

STUDIES ON AGGRESSIVENESS AND SUICIDE

STUDI SU AGGRESSIVITÀ E SUICIDIO

Editor in chief:

LUIGI PAVAN

*Affiliato all'Associazione
Italiana per lo Studio e
la Prevenzione del Suicidio
(AISPS)*

OTTOBRE 2003

Volume 2

CLUP

STUDI SU AGGRESSIVITÀ STUDIES ON AGGRESSIVENESS E SUICIDIO AND SUICIDE

Rivista semestrale fondata e diretta da Luigi Pavan

Direttore responsabile

Luigi Pavan

Redazione

Giuseppe Borgherini
Donatella Conforti
Andrea Costacurta
Alberto Frasson
Gaia Meneghel
Giuseppe Pavan
Cristiano Piovan
Paolo Scocco

Comitato scientifico

Arcuri L.	Fava M.	Tatarelli R.
Balestrieri M.	Ferrara S.D.	Volterra V.
Borgherini G.	Giordano P.	Grad O.
Calvi A.A.	Invernizzi G.	Hawton K.
Casacchia M.	Nivoli G.C.	Jeammet P.
Cassano GB.	Perini G.	Kerkhof A.
Castrogiovanni P.	Placidi G.	Ladame F.
Condini A.	Ravizza L.	Lester D.
De Vanna M.	Santonastaso P.	Montgomery S.
De Risio S.	Sarchiapone M.	Sonneck G.
Di Fiorino M.	Scapicchio PL.	Wasserman D.

Direzione e Redazione:

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze,
Università di Padova
Via Giustiniani 2, 35100 Padova
Tel. 049 – 8213836
Fax. 049 – 8755574
e-mail: aggressuicide@unipd.it
graziella.arpa@unipd.it

Anno I – n. 2 – Ottobre 2003

*Autorizzazione del Tribunale di Padova
n. 1788 del 26/03/2002*

Stampa

CLEUP Editrice – Padova
Via Belzoni, 118/3 - Padova
Tel. 049 650261
www.cleup.it

STUDI SU AGGRESSIVITÀ E SUICIDIO

STUDIES ON AGGRESSIVENESS AND SUICIDE

EDITORIALE

Malattia mentale e comportamento violento 5
Gian Carlo Nivoli

ARTICOLI

Le emozioni come costruzione sociale e il loro rapporto
con suicidio e omicidio nell'Italia meridionale 7
Ines Testoni

Note in tema di aiuto a morire e legge penale 12
Giuseppe Pavan

Efficacia della psicoterapia nella gestione
delle condotte autolesive 22
A. Costacurta, A. Frasson, G. Meneghel, P. Scocco, L. Pavan

Capacità di mentalizzare e comportamento violento
acuto in ambiente carcerario 35
Loretta L., Milia P., Nieddu G., Nivoli A., Nivoli L.F.

ABSTRACTS 39

RECENSIONI 45

CALENDARIO EVENTI 57

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO (AISPS)

Affiliata alla Società Italiana di Psichiatria (SIP)

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Luigi Pavan
Vice Presidente: Placidi G.F., Volterra V.
Segretario: De Vanna M.
Tesoriere: Borgherini G.
Consiglieri: Balestrieri M., Condini A., De Risio S., Nivoli G.C.,
 Ravizza L., Santonastaso P., Sarchiapone G.

L'AISPS è un'Associazione sorta allo scopo di riunire gli studiosi delle problematiche riguardanti il suicidio e la sua prevenzione, di promuovere la conoscenza e la diffusione di tali argomenti in campo clinico e sociale, di contribuire alla formazione di operatori e alla creazione di strutture intra ed extra ospedaliere per l'assistenza ai pazienti suicidari, per favorire il superamento della crisi ed il reinserimento sociale. L'Associazione ha la propria sede in Padova, presso la Clinica Psichiatrica dell'Università, Via Giustiniani, 2.

<p>Intendo sottoscrivere l'abbonamento alla Rivista:</p> <p><input type="checkbox"/> sottoscrizione personale € 30,00</p> <p><input type="checkbox"/> sottoscrizione istituzionale € 60,00</p> <p>Cognome _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Istituto _____</p> <p>Indirizzo _____</p> <p>C.A.P. _____ Città _____ (Prov.) _____</p> <p>Tel. _____</p> <p>e-mail _____</p> <p>Professione _____</p>	<p>Ho eseguito l'abbonamento alla Rivista di:</p> <p><input type="checkbox"/> € 30,00</p> <p><input type="checkbox"/> € 60,00</p> <p>a mezzo:</p> <p><input type="checkbox"/> Bonifico: Cassa Risp. Pd e Ro Ag. 16 c/c 1960030T cab 6225 abi 12197</p> <p><input type="checkbox"/> Ass. Banc.</p> <p><input type="checkbox"/> Contanti</p>
--	--

Per ulteriori informazioni, rivolgersi a:

STUDI SU AGGRESSIVITÀ E SUICIDIO

STUDIES ON AGGRESSIVENESS AND SUICIDE

c/o Clinica Psichiatrica -Università di Padova - Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova

Tel. 049 8213836 Fax 049 8755574 e-mail: graziella.arpa@unipd.it

MALATTIA MENTALE E COMPORTAMENTO VIOLENTO

Gian Carlo Nivoli

Il comportamento violento di una persona nei confronti di un'altra persona (aggressione fisica con danno all'integrità corporale, omicidio tentato ed attuato) è dovuto a numerosi fattori: psichiatrici, psicologici e sociali, criminologici ecc.

Solo dal 5 al 15% (pur essendo tali valori variabili secondo l'area geografica ed il tipo di rilievo statistico) delle persone imputate di omicidio sono dichiarate ai fini di legge con infermità mentale; il restante 80-85% delle persone che uccidono sono dichiarate per legge capaci di intendere e di volere. È quindi profondamente errato il pregiudizio tra la popolazione e tra non pochi psichiatri che tutte le persone che uccidono in qualche modo siano dei gravi malati di mente.

La psichiatria aiuta (come la psicologia, la sociologia, la criminologia ecc) nella comprensione del comportamento violento in quanto spiega, soprattutto il "come" e "quando" la persona violenta colpisce un'altra persona ma difficilmente offre un "perché" il soggetto violento abbia scelto la violenza come mezzo per risolvere i suoi problemi con un'altra persona.

Non è sufficiente infatti essere schizofrenico, delirante, con contenuto persecutorio per aggredire un'altra persona anche se è il supposto persecutore. La clinica insegna che la maggior parte degli schizofrenici con contenuto persecutorio non aggrediscono affatto il loro persecutore od altre persone.

Il delirio a contenuto persecutorio non può essere il "perché" un soggetto schizofrenico aggredisce il suo presunto persecutore. Il vero "perché" lo schizofrenico delirante con contenuto persecutorio abbia preso un'arma tra le mani per aggredire un'altra

persona è molto più profondo e non è tanto legato alla malattia mentale quanto profondamente nelle radici della storia personale del soggetto e dei contatti che ha avuto con la violenza e non certamente con il suo delirio. Il delirio fa solo sì che la mano che è già armata scelga su quale vittima, in che momento e come mettere in atto la violenza (il "come" ed il "quando" della violenza ma non il "perché").

È certo che un bravo psichiatra può spiegare ogni forma di violenza personale con la psichiatria, un bravo psicologo lo può spiegare con la psicologia, un bravo sociologo con le leggi che reggono la sociologia, un bravissimo criminologo con la disciplina criminologica ecc.

Però è anche certo che malattia mentale e comportamento violento devono essere affrontati con approcci che non possono essere uguali.

A) Approccio alla malattia mentale: diagnosi (diagnosis) terapia (therapy);
B) Approccio al comportamento violento, valutazione (assessment) trattamento (treatment).

L'approccio alla malattia mentale è gestito in genere attraverso la diagnosi (diagnosis) e la terapia (therapy) sia essa farmacologia che psicoterapica. Quest'approccio talvolta deve essere adottato in un soggetto con possibile comportamento violento ma spesso non è sufficiente a capire, prevedere e prevenire l'agito di violenza.

Consideriamo ad esempio un caso classico di omicidio passionale: l'uomo abbandonato dalla donna vive questa perdita con depressione. In una prima fase il soggetto de-

presso abbandonato tenta il suicidio. In una seconda fase il soggetto uccide la donna che lo ha abbandonato.

Lo psichiatra che esamina il soggetto nella prima fase fa diagnosi di depressione e lo può curare con antidepressivi.

Questo psichiatra avrà fatto una diagnosi ed una terapia corretta ma non ha fatto una valutazione ed un trattamento corretto.

Non è stato infatti valutato che l'autoaggressività era solo la prima fase di una successiva eteroaggressività e cioè che dal tentato suicidio si sarebbe inequivocabilmente passati all'omicidio. Non è stato nemmeno in grado di mettere in atto un trattamento adeguato, oltre la terapia farmacologica, come ad esempio far verbalizzare il paziente sulla sua aggressività verso la vittima, usare delle tecniche di identificazione alla vittima, far allontanare spazialmente la vittima ecc.

L'approccio al comportamento violento è gestito attraverso la valutazione (assessment) ed il trattamento (treatment), che sono concetti che richiedono attenzioni diagnostiche e terapeutiche preventive che possono comprendere l'approccio alla malattia mentale (con diagnosi e terapia) ma sono più complesse, più articolate come ad esempio la capacità di applicare le tecniche per ridurre l'aggressività (talk down), l'introspezione e la ventilazione sui progetti aggressivi (ventilation), la gestione dei sentimenti di colpa autopunitivi, l'approfondimento delle scelte vittimologiche, gli interventi sociali anche restrittivi della libertà personale ecc.

Consideriamo ad esempio il caso di un giovane pedofilo che è solito aver rapporti sessuali con bimbi attraverso la violenza. A prescindere dal fatto che il pedofilo sia diagnosticato dal punto di vista psichiatrico, schizofrenico, depresso, personalità borderline, "sano di mente" ecc, è necessario indagare su alcune dinamiche specifiche.

Il soggetto pedofilo, ad esempio, quando era bimbo è stato a sua volta vittima di un padre che lo ha violentato sessualmente. Allo stato attuale il giovane pedofilo violento non fa che riprodurre la violenza subita (quasi una coazione a ripetere od un processo per digerire il trauma passato) attraverso la dinamica dell'identificazione all'aggressore. Questa dinamica può essere presente, ripetiamo, non solo nel soggetto sano di mente, ma anche affetto dalle diagnosi più svariate. Anche in questo caso la valutazione ed il trattamento del caso in esame sono diversi da un approccio puramente psichiatrico, relativamente ed esclusivamente legato alla malattia mentale, resa onnipresente ed onniresponsabile nelle sue diagnosi categoriali classiche.

Conclusioni

L'approccio alla malattia mentale attraverso diagnosi e terapia è diverso dall'approccio al comportamento violento attraverso la valutazione ed il trattamento. È già stato scritto, ed è in continua evoluzione, un manuale diagnostico e statistico per meglio comprendere e classificare le malattie mentali (il DSM-IV-R), ma non è ancora stato scritto un manuale che aiuti a meglio classificare e comprendere i comportamenti violenti.

I due esempi che precedono (le fasi dell'auto ed eteroaggressività nell'omicidio passionale ed il meccanismo trasversale dell'identificazione all'aggressore nella riproduzione della violenza subita), potrebbero essere tra i casi clinici di questo nuovo manuale che, pur dovendo ancora prima della sua nascita essere attentamente valutato, criticato e discusso, potrebbe offrire, almeno nelle speranze del clinico, un approccio più ricco di risultati valutativi, preventivi e trattamentali in tema di comportamento violento.

LE EMOZIONI COME COSTRUZIONE SOCIALE E IL LORO RAPPORTO CON SUICIDIO E OMICIDIO NELL'ITALIA MERIDIONALE

Ines Testoni

Ines Testoni, PhD

Parole chiave:

emozioni, comunicazione, suicidio, omicidio, Italia meridionale.

Key words:

emotions, communications, suicide, murder, southern Italy.

Indirizzo:

Ines Testoni
Dipartimento di Psicologia
Università di Padova
ines.testoni@unipd.it

RIASSUNTO

L'articolo presenta alcuni temi aventi per oggetto il rapporto tra suicidio e omicidio nell'Italia meridionale. Vengono messe in relazione le ipotesi inerenti al rapporto tra emozione e comunicazione, evidenziando l'importanza dei sistemi culturali sui quali si erigono i valori sociali che danno senso al vivere e al morire.

SUMMARY

This article examines various themes, the subject of which is the relationship between homicide and suicide in southern Italy. The hypothesis inherent to the rapport between emotional expression and forms of communication are compared, underscoring the importance of the cultural systems in which social values are constructed, meaning the sense of life and death.

Introduzione

Intorno ai saperi che inscrivono nella dimensione individuale il senso del suicidio e dell'omicidio, si estende il territorio che riguarda l'ambito delle dinamiche sociali. L'atto di soppressione della vita umana è un gesto che esprime non solo il precipizio in cui sprofonda un mondo interno, ma definisce anche lo stesso mondo in cui l'evento accade, poiché, come dicono Goffman (1959) e Harré (1979), ogni azione è la drammatizzazione di un codice di senso che unifica attori e spettatori in una medesima operazione di significazione. In questo articolo si rispetta la linea teorica della psicologia sociale, secondo la prospettiva storico-culturale e costruzionista – sulla linea aperta da Vygotskij, ripresa tra gli altri da Bruner (1990), Cole (1996), Gergen (1973) e Harré (1986). In particolare si offre importanza al tema dei valori sociali già indicata da Thomas e Znaniecki (1918).

Questa prospettiva risulta idonea per approfondire un suggerimento offerto in un articolo da Lester (1997), nel quale viene messo in evidenza il fatto che esiste una differenza tra Italia meridionale e settentrionale rispetto ai tassi di suicidio, significativamente superiori al Nord. Lo studioso collega il dato con le caratteristiche emozionali-caratteriali delle due popolazioni, delle quali quella meridionale tende maggiormente all'estroversione (Pennebaker, Rimé & Blankeship, 1996). Il presente articolo considera tale dimensione anche nel rapporto tra omicidio e suicidio.

Differenze tra nord e sud

Comparando i livelli di sviluppo tra i diversi gruppi umani del mondo, possiamo rilevare notevoli differenze tra popolazioni occidentali e non occidentali. Grazie al sapere

scientifico-tecnologico, gli individui delle popolazioni occidentali, abitanti nella parte settentrionale del pianeta, vivono più a lungo e meglio (Djalma Vitali, 1983; Testoni, 1997), poiché l'Occidente ha nell'ultimo secolo aperto il cammino del senso del "bene" verso due valori: allungare indefinitamente la durata della vita umana e rendere il più possibile questo tempo sopportabile (Severino, 1998).

Questo è l'esito di un percorso iniziato con la nascita del pensiero ontologico, ovvero quando nell'antica Grecia, nel V secolo a.C., per la prima volta e in senso radicale è stato pensato il senso dell'*essere* e del *nulla assoluto* (Severino, 1982). Da allora l'uomo occidentale si è trovato a significare il senso della propria esistenza come l'oscillazione tra i due opposti, e quindi a leggere il significato della morte come l'annientamento definitivo e irreversibile. La prima forma di rimedio all'angoscia suscitata dall'idea dell'annientamento è consistita nell'individuare nell'*essere assoluto* il luogo dell'*immutabile*, verso il quale muovere l'esistenza diveniente. Tale sapere – episteme – si poneva come certo e incontrovertibile, ossia come verità assoluta (non mitologica) che indicava in che senso l'esistenza dell'uomo fosse destinata a permanere oltre la morte, per avvicinarsi all'Assoluto e all'eternità (Severino, 1982). La salvezza era quindi legata anziché ai destini del corpo a quelli dell'anima. Per questo si poteva morire – uccidere o martirizzarsi – in nome di un valore riconosciuto come costitutivo della verità. Sul discorso epistemico venne eretta la vita sociale in senso etico-religioso: lo Stato etico era lo Stato assoluto, il quale definiva le funzioni dei singoli uomini e del loro senso di esistenza in rapporto a ciò che veniva inteso come immutabile. Ma con Nietzsche, è diventato chiaro che se il *divenire* esiste, ossia se l'essere può uscire e entrare nel nulla, allora nessun Assoluto immutabile può imporsi sul divenire, così come nessuna verità certa sembra saper dominare l'universo delle opinioni, se non con la violenza. Nessun *immutabile* è quindi possibile e alcuna salvezza contro la contin-

genza può da essi derivare (Severino, 1979). Parallelamente l'idea di salvezza si è ritirata all'interno dell'unica forma di speranza di esistere, quello corporeo (Testoni, 1997). Se dunque il "bene" per la tradizione del pensiero epistemico riguardava le scelte operate in funzione dei valori relativi all'Assoluto e l'errore consisteva nel preferire i valori minori legati alla contingenza corporea, oggi accade esattamente il contrario. All'apparato epistemico si sostituisce quindi, nello Stato democratico, l'apparato scientifico-tecnologico, sul quale si fonda la società civile delle opinioni e dell'incertezza.

La costruzione sociale delle emozioni

Secondo Harré (1986) le emozioni sono sindromi politetiche socialmente costituite. Tale definizione permette di indicare il nuovo orizzonte all'interno del quale si inscrivono le ricerche intorno a questa area psicologica. Infatti, con il declino delle definizioni epistemiche inerenti alle componenti umane, i saperi psicologici si impongono come scienze dedite allo studio di quel territorio che ha preso il posto di quanto era definito "anima" (Galimberti, 1999). La psiche è quindi oggi intesa come una emergenza sopravveniente da contesti contingenti, di natura sia fisica che sociale. Le emozioni non sono in tal senso più corrispondenti né ad alcunché di trascendente, né a una natura intrinseca e indiveniente dell'uomo. Esse sono intese come una componente funzionale alla produzione di segnali, diversi a seconda delle tradizioni culturali (Doi, 1973; Ekman, 1982; Scherer, 1982), attraverso i quali le persone si intendono comunicando (Rosenthal, Hall, Di Matteo, Roger, Archer, 1979).

