

In conclusion, there are more data concerning suicide risk than about protective factors. Since it is very difficult to make a reliable prediction, often, at the time of the discharge, the physician considers him/herself too responsible for the course of suicidal ideation. Feelings of fault, failure, impotence, anger and distress may lead the operator to be unable to carry out his role, if he/she fails to elaborate them.

To facilitate clinical evaluation before discharge, a check-list of the main factors to be taken into consideration is outlined.

Introduzione

Spesso medici e psichiatri devono prendere decisioni difficili sulle condizioni di sicurezza dei pazienti al momento della dimissione dall'ospedale. Particolarmente difficile è decidere quando dimettere un paziente che ha messo in atto gesti autolesivi. Nonostante gli sforzi preventivi e terapeutici, i tentativi di suicidio sono eventi che si verificano con molta frequenza dopo la dimissione, anche se i dati epidemiologici su questo argomento non sono precisi. Nella letteratura internazionale a questo riguardo è riportato che durante il primo mese dalla dimissione il rischio di suicidio è elevato fino a oltre 200 volte quello della popolazione generale¹⁻⁸.

In uno studio recente, Busch et al.⁹ hanno descritto 76 pazienti che hanno commesso suicidio mentre erano ricoverati o subito dopo la dimissione, e gli stessi autori hanno trovato che il 78% di essi aveva negato ideazione suicidaria all'ultima intervista.

Quando questo evento si verifica, il medico non può che ripensare in maniera critica alla valutazione fatta delle condizioni psicopatologiche durante la degenza, all'adeguatezza della dimissione e alla reale capacità del paziente di accettarla, nel contesto dello specifico disturbo psichico.

D'altra parte il suicidio si verifica in molte occasioni, anche quando il trattamento domiciliare apparentemente dava buoni risultati e le terapie sembravano efficaci. Talora è proprio l'efficacia del trattamento a far sì che il paziente si convinca di "essere guarito" e che sospenda spontaneamente la cura anzitempo, con conseguenze talora gravi.

Gli indicatori che consentono di prevedere il suicidio delle persone affette da disturbi psichiatrici rappresentano una vera sfida per gli studiosi, poiché, anche se l'attuale ricerca scientifica ha aumentato la disponibilità di strumenti di valutazione e di trattamento, e sebbene l'organizzazione dei servizi territoriali consenta la "presa in carico" del paziente, con possibilità di seguirlo più da vicino, resta un ampio margine di incertezza per individuare gli elementi predittivi dei gesti autolesivi.

L'obiettivo di ridurre il numero dei suicidi, in particolare dopo la dimissione dall'ospedale di soggetti che hanno fatto un tentativo, presenta problematiche che vanno oltre l'osservazione del paziente durante la degenza. Infatti è fondamentale la conoscenza della storia del paziente e l'analisi del contesto socio-ambientale nel quale dovrà essere reinserito alla dimissione.

Materiali e metodi

Cercando di identificare elementi clinici che possano fornire indicazioni predittive riguardo a questo pro-

blema, abbiamo attinto al nostro bagaglio d'esperienza come psichiatri interessati al fenomeno del suicidio da oltre venti anni^{10,11}, e abbiamo rivisto la letteratura scientifica che concerne i fattori di rischio generici e specifici per quanto riguarda la ripetizione di gesti suicidari, le varie modalità di comunicazione suicida e le possibili motivazioni. Abbiamo svolto una ricerca accurata utilizzando *Pubmed* e *Cochrane Database of Systematic Reviews* per reperire i lavori di revisione della letteratura (Tab. I).

Risultati

RISCHIO DI RIPETIZIONE DEL GESTO SUICIDARIO

Possiamo suddividere i fattori di rischio suicidario riportati in letteratura in due grandi categorie: fattori di rischio generici e specifici (Tab. IIa, b, c) e, all'interno di questi, la maggioranza degli studiosi concorda sull'importanza che rivestono un precedente tentativo di suicidio e la presenza di una malattia psichica.

All'interno dei vari gruppi diagnostici i disturbi affettivi, i disturbi *borderline* di personalità e i disturbi schizofrenici sono quelli ritenuti più altamente correlati con la ripetizione di gesti autolesivi. Un'importante metanalisi di Harris & Barraclough⁸ e altri due studi scandinavi^{23,24} indicano che i soggetti con disturbo depressivo maggiore presentano rischio di suicidio 20 volte più alto. Secondo Jamison²⁵ i pazienti con disturbo bipolare presentano il maggior rischio di atti suicidari nella fase iniziale della malattia depressiva, oppure *subito dopo la dimissione dal reparto psichiatrico*. Per Garno et al.²⁶ i disturbi di personalità di *Cluster B* sono spesso in comorbilità con il disturbo bipolare, e contribuiscono in maniera indipendente a incrementare il rischio di suicidio *life-time*.

Il suicidio è la prima causa di morte tra i pazienti affetti da schizofrenia, e in uno studio è stato rilevato che tre quarti delle morti per suicidio di questi pazienti erano avvenute durante una fase attiva della malattia e circa metà *entro tre settimane dalla dimissione dall'ospedale*. Più specificamente, un paziente su 10 ha sentito un ordine allucinatorio che gli imponeva di suicidarsi e quasi due terzi presentavano anche una sindrome depressiva al momento della morte. La schizofrenia tra le donne generalmente segue un decorso più favorevole; tuttavia nelle donne che si sono suicidate sono state rilevate situazioni socialmente più compromesse²⁷.