Il sentire mafioso

L'etica religiosa in Meridione mantiene una valenza sociale fortissima, insieme a tut-

te le pratiche che disciplinano le condotte individuali in base a degli specifici valori, promossi come immodificabili. Parallelamente lo sviluppo tecnologico risulta penalizzato dall'organizzazione burocratica e obsoleta della cosa pubblica. Ciò che sembra dunque operare una distinzione tra Meridione e Settentrione italiani non è tanto la dimensione emozionale in se stessa, quanto piuttosto il tessuto sociale di significati che supportano la manifestazione di certe emozioni piuttosto che di altre. Il bisogno di affiliazione, dal quale dipendono le manifestazioni dei propri sentimenti, è ciò che permette la disciplinazione delle stesse emozioni nella comunicazione. L'affiliazione garantisce il mantenimento dell'identità sociale, la quale in Meridione è stata eretta su principi che non si adattano alle libertà offerte dalla cultura scientifico-tecnologica. L'esternazione anche rituale dei sentimenti sono espressioni linguistiche che garantiscono alla collettività che certi valori vengano rispettati e si mantengano inalterati nel tempo (Saija, 1978). I codici d'onore sono un retaggio del passato in cui la parola veniva pronunciata in funzione del porsi dinanzi all'Assoluto, chiamandolo a testimone. Il carattere magico-sacrale della religiosità meridionale è quindi strettamente legato alle più antiche e forti espressioni del rimedio epistemico all'angoscia di morte, e da essa deriva la strutturazione di legami sociali vincolati dall'atto di fede condiviso. L'identità meridionale rimane legata a un tessuto di conoscenze più vicino a quello epistemico che a quello scientifico-tecnologico. Se questo fenomeno è destinato a scomparire, diluendosi sempre di più, è anche vero che si tratta di un processo conflittuale, che comporta la perdita dell'identità di un sapere profondamente radicato. E questo percorso, che definisce il tramonto di un'identità forte, avviene attraverso l'esercizio della violenza. In quest'ottica, si rende visibile il senso del rapporto tra suicidi e omicidi (Lester, 1995). Già Durkheim (1897) indicava l'esistenza di una correlazione inversa tra nume-

ro di suicidi e omicidi. Successivamente il contributo durkheimiano è stato approfondito secondo l'ipotesi della frustrazione da Henry e Short (1954). Se in Settentrione il tasso di suicidi è maggiore, nel Sud sono più numerosi invece gli omicidi. Ma gli omicidi che lacerano la vita sociale del Sud sono stati a lungo contrassegnati in senso ideologico, ossia stigmatizzati dalle dinamiche di affiliazione gerarchica: *mafia*, *ndrangheta*, *camorra* e *Sacra Corona Unita*. Queste realtà non sono soltanto organizzazioni delinquenti (Crisantino, 1994); esse sono l'esito di una forma di organizzazione del tessuto sociale in cui l'identità dei vari ruoli viene perpetuata e mantenuta da secoli attraverso il *giuramento*, ossia l'adesione irreversibile a determinati valori di affiliazione. Se consideriamo l'identità sociale come costitutiva di gruppi umani e individui (Tajfel, 1981) e rintracciamo nell'idea di *identità* la matrice sulla quale si erigono i codici, dai quali dipende la convinzione di riconoscere il senso delle emozioni condivise nell'atto della comunicazione, possiamo convenire con quanto indicato in proposito da Di Maria (1988), secondo il quale attraverso la cultura del gruppo di appartenenza prendono forma le categorie della desiderabilità, definite a partire dalle emozioni di base che si legano al vissuto di *bene* e di *male*. Secondo Sciascia (1970), l'incertezza è la caratteristica dominante del popolo siciliano, il *sentire mafioso* si fonda sul bisogno di certezze rassicuratorie, di ripari, *rimedi* all'angoscia. L'organizzazione mafiosa si sviluppa come un'estensione all'intero gruppo sociale delle caratteristiche che strutturano la famiglia tradizionale che è il primo riparo affettivo e sociale. Essa è quindi una forma di associazione in cui viene negata l'individuazione dai legami di natura familiare, ossia fortemente implicanti dal punto di vista affettivo ed emozionale.

La mafia è una forma di associazione familiare, i cui vincoli non sono stretti in base alla consanguineità ma al giuramento di fedeltà, che intende garantire il senso da attribuire ai

legami sociali, mediando i rapporti consumo-produzione, cittadino-Stato (Tassone, 1983). L'ordinamento mafioso è il risultato di un adattamento allo sviluppo sociale portato dalla modernità (Catanzaro, 1991). Secondo Crisantino (1994), la continuità nel fenomeno mafioso si costituisce nel contrasto tra antiche dominazioni e la debolezza dello Stato dopo l'unità d'Italia. In questo susseguirsi di governi, la mafia è subentrata come organizzatore occulto delle dinamiche produttive. Essa è quindi una proiezione di diversi ordinamenti giuridici, evolutisi integrando gli esiti del crollo dell'assolutismo feudale con le politiche popolari; ma è anche l'esito di uno scontro di lotta sociale, derivante dalla contrapposizione dell'ordinamento giuridico feudale, di quello popolare e del nuovo Stato (Meligrana, 1983). Dal punto di vista giuridico-culturale essa si presenta come un nuovo equilibrio tra le spinte divergenti e i modelli economico-culturali imposti dai diversi sistemi normativi, ma dal punto di vista sociale essa estende i rapporti di produzione a quelli affettivi, dipendenti dalle dinamiche relazionali imperniati sul modello familiare. In tal senso il lavoro non è visto come strumento di individuazione, ma di rafforzamento del consesso familiare e di mantenimento dell'interdipendenza tra gli affiliati.

Quando la matrice di significazione dell'affiliazione mafiosa era di tipo ideologico, la licenza di uccidere rilasciata dal Padrino era legata al valore fermo e incorruttibile condiviso dagli appartenenti alla stessa cultura. La Società Onorata era fondata sul giuramento di fedeltà alla legge, la quale imponeva l'obbligo di conservare il *segreto*, l'obbligo di aiuto reciproco, l'obbligo della vendetta non solo per fatti personali ma anche per sgarri subiti da altri affiliati, l'obbligo di difendere e liberare i soci caduti nelle mani della giustizia esercitata da una legge non riconosciuta – quella dello Stato. Il senso dell'onore era legato all'identità sociale, quindi alla dignità intesa come opposizione all'oppressore. Il Padrino era il *padre sociale* al quale rivolgersi ogni qual volta si presentasse il rischio del venir meno ai

valori, che garantivano il mantenimento dell'onore da parte dei singoli rispetto alla collettività. Ma poiché tali valori si sono dimostrati tutt'altro che assoluti e unici, il sistema di controllo è sempre più divenuto evidente nel suo essere espressione di prevaricazione e imposizione di violenza. È così che la stessa struttura di affiliazione eretta su determinati valori, dinanzi all'avanzare di un mondo fondando sulle idee di libertà, si è trovata a dover rendere evidente la propria natura violenta, aumentando esponenzialmente le occasioni in cui l'eliminazione fisica dell'avversario si rendesse necessaria per garantire il mantenimento dei ruoli affidati ai singoli appartenenti alla comunità.

In questa prospettiva riconsiderando il contributo di Durkheim possiamo dare risalto ad altri due esiti della sua analisi. Il primo riguarda il fatto che il tessuto sociale affiliativo del Meridione è profondamente radicato nella sua storia come esigenza di collaborazione tra individui appartenenti a un gruppo umano svantaggiato. L'affiliazione che contraddistingue il Meridione per di più non è soltanto legata alla divisione del lavoro e quindi dei ruoli sociali, ma al proprio interno essa integra altresì tutti i livelli di *status*, poiché le relazioni tra gli individui rimangono di tipo familiare, ossia fortemente connotate in senso affettivo ed emozionale. Il subalterno si identifica con il padre-padrino-padrone, cosicché *la vita di ognuno non appartiene a ciascuno*, ma dell'intera famiglia, quindi nessuno ne può disporre liberamente. Dove i livelli di integrazione sono molto forti – dice Durkheim –, minore è la tendenza al suicidio. Il secondo esito delle riflessioni di Durkheim, che riteniamo idoneo per comprendere il fenomeno in oggetto, riguarda il fatto che il suicidio non è totalmente assente in Meridione. Poiché le difficoltà determinate dalla costante condizione di attrito sociale determinata dal contrasto con la legge dello Stato e con il divenire della cultura lacerano il sistema affiliativo, possiamo considerare la presenza di suicidi in tali regioni come espressione del “suicidio

anomico”, ossia legato a una forte condizione di crisi. È quindi probabile che con l’andar del tempo assisteremo all’aumento del numero di suicidi, proporzionale alla distruzione definitiva dell’ideologia mafiosa. Parallelamente, l’adesione alle leggi mafiose presuppone la consapevolezza per ognuno di poter/dover essere carnefici per non cadere vittime di un sistema in cui non è ammessa l’individuazione (alto tasso di omicidi).

Il Meridione d’Italia si trova dunque in un momento di passaggio: per un verso le credenze popolari mantengono attivi gli strumenti del rimedio offerti dal sapere tradizionale epistemico, legando il senso della vita oltre i confini dell’individualità, per l’altro il sistema sociale tradizionale mafioso, che su di essi si era eretto, è stato svuotato della propria essenza ma ha lasciato a disposizione una efficiente struttura relazionale eretta sulla clandestinità, la quale permette di costruire un’economia illegale e mantenerla, al fine di sviluppare e raggiungere un’economia lecita. In tali tensioni, tra loro contraddittorie, si estende il campo della volontà di vita e di morte, propria e altrui.

Bibliografia

- Bruner J: *Acts of meaning*. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1990.
- Catanzaro R: *Il delitto come impresa*. Rizzoli, Milano, 1991.
- Cole M: *Cultural psychology*. Harvard University Press, Boston, MA, 1996.
- Crisantino A: *Capire la mafia*. La Luna, Palermo, 1994.
- Di Maria F: *Mentalità mafiosa e percorsi di attraversamento*. In: F. Di Maria, S. Di Nuovo, A. Di Vita, C. Dolce, A. Pepi: “Il sentire mafioso”. Giuffrè, Milano, 1988.
- Djalma Vitali E: *La fame nel mondo*. Editori riuniti, Roma, 1983.
- Doi T: *The anatomy of dependence*. Kondansha International, New York, 1973.
- Durkheim E: *Le suicide*. Alcan, Paris, 1897.
- Ekman P: *Emotion in the human face*. Cambridge University Press, Cambridge, 1982.
- Galimberti U: *Psiche e techne*. Feltrinelli, Milano, 1999.
- Gergen K: *Social psychology as history*. Journal of Personality and Social Psychology 26: 309-320, 1973.
- Goffman E: *The presentation of self in everyday life*. Doubleday, New York, 1959.
- Harré R (Ed). *The social construction of emotions*. Blackwell, Oxford, 1986.
- Harré R: *Social being*. Blackwell, Oxford, 1979.
- Henry F & Short J: *Suicide and homicide*. Free Press, New York, 1954.
- Lester D: *The availability of guns and the rates of personal violence (Homicide and suicide)*. Giornale Italiano di Suicidologia 5 (2): 73-76, 1995.
- Lester D: *Suicide in Italy: The North versus the Sud*. Giornale Italiano di Suicidologia 7 (1): 19-21, 1997.
- Meligrana M: *Sull’origine e sulla funzione sociale della mafia*. In: Aa.Vv. “Le ragioni della mafia”. Jaka Book, Milano, 1983.
- Pennebaker J, Rimé B & Blankenship V: *Stereotypes as emotional expressiveness of Northerners and Southerners*. Journal of Personality & Social Psychology 70: 372-380, 1996.
- Rosenthal R, Hall J, Di Matteo M, Roger P & Archer D: *Sensitivity to nonverbal communication*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1979.
- Saija F (Ed): *Questione meridionale religione e classi subalterne*. Guida, Napoli, 1978.
- Scherer K: *Emotions as a process: Function, origin and regulation*. Social Science Information 21: 555-570, 1982.
- Sciascia L: *Appunti su mafia e letteratura*. In: Aa.Vv. “La mafia”. Boni, Bologna, 1970.
- Severino E: *Legge e caso*. Adelphi, Milano, 1979.
- Severino E: *Essenza del nichilismo*. Adelphi, Milano, 1982.
- Severino E: *Il destino della tecnica*. Rizzoli, Milano, 1998.
- Tajfel H: *Human groups and social categories*. Cambridge University Press, Cambridge, 1981.
- Tassone F: *Dalla parte della mafia*. In Aa.Vv. “Le ragioni della mafia”. Jaka Book, Milano, 1983.
- Testoni I: *Psicologia del nichilismo*. Franco Angeli, Milano, 1997.
- Thomas W, Znaniecki F: *The polish peasant in Europe and America*, University of Chicago Press, Chicago, 1918.

NOTE IN TEMA DI AIUTO A MORIRE E LEGGE PENALE

Giuseppe Pavan

Giuseppe Pavan, Ph D

Parole chiave:

legge penale, aiuto a morire.

Key words:

criminal law, assisted death.

*Indirizzo:*Giuseppe Pavan,
Viale Codalunga 10/c,
35131, Padova.

RIASSUNTO

Lo studio ripercorre i tratti più salienti del dibattito giuridico attualmente in svolgimento in ordine all'aiuto a morire. Attraverso l'analisi del diritto positivo, si giunge ad un confronto con altri ordinamenti che dimostra la peculiarità della materia, causa la difficoltà per il diritto penale di prendere in considerazione le sue molteplici sfaccettature.

SUMMARY

This study encompasses the salient points in the current legal debate on assisted death. It starts with an analysis of positive law and moves on to compare other legal systems, highlighting the peculiar nature of the subject and the difficulties criminal law encounters in considering the issue's many facets.

Premessa metodologica

Può suscitare disagio e sorpresa affrontare dal punto di vista giuridico alcuni dei temi che concernono la morte ed il significato di essa. La fine della vita è infatti esperienza così personale da apparire non riducibile alle generalizzazioni che sempre sono imposte dall'analisi in senso normativo di un problema. Fino a che punto il medico ha il dovere di tentare di salvare il malato terminale? Quando il paziente può domandare l'interruzione della terapia che lo tiene in vita? E se il titolare del diritto è incapace di esprimersi? Il tema dell'aiuto a morire si inserisce in questo contesto con prepotente attualità e con peculiarità che portano lo studioso del diritto penale ad interrogarsi sui limiti della propria materia.

Nel nostro Paese è oggi fervido il dibattito sull'opportunità, o meno, di un intervento legislativo che, con specifica disciplina, sottragga al rigore delle disposizioni incriminatrici comportamenti che, pur incidendo sul bene giuridico della vita, appaiono giustificati, o meno gravi, per un giudizio fondato su valori meritevoli di uguale tutela. Prima di affrontare l'argomento sentiamo la necessità – al pari di altri più illustri studiosi – di segnalare un

nostro primo limite: la volontà di attenerci ad un'analisi razionale e laica. Si tratta di una forma di isolamento che di per sé stessa può significare una presa di posizione, ma è a nostro avviso indispensabile evitare l'impatto diretto con l'ideologia. Troppo vasto è infatti l'argomento se affrontato a partire dalle sue radici culturali e filosofiche e, del pari, troppo forte la tentazione di ravvisarvi solo un problema di coscienza, risolubile secondo l'individuale visione del mondo. Così facendo, il problema giuridico-normativo non si proporrà con la stessa solennità di quello morale, ma è stato lucidamente osservato, in un saggio sul tema, come il problema oggi consista nell'elaborare un'etica del diritto capace di abbracciare con autorità razionale le più diverse concezioni morali, il cui contenuto può definirsi solo negativamente, e cioè per una morale che non abbia come contenuto l'oppressione delle altre.

Operata l'introduzione, è utile non indulgere e partire dal cuore del problema. Ebbene, tenderemo tra l'altro di indicare fino a che punto un individuo sia libero di realizzare la propria morte e fino a che punto i terzi abbiano il divieto o l'obbligo di intervenire. Le risposte vanno oggi cercate all'interno dell'ordinamento giuridico: il più delle volte è il suo

contenuto precettivo a determinare le scelte operative e, comunque, esso indica la soluzione giuridica per le condotte cui dà luogo il fenomeno studiato. Così, il nostro lavoro si propone il compito di analizzare l'attuale disciplina del fenomeno dando conto delle opinioni più condivise in dottrina, per verificare poi se qualche spunto di ulteriore approfondimento provenga da altri ordinamenti.

L'aiuto a morire

È utile sottolineare come, in ordine al significato del termine "eutanasia", nonostante il molto impegno profuso, non sia ancora stato raggiunto un apprezzabile grado di consenso sotto il profilo definitorio. Non è certo questa la sede per tentare di percorrere gli spunti principali della discussione: una ricostruzione precisa, oltre che difficile, sarebbe fuorviante. La nozione è essenzialmente di carattere empirico e, pertanto, è inevitabile una polisemia che da un lato contribuisce, per il continuo progredire della capacità di prolungare la vita, a rendere effervescente l'interesse multidisciplinare sul tema e, dall'altro, rappresenta un ostacolo ad un sereno confronto evocando paure che già nella storia hanno avuto la loro tragica realizzazione (si pensi all'*Euthanasieprogram* hitleriano, varato nel 1939, con lo scopo di eliminare i malati mentali inguaribili).

Da parte nostra abbiamo preferito individuare il titolo dell'indagine con l'espressione "aiuto a morire". In essa è contenuto l'aspetto comune alle diverse situazioni che tenteremo di analizzare: la volontà da parte del soggetto agente di agire nell'esclusivo interesse di una persona che desidera, o si suppone desideri, il termine della propria esistenza.

L'aiuto a morire, come vedremo, potrà così riguardare vicende tra loro anche molto differenti, e però dall'insieme devono sottrarsi sin d'ora – poiché escluse dall'ambito di interesse del diritto penale – tanto l'ipotesi in cui l'intervento del terzo, non rileva se sanitario o semplice cittadino, ponga in essere

terapie volte a lenire la sofferenza senza anticipare l'evento infausto (c.d. eutanasia pura), quanto quella in cui l'azione o l'omissione intervenga dopo la morte del titolare del bene giuridico, e cioè dopo la cessazione di tutte le funzioni cerebrali, ai sensi della Legge 29.12.1993, n. 578, "Norme per l'accertamento e la certificazione della morte".

Diversamente, nell'analisi delle situazioni riconducibili all'"aiuto a morire" sarà compresa la condotta di colui che, assecondando il volere di un uomo o ritenendo che questo sia il suo desiderio, agisca facilitandone o determinandone la morte. L'aspetto peculiare di questa prima categoria è rappresentato, a prescindere da una malattia con prognosi infausta, dalla realizzazione dell'evento attraverso una sequenza causale riconducibile all'azione o all'omissione di un terzo (c.d. eutanasia attiva consensuale o non consensuale).

Ancora, sarà necessario differenziare dalla precedente fenomenologia comportamenti caratterizzati dalla presenza di un soggetto diverso dal titolare del bene giuridico che non impedisce un processo morboso mortale perciò destinato a realizzare la sua massima potenzialità distruttiva. A fronte di tale situazione sarà poi possibile distinguere tra colui che decide di non agire per assecondare la volontà di un paziente capace di intendere e volere, da quella in cui il paziente non sia invece nelle condizioni di esprimere una valida volontà (c.d. eutanasia passiva consensuale o non consensuale).

Diverse poi le ipotesi in cui al solo fine di alleviare sofferenze ritenute difficilmente sopportabili siano somministrate cure palliative che hanno l'effetto collaterale di fiaccare la resistenza dell'organismo, anticipandone la resa (c.d. eutanasia indiretta).

Intervento di un uomo che cagiona la morte di un altro

Qualora un individuo ponga fine alla vita di un altro assecondandone la volontà, espressa o ipotetica, la condotta realizzata sarà tipi-

ca. Il nostro codice penale, infatti, punisce all'art. 575 il reato di "omicidio" e all'art. 579 il delitto di "omicidio del consenziente". Si tratta di fattispecie a forma libera ovvero casualmente orientate e, pertanto, i comportamenti posti in essere potranno assumere tanto la forma dell'azione, ad esempio la somministrazione di farmaci in dose letale, quanto quella dell'omissione, ad esempio qualora si ometta la somministrazione di medicinali indispensabili. Non è fuori luogo ricordare che l'art. 579 punisce il colpevole con una pena da sei a quindici anni di reclusione, sensibilmente attenuata rispetto a quella comminata dall'art. 575 c.p., per il quale la reclusione non può essere inferiore ad anni ventuno.

Senza distinguere il comportamento a seconda che sia posto in essere per eliminare in modo indolore individui deformi o tarati, per migliorare la razza o alleggerire la società dal peso di soggetti economicamente inutili (c.d. eutanasia collettivistica), od invece per un sentimento di pietà nei confronti di un particolare stato in cui versa la vittima (c.d. eutanasia individualistica), l'ordinamento si preoccupa solo di modulare la forza della risposta sulla base della presenza o meno di un valido consenso. Tuttavia, è importante osservare come la più blanda figura dell'omicidio del consenziente non potrà applicarsi quando il soggetto passivo sia un minorenne, un infermo di mente, o persona in condizioni di deficienza psichica per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, lasciando spazio in tali ipotesi alla più generale previsione dell'omicidio volontario comune.

In ordine alla qualificazione giuridica del fatto, neppure assume rilievo la circostanza che la vittima non fosse capace di agire da sola a causa di una infermità o che la volontà del soggetto attivo fosse del tutto subordinata a quella del paziente. A ben vedere, la disciplina penale vigente nemmeno distingue a seconda che il richiedente fosse, o meno, affetto da una malattia dal lui ritenuta insopportabile e/o con prognosi sicuramente infausta.

La risposta dell'ordinamento giuridico appare chiara: il divieto di uccidere altri è fissato in modo rigoroso, respingendo ogni possibilità di abuso anche attraverso l'esclusione di una efficacia scriminante al consenso della vittima, in deroga all'art. 50 c.p. La possibilità di tenere conto dei casi limite si realizza esternamente alla fattispecie: in sede di commisurazione della pena in concreto, anche attraverso l'applicazione delle circostanze attenuanti (ad es.: i motivi di particolare valore morale).

Essendo in gioco il primo dei beni giuridici, il diritto penale sembra non aver voluto guardare solo al congiunto preoccupato o al medico ben intenzionato, per tutelare il paziente da ogni possibile prevaricazione che determini un'interruzione anticipata della vita: l'erede insistente che vuole anticipare la propria fortuna; l'efficacia persuasiva del sanitario per il quale l'assistenza al malato incurabile è divenuta un peso.

Possiamo quindi ritenere la disciplina vigente adeguata ai compiti del diritto penale nella zona di confine tra la vita e la morte? Se a noi pare unanime l'opinione della dottrina secondo cui l'aiuto a morire che si realizza in una condotta attiva deve continuare ad essere previsto come reato, non sono mancate osservazioni volte a segnalarne l'eccessiva ed ingiustificata durezza. In tal senso è stato segnalato come l'attuale disciplina possa porre il medico in conflitto con i propri doveri laddove il paziente esplicitamente richieda una morte che non è in grado di realizzare da solo (come in caso di paralisi) e non appaia adeguata la condotta di lasciarlo semplicemente morire. Per tali ipotesi particolarissime è stata suggerita l'opportunità di prevedere, in sede di politica legislativa, una causa speciale di non punibilità o un avvicinamento al reale attraverso una consistente riduzione della pena editale prevista dall'art. 579 c.p.

Condotta di lasciar morire e diritto di autodeterminazione del paziente.

La fenomenologia legata a questa seconda categoria si sostanzia nel rifiuto delle cure da parte del paziente che, dotato di indubbie ca-

pacità di autodeterminarsi, decida di non ostacolare il tragico epilogo della malattia in cui versa (ad es.: rifiuto di affrontare trattamenti chemioterapici; rifiuto della dialisi improcrastinabile in conseguenza di grave compromissione renale). È diffuso in dottrina, anche se non mancano voci dissenzienti, il convincimento della liceità della condotta qualora il sanitario si adegui alla richiesta di astensione. Tale convinzione è raggiunta in base all'analisi di principi del nostro ordinamento ritenuti fondamentali. Ebbene, se da un lato l'articolo 2 della Costituzione repubblicana afferma che "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo", tra i quali non si può dubitare vi sia la vita, dall'altro l'art. 32, dopo aver affermato che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", aggiunge che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge". Così la concezione personalistica dell'uomo porta alla tutela severa della vita da aggressioni esterne, ma anche alla personale libertà di rinunziarvi.

Al centro dell'attività medica è stato così posto il principio del consenso, che esprime una scelta di fondo sul modo di concepire il rapporto medico-paziente e prima ancora sul modo personalistico di concepire l'uomo. Ciò comporta l'impossibilità di considerare il corpo umano come una macchina per la quale esistono regole tecniche sempre valide, e pone l'obbligo di individuare il bene della salute in molteplici fattori, tra i quali gioca un ruolo determinante l'individualità del malato, il suo modo di valutare la terapia, quindi in ultimo la sua volontà. Allo stesso modo, il dettato costituzionale riconosce il diritto di rifiutare le cure anche quando il suo esercizio conduce alla morte. È qui evidente la diversa reazione dell'ordinamento giuridico penale rispetto ai comportamenti riconducibili alla categoria analizzata in precedenza. Tale differente disciplina pare a noi pienamente giustificarsi, già sotto un profilo strutturale. Ebbene, nelle ipotesi per prime considerate assumeva un ruolo fondamentale l'in-

tervento del terzo, qui è invece la scelta di morire a dettare le conseguenze. Le due situazioni differiscano tanto sotto il profilo causale, quanto sotto quello inerente la direzione della volontà del sanitario. Difatti, il soggetto che rifiuta il trattamento muore a causa di una condizione preesistente; se egli invece ingerisce il prescritto farmaco letale è ucciso da quel farmaco. Inoltre, nel primo caso la volontà del medico intende rispettare quella del paziente, mentre nel secondo è diretta a fornire la "medicina" e quindi a provocare la morte. Appaiono così pienamente giustificate la distinzione ed anche le diverse conseguenze penali ricollegate all'atto di chi infligge la morte, rispetto al comportamento di chi si adegui al rifiuto consapevole di un trattamento artificiale.

In questa sede non possiamo tuttavia tacere l'esistenza di opinioni diverse, secondo cui in presenza di un pericolo imminente per il bene vita sussisterebbe un obbligo per il medico di eseguire la terapia anche contro la volontà del paziente. Tale impostazione è ricavata dal valore assoluto attribuito al bene giuridico della vita (art. 2 Cost.; art. 5 c.c.) e troverebbe conferma dalle norme penali che puniscono l'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), l'istigazione o l'aiuto al suicidio (art. 580 c.p.). Con riguardo al valore di queste disposizioni, va rilevato che per la stessa struttura dei reati omissivi impropri l'equiparazione fra l'agire e l'omettere è possibile solo quando sussista un obbligo giuridico ad agire, disciplinato da una norma diversa da quella tipicizzata in termini di causalità attiva. Coerentemente a quanto già detto, è allora agevole condividere la dottrina che ha osservato come il medico investito del rapporto di cura non assuma una posizione di garanzia generalizzata a tutela del bene vita, ma il suo obbligo trovi la fonte e il limite nell'art. 32, II co., Cost.

La soluzione da noi prospettata pare conforme alle indicazioni del codice di deontologia medica del 1998 che prevede: "In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere,

il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente (art. 32, IV co.).

Un'ultima precisazione merita di essere svolta. Ebbene, quanto detto presuppone la scelta consapevole e informata di lasciare libero corso alla malattia da parte del titolare del bene giuridico. Ogniqualvolta tale prima condizione non si realizzi e ci si trovi di fronte ad una situazione di emergenza il medico avrà la possibilità di intervenire anche contro la volontà del paziente, qualora all'inazione possa seguire la morte o altro grave nocimento. In tal caso dovrà essere riconosciuta l'operatività della scriminante dello stato di necessità.

Un caso particolare riguarda l'intervento di pronto soccorso nei confronti di chi abbia tentato il suicidio. Certamente il sanitario avrà un obbligo di soccorso qualora il paziente si presenti incosciente o in condizioni tali da far escludere la sua capacità di intendere e di volere. Il problema si pone allorché l'assistito, con apparente piena consapevolezza, si opponga all'intervento che può strapparli alla morte (ad es.: antidoto al veleno). La dottrina ha giustamente osservato come il rifiuto in presenza di un comportamento di autoaggressione non possa essere equiparato automaticamente a quello motivato dalla scelta consapevole di lasciare libero corso a una malattia che dura da lungo tempo. L'opinione del malato ben potrebbe infatti essere influenzata da motivazioni contingenti e destinate a durare una sola notte. Del resto è agevole suggerire al sanitario un comportamento prudentiale nei confronti dell'aspirante suicida, supponendo nel momento del pericolo un'alterazione delle facoltà mentali per il solo fatto di voler attuare un proposito totalmente autodistruttivo.

L'interruzione di presidi terapeutici già attivati

Sotto il profilo giuridico la regolamentazione delle differenti realtà riconducibili al-

l'aiuto a morire pone talvolta in crisi gli stessi istituti penalistici. È questo il segno della difficoltà per il nostro ramo dell'ordinamento di disciplinare una materia tanto eterogenea. Un segno di questa tensione è dato dalle ipotesi in cui si è in presenza di una malattia che certamente condurrebbe il paziente alla morte se particolari strumenti che conservano la vita non fossero stati attivati (ad es.: respirazione e/o alimentazione artificiale). Tacendo delle difficoltà dogmatiche, riteniamo importante ricordare solo come la dottrina abbia finito con l'identificare nella condotta del sanitario che "stacca le macchine", indubbiamente attiva sotto il profilo fenomenologico e quindi vietata, una mera omissione, pertanto destinata della medesima disciplina costruita per l'ipotesi in cui sia stata rispettata, prima dell'inizio delle cure, una volontà ad esse contraria.

Coerentemente al brocardo *voluntas aegrotis suprema lex*, deve quindi ritenersi lecita la condotta del sanitario che, assecondando la volontà del paziente incapace di agire da solo, ma capace di intendere e di volere, disattivi le apparecchiature che lo ancorano alla vita.

L'interruzione unilaterale del trattamento

A complicare la materia si aggiunge la possibilità che il paziente non sia in grado di autodeterminarsi e le possibili terapie, iniziate o meno, siano giudicate dal medico non utili o fonte di eccessive sofferenze rispetto ai risultati previsti. Attenta dottrina penalistica non ha mancato di rilevare una sensazione di insoddisfazione nel riflettere sul tema per la consapevolezza di trovarsi avanti a problemi che non possono essere elusi, ma la cui soluzione lascia permanere dubbi e incertezze: si pensi alla situazione del paziente in stato vegetativo permanente in cui il beneficio offerto dalla nutrizione-idratazione artificiale non è la guarigione, né la palliazione, né il miglioramento qualitativo dell'esistenza, ma il mero prolungamento – talora per decenni – di una vita incosciente. A prescindere dai casi limite e da

quello in cui l'incapacità di prendere decisioni sia solo temporanea, il problema di una interruzione unilaterale del trattamento si può verificare con rilevante frequenza, ad esempio per il ricovero di persone irrimediabilmente prive di coscienza a seguito di un incidente o di soggetti non più in grado di discutere ragionevolmente sull'interruzione del trattamento per le cause più disparate. Ci si domanda: il medico ha sempre e comunque il dovere di tentare di salvare la vita fino al sopraggiungere della morte cerebrale? Per alcuni studiosi sussiste l'obbligo prudenziale del medico di iniziare o continuare il trattamento, anche se la malattia è incurabile, la morte imminente e il trattamento può dilazionarla solo per un breve periodo. In tale prospettiva, all'impossibile dovere di curare si sostituisce quello di prolungare la vita fino al sopraggiungere del tragico epilogo. Sono state proposte però anche altre soluzioni, a nostro avviso più sensibili alle situazioni concrete, poiché tengono conto della possibilità che la morte sia preceduta da una lunga fase di cure inutili e di inaudite sofferenze, quindi di un non solo teorico "accanimento terapeutico".

Certamente lo spazio riconducibile a tali situazioni è ridotto dalla doverosa somministrazione di terapie dirette a lenire il dolore. Il problema però rimane ed è forse irrisolvibile. Si è così rivendicato "uno spazio libero dal diritto" che lasci al sanitario il compito di prendere una decisione secondo la ipotetica o presunta volontà del paziente. Sono stati anche proposti criteri meno soggettivi. Ricordiamo quello fondato sulla difficile distinzione – causa lo stato di evoluzione della medicina – tra terapie ordinarie e straordinarie e quello che guarda al diverso binomio delle cure proporzionate o sproporzionate. Altri hanno individuato il venir meno dell'obbligo di insistere nella constatazione, secondo la migliore scienza ed esperienza, della irreversibilità della perdita di coscienza, ovvero alla perdita totale della capacità di comunicare con il mondo esterno. Altri ancora hanno proposto di attribuire rilievo alla volontà dei congiunti o alla volontà espressa dal paziente

prima di perdere la coscienza (c.d. testamento di vita), o ancora di demandare la decisione a comitati etici creati all'interno degli ospedali.

Sul punto, fonte di notevoli disagi per gli operatori, è auspicata una precisa presa di posizione del legislatore: in questi casi l'attenzione andrà a nostro avviso posta sull'elemento soggettivo, piuttosto che su quello oggettivo. Se il risultato dell'agire alla fine sarà quello di abbreviare la vita, non si potrà non attribuire il giusto rilievo al fatto che, alla luce della storia della malattia e della cura, l'intenzione era quella di risparmiare un accanimento terapeutico e non certo quella di uccidere.

La partecipazione al suicidio

Il nostro sistema penale, così come i più progrediti, non reprime il tentativo di suicidio non riuscito. È invece vietato interferire positivamente sul suicidio altrui: l'art. 580 c.p. commina la reclusione da cinque a dodici anni a chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione.

Di fronte della previsione degli articoli 579 e 580 del codice penale la dottrina ha attentamente considerato la mancata previsione di una disposizione diretta a punire il tentato suicidio. L'incriminazione di un tale comportamento avrebbe condotto all'individuazione di un dovere giuridico di vivere. Al contrario, l'assenza di una tale previsione porta ad escludere l'esistenza di un tale obbligo e colloca la condotta di colui che intende porre fine alla propria esistenza nell'ambito di quelle penalmente irrilevanti.

Tuttavia, non è possibile escludere che una tale condotta non sia antiggiuridica in quanto annulla le aspettative che la collettività ha riposto nel singolo. Una siffatta considerazione è tratta dall'analisi dell'art. 2 della Costituzione che dopo avere riconosciuto e garantito i diritti inviolabili dell'uomo, tra i quali vi è certamente la vita, domanda l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

La questione giuridica appare di difficile soluzione. Quanto preme sottolineare è che nel nostro ordinamento sono state parificate le condotte di istigazione e aiuto. Tale identità di previsione è stata sottoposta a ficcanti critiche poiché – si è detto – se vi è stata istigazione ciò significa che nel terzo è prevalsa la volontà contraria alla vita, piuttosto che quella volta ad assecondare la richiesta del suo esclusivo titolare. Per conseguenza, in quanto condotta di agevolazione di un atto lecito, la dottrina ha affermato la liceità dell'aiuto al suicidio e, ancorando la propria riflessione a parametri costituzionali, è giunta a dubitare della legittimità dell'art. 580 c.p. Senza andare troppo lontano, ricordiamo come nel diritto tedesco l'aiuto al suicidio non sia più contemplato nel novero dei rati, pur continuando ad essere punito l'omicidio del consenziente.

La somministrazione di terapia del dolore

La somministrazione di analgici o terapie in misura sufficiente a lenire il dolore è ritenuta doverosa nonostante anticipi il momento della morte. Certamente qui l'intenzione è quella di aiutare il paziente e non quella di ucciderlo. Tuttavia, nonostante l'ampio consenso raggiunto sul punto, riteniamo che giuridicamente non siano sufficienti provvedimenti volti a rendere più facili le prescrizioni, ma sia invece necessario che il legislatore chiarisca una volta per tutti il punto, stante il vigore della disciplina dettata dagli artt. 579 e 580 c.p.

Riflessioni di diritto comparato

Spunti di ulteriore riflessione provengono dalla risonanza di iniziative legislative in Paesi a noi vicini e da alcuni casi che hanno destato particolare interesse nella stampa di tutto il mondo. Iniziamo da questi ultimi. Una prima triste e recente storia ha visto una signora inglese soffrire di una malattia incurabile e degenerativa delle cellule motorie del

sistema nervoso centrale. La cittadina britannica si vide costretta a proporre ricorso alla Corte europea dei diritti dell'uomo. Nel caso di specie, si denunciava da un lato il rifiuto del *Director of Public Prosecutions* di assumere l'impegno a non perseguire il marito qualora l'avesse aiutata a porre termine alla propria vita e, dall'altro, il diritto inglese nella parte punisce il suicidio assistito. La malata, cosciente e mentalmente capace, voleva poter decidere come e quando morire. Paralizzata dal collo in giù, la malattia l'avrebbe condotta ad una morte dolorosa nei mesi successivi. Per l'impossibilità di realizzare da sola il suo proposito, la donna aveva chiesto l'impegno di non perseguire il marito per il reato di assistenza al suicidio qualora questi l'avesse assecondata. Prima di giungere avanti alla Corte europea, i giudici inglesi hanno avuto occasione di ricordare come il *Suicide Act* 1961, pur abrogando il reato di suicidio, avesse previsto comunque come reato qualunque condotta di aiuto o collaborazione al suicidio e come nel 1994 il *Select Committee della House of Lords* sulla deontologia medica avesse, da parte sua, raccomandato di non modificare la legislazione in tema di suicidio assistito: "In conclusione, tuttavia, non crediamo che questi argomenti siano ragioni sufficienti per indebolire il divieto di omicidio intenzionale da parte della società. Tale divieto è una delle pietre portanti del diritto e delle relazioni sociali. Esso protegge in modo imparziale ciascuno di noi, incorporando la convinzione che tutti siamo uguali. Non vogliamo che quella protezione sia diminuita e raccomandiamo pertanto che non vi sia mutamento nella legge nel consentire l'eutanasia. (...)". Era stata allora interpellata la Corte europea lamentando la violazione degli articoli 2, 3, 8, 9, e 14 della Convenzione. In particolare, la ricorrente sosteneva l'esistenza di un diritto di morire implicito nel diritto di vivere e attaccava la natura "in bianco" del divieto di suicidio assistito, in quanto non terrebbe conto della sua situazione di adulto mentalmente sano e consapevole, libero da pressioni, che ha assunto una decisione pie-

namamente informata e volontaria e che, di conseguenza, non può essere considerato come vulnerabile e bisognoso di protezione.

Particolarmente interessante è la motivazione della decisione con riguardo alla pretesa violazione degli artt. 2 e 8. Ebbene, la Corte espressamente non ha ritenuto che il diritto alla vita garantito dall'art. 2 possa essere interpretato come comprendente un aspetto negativo: "L'art. 2 non può, senza che ne venga distorta la lettera, essere interpretato nel senso che esso attribuisce il diritto diametralmente opposto, cioè un diritto di morire; né esso può creare un diritto di autodeterminazione nel senso di attribuire a un individuo la facoltà di scegliere la morte piuttosto che la vita". Con chiarezza la Corte ha qui stabilito che nessun diritto di morire, né per mano di una terza persona, né con l'assistenza di una pubblica autorità, può essere desunto dall'art. 2 della Convenzione: il diritto di vivere non porta con sé il diritto di morire. Con riferimento invece al diritto di autodeterminazione è stato affrontato un altro punto importante. Il giudice ha infatti posto in rilievo la seguente circostanza: "Il governo ha assicurato che una certa flessibilità nei casi concreti è assicurata dal fatto che è necessario il consenso del *Director of Public Prosecutions* per procedere penalmente e dal fatto che è prevista una pena massima, che consente l'applicazione di pene più miti ove necessario (...). Non sembra arbitrario alla Corte che la legge rifletta l'importanza del diritto alla vita, attraverso la proibizione del suicidio assistito, mentre tuttavia è approntato un sistema di applicazione e irrogazione che consente di tenere nella dovuta considerazione in ogni singolo caso il pubblico interesse a portare avanti un procedimento, così come le giuste esigenze della retribuzione e della deterrenza".

Due le brevi riflessioni che vogliamo operare. La prima: nemmeno dalla Convenzione europea è possibile evincere dal diritto di vivere un corrispondente diritto di morire. La seconda: maggiori possibilità di modulare la risposta punitiva tenendo conto di tutte le

peculiarità del singolo caso è garantita lì dove il sistema giuridico penale non è caratterizzato, come il nostro, dalla obbligatorietà dell'azione penale o da pene che prevedono minimi edittali molto alti.

In un diverso procedimento, discusso avanti la Corte di Giustizia di Inghilterra, una donna, paralizzata dal collo in giù, chiedeva l'interruzione del sistema di ventilazione artificiale che la teneva in vita. Miss. B fornì alla Corte una testimonianza di grande impatto che, unitamente ai pareri scientifici assunti, convinse della sua capacità di intendere e volere. Con un ragionamento per alcuni versi di stupefacente umanità, la Corte ha ritenuto necessario il tentativo di porsi nelle condizioni delle persone gravemente disabili e rispettare il carattere soggettivo della loro esperienza: per alcuni la vita in quelle condizioni può essere peggiore della morte; "è una questione di valori". A meno che – sottolinea il giudice – la gravità della malattia non abbia inciso sulla capacità, un paziente gravemente disabile ha lo stesso diritto al rispetto della propria autonomia di una persona sana, pena il pericolo di cadere in benevolo paternalismo che la priva del diritto di autodeterminarsi. Nella decisione sono riassunte alcune linee guida: esiste una presunzione secondo la quale il paziente ha la capacità di decidere se accettare o meno il trattamento medico o chirurgico che gli viene offerto; una volta informato della sua situazione e delle prospettive, anche se la scelta sarà quella di interrompere le cure essa dovrà essere rispettata senza che possano assumere rilevanza considerazioni relative al miglior interesse del paziente; poiché l'opinione del paziente può riflettere una differenza di valori, è importante che qualora il rifiuto del trattamento possa condurre a gravi conseguenze, non sia confusa la capacità di intendere e volere con il tipo di decisione presa.