Harris & Barraclough⁸ hanno visto che i pazienti ricoverati per gravi disturbi affettivi hanno una probabilità di suicidarsi 15-20 volte maggiore rispetto alla popolazione generale e il rischio che muoiano suicidi è massimo *nelle settimane immediatamente successi-*

Tab. I. Studi esaminati. *Studies examined.*

Autori	Popolazione esaminata	N. TS ripetuti	N. suicidi	Periodo esaminato	Test eseguiti durante il ricovero/ parametri esaminati	Fattori di rischio di ripetizione
Di Fiorino et al. ¹⁰	84 pazienti morti suicidi	–	–	10 anni	–	Precedenti TS (13%). Emergono dubbi riguardo l'associazione tra abuso alcolico e stato civile
Evans et al. ¹²	Pazienti tra 15-64 anni ricoverati e morti suicidi	–	–	1 anno	Frammentazione sociale, privazione economica	L'associazione tra frammentazione sociale e suicidio è maggiore che tra suicidio e privazione socioeconomica
Cooper et al. ¹³	9086 pazienti ricoverati per TS	17% entro 6 mesi	22 in 6 mesi	3 anni circa	Questionario per identificare pazienti ad alto rischio	Il questionario è risultato utile nell'identificare i pazienti ad alto rischio
Kapur et al. ¹⁴	9213 soggetti > di 15 anni ricoverati per TS	13,6% entro 12 mesi	–	5 anni	Intervista standard	Precedenti TS, trattamenti psichiatrici, disoccupazione, uso eccessivo di alcolici, progetti suicidi o allucinazioni al momento dell'episodio indice
Owens et al. ⁷	<i>Review</i> sistematica su 90 studi in Europa	16% entro un anno	2% entro un anno, 7% entro 9 anni	Da 1 a oltre 9 anni	–	Il rischio di suicidio risulta essere in coloro che hanno tentato il suicidio centinaia di volte più alto che nella popolazione generale
McMillan et al. ¹⁵	Metanalisi di 10 studi nei quali è stata utilizzata la BHS	–	–	–	BHS (<i>Beck Hopelessness Scale</i>)	Il punteggio standard di <i>cut-off</i> della scala identifica un gruppo ad alto rischio di suicidio, ma non quanto previsto da precedenti stime
Benjamin et al. ¹⁶	I studio: 200 pazienti ricoverati per TS Il studio: 499 pazienti ricoverati per TS, suddivisi in tre gruppi	–	–	1 anno 1 anno	Livello di cure, riferimenti dopo la dimissione, ripetizione del TS I gruppo: terapia <i>problem-oriented</i> ; II gruppo: terapia accreditata; III gruppo: terapia standard	Non c'è associazione tra alta qualità di riferimenti dopo la dimissione e ripetizione di TS. Non si sa ancora quali siano le modalità di trattamento più efficaci nei pz che hanno fatto un TS
Goldacre & Hawton ¹⁷	2492 pz tra 12 e 20 anni con TS per overdose	9,5% nei primi 3 anni circa	10, dei quali 6 probabili suicidi	4 anni	–	Il rischio di ripetizione e i suicidi sono più alti nei maschi tra i 16 e i 20 anni

(continua)

Tab. I (segue). Studi esaminati. *Studies examined.*

Autori	Popolazione esaminata	N. TS ripetuti	N. suicidi	Periodo esaminato	Test eseguiti durante il ricovero/ parametri esaminati	Fattori di rischio di ripetizione
Mean et al. ¹⁸	186 pazienti tra 16 e 21 anni ricoverati per TS	30	2	6 mesi e 18 mesi	-	Precedenti TS, età più elevata, e, marginalmente, l'uso di sostanze
Harriss et al. ¹⁹	Dei 4415 pazienti che hanno fatto un TS 2719 seguiti in <i>follow-up</i>	Maschi: 12,4% con alti punteggi SIS e 22,3% con bassi punteggi; femmine: 17,4% con alti e 14,2% con bassi punteggi SIS	54 dei quali 29 avevano ripetuto il TS	4 anni	<i>Beck Suicide Intent Scale</i> (SIS)	Primo anno dall'episodio indice. La scala SIS è particolarmente utile nel predire il rischio di suicidio a breve termine
Suominen et al. ²⁰	98 pazienti ricoverati per TS mediante avvelenamento. Sono stati presi in considerazione solo i pazienti in <i>follow-up</i> defunti	-	13 suicidi certi	37 anni	-	8 dei 13 suicidi sono morti nei primi 15 anni. Una storia di TS è un indicatore di alto rischio per il suicidio completo <i>life-time</i> .
Cooper et al. ²¹	7968 pazienti che hanno fatto un TS	-	36 suicidi certi	4 anni	Questionario per identificare pazienti ad alto rischio	Primi 6 mesi dall'episodio indice, malattie fisiche, alcol, e circostanze vitali, sesso femminile
Hawton et al. ²²	Review sistematica studi anni 1996 e 1997	-	-	-	-	Restano considerevoli incertezze riguardo miglioramento delle condizioni sociali e la ripetizione di un parasuicidio

ve alla dimissione, confermando come un precedente tentativo di suicidio rappresenti il maggiore predittore di suicidio. Secondo Goldston et al. ²⁸ negli adolescenti la storia di precedenti tentativi di suicidio è uno dei più potenti predittori di ulteriori tentativi. Fawcett et al. ²⁹ hanno evidenziato che i pazienti che si suicidano nel corso dell'anno successivo alla dimissione hanno sofferto maggiormente di ansia grave o di attacchi di panico, di insonnia, anedonia e abuso di alcol rispetto a quelli che sono vissuti più a lungo. Inoltre, secondo Tondo et al. ³⁰, i pazienti affetti da disturbo bipolare che interrompono l'assunzione profilattica di litio entro il primo anno, presentano un rischio 16 volte maggiore di suicidarsi.

VALUTAZIONE CLINICA

Il paziente può "mascherare" motivi e sentimenti in modo tale da ingannare il clinico più esperto (rimando al lavoro di Bani & Miniati ³¹ che analizza questo argomento). Busch et al. ³² ritengono che "la negazione delle idee suicidarie in sé non è mai credibile"; gli autori hanno studiato pazienti che si sono suicidati durante il ricovero e valutato che il 64% di questi aveva negato di aver pensato al suicidio negli ultimi colloqui.

Da tenere presente, inoltre, che in pazienti psicotici, le allucinazioni uditive sono correlate positivamente con i tentativi di suicidio, mentre per alcuni studiosi i disturbi del pensiero sono correlati in maniera negativa ³³.