In questo secondo caso, per ordine del Giudice, alla paziente fu staccata la macchina che la teneva in vita. Nel nostro Paese un procedimento del genere non sarebbe probabilmente possibile. Ciò che conta rilevare

è l'importanza attribuita alla volontà della malata, anche se la trafila passata per farla valere – più volte fu posta in dubbio la capacità di intendere e volere e fu sottoposta a plurimi pareri psichiatrici – porta a dubitare della reale possibilità di una “morte dignitosa” in questi casi estremi.

L'eutanasia è anche uno dei temi più dibattuti nella società nordamericana.

La Corte Suprema degli Stati Uniti, con una sentenza del 26.6.1997 (Washington et al. c. Glucksberg et al.) dopo aver ricordato come quasi tutti gli Stati qualificano come reato l'assistenza al suicidio, ha affrontato il tema dal punto di vista dell'ordinamento nordamericano: esiste sempre e comunque un “diritto a morire” del paziente che deve essere esaudito? Nel caso di specie il ricorrente rivendicava la libertà di scegliere come morire, il diritto di controllare gli ultimi giorni della propria vita, il diritto a scegliere una morte umana e dignitosa. Si trattò di verificare se la legge dello Stato di Washington, che qualifica come reato la condotta di “chi aiuta un'altra persona a commettere il suicidio” fosse o meno conforme ai principi della Costituzione “nella parte in cui si applica ai malati terminali, adulti capaci, che desiderano accelerare la morte mediante la prescrizione di farmaci da parte dei loro medici”. In sostanza, esiste o meno un diritto di suicidarsi con l'assistenza di un'altra persona? L'istante indicava la sussistenza di una identità tra il diritto dei malati terminali capaci di rimuovere i sistemi per il mantenimento in vita e, quindi, di accelerare la morte, e il diritto di accelerare una morte imminente mediante la somministrazione di farmaci letali ad opera di un terzo (la stessa differenza esistente tra i due casi riportati per primi). La Corte ha rifiutato tale equiparazione, ritenendo che la decisione di suicidarsi con l'aiuto di un'altra persona possa essere tanto profonda e personale quanto quella di chi rifiuta il trattamento sanitario, ma considerando i due atti “profondamente diversi”: “Chi tenta il suicidio, sia egli malato terminale o no, spesso soffre di depressione o di altri disturbi mentali. Le

statistiche indicano, comunque, che molte persone che chiedono di suicidarsi con l'assistenza del medico ritirano la richiesta allorché la depressione e il dolore vengono curati. Il *New York Task Force*, tuttavia, ha espresso la sua preoccupazione che, data la difficoltà di diagnosticare la depressione, i medici possano spesso sbagliare nel dare una risposta adeguata ai desideri dei pazienti seriamente malati. Pertanto, una legalizzazione del suicidio assistito potrebbe complicare la protezione statale delle persone depresse o malate di mente, o di coloro che soffrono di dolori non trattati, contro gli impulsi suicidi”. Inoltre, è stata riconosciuta la possibilità di un rischio di sottili coercizioni e influenze indebite nelle situazioni relative alla fine della vita: “l'interesse dello Stato va oltre la tutela dei deboli dalla coercizione; esso si estende alla protezione dei disabili e dei malati terminali dal pregiudizio, dagli stereotipi negativi e superficiali, dalla “indifferenza della società””.

Oltre alla distinzione tra lasciarsi morire e intervento di un terzo, più volte sottolineata allorché abbiamo esaminato la disciplina del nostro ordinamento, ecco emergere chiaramente un aspetto che da sempre impedisce anche solo di discutere della materia nel suo insieme: la paura che una volta inciso sul divieto-tabù di uccidere terzi si scivoli su un tappeto sdruciolevole che porti ad ampliare in modo incontrollabile il fenomeno venendo a creare un pericolo per le categorie più deboli. Ma questo timore è davvero ingiustificato?

Il 10.4.2001 il Senato dei Paesi Bassi ha approvato, con 46 voti favorevoli e 28 contrari, la legge che consente l'eutanasia e il suicidio assistito (legge n. 194 del 12.4.2001). Il testo, entrato in vigore dopo un anno perché sottoposto ad una ulteriore verifica, introduce una clausola di non punibilità per il medico che abbia praticato l'interruzione della vita osservando determinati criteri. Il procedimento di segnalazione e controllo richiede che il paziente abbia fatto una richiesta volontaria e ben ponderata e che soffra in

modo insopportabile e senza prospettive di miglioramento. Riserviamo ad un altro studio l'approfondimento di questa normativa, basti qui evidenziare quanto numerose e diverse siano le soluzioni e i tentativi di soluzione ai problemi posti dalla materia.

Bibliografia

AA.VV., *Vivere: diritto o dovere*, a cura di Stortoni L., Trento, 1992;

Bertolino M., *Suicidio (istigazione o aiuto al)*, in *Digesto delle discipline penalistiche*, vol. XIV, Torino, 1999,;

Corte europea dei diritti dell'uomo, 29 aprile 2002; Pres Pellonpää, Pretty c. Regno unito, in *Il Foro italiano*, 2003, IV- 4, 57 ss.

Alta Corte di Giustizia d'Inghilterra, divisione della famiglia, 22 marzo 2002, Pres. Butler – Sloss; B c. NHS Hospital Trust, in *Il Foro italiano*, 2003, IV- 4, 57 ss.

Corte Suprema degli Stati Uniti, 26 giugno 1997, in *Il Foro italiano*, 1998, IV, 76, con nota di G. Ponzanelli, La Corte suprema esclude la garanzia costituzionale al “right to assisted suicide”

Corte Suprema degli Stati Uniti, 25.6.1990, in *Foro it.*, 1991, IV, 66, con note di A Santosuosso, Il paziente non cosciente e le decisioni sulle cure: il criterio della volontà dopo il caso Cruzan, e G. Ponzanelli, Nancy Cruzan, la Corte suprema degli Stati uniti e il “right to die”;

Corte d'Appello di Milano, decreto 31.12.1999, in *Il Foro italiano*, 2000, I, 2022, con note di G. Ponzanelli, Eutanasia passiva: sì, se c'è accanimento terapeutico, e di A Santosuosso, Novità e remore sullo stato vegetativo persistente;

Corte d'Assise d'Appello di Milano, 24 aprile 2002, Pres. Passerini, Est. Ocello; imp. Forzatti, in *Guida al diritto*, 2002, 40, 47 ss., con nota di F. Cananzi, Necessari nuovi strumenti di valutazione per eutanasia e assistenza al suicidio, 59 ss.;

Eusebi L., *Omissione dell'intervento terapeutico ed eutanasia*, in *Archivio penale*, 1985, 508 ss.;

Palermo Fabris E., *Diritto alla salute e trattamenti sanitari nel sistema penale*, Padova, 2000.

Giuliani Balestrino U., *Sul contenuto del dovere di soccorso*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1981, 894 ss.;

Giunta F., *Diritto di morire e diritto penale. I termini di una relazione problematica*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1997, 74 ss.;

Giunta F., *Eutanasia pietosa e trapianti quali atti di disposizione della vita e del proprio corpo*, in *Diritto penale e processo*, 1999, 403 ss.

Introna F., *Il “diritto di morire” dinanzi a due Corti di Giustizia*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2002, 1245 ss.

Magro M.B., *Eutanasia e diritto penale*, Torino, 2001;

Mantovani F., *voce Eutanasia*, in *Digesto delle discipline penalistiche*, Torino, 1990, IV, 422 ss.;

Mantovani F., *Aspetti giuridici dell'eutanasia*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1988, 448 ss.;

Monticelli L., *Eutanasia, diritto penale e principio di legalità*, in *Indice penale*, 1998, 463 ss.;

Portigliatti Barbos, *Diritto a morire*, in *Digesto delle discipline penalistiche*, vol. IV, Torino, 1990, 1 ss.

Portigliatti Barbos, *Diritto di rifiutare le cure*, in *Digesto delle discipline penalistiche*, vol. IV, Torino, 1990, 22 ss.

Ramacci F., *Premesse per una revisione alla legge penale sull'aiuto a morire*, in *Studi in memoria di Nuvolese*, II, Milano, 1991, 201 ss.;

Seminara, *Sul mancato consenso al trattamento terapeutico: profili giuridico- penali*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1995, II, 727;

Seminara S., *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1995, 670 ss.;

Stella, *Il problema giuridico dell'eutanasia: l'interruzione e l'abbandono delle cure mediche*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1984, 1007 ss.

Stortoni L., *Riflessioni in tema di eutanasia*, in *Indice penale*, 2000, 477 ss.;

EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA NELLA GESTIONE DELLE CONDOTTE AUTOLESIVE

A. Costacurta, A. Frasson, G. Meneghel, P. Scocco, L. Pavan

A. Costacurta, MD
A. Frasson, MD
G. Meneghel, MD
P. Scocco, MD
L. Pavan, MD

Parole chiave:
psicoterapia, continuum suicidario.

Key words:
psychotherapy, suicide continuum.

Indirizzo:
Luigi Pavan
Clinica Psichiatrica
Dipartimento di Neuroscienze,
Università di Padova
Via Giustiniani, 2 35100 Padova

RIASSUNTO

L'approccio psicoterapico agli agiti autosoppressivi rappresenta ancora una questione aperta, per la quale non esistono tuttora linee guida unitarie e consolidate. Questa review intende offrire una panoramica allargata degli interventi psicoterapeutici utilizzabili con i tentatori di suicidio e comprende pertanto anche i trattamenti non sottoposti a trials randomizzati controllati. Gli interventi psicoterapici che si sono dimostrati efficaci (ad es. Problem-solving therapy, Dialectical Behavior Therapy) nella gestione delle condotte autolesive aiutano il paziente a sentirsi compreso, lo coinvolgono attivamente, favorendone la compliance, e si concentrano sulle problematiche attuali, al fine di modificare il comportamento, l'assetto cognitivo ed emotivo. I fenomeni del continuum suicidario si configurano come una realtà multifattoriale che richiede approfondimenti e verifiche continui, rigorosi e scientifici, delle strategie terapeutiche che vengono impiegate.

SUMMARY

The psychotherapeutic approach to self-destructive behaviour is still an open question, for which no uniform, consolidated guidelines have yet been defined. The aim of this review is to provide an extended overview of the psychotherapeutic interventions that can be used with suicide attempters and thus includes treatments that have not been subjected to controlled randomized trials. The psychotherapeutic approaches that have proved effective in the management of suicidal behaviour (e.g. Problem-solving therapy, Dialectical Behaviour Therapy), help patients feel understood, actively involve them thereby fostering compliance, and focus on current problems, with a view to modifying behaviour and cognitive and emotional status. The phenomena lying along the suicide continuum are multifactorial and the therapeutic strategies adopted in their management require rigorous, scientific exploration and verification on a continual basis.

Introduzione

Il comportamento suicidario è ormai da tutti riconosciuto come uno dei più importanti problemi socio-sanitari che la comunità, ed in particolare chi si occupa di salute mentale, è chiamato ad affrontare.

Ogni anno nel mondo quasi un milione di persone si toglie la vita; negli ultimi 45 anni i tassi suicidari sono aumentati del 60%, ponendo il suicidio tra le tre più importanti cause di morte nelle persone di età compresa tra i 18 ed i 44 anni di entrambi i sessi. Le fasce

giovanili (15-25 e 35-45 anni) sono ora considerate il gruppo a rischio più elevato in circa 1/3 delle nazioni, sia tra i paesi industrializzati che tra quelli in via di sviluppo (WHO, 1999).

L'agito parasuicidario è il più potente predittore di suicidio: dopo un tentativo di suicidio il 15% dei maschi ed il 16% delle femmine reitererà tale comportamento entro il primo anno, con un picco nei primi 6 mesi (Hawton et al., 1988; Schmidtke et al., 1996) e circa il 5-10% morirà per suicidio dopo pochi anni dal loro primo tentativo (House et al., 1999; Nordentoft et al., 1993;

Nordstrom et al., 1995). Il rischio di morire per suicidio è 100 volte maggiore per coloro che hanno tentato il suicidio rispetto alla popolazione generale (Hawton et al., 1988).

Di fronte alla drammatica rilevanza di questi dati e in considerazione della forte risonanza sociale di queste manifestazioni, numerosi Paesi hanno inserito i progetti di prevenzione del suicidio tra le iniziative di politica sanitaria. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso negli Health-for-all targets la diminuzione dei comportamenti suicidari e parasuicidari (WHO, 1992).

In questi ultimi anni le risorse e gli sforzi della comunità scientifica si sono moltiplicati allo scopo di identificare i fattori correlati con un alto rischio suicidario (Dahlgren, 1977; Hawton et al., 1988). Tuttavia non si è ancora raggiunto un consenso unanime sui fattori di rischio o sulle modalità di prevenzione dei comportamenti autosoppressivi.

Questa mancanza di convergenza teorico-clinica sul tema è probabilmente dovuta al fatto che il comportamento suicidario è un evento multifattoriale, per cui differenti categorie di agiti suicidari riconoscono eziologie, patogenesi ed espressioni differenti (Dieserud et al., 2001). Inoltre, la gestione delle condotte suicidarie da parte di un operatore nel campo della salute mentale si configura come una delle problematiche più delicate e spigolose da affrontare, soprattutto nel contesto di un approccio psicoterapeutico, e questo in ragione dell'intensa sofferenza e dell'elevato rischio di "morte imminente" del paziente che spesso caratterizzano la relazione terapeutica, oltre che per l'assenza di linee guida unitarie e consolidate (Heard et al., 2000).

Pur tuttavia è molto importante poter offrire a questi pazienti un trattamento efficace e duraturo al fine di superare la sofferenza psicologica che sottende il gesto autolesivo, ridurre il rischio di ripetizione, facilitare l'individuazione di "vie d'uscita" dalla condizione di disperazione di chi non riesce a vedere soluzioni alternative.

Scopo di questo articolo è quello di riassumere gli interventi psicoterapici descritti in letteratura specificamente orientati alla prevenzione delle condotte autolesive, con uno sguardo particolare alla loro possibile o probabile efficacia.

Materiali e metodo

È stata condotta una ricerca bibliografica utilizzando i databases elettronici Medline, PsycLit, Embase, PsycInfo.

È stato utilizzato un ampio range di "parole-chiave" che indicavano i termini "tentativo di suicidio" (es. suicide attempt/attempter, suicidal behavior, suicidal act, ecc.), "psicoterapia" (es. psychotherapy, psychological intervention, ecc.) e le denominazioni delle differenti scuole di psicoterapia (es. cognitive-behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, psychodynamic therapy ecc.).

La ricerca è stata effettuata anche su materiale cartaceo (es. libri e riviste specializzate d'argomento psicologico/psichiatrico) già in possesso dagli autori.

Sebbene il numero degli articoli incentrati sull'approccio psicoterapico ai pazienti parasuicidari fosse rilevante, una prima valutazione del materiale raccolto ha evidenziato la frequente assenza di una solida base empirica che ne attestasse l'efficacia.

Pochi studi erano condotti:

- su campioni rappresentativi della popolazione generale (in termini numerici e di distribuzione della popolazione);
- su campioni randomizzati;
- confrontando i risultati ottenuti dai diversi approcci psicoterapici con gruppi di controllo;
- utilizzando uguali indici di outcome (es. la ripetizione del gesto autolesivo);
- conseguendo nei risultati una "significatività statistica" e non solo un generico andamento positivo.

Psicoterapie ad efficacia "probabile"

Gli interventi psicoterapici che sino ad ora si sono dimostrati efficaci rispettando i parametri della evidence-based medicine sono:

1. Problem-solving Therapy;
2. Dialectical Behavior Therapy;
3. Terapia Cognitiva;
4. Terapie "Intensive".

Le prime tre psicoterapie derivano da una matrice ontologica comune che consiste nella condivisione del fondamento teorico, nell'attenzione verso i dati empirici, e nella codifica del trattamento attraverso la manualizzazione.

Sono terapie a tempo limitato (time-limited), nelle quali il terapeuta svolge un ruolo attivo nel tentativo di comprendere e modulare il comportamento del paziente. Il focus è incentrato sul "presente" (i problemi attuali del paziente) e sui fattori che specificamente inducono e mantengono il comportamento suicidario.

Le Terapie "Intensive" sono interventi psicosociali e psicoeducazionali che mirano a facilitare gli incontri terapeutici e di sostegno e si avvalgono di "call center", strategie di accesso "preferenziale" alle strutture sanitarie per pazienti a rischio, programmi di visite domiciliari.

Qui di seguito presenteremo una descrizione delle tecniche su elencate. Esse sono le uniche ad aver finora dimostrato un'efficacia probabile nella gestione dei fenomeni del continuum suicidario (ideazione e tentativo di suicidio), un'efficacia cioè descritta e dimostrata, anche se non ancora sufficientemente replicata.

Problem solving therapy

Questa tecnica terapeutica a breve termine si pone come obiettivo specifico quello di "accompagnare" il paziente verso l'acqui-

sizione e l'affinamento di quelle peculiari capacità di risoluzione dei problemi (problem-solving), la cui mancanza o applicazione distorta si pone come agente etologico del comportamento maladattivo del paziente.

Questo approccio psicoterapico si articola attraverso una serie di passaggi:

- identificazione dei problemi personali;
- creazione di una lista dove i problemi vengono specificati e ordinati secondo le priorità;
- disamina delle soluzioni possibili previste per ogni specifico problema;
- attuazione della strategia prescelta;
- rivalutazione del problema;
- reiterazione del processo;
- training allo scopo di consentire l'acquisizione autonoma delle capacità di problem-solving.

Il numero di sedute può oscillare da un minimo di 5 ad un massimo di 10 sessioni della durata di un'ora circa. Si richiede inoltre una partecipazione del paziente anche al di fuori delle sessioni (homeworks e letture specifiche) (House et al., 1999), un ruolo attivo sia per l'identificazione e comprensione dei propri problemi, sia per la ricerca ed attuazione di soluzioni adattative (Heard et al., 2000).

Si tratta di un intervento focalizzato su determinati aspetti della vita del paziente ed è indicato tanto per i casi acuti (crisi emozionali associate ad eventi negativi di vita), quanto per situazioni croniche caratterizzate da strategie di adattamento povere o maladattive (disturbi di personalità).

Numerosi studi "controllati" ne hanno dimostrato l'efficacia clinica. I pazienti parasuicidari in trattamento conseguivano un globale miglioramento del quadro psicopatologico con diminuzione dei livelli di depressione e di "hopelessness"; riportavano una riduzione delle condotte autolesive dopo il trattamento (tendenza alla significatività statistica); conseguivano la risoluzione parziale o totale delle condizioni problematiche (Gibbons et al, 1978, Patsiokas & Clum, 1985, Hawton et al, 1987, Salkovskis et al,

1990, McLeavy et al, 1994, Hawton K et al., 1998, Evans et al, 1999).

Dialectical behavior therapy

La DBT è una psicoterapia di stampo cognitivo-comportamentale sviluppata originariamente da Marsha Linehan per il trattamento ambulatoriale di pazienti con disturbo borderline di personalità e con comportamenti suicidari cronici. L'autrice identifica il core del disturbo borderline di personalità nella cattiva regolazione delle istanze emotive; si tratterebbe cioè di soggetti biologicamente vulnerabili, esposti ad esperienze traumatiche precoci ed in cui la disregolazione dell'affettività produce la nota instabilità negli ambiti cognitivo, interpersonale e comportamentale (tra cui le condotte suicidarie).

La DBT rifiuta attivamente atteggiamenti caratterizzati da biasimo o rimprovero nei confronti dei pazienti. Nella terapia i modelli comportamentali e le capacità personali del soggetto vengono accettati e validati, anche in ragione del fatto che l'enfasi sugli aspetti "dialettici" del trattamento assicura un certo equilibrio tra l'accettazione ed il cambiamento all'interno di ciascuna relazione terapeutica (Bohus et al., 2000). Il terapeuta, in altri termini, aiuta il paziente a modulare le proprie emozioni, a ridurre i comportamenti estremi ad esse associati e ad accettare le proprie reazioni di fronte agli eventi (Salkovskis et al., 2001).

Il percorso psicoterapico prevede strategie di problem-solving (che anche qui costituiscono il core della terapia), sessioni di terapia supportiva di gruppo, consultazioni telefoniche.

Si articola in tre momenti cardine: il primo indirizzato specificamente all'acquisizione delle capacità gestionali dei problemi; il secondo focalizzato sulle problematiche motivazionali e sul rafforzamento delle capacità finora apprese; l'ultimo è esplicitamente dedicato a favorire l'applicazione di tali capacità alla vita di ogni giorno.

In una prima fase di trattamento gli obiettivi più importanti da raggiungere sono:

- 1) la diminuzione dei comportamenti autolesivi e degli episodi parasuicidari;
- 2) l'attenuazione dei comportamenti che interferiscono col trattamento (es. scarsa compliance e drop-out precoce)
- 3) la gestione delle situazioni che determinano un grave impatto sulla qualità di vita (soprattutto problemi in Asse I del DSM-IV e quelli per cui si rende necessario un ricovero psichiatrico immediato);
- 4) l'incremento e lo sviluppo delle abilità cognitivo-comportamentali.

Dopo che si è ottenuto il controllo comportamentale, diviene possibile lavorare su altri aspetti, quali:

- 5) l'incremento delle esperienze emotive ed il controllo delle reazioni post-traumatiche;
- 6) l'aumento dell'autostima;
- 7) la gestione delle problematiche attuali e subentranti;
- 8) la riscoperta della capacità di provare gioia (Koerner et al., 2000).

Numerosi studi randomizzati e non, sono stati condotti su pazienti ambulatoriali parasuicidari ed affetti da Disturbo Borderline di Personalità (Linehan et al., 1991; Stanley et al., 1998; Koons et al., 1998). Tutti hanno provato l'efficacia della DBT nel ridurre il comportamento parasuicidario, nel mantenere il paziente in terapia riducendone i drop-out, nel diminuire i giorni di ricovero nei reparti psichiatrici rispetto al gruppo trattato "as usual" (TAU) (Linehan et al., 1993; Linehan et al., 1991; Koons et al., 1998; Linehan et al., 1998; Stanley et al., 1998).

La DBT, opportunamente modificata, è stata anche utilizzata per trattare pazienti con le medesime problematiche, ma in regime di ricovero. Anche in questo caso essa ha dimostrato una notevole efficacia nella diminuzione degli atti parasuicidari, nel miglioramento dei livelli di depressione, dissociazione, dell'ansia e dello stress (Barley et al., 1993; Springer et al., 1996; Bohus et al., 2000).

Gli unici svantaggi di questo approccio sembrano essere il notevole impegno di tempo che l'equipe curante deve dedicare ad ogni singolo paziente (incontri settimanali multipli per la durata di un anno) e una modesta efficacia nella cura di quadri psicopatologici concomitanti (es. stato depressivo). In tal senso potrebbe risultare interessante un confronto diretto tra DBT e terapia problem-solving, vista l'efficacia dimostrata da quest'ultima nel ridurre anche la sintomatologia del disturbo psichico sottostante.

Terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitiva applicata al comportamento suicidario deriva direttamente da quella sviluppata per il trattamento della depressione (Freeman A, Reinecke MA., 1993). Tale terapia, di relativa breve durata (non superiore alle 25 settimane), postula che la particolare modalità degli individui di interpretare gli eventi e le esperienze possa influire secondariamente sulla loro dimensione affettiva e sui loro aspetti comportamentali. Nel tempo questo indurrebbe lo sviluppo di peculiari patterns interpretativi che conducono verso distorsioni della realtà che, a loro volta, possono attivare comportamenti maladattivi, tra cui l'agito autosoppressivo.

Il terapeuta cerca di contrastare tali condotte ed i sentimenti ad esse collegati focalizzandosi sul cambiamento dei contenuti cognitivi e delle loro elaborazioni da parte del paziente (Heard et al., 2000). Particolare attenzione viene posta al pensiero dicotomico, una delle distorsioni cognitive più frequentemente associate alle condotte autolesive, e che viene mantenuto dagli assunti e dagli schemi cognitivi di base che il paziente ha di sé e del mondo.

L'approccio terapeutico comprende quattro momenti: la scoperta degli automatismi del pensiero, la loro verifica, l'identificazione degli assunti disadattativi, la verifica della loro validità.

Vengono anche utilizzate tecniche comportamentali, volte all'accertamento ed alla modificazione di tratti cognitivi inesatti: la programmazione di attività, lo sviluppo del senso di padronanza e di piacere, l'assegnazione di compiti gradualmente, la ripetizione cognitiva, l'addestramento all'autosufficienza, il gioco dei ruoli, le tecniche di diversione (Kaplan et al., 1997).

In forma individuale la CBT si è rivelata uno strumento psicoterapeutico importante ed efficace nel ridurre il rischio di ripetizione dell'agito autolesivo, nel migliorare la sintomatologia depressiva, nell'aumentare la capacità di pensare positivamente al futuro.

Il solo approccio comportamentale si è, invece, dimostrato inefficace nel limitare in maniera significativa l'ideazione ed il comportamento suicidario (Lieberman et al., 1981).

Altrettanto dicasi per il trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo, rivelatosi efficace solo nel caso di pazienti minor repeater che avevano intrapreso tale terapia a breve distanza dalla crisi suicidaria (Hengeveld et al., 1996). Tra i major repeaters sottoposti alla terapia era invece elevata la frequenza di drop out dalla cura, come pure la reiterazione del gesto autolesivo durante la terapia, soprattutto se in presenza di disturbo borderline di personalità.

Terapie "intensive"

Questo gruppo di interventi psicosociali e psicoeducazionali mira prevalentemente ad intensificare la frequenza dei trattamenti già esistenti. Il concetto-base che li sostanzia è quello di intervenire nella crisi psicologica ancor prima che questa conduca a gesti autosoppressivi, oltre che aumentare la compliance, notoriamente modesta, tra i pazienti suicidari.

Gli interventi prevedono un incremento della frequenza d'accesso ai servizi o della durata delle sedute, l'utilizzo di terapie mul-

tiple e combinate (es. terapia individuale + terapia familiare), l'accesso facilitato ai servizi per tipologie di aiuto richiesto, la disponibilità di visite a domicilio o contatti telefonici anche 24 ore su 24.

La potenziale efficacia delle terapie intensive è stata dimostrata in due soli studi, in cui si sono posti a confronto un gruppo di repeaters suicidari che aveva utilizzato una Green Card, con un gruppo di controllo in terapia "as usual" (Morgan et al., 1993; Cotgrove et al., 1995). La Green Card dava la possibilità di accedere direttamente, 24 ore su 24, ai servizi di salute mentale in caso di crisi, per una consultazione. I pazienti di tale gruppo riportavano un rischio di ripetizione del gesto autolesivo minore del 50% rispetto al gruppo di controllo.

Purtroppo la numerosità campionaria di tali studi era modesta: i risultati non raggiungevano la significatività statistica e necessitavano di conferma.

Più recentemente (Evans et al., 1999) lo studio è stato replicato su un campione di maggiori dimensioni. Di 827 pazienti suicidari, una parte ha ricevuto la terapia standard (gruppo di controllo), una parte ha beneficiato oltre alla terapia "as usual", di un supporto telefonico non-stop d'urgenza in caso di crisi (Green Card).

La principale misura di outcome era la ripetizione del gesto autolesivo entro sei mesi dal primo tentativo suicidario (episodio indice). I risultati conseguiti hanno dimostrato una tendenza alla significatività, in termini di minor rischio di ripetizione, tra i soggetti primi tentatori che avevano ricevuto la carta d'emergenza rispetto ai beneficiari del trattamento standard; tuttavia non altrettanto accadeva tra i repeaters, soprattutto maschi (Evans et al., 1999).

Psicoterapie ad efficacia "possibile"

Modelli psicoterapici alternativi specifici per la cura del comportamento suicidario che

hanno portato a buoni risultati, anche se non sono stati ancora valutati in studi randomizzati e controllati o i loro risultati non sono stati ancora replicati.

Terapia cognitivo-analitica

La CAT è una terapia a tempo limitato (da 4 a 20 sedute, con una media di 16) sviluppata per un lavoro individuale, ma anche di coppia o di gruppo. È cognitiva, in quanto utilizza pienamente la capacità della persona di osservare e valutare se stessa, i propri assunti, i propri sentimenti e comportamenti, ed è analitica in quanto gli elementi inconsci e la relazione terapeuta-paziente vengono esplorati ed utilizzati nel trattamento.

La CAT combina un pragmatico approccio di tipo problem-solving con un modello che si basa sull'assunto che la personalità di un individuo si forma dall'internalizzazione dei diversi ruoli assunti nelle relazioni importanti vissute con altre persone durante l'infanzia, e quindi mantenuti dall'attuale esperienza di questi ruoli reciproci, in relazione a sé ed agli altri (Ryle et al., 1995).

Sheard et al. (2000) nel loro studio pilota con pazienti che presentavano condotte autolesive hanno attuato un intervento CAT ultrabreve (3 sedute), altamente strutturato. In ogni seduta venivano esemplificati, in diagrammi, le principali modalità disadattative di coping di questi pazienti:

- 1) soccorso, in cui un magico salvatore elimina i sentimenti negativi;
- 2) evitamento, in cui i sentimenti negativi vengono annullati grazie all'abuso di sostanze, all'iperattività o ad un atteggiamento apatico;
- 3) ostilità, di cui il paziente si sbarazza rivolgendoli verso qualcun altro o verso il proprio corpo come un "altro" dissociato.

L'intervento aveva due foci principali: il compito cognitivo per arrivare con il paziente ad un'appropriata e convincente riformulazione diagrammatica delle emozioni e mecca-

nismi di difesa; il compito interpersonale per minimizzare gli aspetti collusivi e massimizzare quelli terapeutici della relazione.

A questi compiti si aggiungeva l'utilizzo del contro-transfert per mediare la discussione su aspetti problematici della relazione terapeutica.

I risultati dello studio pilota hanno suggerito che, seguendo un periodo molto breve di training, lo psichiatra possa essere in grado di aderire alla struttura del modello ed arrivare ad un'appropriata riformulazione nella prima sessione, pur tendendo alla collusività nel reciprocare gli stili di coping maladattivi del paziente.

Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT)

Questa è una terapia breve, cognitivamente orientata, costituita da un numero di sessioni variabile da 2 a 6 e strutturate attorno ad un manuale di 6 piccoli capitoli inerenti le tecniche di problem-solving, le tecniche cognitive di base per gestire le emozioni ed i pensieri negativi, le strategie preventive (CBT+biblioterapia).

Un solo trial clinico randomizzato e controllato è stato condotto: esso ha dimostrato l'efficacia, anche se non statisticamente significativa, di tale tecnica sul campione indagato rispetto al gruppo di controllo. Minore era la frequenza dei gesti autolesivi al follow-up nel campione in esame ed altrettanto ridotti, simultaneamente, erano i sintomi depressivi (Evans K et al, 1999).

Psicoterapia interpersonale

La psicoterapia interpersonale è una psicoterapia a breve termine, altamente strutturata e manualizzata (Klerman et al, 1986), inizialmente sviluppata per il trattamento della depressione e successivamente adattata per il trattamento di altri disturbi (es.

Bulimia), in altri setting (es. medicina di base, gruppo), specifiche popolazioni (es. anziani) e nel mantenimento delle condizioni di benessere psichico raggiunto dopo un intervento a breve termine (es. trattamento di mantenimento) (Scocco et al., 2001).

Il suo campo d'intervento è quello del funzionamento relazionale e l'insorgenza del disturbo viene fatta risalire ad una o più delle seguenti aree:

- 1) contrasti interpersonali;
- 2) transizioni di ruolo;
- 3) lutto;
- 4) deficit interpersonali.

Numerosi trials randomizzati e controllati ne hanno dimostrato l'efficacia nel trattamento della depressione (Weissman et al., 1979; Elkin et al., 1989). Sebbene questi studi non siano specificamente disegnati su utenti che presentavano manifestazioni del continuum suicidario, è possibile inferire, dai risultati ottenuti, che tale terapia possa rivelarsi efficace anche in tal senso.

Per quanto riguarda, invece, uno studio condotto su pazienti con disturbo bipolare di tipo I (Rucci et al., 2002), si è osservata una significativa diminuzione della frequenza dei tentativi di suicidio rispetto al periodo immediatamente precedente l'inizio del protocollo di studio, che prevedeva per i pazienti in trattamento un approccio sia di tipo farmacoterapico (es. stabilizzatori dell'umore), sia di tipo psicoterapico; la valutazione degli esiti di tale trattamento è stata effettuata retrospettivamente attraverso l'utilizzo di scale ad hoc (quali l'HDRS e la Bech-Rafaelsen -Mania scale).

Per quanto riguarda poi la valutazione dell'andamento del continuum suicidario, risulta interessante uno studio (Szanto et al., 2003) condotto su pazienti anziani (> di 65 anni) con diagnosi di episodio depressivo maggiore in atto, in trattamento con una terapia a breve termine, sia di tipo farmacologico che psicoterapico (IPT).

I risultati dello studio indicano una rapida diminuzione dell'ideazione suicidaria in

tempi relativamente brevi, mentre per quanto concerne la persistenza dei pensieri di morte, si suggerisce una certa cautela, vista la bassa responsività al trattamento da parte di tali soggetti.

Terapia interpersonale psicodinamica breve

Recentemente è stato condotto un trial clinico randomizzato per determinare gli effetti di una terapia interpersonale psicodinamica breve (TIPB) rispetto ad un trattamento "as usual", su pazienti trattati in emergenza per auto-avvelenamento (Guthrie et al., 2001).

Ai pazienti collocati nel gruppo di intervento sono state offerte 4 sedute di TIPB entro la prima settimana dall'arrivo al pronto soccorso. Questa terapia comportava l'identificazione e la risoluzione delle difficoltà interpersonali che avevano causato od esacerbato lo stress psicologico, conducendo poi all'agito autolesivo.

Il modello di tale intervento, che si è dimostrato efficace nel trattamento della depressione, è stato sviluppato da Hobson e quindi manualizzato (Hobson RF, 1985).

I dati raccolti all'inizio dello studio, al termine del mese di trattamento e a 6 mesi di follow-up, hanno evidenziato che i pazienti sottoposti alla TIPB riportavano:

- una ridotta intenzionalità suicidaria;
- una minor frequenza di agiti autolesivi;
- una maggior soddisfazione verso la terapia in atto rispetto al gruppo di controllo.

Non vi erano differenze statisticamente significative rispetto all'accesso ed utilizzo dei servizi nei due gruppi.

Altre terapie

Altre terapie presenti in letteratura e specificamente disegnate per il trattamento degli agiti autolesivi, sono quelle di stampo psicodinamico.

"L'intervento di crisi"

Gli interventi di crisi soddisfano due criteri a cui la comunità scientifica, negli ultimi anni, ha attribuito sempre maggiore importanza:

- 1) coinvolgono i soggetti suicidari nella fase "acuta" della crisi.
- 2) Rispondono alla crescente richiesta di trovare delle alternative al ricovero psichiatrico, vista la drastica riduzione dei posti letto nelle strutture ospedaliere (Dauwalder et al., 1995).

Ancora poco numerosi, in letteratura, sono gli studi indirizzati alla valutazione d'efficacia di tali interventi (Bellak et al., 1980; Wolberg, 1980; Sande (van der) et al., 1997), anche se, in accordo con la ricerca condotta da Reisch e coll. nell'ambito del Bern Crisis Intervention Program, l'intervento di crisi favorirebbe la riduzione della sintomatologia depressiva ed ansiosa (due tra i più importanti fattori di rischio per il comportamento suicidario) oltre che dell'ideazione suicidaria. Gli autori, comunque, ravvisano l'utilità di far seguire all'intervento di crisi vero e proprio una successiva psicoterapia a lungo termine (Reisch et al., 1999).

L'intervento proposto nell'ambito della Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova si rivolge per lo più a giovani ed adulti in crisi emozionale, spesso con diagnosi iniziale di disturbi dell'umore o d'ansia. L'intervento risulta assimilabile ad una psicoterapia breve di sostegno e l'obiettivo è quello di aiutare il paziente a ristabilire il livello di funzionamento precedente all'esordio dello stato di crisi. La tecnica si basa sull'utilizzo di notevoli componenti pedagogiche con un appello alle capacità razionali e critiche del paziente, ma comporta anche un'esplorazione volta al riconoscimento delle emozioni, una ricerca di eventuali relazioni con eventi esterni ed interni, uno stimolo all'elaborazione e alla valorizzazione della propria storia personale. Viene generalmente evitato il ri-

corso alle interpretazioni, anche quelle di transfert, nonostante quest'ultimo possa essere utilizzato nella relazione terapeutica.

Pur facendo riferimento ad un approccio di tipo psicodinamico, l'intervento si connota come particolarmente eclettico, strutturato su dieci sedute di 45-50 minuti (di cui tre iniziali di valutazione), che prevedono alla fine l'eventuale invio ad un percorso psicoterapico a più lungo termine. Il ricorso ad una terapia psicofarmacologica viene valutato di volta in volta in base alla gravità del quadro sintomatologico (Pavan et al., 1996; Pavan, 2002; Pavan et al., 2003).

Al termine dell'intervento i sintomi d'ansia, depressione e rabbia tornano, generalmente, ai livelli standard e vi è anche una moderata riattivazione delle relazioni sociali (Pavan et al., 2003).

Nonostante la popolazione parasuicidaria sottoposta all'intervento di crisi secondo il modello sopra indicato sia ancora troppo esigua per poter giungere a dei risultati statisticamente significativi e siano pertanto necessari altri studi randomizzati, sembra comunque che questo tipo di psicoterapia si accompagni anche ad una diminuzione dell'ideazione suicidaria.

Merita un novero la "Ospedalizzazione Parziale Psicoanaliticamente Orientata" (Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization-POPH), della quale esistono in letteratura alcuni studi "controllati" (Bateman et al., 1999), tra cui quello condotto su un campione di 44 pazienti con disturbo borderline di personalità e seguiti per 18 mesi dal completamento della terapia (follow-up), poi confrontati con un campione di pazienti cui è stato offerto un intervento psichiatrico standard.

Le misure di outcome includevano la frequenza dei tentativi di suicidio e degli agiti autolesivi, il numero e la durata dei ricoveri, l'utilizzo dei servizi, e le misurazioni dei livelli di depressione, ansia, funzionamento interpersonale e adattamento sociale, fornite dai pazienti stessi.

Da questo studio emerge come i pazienti che completavano il programma di parziale ospedalizzazione non solo mantenevano stazionari i loro progressi al momento ottenuti, ma mostravano altresì un continuo miglioramento statisticamente significativo nella maggior parte dei parametri considerati, in contrasto con i pazienti trattati con cure psichiatriche tradizionali, che invece mostravano solo lievi cambiamenti per tutto il periodo di osservazione.

In conclusione, in questo studio viene confermata la superiorità di questa particolare terapia, anche durante un follow-up di 18 mesi (Bateman et al., 2001).

Ancor più interessante sembra essere la Transference Focused Psychotherapy.

È una terapia psicodinamica modificata e specificamente strutturata per pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, ma estendibile anche a tutti i gravi disturbi di personalità.