Tab. IIa. Fattori di rischio generici. *Generic risk factors.*

Età superiore ai 65 anni
 Sesso maschile a qualsiasi età
 Precedenti tentativi di suicidio
 Eventi di perdita recenti
 Conflitti con persone significative
 Solitudine
 Perdita di lavoro e del ruolo sociale
 Storia di comportamenti antisociali e/o criminali
 Storia di atti impulsivi e di violenza

Tab. IIb. Fattori di rischio specifici. *Specific risk factors.*

Patologia psichiatrica (disturbi affettivi)
 Gravità ed esordio precoce della depressione
 Comorbidità con abuso e dipendenza da alcol
 Sintomi psicotici
 Patologia fisica (acuta e cronica)
 Fattori genetici (familiarità suicidaria)
 Disturbi di personalità
 Utilizzo di un mezzo violento nel primo tentativo
 Occultamento attivo dei propositi autolesivi

Tab. IIc. Fattori di rischio (dati secondo letteratura). *Risk factors (from literature).*

Autori	Fattori di rischio	Primo tentativo	Ripetizione
Harris et al. (1997) ⁸ , Osby et al. (2001) ²³ , Hoyer et al. (2000) ²⁴	Soggetti con disturbo depressivo maggiore	Rischio di suicidio 20 volte maggiore	Rischio di suicidio max nelle settimane immediatamente successive alla dimissione
Jamison (1999) ²⁵	Soggetti con disturbo bipolare	Max rischio di suicidio nella fase iniziale della malattia depressiva	O subito dopo la dimissione dal reparto psichiatrico
Garno et al. (2005) ²⁶	Disturbo di personalità (<i>Clu- ster B</i>) in comorbidità con disturbo bipolare	Contribuiscono in maniera indipendente nell'incre- mentare il rischio di suicidio <i>life-time</i>	
Black et al. (1985) ²⁷	Schizofrenia nel sesso femminile	Le donne schizofreniche che si sono suicidate ave- vano situazioni sociali più compromesse	
Goldston et al. (1999) ²⁸	Storia di precedenti tentativi di suicidio negli adolescenti		Potente predittore di ulteriori tentativi
Fawcett et al. (1990) ²⁹	Presenza di ansia grave, at- tacchi di panico, insonnia, anedonia e abuso di alcol	Maggior rischio di suicidio nell'anno successivo alla di- missione	
Tondo et al. (1997) ³⁰	Pazienti con disturbo bipo- lare che interrompono as- sunzione di litio	Nel primo anno presentano un rischio di suicidio 16 vol- te maggiore	

Tab. III. Motivazioni fornite dai soggetti che hanno compiuto il gesto autolesivo. *Motivations given by patients who have attempted suicide*³⁴.

Impatto devastante della malattia
 Esperienza soggettiva di perdita di controllo sui sentimenti e sul proprio pensiero
 Sentimento di disforia, rabbia e aggressività sia verso gli altri sia verso se stessi
 Sentimenti di disperazione, inguaribilità
 Sentimenti di condizione attuale irreversibile
 Sentimenti di solitudine, di isolamento
 Persistenza intrusiva dell'idea di morte
 Deliri di rovina e ipocondriaci e suggestioni allucinatorie

Riassumiamo le motivazioni e le modalità di comunicazione dell'ideazione suicidaria nelle Tabelle III e IV.

Il colloquio condotto con il paziente che sta per essere dimesso deve essere finalizzato, e seguire uno schema preordinato: domande inutili possono sovraccaricarlo, specie se il soggetto non ha voglia di parlare. Spesso gli individui che hanno tentato il suicidio si sentono isolati e ignorati dai medici e dagli infermieri, che possono nutrire sentimenti negativi nei loro confronti. Al contrario è fondamentale che si crei un contatto empatico e terapeutico, per poter valutare le possibilità assistenziali dopo la dimissione³⁵. Davidson³⁶ evidenzia una sequenza di domande che possono essere utilizzate come schema (Tab. Va, b). Tra gli aspetti importanti da indagare sono anche quelli inerenti la sensibilità spirituale o il credo religioso; infatti è emerso da alcuni studi che le persone religiose sono meno esposte a condotte auto-distruttive e alla devianza^{37 38}, anche se, talvolta, il credere in una vita dopo la morte può spingere al suicidio, nel tentativo di ricongiungersi a persone defunte.

I colloqui dovrebbero essere ripetuti più volte durante la degenza per valutare l'evoluzione del tono dell'umore del soggetto e il decorso del disturbo stesso. Può essere evidenziato un comportamento ambivalente rispetto al gesto, oppure una labilità emotiva tale da sconsigliare ancora la dimissione. È bene fare

attenzione che i colloqui svolti dai vari operatori dell'équipe siano annotati nella cartella clinica, e siano quindi a disposizione di chi dimette.

PUNTI FONDAMENTALI PER LA DIMISSIONE

Stabilizzazione

Una volta esaminata l'intenzionalità del gesto e la gravità del quadro complessivo, il clinico deve interrogarsi sull'efficacia della terapia farmacologica e del sostegno psicologico che il paziente ha avuto durante la degenza. La stabilizzazione delle oscillazioni timiche, la riduzione della sintomatologia depressiva, l'elaborazione cognitiva della perdita, sono solo alcuni degli aspetti che lo psichiatra deve attendersi prima di pensare alla dimissione. La stabilizzazione non dipende dal numero di giorni di degenza, è un aspetto complesso che dipende dall'elaborazione del lutto, dall'efficacia del supporto psicofarmacologico, e dalle aspettative del paziente stesso; aspetti, questi, che dovrebbero andare al di là di ogni considerazione "manageriale" dei parametri quali il tasso di occupazione posti letto, il *turnover* o altro. È vero inoltre che possono occorrere tempi lunghi per trovare proposte e alternative di maggior aiuto e diversificate. Peraltro spesso è necessario che il paziente abbia il tempo per riflettere e capire quali sono stati i propri sentimenti o i fattori ambientali destabilizzanti che lo hanno portato a tentare il suicidio.

Tab. IV. Modi di comunicazione dell'idea suicidaria. *Ways of communication of suicidal ideation.*

Verbale

Idee di colpa
 Idee deliranti
 Fantasie di morte

Non verbale

Mimica (assente, perplessa, triste)
 Mutismo (negativismo)
 Atteggiamento del corpo
 Pianto

Tab. Va. Sequenza di domande per valutare la tendenza al suicidio. *Question list to evaluate suicide disposition*³⁶.