Essa si rifà alle tecniche di chiarificazione, confronto e interpretazione all'interno della relazione di transfert in evoluzione tra il paziente ed il terapeuta; richiede un minimo di 2 sedute settimanali della durata di 45-50 minuti (Clarkin et al., 1999).

Durante il primo anno di trattamento la TFP si focalizza sui seguenti temi:

- il contenimento dei comportamenti suicidari,
- differenti modalità di sabotaggio del trattamento,
- l'identificazione e la ricapitolazione dei patterns relazionali dominanti e riguardanti l'oggetto, così come vengono espressi nella relazione terapeutica.

Il paziente viene aiutato a raggiungere la costanza dell'oggetto, lavorando attraverso una posizione schizo-paranoide, al fine di acquisire una posizione depressiva.

L'efficacia della TFP su pazienti borderline con condotte autolesive è stata indagata in un solo studio, peraltro non "controllato". I risultati ottenuti sono stati pro-

mettenti: una bassa percentuale di drop-out (19%, si trattava di pazienti borderline) ad un anno dall'inizio dello studio e nessun suicidio durante lo studio.

È auspicabile una ricerca ulteriore finalizzata al chiarimento dell'efficienza ed efficacia di tale psicoterapia, con trials randomizzati e controllati.

Confronti tra interventi psicoterapici

Le considerazioni fin qui esposte sono state riassunte e confermate in un'interessante meta-analisi condotta allo scopo di identificare e sintetizzare i risultati ottenuti da studi controllati sull'efficacia degli interventi psicoterapici e psicosociali specificamente disegnati per la prevenzione delle condotte autolesive (Hawton et al., 2000).

Sono stati presi in considerazione gli studi controllati esistenti in letteratura ($n^{\circ}=23$), suddivisi per tipologia, e se n'è valutata la complessiva efficacia utilizzando come unico indice di outcome comune la ripetizione del gesto autolesivo.

Solo la DBT dimostrava una superiorità statisticamente significativa nel ridurre l'incidenza delle condotte suicide rispetto al gruppo di controllo. La terapia orientata al problem-solving e l'utilizzo della Green Card presentavano una superiorità che tendeva alla significatività rispetto al gruppo di controllo; nessuna delle altre terapie già menzionate mostrava alcun vantaggio sostanziale rispetto ai trattamenti "as usual".

Tali risultati confermavano quanto rilevato da studi precedenti e cioè l'importanza di offrire ai pazienti parasuicidari interventi quanto più strutturati. Già nel 1981 Lieberman e collaboratori avevano confrontato Behavior Therapy vs Insight-Oriented Therapy nei soggetti con una storia clinica di tentativi di suicidio ripetuti. I livelli di depressione e ansia venivano misurati prima e dopo dieci giorni di trattamento in pazienti ricoverati, nonché ad intervalli di follow-up

di 9 mesi. Interviste con i pazienti durante un periodo di follow-up di 2 anni permettevano poi il monitoraggio della frequenza dei tentativi e dell'ideazione suicidaria.

I risultati dimostravano una superiorità della terapia comportamentale che, con una breve ma strutturata ospedalizzazione ed il follow-up, sembrava aver verosimilmente permesso il raggiungimento dei risultati migliori.

Conclusioni

Da quanto esposto emerge come gli studi che affrontano l'efficacia degli interventi psicoterapici in pazienti con comportamento suicidario siano numerosi, tuttavia è altrettanto evidente quanto sia a tutt'oggi difficile trarre conclusioni definitive in merito.

Pur rispettando la criticabilità degli studi meta-analitici, gli studi singoli presentano ancora delle carenze. Pochi sono quelli che sono stati condotti a partire da una solida base empirica; molti hanno utilizzato come unica misura di outcome l'incidenza di ripetizione del gesto autolesivo, tralasciando altri parametri di accertata importanza quali l'ideazione suicidaria, sentimenti di hopelessness, depressione, ansia. I risultati sono spesso stati poco generalizzabili a causa della bassa, talvolta bassissima, numerosità campionaria.

In tal senso riteniamo che la programmazione per il futuro di studi multicentrici, all'interno di un identico progetto di ricerca, potrebbe costituire un'efficace modalità di superamento di tali carenze.

I pazienti che manifestano ideazione o comportamenti suicidari oltre ad essere affetti da disturbi dell'Asse I e/o II del DSM IV, presentano peculiarità proprie che li contraddistinguono. Queste sono:

- ridotta capacità di problem-solving, soprattutto nelle relazioni interpersonali, forse conseguenti a rigidità cognitiva e a stati depressivi;

- deficit della memoria “specifica” a favore di quella “generica”;
- atteggiamenti di passività;
- importanti ed invalidanti sentimenti di hopelessness.

Un intervento psicoterapico efficace dovrebbe tenere in considerazione tali assunti.

Questo è quanto ci sembra avvenga per le terapie d'efficacia probabile (DBT, Problem-solving Therapy, CBT), motivandone la superiorità. Esse aiutano il paziente a sentirsi compreso attraverso la conoscenza degli specifici fattori cognitivi ed emotivi che condizionano specificamente il comportamento autolesivo; ingaggiano il paziente in un ruolo attivo, favorendone l'empowerment; concentrano lo sforzo sulle problematiche attuali del paziente al fine di modificarne il comportamento tramite codificate strategie di coping.

Di secondaria importanza sembrerebbe essere la concomitante diagnosi d'Asse I o II: dati recenti hanno evidenziato che non sempre vi è una correlazione diretta tra miglioramento della psicopatologia e riduzione della suicidalità. È stato suggerita pertanto la necessità di concentrare gli sforzi terapeutici principalmente sui fattori che inducono, mantengono e rinforzano specificamente il comportamento autolesivo, per incrementare l'efficacia della terapia stessa (Linehan, 1998).

Diverso invece ci appare il punto di forza delle Terapie Intensive, che ci sembra risiedere nella capacità di favorire la compliance, spesso limitata in questa tipologia di pazienti.

Una modesta compliance può dipendere dalla presenza di ostacoli pratici o psicologici: oggettivi problemi organizzativi che rendono difficile la frequenza agli appuntamenti, sentimenti di hopelessness (che riduce la fiducia nella terapia), sentimenti di rabbia (ad es. verso il terapeuta).

Interventi che a nostro parere possono contrastare significativamente tali resistenze sono:

- fissare un primo appuntamento prima della dimissione dall'ospedale, qualora il paziente sia ospedalizzato;

- eseguire visite domiciliari in caso di drop out alla prima visita;
- individuare un terapeuta unico di riferimento (vs. cambio frequente di terapeuta);
- programmare psicoterapie intensive con alta frequenza di sedute per un periodo limitato di tempo (vs. psicoterapie a lungo termine e bassa frequenza di incontri).

Concludiamo col dire che ci sembra auspicabile da parte dell'intera Comunità Scientifica una verifica ed un approfondimento sempre più rigorosi e scientifici delle varie strategie terapeutiche a tutt'oggi disponibili per la prevenzione ed il trattamento del fenomeno suicidario, evitando di trascurare ogni singolo aspetto di una realtà che sempre più va configurandosi come un fenomeno multifattoriale.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barley WD, Buie SE, Peterson EW, et al. *Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder*. J Pers 1993; 7:232.
- Bateman A, M.A., F.R.C.Psych., Fonagy P, Ph.D., F.B.A. *Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up*. Am J Psychiatry 158:36-42, January 2001.
- Bateman A, Fonagy P: *The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial*. Am J Psychiatry 1999; 156:1563-1569.
- Bellak L., Small L. (Eds): *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York, 1965.
- Bohus M, Haaf B et al. *Evaluation of inpatient Dialectical-Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder – a prospective study*. Behaviour Research and Therapy 2000; 38: 875-887.
- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, et al. *Evaluation of inpatient Dialectical Behavior Therapy for Borderline personality Disorder – a prospective study*. Behav Res Ther 2000; 38:875-887.

- Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. *The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change*. J Personal Disord. 2001 Dec; 15 (6): 487-95.
- Dahlgren KG. *Attempted suicide: 35 years afterwards*. Suicide Life Threat Behav 1977; 7:75-79.
- Dauwalder JP, Ciompi L: *Cost effectiveness over 10 years: a study of community-based social psychiatry in the 1980s*. Soc. Psychiatry Psychiat. Epidem., 1995, 30: 171-184.
- De Leo D, Bertolote JM, Schmidtke A, et al. *Definitions in suicidology: the evidence-based and the public health approach*. Presented at the 20th congress of the International Association for Suicide Prevention. Athens, 6-10 November, 1999.
- Dieserud G, Roysamb E. et al. *Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach*. Suicide Life Treat Behav 2001; 31(2): 153-168.
- Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al. *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments*. Archives of General Psychiatry 1989; 46:971-982.
- Evans K, Tyrer P, Catalan J, et al. *Manual Assisted cognitive-Behavioural Therapy: a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm*. Psychol Med. 1999 Jan;29(1):19-25.
- Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. *Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition*. Br J Psychiatry. 1999 Jul;175:23-7.
- Freeman A, Reinecke MA., *Cognitive Therapy of Suicidal Behavior*. New York: Springer 1993.
- Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, et al. *Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning*. BMJ 2001; 323:135-144.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., et al (1997) *Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide*. British Journal of Psychiatry, 171, 556 –560.
- Hawton K, Fagg J. *Suicide and other causes of death, following attempted suicide*. Br J Psychiatry 1988;152:751-61.
- Hawton K, Fagg J. *Suicide and other causes of death, following attempted suicide*. Br J Psychiatry 1988; 152: 259-266.
- Hawton K, Fagg J. *Suicide and other causes of death, following attempted suicide*. Br J Psychiatry 1988; 152: 359-366.
- Hawton K et al. *Deliberate self-harm:systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition*. British Medical J 1998; 317: 441-447.
- Heard HL. *Psychotherapeutic approaches to suicidal ideation and behavior*. In “The international Handbook of suicide and attempted suicide” edited by Hawton K. Van Heeringen K. 2000 John Wiley & Sons, Ltd.
- Hengeveld MW, Jonker DJL, Rooijmans HGM. *A pilot study of a short cognitive-behavioral group treatment for female recurrent suicide attempters*. Int’l J. Psychiatry in medicine 1996; 26(1):83-91.
- Hobson RF. *Forms of feeling: the heart of psychotherapy*. New York: Basic, 1985
- House A, Owens D, Patchett L. *Deliberate self-harm*. Quality in Health care 1999;8: 137-143.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry; Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Williams&Wilkins 1997.
- Koerner K, Linehan M. *Research on Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder*. The Psychiatric Clinics of North America 2000; 23(1): 151-167.
- Koons CR, Robins CJ, Bishop GK, et al. *Efficacy of dialectical behavior therapy with borderline women veterans: a randomized controlled trial*. Presented at the 32nd Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC, November 1998.
- Lieberman RP, Eckman T. *Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters*. Arch Gen Psychiatry. 1981 Oct;38(10):1126-30.
- Linehan M, Armstrong HE, Syarez a, Allmari D, Heard HL. *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:1060-1064.
- Linehan M, Heard HL, Armstrong HE. *Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients*. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:971.
- Morgan HG, Jones EM, Owen JH. *Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study*. Br J Psychiatry. 1993 Jul;163:111-2.

- Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Hunding A, Laursen-Bjaeldager P. *High mortality by natural and unnatural causes: a 10-years follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment center after suicide attempts*. Br Med J 1993; 1637-1641.
- Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M. *Survival analysis of suicide risk after attempted suicide*. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 336-340.
- Pavan L.: *L'Identità tra Continuità e Cambiamento*. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Pavan L.; *Psicoterapia della Crisi Emozionale*, a cura di Pavan L.. Franco Angeli, Milano, 2003.
- Pavan L., Fusco E., Gambaro F., et al (2003). *Open Trial on Crisis Psychotherapy in Padova, Italy*. Brief Treatment and Crisis Intervention, 3: 37-46.
- Reisch T., Schlatter P., Tschacher W.: *Efficacy of crisis intervention*. Crisis, 1999, 20: 78-85.
- Rucci P, Frank E, Kostelnik B, Fagiolini A, Mallinger AG, Swartz HA, Thase ME, Siegel L, Wilson D, Kupfer DJ. *Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy*. Am J Psychiatry. 2002 Jul;159(7):1160-4.
- Ryle A. *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. Chichester: Wiley 1995.
- Salkovskis PM. *Psychological treatment of suicidal patients*. In *Suicide an unnecessary death*. Edited by Danuta Wasserman. Martin Dunitz 2001.
- Sande (van der) R., Rooijen (van) L., Buskens E. et al: *Inpatient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomized controlled intervention study*. Br. J. Psychiatry, 1997, 171: 35-41.
- Scocco P, de Girolamo G, Frank E: *Psicoterapia Interpersonale*; in P. Scocco, D. De Leo, L. Pavan (eds), *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Bollati Boringhieri Ed., Torino, 2001.
- Sheard T, Evans J, Cash D, Hicks J, King A, Morgan N, Nereli B, Porter I, Rees H, Sandford J, Slinn R, Sunder K.: *A CAT-derived one to three session intervention for repeated deliberate self-harm: a description of the model and initial experience of trainee psychiatrists in using it*. Br J Med Psychol. 2000 Jun;73 (Pt 2):179-96.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al. *Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide*. Acta Psychiatr Scand 1996; 93:327-338.
- Springer T, Lohr NE, Buchtel HA, et al. *A preliminary report of short-term cognitive behavioral group therapy for inpatients with personality disorders*. J Psychother Pract Res 1996; 5:57.
- Stanley B, Ivanoff A, Brodsky B, et al. *Comparison of DBT and "treatment as usual" in suicidal and self-mutilating behaviour*. Presented at the 32nd Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC, November 1998.
- Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF 3rd. *Occurrence and Course of Suicidality During Short-term Treatment of Late-Life Depression*. Arch Gen Psychiatry. 2003 Jun;60(6):610-7.
- Wasserman D. *Suicide, an unnecessary death*. Martin Dunitz, London, 2001.
- Weissman MM, Prusoff BA, DiMascio A. *The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episode*. Am J Psychiatry 1979; 136:555-558.
- Wolberg L.R. (ed): *Handbook of Short-Term Psychotherapy*. Thieme & Stratton, New York, 1980.
- World Health Organization. *Health-for-all targets. The health policy for Europe. Summary of the updated edition*. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

CAPACITÀ DI MENTALIZZARE E COMPORTAMENTO VIOLENTO ACUTO IN AMBIENTE CARCERARIO

Loretto L., Milia P., Nieddu G., Nivoli A., Nivoli L.F.

Loretto Liliana M.D.
Milia Paolo M.D.
Gianfranco Nieddu M.D.
Alessandra Nivoli M.D.
Luisa Fabrizia Nivoli

Parole chiave:
comportamento violento,
passaggio all'azione.

Key words:
mentalize, violent behavior,
acting-out.

Indirizzo:
Clinica Psichiatrica
Università di Sassari
Villaggio S. Camillo
07100 Sassari
Tel. +39 079 254406;
Fax +39 079 228350
E-mail clinpsic@uniss.it

RIASSUNTO

La capacità di mentalizzare è parte integrante di un "apparato di controllo" di ciascun individuo che gestisce ed organizza gli stimoli emotivi e gli impulsi intimi dell'individuo in base alle esigenze del mondo esterno, e consiste nel riconoscere e gestire in modo adeguato tali stimoli e nel trovare, per scaricare le tensioni, le strategie più adeguate rispetto all'economia emotiva dell'individuo. Qualora un individuo presenti una carente capacità di mentalizzare può non essere in grado di gestire adeguatamente un importante carico emotivo, e utilizzare pertanto meccanismi di difesa regressivi, quali il passaggio all'azione (acting-out). Nel presente scritto vengono descritte alcune tipologie (di tipo clinico-qualitativo) di crisi acute di comportamento violento, che caratterizzano l'agire di detenuti con una carente capacità di mentalizzare ristretti in istituzioni penitenziarie: crisi clastiche sugli oggetti, crisi di violenza acuta sulla propria persona, crisi di violenza acuta su altre persone, blocco e sblocco acuto del comportamento violento.

SUMMARY

The ability to mentalize is an integral part of each individual's "control system" which manages and organizes emotional stimuli and intimate impulses according to the demands of the outside world. It consists of adequately recognizing and managing these stimuli and, in the relief of tension, of finding the strategies most suited to the individual's emotional economy. If an individual lacks the ability to mentalize, they may be unable to adequately manage a major emotional load and consequently adopt regressive defence mechanisms, as acting out. This paper describes some (clinical-qualitative) types of acute violent crises that characterize the behaviour of detainees in prison custody with poor ability to mentalize: clastic crises towards objects, crises of acute self-inflicted violence, crises of acute violence towards others, acute blocking and unblocking of violent behaviour.

Un normale funzionamento emotivo dell'individuo si basa su un "apparato di controllo" che gestisce ed organizza gli stimoli emotivi, e le esigenze del mondo esterno, con gli impulsi intimi dell'individuo (Fenichel 1951). La capacità di mentalizzare è parte integrante dell' "apparato di controllo", consiste nel riconoscere e gestire in modo adeguato gli stimoli emotivi provenienti dal mondo esterno e nel trovare le strategie di scarico delle tensioni più adeguate all'economia emotiva dell'individuo. Ne deriva che il benessere emotivo dell'individuo scaturisce da un equilibrio tra l'ap-

porto degli stimoli emotivi e la possibilità di scarico delle tensioni. Qualora un individuo presenti una carente capacità di mentalizzare può non essere in grado di gestire adeguatamente il carico emotivo, e l'ansia che ne scatuisce, e pertanto utilizzare meccanismi di difesa regressivi quali il passaggio all'azione (acting-out). In tal caso i sentimenti, le emozioni, le conflittualità che non vengono mentalizzate vengono espresse in forma mascherata d'azioni, costituendo una sorta di "conversione del comportamento" o "linguaggio del comportamento" (Laughlin 1967).

Gli individui ristretti in istituzioni penitenziarie, oltre che presentare spesso una ridotta capacità di mentalizzare, devono confrontarsi con ulteriori difficoltà quali un maggior carico emotivo ed una ridotta possibilità di fisiologico scarico delle tensioni. Pertanto in ambito penitenziario, una carente capacità di mentalizzare può portare l'individuo al passaggio all'azione, anche inteso come meccanismo psicologico di difesa dall'ansia, che non raramente si manifesta come comportamento violento (verso gli oggetti, verso se stesso, verso altre persone).

Nel presente scritto viene descritta una tipologia (di tipo clinico-qualitativo) di crisi acute di comportamento violento, che caratterizzano l'agire di detenuti ristretti in istituzioni penitenziarie con una ridotta capacità di mentalizzare le emozioni. Queste crisi di comportamento violento acuto su cose e persone, presentano quattro distinte caratteristiche cliniche.

- 1) In primo luogo le crisi si sono sempre verificate in seguito ad un accumularsi di emozioni, spesso intense, numerose e tribolanti, che hanno riguardato i vari campi del vissuto del detenuto (separazione dalla moglie, malattia grave dei genitori, aggravamento della pena ecc..)
- 2) In secondo luogo le crisi hanno presentato una breve durata temporale, in genere qualche ora, e poi, se non complicate, si sono risolte in modo spontaneo.
- 3) Le crisi, se non adeguatamente trattate ed affrontate, hanno presentato carattere di diffusività, cioè il detenuto, ad esempio, dopo aver incominciato ad usare violenza contro gli oggetti in cella, se inopportuno stimolato ha esteso il comportamento violento alle persone (personale di custodia, personale medico e paramedico, altri detenuti).
- 4) Dopo le crisi il soggetto si è mostrato rilassato, tranquillo, deteso, e non più reattivo in senso violento agli stimoli. In genere inoltre il soggetto ha manifestato il proprio dispiacere e rincrescimento per i passaggi all'atto violento e verbalizza: "Non so cosa mi è successo...mi è sfuggita

la situazione di mano..non avrei voluto farlo..mi dispiace, non è nel mio carattere".

È da sottolineare che queste crisi di violenza da difficoltà o incapacità di mentalizzare le emozioni, sono molto diverse come etiologia e come trattamento psicoterapico e farmacologico, da altre manifestazioni di comportamenti violenti in carcere, legati ad esempio a problemi di acquisizione di leadership, di vendette personali, di spostamento dell'aggressività, di rapidi viraggi dall'auto all'etero-aggressività ecc.

Nella descrizione clinica che seguirà saranno prese rispettivamente in considerazione quattro tipologie.

- 1) Crisi clastiche sugli oggetti
- 2) Crisi di violenza acuta sulla propria persona
- 3) Crisi di violenza acuta su altre persone
- 4) Blocco e sblocco acuto del comportamento violento.

Crisi clastiche sugli oggetti

Le crisi clastiche sugli oggetti possono essere limitate o estese (pantoclastiche).

Le crisi limitate consistono nello spezzare, distruggere, rompere, oggetti singoli. Per esempio il detenuto aggredisce, deteriora, distrugge un arredo della cella (la televisione, una panca, un armadietto ecc.).

Quando invece le crisi sono estese, cioè pantoclastiche, il detenuto spacca e rompe quasi tutti gli oggetti che sono contenuti nella sua cella (i mobili, il letto, i lavandini ecc.).

Le crisi clastiche sugli oggetti inoltre possono coinvolgere anche le persone, oltre che numerosi oggetti.

In alcuni casi, infatti, le crisi clastiche sono compiute quasi in sordina senza alcuna violenza sulle persone, in altri casi invece possono coinvolgere altre persone, qualora queste intervengano in modo inopportuno, mentre ad esempio il detenuto sta spaccando gli oggetti nella propria cella in quanto l'intervento può essere percepito dal detenuto come una provocazione.

Infine queste crisi si possono presentare in modo saltuario, esaurirsi rapidamente lasciando una sorta di rilassamento, nell'individuo, mentre altre volte le crisi possono recidivare a brevi intervalli di tempo, e presentarsi numerose nei giorni successivi. In genere se queste crisi recidivano, è utile per lo psichiatra escludere altre specifiche psicopatologie che le possono sostenere (ad esempio disturbi dell'umore, crisi di astinenza da cocaina ecc.)

Crisi di violenza acuta sulla propria persona

Le crisi di violenza acuta sulla propria persona possono essere estremamente varie nelle loro manifestazioni cliniche e nel grado di intensità del comportamento distruttivo.

Tra le crisi più lievi segnaliamo detenuti che sbattono violentemente le mani sul tavolo, il pugno contro gli armadietti. Più gravi sono le crisi in cui i detenuti si dirigono con violenza contro i muri della cella vibrando testate e calci, tali da richiedere accertamenti e trattamenti sanitari.

A volte questo comportamento violento contro se stessi può assumere un aspetto drammatico e non facilmente prevedibile.

- *Un detenuto, mentre durante il colloquio aveva ricevuto la notizia della fuga della propria moglie che amava, dopo aver emesso un urlo tremendo, si è lanciato in aria ricadendo pesantemente con l'addome ed il viso sul pavimento, procurandosi fratture al massiccio facciale.*

Gestiti con particolare violenza ed aggressività sono certi autolesionismi attuati con oggetti da punta e taglio (in genere lamette da barba o manufatti tipo coltello) che provocano profonde lesioni, per le quali il detenuto rifiuta l'intervento dei sanitari; in altre parole successivamente all'intervento dei sanitari il detenuto strappa le medicazioni e riapre le ferite. Inoltre l'autolesionismo può essere amplificato non solo perché il soggetto si taglia profondamente in parecchie parti del corpo, ma infetta le ferite con le urine, le feci ecc. Questi casi di autolesionismo sono ulte-

riormente complicati, dal punto di vista del trattamento, allorquando il paziente è affetto da AIDS.

Crisi di violenza acuta su altre persone

Queste crisi presentano la caratteristica di essere raramente dirette inizialmente, verso specifiche persone, ma generalmente sono secondarie a comportamenti inadeguati e/o provocatori (reali o percepiti tali dal detenuto) di terze persone. In genere, l'aggressione su altre persone, nasce dal tentativo di bloccare il detenuto con la forza durante una crisi di passaggio all'azione, e/o dall'espressione di un giudizio ironico o irrispettoso, ed avere come bersaglio il personale di custodia, il personale sanitario (medici e paramedici), gli altri detenuti.

- *Un detenuto mentre spacca gli oggetti dentro la propria cella, viene apostrofato in malo modo e minacciato in modo brutale dal personale di custodia: "Smettila! O ti facciamo vedere noi...". Il detenuto che sino a quel momento aveva rivolto il comportamento violento elusivamente contro gli oggetti, rende appuntito il manico della scopa, ed utilizzandolo come arma ferisce un agente di custodia che tentava di entrare nella cella.*

Particolarmente importante, ai fini preventivi, è sottolineare che queste aggressioni alle persone sono in genere secondarie ed avvengono attraverso stimolazioni inadeguate che possono, a scopo preventivo, essere evitate.

Blocco e sblocco acuto del comportamento violento

Non sempre a livello clinico l'incapacità di mentalizzare forti emozioni porta un immediato e diretto passaggio all'azione caratterizzato da un agito violento. In alcuni casi la difficoltà a mentalizzare può causare un primo periodo di "blocco" del soggetto caratterizzato da una massiva riduzione di tutta l'attività psicomotoria e successivamente,

in modo acuto, da uno “sblocco” dell’attività psicomotoria con rapido passaggio all’azione sia di tipo auto che eteroaggressivo.

Per blocco dell’attività psicomotoria, sempre dopo una “forte dose di emozioni non digerita” e non adeguatamente gestita, si intende una sorta di anedonia, abulia, apatia, riduzione della mobilità, vissuti di mancanza di speranza (*hopelessness*), di mancanza di possibilità di aiuto (*helplessness*) di mancanza di autostima (*worthlessness*) di trasparenza, e visibilità agli altri, della propria nullità e indegnità ecc. Tale condizione può venir diagnosticata come stato depressivo senza tuttavia utilizzare l’avvertenza clinica di prevedere il passaggio successivo e cioè, il rapido “sblocco” verso passaggi all’azione violenti tanto su se stessi, quanto su altre persone.

- *In un caso, ad esempio, un detenuto, in seguito a notizie allarmanti sul proprio stato di salute (AIDS) dopo circa una settimana di “blocco” si è “sbloccato” bruciandosi col fornello a gas ambedue le gambe, procurandosi estese ustioni di secondo e terzo grado, e successivamente lo stesso detenuto, medicato per le ustioni, si è tagliato in modo profondo con le lamette da barba la guancia ed il collo, necessitando di oltre 38 punti di sutura chirurgica.*

Osservazioni conclusive

L’incapacità di mentalizzare non può essere la sola variabile che pretende di fornire l’unica o la più importante etiologia che porta un detenuto sovraccarico di emozioni a passare in modo acuto all’atto e soprattutto alle crisi acute di violenza. Il passaggio all’atto riconosce un’etiologia varia e complessa, non certo esclusivamente legata alla difficoltà a mentalizzare.

Il passaggio all’azione, in particolar modo il comportamento violento, in istituzione penitenziaria, può anche essere il risultato di specifiche dinamiche di violenza legate alla sottocultura delinquenziale.

A titolo di esempio possiamo ricordare alcuni elementi che, autonomamente o in as-

sociazione al sovraccarico di emozioni, possono scatenare una crisi di violenza quali l’aggressività legata a stati depressivi, la gestione istrionica della violenza, gli aspetti utilitaristici dal guadagno secondario provenienti dal comportamento violento, i sentimenti di onnipotenza dell’atto reattivi all’impotenza della situazione reale, la molteplicità delle cause dei rapidi passaggi dall’auto all’etero aggressività, in ambiente privativo di libertà.

Nonostante queste limitazioni, si impone, per lo psichiatra che presti la propria opera in istituzioni penitenziarie, la necessità di conoscere che un sovraccarico di emozioni in un detenuto può portare a numerosi passaggi acuti all’azione violenta non solo sugli oggetti ma sulla persona. Pertanto, sotto il profilo terapeutico, deve essere facilitata la ventilazione dei sentimenti del detenuto allo scopo di migliorare la sua capacità di riconoscimento e di gestione delle emozioni, soprattutto quando queste sono forti, numerose, ed estremamente pregnanti sotto l’aspetto affettivo. In particolare poi, deve essere svolta un’opera di formazione psichiatrica preventiva (Nivoli 2001) sugli operatori della salute mentale, sugli operatori sanitari, sugli addetti alla custodia ecc.. per evitare la diffusività e l’ampliamento di queste crisi sotto l’aspetto qualitativo e quantitativo, soprattutto in relazione ad interventi inadeguati a causa della loro provocatorietà e stimolazione all’agito nei confronti del detenuto, allorché il soggetto ha forti carichi emotivi che non riesce a gestire da solo in modo adeguato al reale.

Bibliografia

Fenichel O: *Trattato di Psicoanalisi*. Casa Editrice Astrolabio. Roma 1951

Laughlin HP: *Le nevrosi nella pratica clinica*. Giunti Barbera. Firenze 1967

Nivoli GC: *La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente: incontri e scontri*. Hippocrates. Milano 2001.

1.

The relationship between exposure to adolescent suicide and subsequent suicide risk.

WATKINS RL, GUTIERREZ PM.

Department of Psychology, Northern Illinois University. DeKalb, USA.

Suicide Life Threatening Behavior 2003 Spring; 33(1):21-32

La relazione tra esposizione al suicidio di un adolescente e conseguente rischio di suicidio per i coetanei.

In questo studio abbiamo esaminato la relazione tra l'esposizione di adolescenti al suicidio di un coetaneo ed il conseguente rischio di suicidio. 268 studenti di scuola superiore hanno risposto a questionari autosomministrati per la valutazione dei dati demografici, l'esposizione al suicidio di un coetaneo, la relazione tra i sopravvissuti e la vittima e 4 misure di rischio di suicidio (ideazione suicidaria, comportamento di tipo suicidario passato e presente, sintomatologia depressiva e ragioni per vivere). I 27 individui che erano stati esposti al suicidio di un coetaneo sono stati classificati come amici o conoscenti delle vittime. Sono stati quindi scelti 27 controlli sovrapponibili per sesso, età ed razza. In base ai risultati di questo studio nessuna delle ipotizzate differenze nelle misure di rischio di suicidio o sintomatologia depressiva tra adolescenti esposti e non esposti è stata verificata. Vengono valutate e discusse 3 possibili spiegazioni all'interno di una particolare cornice concettuale.

2.

Suicide and the suicidal body.

ORBACH I.

Department of Psychology, Bar-Ilan University. Ramat-Gan, Israele.

Suicide Life Threatening Behavior 2003 Spring; 33(1):1-8

Suicidio e corpo suicidario

Questo articolo si focalizza sulle esperienze corporee e l'attitudine verso il proprio corpo in individui suicidari. Si sostiene che le esperienze corporee e l'attitudine verso il corpo, quali il rigetto del corpo, il distacco, l'intorpidimento, l'anedonia fisica e la mancanza di protezione, possono facilitare gli atti di autodistruzione. Questa ipotesi viene sostenuta per mezzo di teorie di psicologia dello sviluppo, teorie sul suicidio e dati empirici. Viene dimostrato che individui suicidari sperimentano il proprio corpo in maniera differente rispetto ad altre popolazioni e ciò è collegato al comportamento suicidario.

3.

Networking to support suicide survivors.

DE FAUW N, ANDRIESSEN K.

Mental Health Center, Halle, Belgio.

Crisis 2003;24(1):29-31

Network a supporto dei sopravvissuti ad un suicidio.

Questo articolo rappresenta il primo report di un programma nazionale per l'incremento del supporto per i sopravvissuti ad un suicidio nella regione del Flemish in Belgio. Un Working Group formato dai rappresentanti di un'ampia gamma di istituzioni operanti nel campo della salute mentale, di programmi sociali e gruppi di sopravvissuti ad un suicidio presenti nell'area ha dimostrato che un programma per lo sviluppo di networks tra i servizi sembra essere particolarmente promettente sia per l'aumento del numero dei servizi disponibili, sia per il miglioramento della qualità dei servizi offerti.

4.

Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports.

KHANA A., KHAN S., KOLTS R., BROWN WA.

Am J Psychiatry, Apr 2003; 160(4):790-2

Percentuali di suicidio in trials clinici di SSRI, altri antidepressivi e placebo: analisi dei rapporti della FDA.

Obiettivi: i precedenti rapporti che suggeriscono che l'uso degli inibitori selettivi del re-uptake della serotonina (SSRI) è associato ad un incremento del rischio suicidario non hanno valutato i suicidi completi. Gli autori hanno analizzato i rapporti da protocolli di studio randomizzato per confrontare le percentuali suicidarie di pazienti depressi cui era stato assegnato un SSRI, un altro antidepressivo o un placebo.

Metodi: i rapporti della Food and Drug Administration (FDA) sui trials clinici controllati per 9 moderni antidepressivi approvati dalla FDA stessa hanno fornito i dati per il confronto delle percentuali dei suicidi.

Risultati: di 48277 pazienti depressi che hanno partecipato ai trials, 77 hanno commesso suicidio. Basandosi sugli anni di esposizione dei pazienti, sono state trovate percentuali simili tra quelli cui casualmente era stato assegnato un SSRI (0,59%, 95% intervallo di confidenza [CI] = 0,31% - 0,87%), un confronto standard per antidepressivi (0,76%, 95% CI = 0,49% - 1,03%) o per placebo (0,45%, 95% CI = 0,01% - 0,89%). **Conclusioni:** Questi risultati non hanno dimostrato né una sostanziale differenza nel rischio suicidario tra i soggetti depressi trattati con gli antidepressivi e con placebo in trials controllati né una differenza tra SSRI e gli altri tipi di antidepressivi o placebo.

5.

Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders.

MALONE K.M., WATERNAUX C., HAAS G.L., COOPER T., LI S., MANN J.J.

Am J Psychiatry, Apr 2003; 160(4):773-9

Fumo di sigaretta, comportamento suicidario e funzioni della serotonina nei disturbi psichiatrici maggiori

Obiettivi: Il fumo di sigaretta è associato ad un alto rischio di suicidio e tentativo di suicidio, ma non è stata studiata la spiegazione psicopatologica o biologica di questa associazione. Basse funzioni serotoninergiche e tratti impulsivi/aggressivi sono associati ad agiti suicidari, inclusi i suicidi completi. Gli autori hanno ipotizzato che la relazione che può esistere tra il fumo di sigaretta e il comportamento suicidario può essere associata ad una bassa funzione serotoninergica e alla presenza di tratti impulsivi/aggressivi.

Metodi: I soggetti studiati erano 347 pazienti con disturbi psichiatrici (175 con depressione, 127 con schizofrenia e 45 con altri disturbi). Il 53% di questi soggetti (N=184) aveva una storia di tentativo di suicidio nel corso della vita e il 47% (N=163) non aveva mai tentato il suicidio. Sono stati valutati l'abitudine al fumo, il comportamento suicidario nel corso della vita e la psicopatologia. La funzione serotoninergica è stata valutata in un sottogruppo di pazienti depressi (N=162) usando un test di stimolo alla flenfluramina e/o misurando i livelli di acido 5-idrossindolacetico nel liquido cerebrospinale.

Risultati: Di tutti i pazienti, i fumatori sono stati quelli che verosimilmente avevano compiuto un tentativo di suicidio (adjusted odd ratio = 2,60, 95% intervallo di confidenza = 1,60 - 4,23) e avevano ottenuto punteggi più alti di ideazione suicidaria e di aggressività nel corso della vita, confrontati con i non fumatori. Una relazione inversa è stata osservata tra la quantità di sigarette fumate ed entrambi gli indici di funzione serotoninergica.

Conclusioni: L'associazione tra il fumo di sigaretta e la presenza e severità del comportamento suicidario nei diversi disturbi psichiatrici maggiori può essere correlata ad una bassa funzione serotoninergica cerebrale in fumatori depressi. Sono necessari ulteriori approfondimenti per confermare queste scoperte, per misurare la funzione serotoninergica in pazienti con altri disturbi oltre la depressione e per testare la potenzialità degli effetti terapeutici di trattamenti che aumentino i livelli di serotonina sia sull'abitudine al fumo che sul rischio suicidario.

6.

CSF testosterone in 43 male suicide attempters.

GUSTAVSSON G., TRASKMAN-BENDZ L., HIGLEY J.D., WESTRIN A.

Eur Neuropsychopharmacol, Mar 2003; 13(2):105-9

Livelli di testosterone nel liquido cerebrospinale in 43 maschi tentatori di suicidio.

Diversi studi hanno mostrato una relazione tra alti livelli di testosterone e comportamento violento aggressivo. Lo scopo generale di questo studio è stato quello di ampliare le conoscenze sull'importanza dei livelli di testosterone nei tentatori di suicidio. I livelli di testosterone nel liquido cerebrospinale (CSF) sono stati misurati in uomini con un recente tentativo di suicidio, suddivisi in gruppi diagnostici secondo il DSM III-R per l'asse I e II e per modalità di comportamento suicidario. In generale, i nostri pazienti avevano minori livelli di testosterone nel fluido cerebrospinale rispetto a quelli presenti in pazienti aggressivi violenti di altri studi. I pazienti con depressione NAS o distimia mostravano maggiori livelli di CSF testosterone rispetto agli altri. È stata trovata nel sottogruppo diagnostico di pazienti, soprattutto in asse II con disturbo di personalità cluster B, una significativa correlazione positiva tra livelli di testosterone e irritabilità e una correlazione negativa tra livelli di testosterone e desiderabilità sociale. I risultati suggeriscono che i tentativi di suicidio possono essere mediati da differenti variabili biologiche piuttosto che l'aggressività.

7.

Clinical correlates of inpatient suicide.

BUSCH KA, FAWCETT J, JACOBS DG.

Dipartimento di Psichiatria, Rush Medical College, Chicago, IL, USA.

J Clin Psychiatry. 2003 Jan;64(1):12-3

Correlati clinici in pazienti suicidi ricoverati

Background: Precedenti studi sulla valutazione del suicidio hanno condotto a predittori di rischio standard.

Nonostante ciò, ci sono approssimativamente 30.000 suicidi per anno negli Stati Uniti, dei quali dal 5% al 6% di questi avviene negli ospedali.

L'intento primario di questo studio è quello di incrementare la nostra abilità nel valutare il rischio e di intervenire con successo.

Metodo: Sono state riesaminate le cartelle cliniche di 76 pazienti che hanno commesso suicidio durante la degenza in ospedale o immediatamente dopo la dimissione.

La settimana precedente il suicidio è stata valutata per entrambi i predittori standard di rischio e, utilizzando gli items dalla Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS), per la presenza e la gravità dei sintomi, ritenuti da recenti studi essere in correlazione con un rischio acuto.

Risultati: per quanto riguarda i predittori standard, solo il 49% (N=37) aveva un precedente tentativo di suicidio e il 25% (N=19) era stato ricoverato per questo motivo. Il 39% (30/76) era stato ricoverato per ideazione suicidaria, ma il 78% ha negato ideazione suicidaria alla loro ultima comunicazione (lettera?) al riguardo; il 46% (N=35) non mostrava evidenza di psicosi; di quelli sotto controllo (N=45), il 51% (N=23) aveva controlli anti-suicidio ogni 15 minuti o un'osservazione 1:1; e il 28% (N=21) non aveva di fatto un contratto antisuicidario.

Alla SADS, il 79% (N=60) incontrava i criteri per un disturbo d'ansia grave o gravissima e/o agitazione psicomotoria.

Conclusione: Le valutazioni del rischio standard e delle precauzioni standard utilizzate si sono rivelate di scarso significato nella protezione di questo gruppo dal suicidio.