- a) Si sente particolarmente male?
- b) Come vede le sue prospettive future?
- c) Le sembra che le cose miglioreranno?
- d) Ha qualche speranza per i prossimi giorni?
- e) Le piacciono le cose che sta facendo?
- f) Le pare che abbia senso continuare?
- g) Ha mai desiderato di farla finita?
- h) Vorrebbe essere morto?
- i) Si sente un peso per gli altri?
- j) Ha mai pensato che le cose andrebbero meglio se Lei fosse morto? In che modo?
- k) Ha pensato a togliersi la vita? Quanto spesso Le viene in mente? In che circostanze? Per quanto tempo dura questo pensiero?
- l) Ha pensato un modo specifico per togliersi la vita? Saprebbe come farlo?
- m) Ci ha mai provato?
- n) C'è qualcosa che Le fa passare questi pensieri e qualcosa che li rendono peggiori?
- o) Crede che si sentirebbe meglio se ne parlasse con qualcuno che La possa aiutare? Pensa che sia probabile che Lei faccia una cosa del genere?

Tab. Vb. Elenco dei controlli da effettuare prima di decidere la dimissione. *Check list of clinical factors to evaluate before discharge from hospital*³⁶.

1. I fattori che hanno portato al ricovero sono stati individuati e affrontati?
2. I progressi del paziente sono stati relativamente coerenti in tutte le modalità terapeutiche?
3. La valutazione psichiatrica corrisponde alle informazioni derivanti da altre fonti?
4. La psicosi, l'intossicazione o il ritiro sono migliorati?
5. Sono state superate le crisi immediate?
6. Le terapie previste dopo la dimissione sono organizzate in modo adeguato?
7. Sono state affrontate le questioni della sicurezza a casa?
8. Nel corso del ricovero sono state affrontate le tendenze al suicidio del paziente?
9. Il paziente sta davvero meglio? Il miglioramento apparente è significativo dai punti di vista medico, sociale e psicologico?
10. Sono state inserite nella cartella clinica le affermazioni del paziente sul suicidio?

Senso di disperazione

Non sempre il disagio emotivo viene esternato dal paziente, che talvolta è restio nel parlare. Possiamo riuscire a percepire il suo senso di disperazione durante la degenza osservandone il comportamento: evita di relazionarsi con gli altri, rifiuta di alimentarsi, oppure si chiude in un mutacismo ostinato.

Il senso di disperazione, che fa parte della sintomatologia depressiva, può comunque accentuarsi con la preoccupazione che una volta dimesso, egli si troverà nella situazione di partenza (solitudine, abbandono, incomprensione).

Sicurezza del domicilio e accoglienza

Quando il paziente è dimesso trova un ambiente pronto ad accoglierlo? I familiari si interessano alla

sua condizione senza far pesare moralmente il gesto messo in atto? La casa viene ritrovata accogliente oppure nessuno se ne è più interessato? I familiari come hanno gestito la curiosità del vicinato? Sono stati tolti da casa quantità inutili di farmaci; eliminate eventuali armi e gli oggetti maggiormente pericolosi?

Qualora siano emerse problematiche sociali o economiche, queste devono essere esaminate e devono essere ricercate col paziente eventuali possibili soluzioni. Secondo Burgess³⁹ per la maggior parte dei pazienti che si sono suicidati poco dopo la dimissione, sarebbe stato possibile prevenire il gesto se ci fosse stato un supporto sociale e un trattamento adeguato.

In un interessante studio di Vaiva et al.⁴⁰ si è cercato di valutare nel periodo di un anno l'effetto derivante

dal contattare telefonicamente pazienti che erano stati dimessi da un reparto di emergenza dopo un tentativo di suicidio per *overdose* di farmaci. Gli autori riportano che contattare telefonicamente i pazienti nel mese dopo la dimissione può aiutare a ridurre significativamente il numero di coloro che ritentano il suicidio in un anno.

Pseudomiglioramento

Il soggetto può “simulare” di star bene, se è in grado di dominare i propri sentimenti, anche se l'intenzionalità di morire è alta. Egli può mascherare e minimizzare i problemi, o addirittura può sorriderne in maniera autosarcastica.

Talvolta sembra che il paziente migliori proprio prima di compiere il suicidio.

Informazioni tra specialisti e alleanza terapeutica

La comunicazione tra i medici che hanno valutato il paziente è un altro punto di forza della prevenzione. Sono rilevanti le informazioni sulle condizioni cliniche del soggetto, ma anche eventuali sensazioni, intuizioni, dei singoli medici, e/o notizie che potrebbero essere state considerate di secondaria importanza, ma che possono illuminare una situazione e suggerire soluzioni.

Il medico di base, che al momento del ricovero ha fornito notizie riguardo le condizioni cliniche precedenti e le motivazioni che hanno sostenuto il gesto, alla dimissione assumerà nuovamente una funzione nodale per gli aspetti terapeutici. Delusioni della vita quotidiana, aspirazioni non raggiunte, lutti e difficoltà potrebbero più facilmente essere espresse al medico di famiglia piuttosto che allo psichiatra.

Comunicazione suicida

Spesso si evidenziano i contenuti relativi a *stress*, che pur presenti, in realtà non sono la causa principale del gesto. Altre volte è invece evidente l'aspetto impulsivo dell'atto. La comunicazione del suicida risente del suo vissuto cognitivo ed emozionale, che ha determinato nel tempo una personale concezione di morte, influenzata dalla maturità del soggetto, dalla sua cultura e dalla sua educazione politica e religiosa⁴¹. La morte può essere vista come paurosa e da evitare, oppure da affrontare con religiosa armonia, oppure ancora può essere desiderata come unica soluzione ai problemi; infine può essere vissuta come un ingiusto destino. Tali diverse modalità di concepire la morte possono concorrere all'atto autolesivo o invece salvaguardare l'individuo da tale spinta.

Alcuni atteggiamenti sono indicativi, più di altri, dell'intenzionalità suicidaria: il lasciare scritto qualche messaggio di addio ai familiari, redigere il testamento, sistemare i propri conti in banca. Si tratta di atteggiamenti “ultimi”, che possono in certe situazioni apparire esagerati o inadeguati. Sono da tenere in grande

considerazione anche comportamenti quali parlare spesso di morte, frasi come “quando non ci sarò più come farete?”, o esprimere la volontà di raggiungere una persona cara.

Anche la trascuratezza per le cose che fino a quel momento erano oggetto di interesse, rinunciare a un *hobby*, o acquistare strumenti pericolosi come una pistola, sono segnali importanti.

Gli adolescenti e i giovani raramente lasciano messaggi scritti o bigliettini come gli adulti. Più frequentemente vengono riportati “espliciti riferimenti alla morte in un tema di classe, o confidenze ad un amico di un sogno carico di avvertimenti, o la precisa e insistente curiosità nei confronti della morte, del morire, del dopo morte”⁴¹.

La presenza infine nella storia dell'individuo di alcuni comportamenti come la guida ad alta velocità, scommesse pericolose, oppure sport estremi, possono assumere significato di condotte presuicidarie.

Dissimulazione

Chi ha tentato il suicidio mette in atto atteggiamenti difensivi, quali la chiusura, la razionalizzazione, la minimizzazione o addirittura la rimozione del gesto per vergogna (Tab. VI).

I familiari

Informare correttamente i familiari dei pazienti che hanno tentato il suicidio è questione di estrema importanza, quanto mai delicata e altrettanto inevitabile. All'esigenza di fornire ai familiari, ma anche ad amici o conoscenti, strumenti che possano sostenerli nell'affrontare il clima di tensione che si è venuto a creare tra loro e/o nei confronti del paziente, si associa la necessità di rispettare le informazioni ed emozioni che il paziente stesso ci confida. Sentimenti di vergogna per il gesto compiuto, di rabbia, di delusione possono ancora persistere nel congiunto tornato a casa dopo il ricovero, e tali sentimenti possono prendere nuovamente il sopravvento se non c'è comprensione in chi lo accoglie, o se predominano indifferenza o paura. Di notevole importanza in questa fase anche il ruolo del medico di base, poiché interagisce sia con il paziente, sia con la sua famiglia⁴².

McFarlane et al. nel 1995⁴³ hanno descritto esaurientemente il trattamento psicoeducazionale per le famiglie, che dovrebbe essere iniziato subito dopo la dimissione. Capire che i disturbi psichiatrici sono delle vere e proprie malattie e che le terapie sono necessarie, può essere di fondamentale importanza per i pazienti, che talora hanno una grave carenza di autostima, o per i familiari che invece non vogliono ammettere che nel loro congiunto c'è qualcosa che non va. Inoltre pazienti e familiari possono trarre beneficio dall'apprendere che fattori psicosociali stressanti hanno un ruolo importante nell'esacerbarsi

Tab. VI. Tendenze dissimulative dei soggetti che hanno tentato il suicidio. *Dissimulating tendencies in subjects who have attempted suicide*³¹.

Negazione dell'intenzionalità autolesiva
Negazione di motivazioni gravi
Minimizzazione di problemi
Enfatizzazione di aspetti positivi di se stessi
Formazione reattiva
Mutacismo

dei sintomi psichiatrici, soprattutto subito dopo un periodo di degenza. Utile anche educare il paziente e i familiari nel riconoscere i sintomi che preannunciano un peggioramento delle condizioni cliniche, come l'insonnia, la perdita di speranza, la depressione.

In alcuni servizi nazionali sono sorti dei centri di ascolto ai quali si possono rivolgere sia i pazienti sia i familiari, amici, conoscenti, colleghi di lavoro o compagni di scuola. I centri si prefiggono di ascoltare e indirizzare persone che si trovano a vedere la morte come unica via d'uscita da situazioni complesse e dolorose, le sostiene psicologicamente anche con gruppi di auto-aiuto e le orienta verso specialisti o centri di consulenza psicologica e/o spirituale.

INTENZIONALITÀ E TEST PSICODIAGNOSTICI

La somministrazione di questionari psicodiagnostici a soggetti che hanno messo in atto un tentativo di suicidio può fornire un aiuto al clinico, tuttavia, sia che venga somministrato un test di tipo proiettivo, sia un questionario di personalità, sia una *rating scale*, lo studioso deve usare estrema cautela nell'interpretare i risultati sapendo come questi siano solamente indicativi. Le risposte ai test e alle *rating scales* sono facilmente "manipolabili" da quei soggetti che hanno, ad esempio, lo scopo di negare le proprie intenzioni autolesive⁴⁴. Alcuni strumenti restano comunque importanti perché, oltre a contribuire a individuare aspetti predittivi, come descritto recentemente da McMillan et al.¹⁵, forniscono al medico uno schema preordinato di cosa indagare e come condurre un colloquio (ad es. la *Intent Score Scale* e la *Scale of Suicidal Ideation* [Tabb. VII-IX]).

PSICOFARMACI

Certamente il tipo di disturbo, le modalità di decorso e la patologia associata influiscono sulla scelta del trattamento farmacologico, sulla sua durata di assunzione e sui dosaggi personalizzati.

La stabilizzazione dell'umore costituisce ormai un cardine nella prevenzione dei tentativi di suicidio nei disturbi bipolari, sia nella fase di acuzie, sia

Tab. VII. Scala di valutazione dell'Intento Suicidario. *Intent Score Scale*.

Intent Score Scale (ISS)
Pierce, 1977-1981

Il questionario consiste in 12 aree che esplorano con un punteggio che va da 0 a 2, alcuni aspetti inerenti al gesto autolesivo messo in atto.

Il rischio oggettivo (6 aree) è rappresentato dalle circostanze relative al gesto (isolamento, scelta del momento, precauzioni contro la scoperta e/o l'intervento di soccorritori, agire per avere aiuto durante o dopo il tentativo, azioni finali in previsione della morte e scritti suicidari). Il rischio soggettivo (4 aree) è indagato con l'autovalutazione che il soggetto dà alle proprie intenzioni (considerazioni sul grado di pericolo, intento dichiarato, premeditazione, reazione all'atto). Il rischio effettivo (2 aree) è dato dai rischi del risultato prevedibile in base alla letalità del gesto e alla possibilità di morte se non fosse pervenuto un intervento medico.