Aggiungere la gravità dell'ansia e dell'agitazione alle nostre attuali valutazioni potrebbe aiutare nell'identificare pazienti con rischio acuto e suggerire interventi effettivi di trattamento. Risulta chiara quindi l'importanza di un gruppo di confronto adeguato per stabilire se questo campione possa essere discriminato con metodo singolo cieco dai pazienti ricoverati che non commettono suicidio.

8.

Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women.

PREUSS UW, SCHUCKIT MA, SMITH TL, DANKO GP, BUCHOLZ KK, HESSELBROCK MN, HESSELBROCK V, KRAMER JR.

VA San Diego Healthcare System and the University of California, San Diego, CA, USA.

Am J Psychiatry. 2003 Jan;160(1):56-63

Predittori e correlati di tentativi di suicidio nei 5 anni in 1237 uomini e donne alcol-dipendenti

Obiettivo: In precedenti studi, I fattori correlati ad una storia di tentativi di suicidio in persone con dipendenza da alcol, avevano incluso variabili socio-demografiche, un decorso più grave dell'alcolismo, disturbi da abuso di sostanze, e comorbidità psichiatrica. Questo studio prospettico di 5 anni valutava le caratteristiche associate con tentativi di suicidio in un gruppo di alcolisti sotto trattamento. È stata esaminata la comorbidità psichiatrica in termini di una distinzione tra disturbi psichiatrici indotti da sostanze e quelli indipendenti da esse.

Metodo: Sono state somministrate interviste semi-strutturate in 1237 soggetti alcol-dipendenti dallo Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism, sia ad una valutazione iniziale che ad un follow-up di 5 anni. Informazioni clinicamente rilevanti sono state ottenute all'inizio mentre il comportamento suicidario, gli aspetti di alcol-dipendenza e l'uso di droghe sono stati valutati durante l'intervista al follow-up.

Risultati: I soggetti alcol-dipendenti (N=56) con tentativi di suicidio durante il follow-up erano in numero maggiore rispetto ai soggetti senza tentativi di suicidio (N=1181) ad aver compiuto precedenti tentativi. Altri fattori correlati a futuri tentativi di suicidio nelle analisi univariate includevano un'età più gio-

vane, l'essere separati o divorziati, altre dipendenze da sostanze, disturbi psichiatrici indotti da sostanze, ed indicatori di un più grave decorso dell'alcolismo. Il sesso non ha predetto tentativi futuri.

Conclusioni: Una valutazione prospettica a 5 anni delle caratteristiche associate ai tentativi di suicidio tra persone alcol-dipendenti ha identificato fattori che contribuivano ad una piccola ma significativa proporzione della varianza per un futuro comportamento suicidario.

9.

Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality.

MACCALLUM F, BLASZCZYNSKI A.

South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, NSW, Australia.

Suicide Life Threat Behav. 2003 Spring;33(1):88-98

Rischio patologico e suicidalità: analisi della gravità e letalità

Il rischio patologico rappresenta un tema importante nella salute pubblica. I fattori di rischio per suicidio come la depressione maggiore, l'abuso di sostanze, il divorzio, la disoccupazione, le crisi finanziarie, e le controversie legali vengono comunemente ritrovate nelle popolazioni di coloro che soffrono di rischio patologico. L'obiettivo di questo studio era quello di studiare sistematicamente la natura del comportamento suicidario tra i soggetti suddetti in cerca di trattamento e la sua relazione con le caratteristiche del rischio e della depressione.

Gli indici di suicidalità sono stati stabiliti in un campione di 85 soggetti con diagnosi di rischio patologico in cerca di cure. Sono stati rilevati alti valori di ideazione suicidaria, di progetti suicidari e di tentativi; tuttavia, non è stata osservata una chiara relazione tra la suicidalità e gli indici di comportamento al

rischio: La depressione, piuttosto che le caratteristiche specifiche del rischio, le controverse coniugali, o la presenza di comportamenti illegali sembrano essere in relazione con il rischio suicidario.

10.

Affective disorder and 'psychopathy' in a sample of younger male delinquents.

MOELLER AA, HELL D.

Acta Psychiatr Scand. 2003 mar; 107(3):203-7

Disturbo affettivo e "psicopatia" in un campione di giovani maschi delinquenti

Obiettivo: l'obiettivo degli autori era di determinare la prevalenza di un disturbo affettivo, la storia di eventi traumatici e la prevalenza della diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (DPTS), nella loro relazione con la "psicopatia", in un campione di giovani maschi delinquenti inseriti in un istituto di correzione.

Metodo: come parte di uno screening di salute mentale di routine, la SCID-1 e la Psychopathy Checklist (PCL-R) furono somministrate a 102 detenuti con età di 17-27 anni.

Risultati: un disturbo affettivo fu trovato nel 28% dei casi, il 29% aveva una storia di tentativi di suicidio. Il punteggio della PCL-R era significativamente correlato con il numero di precedenti eventi minacciosi, ma il DPTS non venne diagnosticato nel gruppo degli "psicopatici". La prevalenza di un disturbo affettivo era significativamente alta nel gruppo dei "non psicopatici".

Conclusioni: la relazione inversa tra eventi minacciosi e diagnosi di DPTS sembra indicare altre modalità di coping rispetto a quelle dei "non psicopatici". Questa scoperta è discussa sul background dei dati psico-fisiologici e sui modelli psico-sociali di apprendimento.

11.

The influence of place of birth and socioeconomic factors on attempted suicide in a defined population of 4.5 million people.

WESTMAN J, HASSELSTROM J, JOHANSSON SE, SUNDQUIST J.

Arch Gen Psychiatry 2003 Apr; 60(4): 409-14

L'influenza del luogo di nascita e dei fattori socio-economici sul tentativo di suicidio in una definita popolazione di 4.5 milioni di abitanti

Background: la nostra conoscenza sull'influenza del luogo di nascita e della condizione socio-economica sul tentativo di suicidio in una popolazione definita è limitata.

Metodi: la popolazione studiata di base nel 1993 includeva circa 4.5 milioni di persone svedesi comprese tra i 25 e i 64 anni, dei quali 570 mila erano nati all'estero. Ogni individuo fu seguito fino al tentato suicidio, rimigrazione, morte, o alla fine dello studio al 31 dicembre, 1998. Nella analisi viene usata la regressione di Cox.

Risultati: i lavoratori immigrati dalla Finlandia da altri paesi dell'OECD (Organizzazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica) e i rifugiati dalla Polonia e dall'Iran avevano un tasso maggiore di tentati suicidio rispetto ai soggetti controllo nati in Svezia. Donne nate nell'America Latina, Asia, e Europa dell'Est avevano un tasso maggiore di tentati suicidio rispetto alle donne nate in Svezia. Per contro, uomini nati nel Sud Europa o in Asia avevano un tasso significativamente più basso di tentati suicidio. Il tasso di tentati suicidio tra le donne dell'Iran, Asia, Sud Europa, America Latina, e Europa dell'Est, eccedeva considerevolmente rispetto a quello degli uomini degli stessi paesi. Quando venne inclusa la condizione socio-economica nel modello finale, il tasso di rischio rimase alto per le donne, mentre il rischio di tentati suicidio tra gli uomini decaddo acutamente con l'aumentare del reddito.

Conclusioni: il luogo di nascita, la condizione socio-economica, e il sesso sono associati con i tentati suicidi. La condizione socio-economica spiega solo in parte l'associazione tra luogo di nascita e tentato suicidio.

12.

Suicide in the Italian military environment (1986-1998).

MANCINELLI I, LAZANIO S, COMPARELLI A, CECIARELLI L, DI MARZO S, POMPILI M, GIRARDI P, TATARELLI R.

Mil Med 2003 Feb; 168 (2): 146-52

Il suicidio nell'ambiente militare Italiano (1986-1998)

Obiettivo: lo scopo dello studio era di fornire dati sul suicidio e sul tentato suicidio nell'am-

biente militare italiano dal 1986 fino al 1998. Metodo: i dati italiani furono ottenuti dalla documentazione clinica archiviata dall'Osservatorio Epidemiologico. Questi dati furono organizzati in forma di Case Report e successivamente inseriti nel programma di database statistico, SPSS, e poi processati.

Risultati: dal 1986 al 1998, ci furono 122 suicidi e 136 tentati suicidio. Il rango più frequentemente coinvolto era la truppa militare. L'età dei soggetti variava da 17 a 60 anni. Le età più frequenti sia per i suicidi che per i tentati suicidi erano 19, 20, 21 e 22 anni.

Discussione: gli autori ritengono che la bassa prevalenza di suicidi nella popolazione militare sia principalmente attribuibile ai seguenti fattori: procedure di screening del personale militare per escludere disturbi mentali, e il fatto che il servizio militare offre a giovane individuo la possibilità di appartenere e identificare se stesso nel gruppo.

SULL'ETICA DEL SUICIDIO

(a cura di A. Aportone)

(Dalle "Riflessioni e Lezioni" di I. Kant, con "I preparativi di un infelice alla morte volontaria" di un Anonimo del Settecento), Casa Editrice Le Lettere, Firenze, 2003. Pagine 137, € 18,50.

Ad arricchire il dibattito sull' "aiutare a morire" e sulle ragioni pro e contro la morte volontaria appare di particolare interesse questa pubblicazione.

Il libro risulta composto da una dotta introduzione del curatore A. Aportone, e da uno scritto lucido ed appassionato di un anonimo insegnante tedesco (per la prima volta tradotto in italiano) che si confronta in un dialogo postumo con le opinioni di quella che considera il suo maestro, I. Kant.

L'Anonimo porta argomenti personali e poi speculativi per sostenere la sua decisione suicidaria e farla rientrare nella logica del pensiero filosofico di Kant.

Una terza parte del libro è costituito da una antologia e da trascrizione di lezioni del Filosofo, che condannava il suicidio in nome dell'etica della sua filosofia morale, ponendosi polemicamente nei confronti degli illuministi, che ne sostenevano, in rottura con la tradizione religiosa, la liceità in nome della libertà.

A commento della lezione kantiana, Aportone rileva che la condanna di massima appare convivere con la giustificazione di regole pratiche e quindi di azioni che sotto condizioni non specificabili a priori abbreviano la vita.

Così nell'opera dell'Anonimo, pur coerente nel filo delle argomentazioni razionali nell'esprimere il "desiderio di morire" sembra di intravedere la disperazione non tanto di un malato somatico grave come lui si considera, quanto quello di una persona che non vede un futuro possibile in una "triade" negativa (del futuro, del mondo e di se stesso) caratteristica di una depressione clinica.

Ma questa è una impressione forse dovuta all'ottica professionale del recensore.

Tutto il libro appare comunque di una grande attualità che non può lasciarci indifferenti per la lucidità e la forma dei pensieri di intelletti impegnati nell'affermazione della libertà e dell'autonomia della volontà dell'individuo.

Luigi Pavan

**IL TRATTAMENTO DELLA
VIOLENZA IMMINENTE.
LINEE GUIDA PER LA PRATICA
CLINICA DEL ROYAL COLLEGE
OF PSYCHIATRISTS**

CIC Edizioni Internazionali, 1999 Roma; pagine 130, € 12,91.

L'idea di recensire un libro ormai datato nasce dalla volontà di sottolineare l'attualità di un tema molto dibattuto in psichiatria e dalla convinzione che sia importante divulgare una proposta di linee guida per affrontare uno degli ambiti clinici che pone sovente l'operatore della salute mentale nelle condizioni di agire secondo il buon senso, l'esperienza o la prassi locale, non potendosi appellare a dei modelli forti che garantiscano esiti prevedibili.

Quest'opera ha il pregio di essere un agile strumento di consultazione, stilato in modo estremamente schematico che propone anche la descrizione del metodo adottato per la costruzione delle linee guida (es. il protocollo di revisione), la revisione della ricerca quantitativa e dei dati non derivati dalla ricerca.

Attraverso la revisione della ricerca quantitativa il gruppo di lavoro ha affrontato temi quali: l'ambiente, la contenzione/isolamento, la terapia farmacologica e la predizione a breve termine, partendo da un'ipotesi (es. le caratteristiche dell'ambiente umano e fisico sono importanti nel prevenire e ri-

durre, o nell'esacerbare e precipitare le manifestazioni di violenza), attraverso una breve descrizione dei lavori disponibili, per arrivare a delle conclusioni basate sulle evidenze raccolte.

Consapevoli della scarsità di evidenze di ricerca di buona qualità, il gruppo di lavoro ha provveduto ad includere nella formulazione di queste linee guida delle informazioni non basate sulla ricerca (es. materiale da documenti rilasciati da autorità governative, punti di vista di pazienti e dei loro assistenti informali e del personale infermieristico).

Dalla lettura di queste linee guida emerge che

le evidenze di base per ognuna delle affermazioni proposte sono basate più sull'opinione degli esperti e delle autorità competenti che su una inconfutabile evidenza di ricerca. Le linee guida, quindi, anche quando sono stilate da istituzioni autorevoli, come "The Royal College of Psychiatrists", e rappresentano una dettagliata analisi delle evidenze disponibili, dovrebbero essere lette e messe in pratica, ma integrate con la realtà che caratterizza gli ambiti operativi locali ed essere fonte di discussione ed ispirazione per ulteriori riflessioni o ricerche.

Paolo Scocco

- **43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria – “ La conoscenza e la cura: modelli esplorativi e pratiche nella psichiatria contemporanea”**
Bologna, 19-24 Ottobre 2003 – Palazzo della Cultura e dei Congressi. – Prospettive e strategie preventive del comportamento suicidario.
- **Il comportamento aggressivo e violento**
Programma corso di formazione per operatori OPG – 8/11/2003 – Relais Certosa Hotel, Firenze.
- **The 37th Annual AAS (American Association of Suicidology) Conference**
April 14-17, 2004 - Hyatt Regency, Miami, Florida (USA).
- **The 16th Annual Healing After Suicide Conference**
April 17, 2004 – Hyatt Regency, Miami, Florida (USA).
- **7th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion**
Vienna, Austria, Europe, June 6 -9, 2004.
- **The 2004 CME Symposium**
March 25-28, 2004 - Renaissance Stanford Court Hotel In San Francisco.
- **Violence and Aggression: A Psychiatric Perspective,**
October 10, 2003 - October 12, 2003 *Scottsdale, AZ, United States.*
- **Best Practices in Assessment and Initial Treatment of the Suicidal Patient**
November 03, 2003 *Boston, MA, United States.*

NORME EDITORIALI

1) Gli Autori devono inviare 2 copie del lavoro, in italiano e in inglese, al seguente indirizzo di posta ordinaria:

Redazione "Studi su aggressività e suicidio"
Azienda Ospedaliera di Padova
Dipartimento di scienze Neurologiche
e Psichiatriche
Sezione di Psichiatria – Psichiatria 3
Via Giustiniani 2
35128 PADOVA
Tel. 049/8213830 – 3831
fax: 049/8218256

e al seguente indirizzo di posta elettronica
aggressuicide@unipd.it

2) I testi dovranno essere redatti in italiano (2 copie) e in inglese (1 copia) secondo la forma richiesta ad articoli di carattere scientifico, usando lo stile Harvard (v. punto 8).

3) Articoli e reviews riportanti nuove ricerche sul fenomeno del suicidio e dell'aggressività non dovranno eccedere le 3000 parole (con carattere Times New Roman, dimensione =10) con non più di 6 tavole o illustrazioni. L'Editoriale non dovrà superare le 1000 parole. Il copyright degli articoli pubblicati appartiene alla casa editrice.

4) Ogni articolo dovrà contenere il titolo (in italiano ed in inglese), nome e cognome dell'autore per esteso, qualifica, riassunto (in italiano ed in inglese), parole chiave (Key words) in italiano ed in inglese, istituto di appartenenza, indirizzo, numero di telefono ed indirizzo di posta elettronica.

5) Il testo degli articoli è usualmente (ma non necessariamente) diviso nelle seguenti sezioni: Introduzione, Materiali e metodi, Risultati e Discussione. Gli articoli particolarmente lunghi potrebbero necessitare di sub-intestazioni (specialmente nelle sezioni Risultati e Discussione) per un maggior chiarimento dei contenuti.

6) L'articolo va dattiloscritto o stampato su fogli 216 x 279 mm, o ISO A4 (212 x 297), con margini di almeno 25 mm, solo su una facciata. Utilizzare sempre la doppia spaziatura. Le pagine vanno numerate in maniera consecutiva a partire dalla pagina che riporta il titolo. Il numero della pagina va posizionato nell'angolo destro (superiore o inferiore) di ciascuna pagina.

7) Le tabelle vanno inserite su fogli a parte mantenendo la doppia spaziatura e numerandole consecutivamente in base alla prima citazione che compare nel testo. Ciascuna tabella dovrà presentare un breve titolo. Le descrizioni e tutte le abbreviazioni non standard delle tabelle vanno inserite su apposite "note".

Per le "note" utilizzare i seguenti simboli, nell'ordine: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Siate sicuri che ciascuna tabella sia citata nel testo.

Se si utilizzano dati già pubblicati o provenienti da fonti non soggette a pubblicazione, è necessario ottenere il permesso.

8) Illustrazioni e figure dovrebbero essere disegnate e fotografate in maniera professionale (alta definizione d'immagine); caratteri scritti a mano o battuti a macchina sono inaccettabili. I disegni originali, le lastre radiologiche e altri materiali possono essere sostituiti con stampe fotografiche in bianco e nero, lucide e nitide, delle dimensioni di 127 x 173 mm e comunque non più grandi di 203 x 254 mm. Lettere, numeri e simboli dovrebbero essere chiari e di grandezza tale da rimanere leggibili anche se si dovesse rendere necessaria una riduzione per la pubblicazione. I titoli e le spiegazioni vanno inserite nella legenda per le illustrazioni e non nelle illustrazioni stesse. Se vengono utilizzate fotografie di persone, i soggetti non devono essere riconoscibili ed è necessario presentare il permesso scritto per l'uso della foto.

Le figure devono essere numerate consecutivamente in base all'ordine in cui sono state citate nel testo.

9) Usare solamente le abbreviazioni standard. Evitare le abbreviazioni nel titolo e nell'abstract. Il termine completo per cui l'abbreviazione viene utilizzata dovrebbe precedere il suo primo utilizzo nel testo a meno che non si tratti di un'unità di misura standard. Le lettere greche ed i simboli in maiuscolo devono essere identificati separatamente. Distinzioni chiare devono essere fatte tra la lettera "I", il numero "1" e la parola "primo".

10) I riassunti non devono eccedere le 200 parole e devono esprimere chiaramente, senza uso di referenze, il contenuto del testo. Di seguito, devono essere indicate da 3 a 7 parole chiave per indicizzare gli argomenti di pubblicazione. Riassunto e parole chiave in lingua inglese devono necessariamente corredare ogni articolo.

11) I nomi generici e chimici devono essere usati per tutti i componenti; materiali e prodotti devono essere identificabili nel testo col nome generico seguito dal nome usato commercialmente e posto tra virgolette ("").

12) Le referenze devono essere redatte usando lo stile Harvard (per es.: Smith et al, 1970) nel testo e seguire un ordine alfabetico alla fine dell'articolo, per es.:

Mann J J, Arango V: Neurobiology of suicide and attempted suicide. In: "Suicide an unnecessary death". D. Wasserman (Ed). Martin Dunitz, London, 2001.

Forsell Y, Jorm AF, Winblad B: Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. Acta Psychiatrica Scandinavica 95: 108-111, 1997.

13) È responsabilità dell'Autore richiedere il permesso scritto per ottenere la riproduzione di materiale apparso in altre pubblicazioni, e questo deve essere incluso nel materiale inviato.

14) "Studi su aggressività e suicidio" offre ai Suoi lettori uno spazio per altre comunicazioni in forma di "articoli brevi" (Brief Reports). Essi dovranno contenere un massimo di 500 parole e di 10 referenze (in ordine alfabetico), nessuna tabella e figura. In questa sezione verranno pubblicati "case reports" ed altri articoli contenenti osservazioni "non controllate".

15) La sezione "NEWSLETTER" può ospitare comunicazioni relative ad attività di soci e a notizie di possibile interesse per quanti risultano coinvolti nella suicidologia.