Tab. VIII. Scala della Ideazione Suicidaria. *Scale of Suicidal Ideation*.

Scale of Suicidal Ideation (SSI)
Beck et al., 1979

Può essere utilizzata sia come strumento di *screening* sia per la valutazione dell'ideazione suicidaria, anche in rapporto alla risposta terapeutica.

È composta da 19 *items*: 1) Desiderio di vivere; 2) Desiderio di morire; 3) Ragioni per vivere/morire; 4) Desiderio di mettere in atto un tentativo di suicidio; 5) Desiderio passivo di suicidio; 6) Durata dell'ideazione/desiderio di suicidio; 7) Frequenza del suicidio; 8) Atteggiamento verso l'ideazione e il desiderio; 9) Controllo sul gesto e sul desiderio di reazione impulsiva; 10) Deterrenti nei confronti del TS; 11) Motivi per prendere in considerazione il TS; 12) Adeguatezza/pianificazione del tentativo progettato; 13) Disponibilità/opportunità per il tentativo progettato; 14) Sensazione di capacità di realizzare il tentativo; 15) Attesa/previsione del reale tentativo; 16) Effettiva preparazione del tentativo progettato; 17) Scritti suicidari; 18) Atti finali in preparazione della morte; 19) Dissimulazione/occultamento del tentativo progettato.

Il punteggio dei singoli *items* varia da 0 a 2 e il punteggio totale può quindi oscillare da 0 a 38.

in quella di mantenimento. I numerosi dati in letteratura sono concordi nel confermare che gli antidepressivi o gli antipsicotici nei disturbi bipolari devono essere prescritti con molta cautela in alcune fasi per non rischiare viraggi verso l'ipomania o la depressione.

Fanno parte degli stabilizzatori un gruppo eterogeneo di composti utilizzati nella prevenzione e nella terapia degli episodi maniacali e depressivi. I più comuni, come noto, sono rappresentati da sali di litio. Il litio a tutt'oggi trova largo impiego nella prevenzione delle riacutizzazioni maniacali o depressive, come terapia delle depressioni monopolari (in associazione con gli antidepressivi triciclici), nelle forme farmacoresistenti, nelle psicosi schizoaffettive associate ai neurolettici⁴⁵. Tondo et al. nel 1998⁴⁶ riportano che la terapia di mantenimento con litio nei pazienti con disturbo bipolare è associata a una marcata riduzione dei tentativi di suicidio, che invece aumentano dopo la sua interruzione. Questi dati sono confermati da altri studi⁴⁷⁻⁵⁰. Secondo la *review* sistematica di Burgess et al. nel 2001⁵¹ invece, sebbene i dati indichino che il litio è efficace nella terapia di mantenimento del disturbo bipolare, nella depressione unipolare l'evidenza di efficacia è meno robusta e non ci sono dati di evidenza riguardo al fatto che il litio abbia o meno un effetto antisuicidario.

Tab. IX. Altri test. <i>Other tests.</i>
<i>Questionnaire for Assessing Suicidal Tendencies</i> Pöeldinger, 1976
<i>Parasuicide History Interview</i> Linehan et al., 1983
<i>Suicide and Aggression Survey (SAS)</i> Korn et al., 1992
<i>Hopelessness Scale</i> Beck, 1974
<i>Suicidal Behavior Questionnaire</i> Linehan, 1981
<i>Suicide Opinion Questionnaire (SOQ)</i> Domino, 1982
<i>Sad Persons Scale</i> Petterson et al., 1983

La carbamazepina, farmaco di prima scelta nella terapia delle nevralgie del trigemino e delle epilessie del lobo temporale, si è rivelato un utile composto da impiegare sia nella terapia sia nella prevenzione delle crisi maniacali, da solo o più spesso in associazione con neurolettici e sali di litio.

Il valproato di sodio, farmaco anticomiziale di prima scelta nella terapia del piccolo male epilettico, può essere utilmente impiegato nella terapia e nella prevenzione delle crisi maniacali, così come nella terapia dei gravi stati ansiosi, associati o meno a disturbi dell'umore. È dotato di maggiore attività sedativa rispetto alla carbamazepina. Per Bowden⁵² sia l'acido valproico sia il litio risultano efficaci nella prevenzione delle ricadute, ma recenti studi hanno mostrato un'efficacia minore per il litio di quella evidenziata negli studi dal 1970 in poi. Per Goodwin et al.⁵³ invece il rischio di suicidio è più basso durante il trattamento con litio che durante il trattamento con valproato.

Yerevanian et al.⁵⁴, in uno studio su 140 pazienti bipolari, concludono che sia il litio sia gli altri stabilizzatori dell'umore sono associati con un ridotto rischio di suicidio.

Altri farmaci con effetto di stabilizzatori sono l'olanzapina e la lamotrigina. Quest'ultima efficace per prevenire le ricorrenze depressive, mentre l'olanzapina per quelle maniacali⁵⁵. Per Vampini et al.⁵⁶ solo l'olanzapina, al momento, può documentare, attraverso dati provenienti da studi controllati a breve e lungo termine, un'efficacia terapeutica complessiva sostanzialmente sovrapponibile ai classici stabilizzatori dell'umore (litio e valproato).

Born et al.⁵⁷ hanno confrontato l'effetto di vari stabilizzatori dell'umore sull'ideazione suicidaria di 128 pazienti con disturbo bipolare. Comparato con il litio, il rischio relativo di ideazione suicidaria è stato numericamente maggiore per il valproato, la carbamazepina, e in un piccolo gruppo trattato con levetiracetam, oxcarbazepina o topiramato, ma più basso in pazienti trattati con lamotrigina, senza tuttavia raggiungere una differenza statisticamente significativa.

Riguardo all'efficacia della terapia combinata nei disturbi affettivi, Angst et al.⁵⁸ riportano che l'osservazione di 186 pazienti unipolari, 60 bipolari II, 130 bipolari I, e 30 pazienti prevalentemente maniacali, seguiti dal 1963 al 2003 ha dato i seguenti risultati:

- 45 pazienti hanno commesso il suicidio e di questi la maggior parte erano unipolari, seguiti dai bipolari I, poi i bipolari II e infine i prevalentemente maniacali;
- il litio, i neurolettici e gli antidepressivi riducono significativamente i suicidi;
- la terapia a lungo termine riduce ulteriormente la mortalità, e il trattamento combinato è più efficace della monoterapia.

Nella schizofrenia l'effetto specifico dei neurolettici atipici sulla ripetizione del suicidio non è stato molto studiato. Dati più numerosi sono disponibili solo per la clozapina e suggeriscono che questa molecola, riducendo sintomi quali la discinesia tardiva, la depressione, la mancanza di aspettative per il futuro in schizofrenici resistenti ad altre terapie, può essere considerata importante nel ridurre il rischio di atti autolesivi. Dati epidemiologici e clinici infatti suggeriscono che la clozapina è associata a un minor rischio suicidario^{59,61}.

Riguardo a un altro disturbo che presenta un elevato rischio di ripetizioni di gesti suicidari, quale il disturbo *borderline* di personalità, le linee guida dell'*American Psychiatric Association* (APA)⁶², oltre alla psicoterapia, indicano l'utilizzo di farmaci mirati alla correzione delle alterazioni di tre dimensioni sintomatologiche: 1) disregolazione affettiva, 2) discontrollo degli impulsi e disregolazione comportamentale, 3) disturbi cognitivo-percettivi. Riguardo alle prime due dimensioni vengono considerati di prima scelta gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e poi gli inibitori delle monoamminossidasi (MAO), mentre per l'ultima dimensione vengono indicati i neurolettici sia classici sia atipici. Efficace risulta infine il ruolo degli stabilizzatori dell'umore, anche questi indicati dalle attuali linee guida⁶².

Bibliografia

- 1 Geddes JR, Juszczak E. *Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-92*. *BMJ* 1995;311:357-60.
- 2 Roy A. *Risk factors for suicide in psychiatric patients*. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1089-95.
- 3 Goldacre M, Seafroatt V, Hawton K. *Suicide after discharge from psychiatric inpatient care*. *Lancet* 1993;342:283-6.
- 4 King E. *Suicide in the mentally ill: an epidemiological sample and implications for clinicians*. *Br J Psychiatry* 1994;165:658-63.
- 5 Rossau CD, Mortensen PB. *Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study*. *Br J Psychiatry* 1997;171:355-9.
- 6 Hawton K, Fagg J. *Suicide, and other causes of death, following attempted suicide*. *Br J Psychiatry* 1988;152:359-66.
- 7 Owens D, Horrocks J, House A. *Fatal and non fatal repetition of self-harm: systematic review*. *Br J Psychiatry* 2002;181:193-9.
- 8 Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis*. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
- 9 Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. *Clinical correlates of inpatient suicide*. *J Clin Psychiatry* 2003;64:14-9.
- 10 Di Fiorino M, Martinucci M, Bani A. *Fattori predittivi di comportamento suicidario. Analisi di una coorte di suicidi già ricoverati nell'SPDC della Versilia*. Relazione presentata all'11th Symposium on Suicide and Suicidal

Conclusioni

La difficoltà che pone in termini di predizione il gesto autolesivo, si riflette sulla relativa scarsa capacità di prevenzione. In effetti, ci sono più dati riguardo al rischio suicidario rispetto ai fattori protettivi su tale condotta; peraltro, in letteratura vengono analizzati i rischi per il tentato suicidio, mentre più raramente il rapporto tra un tentato suicidio e la sua ripetizione fatale. Anche quando rivediamo la letteratura, ci rendiamo conto come i protocolli di ricerca siano disomogenei e i risultati difficilmente confrontabili. Da notare come riguardo alla prevenzione della ripetizione autolesiva ci sono dati quali quelli di Hawton et al.²² e di Benjaminsen et al.¹⁶ che indicano come non ci siano certezze sulla terapia più idonea ed efficace per la prevenzione.

Attualmente, in considerazione che quindi è così difficile operare una predizione attendibile, è frequente che il medico, alla dimissione, si senta eccessivamente responsabilizzato riguardo al decorso dell'ideazione suicidaria. Non è raro che il gesto suicidario susciti angoscia e sofferenza nello stesso operatore che, incredulo rispetto a un tale esito negativo, in considerazione anche dell'elevato impegno, provi emozioni quali sensi di colpa, d'impotenza, di fallimento personale, frustrazione, rabbia, angoscia, che, se non decodificate, razionalizzate e superate, conducono l'operatore stesso all'incapacità di svolgere il suo ruolo.

Behaviour, September 9-12, 2006, Portorož, Slovenia (in stampa).

- 11 Miniati M, Bani A, Toschi D, Conti GL, Rossi A, Conti L. *Il tentato suicidio: studio di un campione di 124 soggetti. Caratteristiche generali del campione - Aspetti psicopatologici - Condotte suicidarie ed aggressività*. Atti del XXXIX Congresso della Società Italiana di Psichiatria, Riccione, 1994.
- 12 Evans J, Middleton N, Gunnell D. *Social fragmentation, severe mental illness and suicide*. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:165-70.
- 13 Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. *A clinical tool for assessing risk after self-harm*. *Ann Emerg Med* 2006;48:459-66.
- 14 Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. *The repetition of suicidal behaviour: a multi-center cohort study*. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1599-609.
- 15 McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. *Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis*. *Psychol Med* 2007;4:1-10.
- 16 Benjaminsen SE, Knudsen AF, Thomsen RL, Balslov KD. *Prevention of repeated suicide attempts. Evaluation of the treatment effectiveness*. *Ugeskr Laeger* 2006;168:553-8.
- 17 Goldacre M, Hawton K. *Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses*. *Br J Psychiatry* 1985;146:395-8.
- 18 Mean M, Righini NC, Narring F, Jeannin A, Michaud PA. *Substance use and suicidal conduct: a study of adolescents*

- hospitalized for suicide attempt and ideation. *Acta Paediatr* 2005;94:952-9.
- ¹⁹ Harriss L, Hawton K, Zahl D. *Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury*. *Br J Psychiatry* 2005;186:60-6.
- ²⁰ Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. *Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study*. *Am J Psychiatry* 2004;161:562-3.
- ²¹ Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. *Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study*. *Am J Psychiatry* 2005;162:297-303.
- ²² Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. *Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition*. *BMJ* 1998;317: 441-7.
- ²³ Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. *Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden*. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:844-50.
- ²⁴ Hoyer EH, Mortensen PB, Olesen AV. *Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993*. *Br J Psychiatry* 2000;176:76-82.
- ²⁵ Jamison KR. *Night falls Fast*. New York: Knopf 1999 [trad. it. *Rapida scende la notte: capire il suicidio*. Milano: Longanesi 2001].
- ²⁶ Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. *Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality*. *J Clin Psychiatry* 2005;66:339-45.
- ²⁷ Biack DW, Winokur G, Warrack G. *Suicide in schizophrenia: the Iowa record linkage study*. *J Clin Psychiatry* 1985;46:14-7.
- ²⁸ Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE. *Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:660-71.
- ²⁹ Fawcett J, Scheffter WA, Fogg L. *Time-related predictors of suicide in major affective disorders*. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189-94.
- ³⁰ Tondo L, Jamison KR, Baldessarini RJ. *Effect of lithium maintenance on suicidal behaviour in major mood disorders*. *Am NY Acad Sci* 1997;836:339-51.
- ³¹ Bani A, Miniati M. *Suicidio: comunicazione e dissimulazione*. *Problemi in Psichiatria* 2003;31:55-64.
- ³² Busch KA, Clark DC, Fawcett J, Kravitz HO. *Clinical features of inpatient suicide*. *Psychiatric Annals* 1993;23:256-62.
- ³³ Nordentoft M, Jeppesen P, Abel MD. *OPUS Study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis*. *Br J Psychiatry* 2002;181: S98-106.
- ³⁴ Goodwin FK, Jamison KR. *Suicide*. In: *Manic-Depressive Illness*. New York-Oxford: Oxford University Press 1990.
- ³⁵ Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Angeletti G, Tatarelli R. *Stigma e rischio di suicidio. Overview*. *Psichiatria e Psicoterapia* 2006;25:36-47.
- ³⁶ Davidson L. *Come stabilire la dimissione di pazienti che hanno tentato il suicidio recentemente*. Torino: Centro Scientifico 2000.
- ³⁷ Dalgalarondo P, Soldera MA, Correa Filho HR, Silva CA. *Religion and drug use by adolescents*. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26:82-9.
- ³⁸ Van Den Bree MB, Whitmer MD, Pickworth WB. *Predictors of smoking development in a population-based sample of adolescents: a prospective study*. *J Adolesc Health* 2004;35:172-81.
- ³⁹ Burgess P, Pirkis J, Morton J, Croke E. *Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide*. *Psychiatr Serv* 2000;51:1555-60.
- ⁴⁰ Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. *Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study*. *BMJ* 2006;332:1241-5.
- ⁴¹ Crepet P. *Le dimensioni del vuoto. I giovani ed il suicidio*. Milano: Feltrinelli 2000.
- ⁴² Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. *GPs' role in the prevention of suicide in schizophrenia*. *Fam Pract* 2002;19:221.
- ⁴³ McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. *Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia*. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679-87.
- ⁴⁴ Bani A, Giannoni A, Miniati M. *La misura della aggressività*. Pisa: ETS 2002.
- ⁴⁵ Bellantuono C, Imperadore G, Nicoli M, Vampini C. *La terapia antidepressiva combinata: evidenza di efficacia e rischio di interazioni*. *Facts News and Views* 2005;6.
- ⁴⁶ Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Floris G, Silvetti F, Tohen M. *Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients*. *J Clin Psychiatry* 1998;59:405-14.
- ⁴⁷ Young AH, Newham JI. *Lithium in maintenance therapy for bipolar disorder*. *J Psychopharmacol* 2006;20(Suppl.2):17-22.
- ⁴⁸ Schou M. *Perspectives on lithium treatment of bipolar disorder: action, efficacy, effect on suicidal behavior*. *Bipolar Disord* 1999;1:5-10.
- ⁴⁹ Kessing LV, Sondergard L, Kvist K, Andersen PK. *Suicide risk in patients treated with lithium*. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:860-6.
- ⁵⁰ Bronisch T, Wolfersdorf M, Leenars A. *Suicidality, bipolar disorders, and pharmacotherapy*. *Arch Suicide Research* 2005;9:231-5.
- ⁵¹ Burgess S, Geddes J, Hawton K, Townsend E, Jamison KR, Goodwin G. *Lithium for maintenance treatment of mood disorders*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Issue 3. Art. No.: CD003013. DOI: 10.1002/14651858.CD003013.
- ⁵² Bowden CL. *The ability of lithium and other mood stabilizers to decrease suicide risk and prevent relapse*. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2:490-4.
- ⁵³ Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. *Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex*. *JAMA* 2003;290:1467-73.
- ⁵⁴ Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. *Lithium, anticonvulsants and suicidal behaviour in bipolar disorder*. *J Affect Disord* 2003;73:223-8.
- ⁵⁵ Maina G, Albert U, Rosso G, Bogetto F. *La scelta dello stabilizzatore nei disturbi bipolari*. Abstract book del XI Congresso Nazionale della SOPSI, Roma, 2006, p. 45.

- ⁵⁶ Vampini C, Imperadore G, Bellantuono C. *Gli antipsicotici di seconda generazione nel disturbo bipolare*. In: Bellantuono C, Racagni G, editors. *I nuovi antipsicotici nella pratica psichiatrica attuale*. Milano: Airon 2005, pp. 51-77.
- ⁵⁷ Born C, Dittmann S, Post RM, Grunze H. *Newer prophylactic agents for bipolar disorder and their influence on suicidality*. Arch Suicide Res 2005;9:301-6.
- ⁵⁸ Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A. *Suicide in 406 mood disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up*. Arch Suicide Res 2005;9:279-300.
- ⁵⁹ Meltzer HY, Okayli G. *Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment*. Am J Psychiatry 1995;152:183-90.
- ⁶⁰ Reid WH, Mason M, Hogan T. *Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder*. Psychiatr Serv 1998;49:1029-33.
- ⁶¹ Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E. *Suicidal behaviour in schizophrenia: a retrospective study*. Eur Neuropsychopharmacol 1999;9(Suppl.5):271.
- ⁶² American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder*. Am J Psychiatry 2001;158:1-52.