



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Gavagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**5** Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali  
*di Cerveri G.*

**12** La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?  
*di Percudani M. e Clerici M.*

### RECENSIONI

**15** In dialogo con la solitudine  
*Recensione, Commento, Divagazioni di Giannelli A.*

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**19** Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana  
*di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.*

**26** Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
*di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.*

**30** Il nulla che ferisce il sé - PARTE I  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*

**37** Il nulla che ferisce il sé - PARTE II  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*

**45** L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC  
*di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.*

**55** Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana  
*di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.*

**66** L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità  
*di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.*

**73** Team leader in sanità  
*Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati di Durbano F., Delvecchio G.*

**80** Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.  
*L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano*  
*di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.*

**84** Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza  
*di Grossi C., Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.*

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846

Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo

© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-2.5

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)





# SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

**94** **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**  
*di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.*

**114** **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**  
*di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.*

**121** **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**  
*di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.*

**130** **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**  
*di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.*

**138** **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**  
*di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.*

**144** **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**  
*Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano*  
*di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.*

**150** **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**  
*Il Programma Dafne in ASST Lariana*  
*di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.*

## PSICHIATRIA FORENSE

**154** **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**  
*di Mantovani R., Mantovani L.*

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**156** **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**  
**Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura**  
*Un'analisi retrospettiva*  
*di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.*

**165** **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**  
**La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19**  
*Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*  
*di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.*

## Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici

Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.

### ABSTRACT

Secondo la moderna suicidologia il dolore mentale rappresenta uno dei principali fattori di rischio suicidario, accanto a costrutti più tradizionali come depressione, ansia e *hopelessness*. Questo lavoro si è posto l'obiettivo di approfondire la relazione tra livelli di dolore mentale e rischio di attuare un suicidio o un tentativo di suicidio nel breve periodo al fine di comprendere se la misurazione del dolore mentale possa essere utilizzata come strumento di screening nell'ambito della prevenzione suicidaria. A tale scopo, 105 soggetti con diagnosi psichiatrica sono stati reclutati presso la Struttura Complessa di Psichiatria Varese di ASST Sette Laghi in occasione di una visita di controllo presso i centri psico-sociali (CPS) di Varese, Azzate e Arcisate e presso l'ambulatorio specialistico per l'ansia e la depressione dell'ospedale di Circolo con misurazione dei livelli di dolore mentale, *hopelessness*, ansia e depressione, attraverso scale psicometriche. Sono state inoltre raccolte le variabili cliniche e sociodemografiche del campione. A distanza di 18 mesi, sono stati ricercati eventuali suicidi o tentati suicidi occorsi nel periodo successivo al reclutamento. Da quanto emerso dalle analisi statistiche, valori elevati delle scale BDI-II, OMMP e HAM-D hanno mostrato una significativa associazione con il rischio di mettere in atto un tentativo suicidario e, tra queste, OMMP e BDI-II hanno mostrato caratteristiche di buona applicabilità e predittività mostrandosi adatte ad essere utilizzate come potenziali strumenti di screening e prevenzione primaria del fenomeno suicidario.

### INTRODUZIONE

Il suicidio costituisce un rilevante problema di salute pubblica dal momento che rappresenta una delle principali cause di morte a livello globale. Si stima che le vittime di suicidio a livello globale siano quasi un milione ogni anno e che i tentati suicidi (TS) siano fino a 30 volte più frequenti rispetto ai suicidi (Bachmann S, 2018). Secondo la moderna suicidologia, il maggior fattore di rischio per suicidio non sarebbe rappresentato dalla diagnosi psichiatrica, bensì dai livelli di dolore psicologico ("psychache"), descritto come esperienza soggettiva intollerabile alla quale la persona desidera porre fine con ogni mezzo a disposizione, inclusa la morte fisica (Shneidman, 1996; Pompili, 2013). Diversi studi condotti sia su pazienti affetti da patologia psichiatrica, sia su soggetti non affetti da malattie psichiche, hanno evidenziato una relazione tra una storia di tentativi di suicidio e dolore psicologico, giungendo alla conclusione che il dolore psicologico è significativamente correlato sia con pregressi suicidi e tentativi di suicidio, sia con la presenza di ideazione suicidaria (Patterson et al., 2012; Troister et al., 2013). Secondo questi lavori, inoltre, il dolore mentale sembrerebbe rappresentare un fattore di rischio indipendente sia dalla diagnosi psichiatrica, sia dalla presenza di altre condizioni come i sintomi depressivi e perdita di speranza (Pompili, 2013; Orbach et al., 2003). Gli studi finora condotti su questo argomento sono prevalentemente di tipo *cross-sectional*. Questo modello permette di identificare la correlazione tra livelli di dolore mentale e storia di pregressi suicidi e tentativi di suicidio, o tra livelli di dolore mentale e ideazione suicidaria attuale, ma non permette di capire se il rischio potenziale individuato si traduca poi in un tentativo concreto. Inoltre, la maggior parte dei lavori fa riferimento a campioni di pazienti affetti da disturbi dell'umore, tralasciando molte delle diagnosi storicamente associate a rischio suicidario (per es. disturbi di personalità e abuso di sostanze) e discostandosi, in questo modo, da quella che è la realtà clinica dei servizi psichiatrici. I pochi lavori prospettici condotti sull'argomento mostrano come

elevati livelli di dolore mentale predicano cambiamenti dell'ideazione suicidaria sia nel breve periodo (settimane, mesi), sia sul lungo periodo (fino a quattro anni); tuttavia, questi lavori (Troister et al., 2012; Troister et al., 2013; Lambert et al., 2020; Montemarano et al., 2018) sono condotti su campioni non clinici (studenti universitari) e valutano cambiamenti nell'ideazione, ma non effettivi suicidi completi o tentativi suicidari nel periodo di *follow up*. Partendo dal presupposto che il dolore mentale è un costrutto misurabile attraverso delle scale psicometriche, semplici e rapide da somministrare, il presente studio è stato disegnato con lo scopo di individuare uno strumento attraverso il quale sia possibile effettuare uno *screening* precoce dei livelli di dolore mentale e comprendere se tale misurazione possa essere predittiva di suicidio o tentativo suicidario nel breve periodo, e in tal caso, inserire tale strumento nel contesto della prevenzione suicidaria.

## MATERIALI E METODI

La seguente ricerca consiste in uno studio di tipo osservazionale retrospettivo: sono stati considerati tutti i pazienti arruolati in un precedente studio ( $n = 105$  pazienti) avvenuto nell'anno 2019 (gennaio-dicembre), a cui sono state somministrate delle scale di valutazione dei livelli di depressione, ansia, *hopelessness* e dolore mentale, prefiggendosi i seguenti due obiettivi:

1. calcolare un'eventuale correlazione tra il livello di dolore mentale, misurato attraverso le scale somministrate al momento del reclutamento, e il rischio di commettere un suicidio o un tentato suicidio nei 18 mesi successivi;
2. approfondire la correlazione tra variabili sociodemografiche, cliniche e psicometriche con il rischio suicidario nel breve termine al fine di aiutare i clinici ad individuare le persone candidabili a un percorso di prevenzione mirato.

I pazienti sono stati reclutati presso la Struttura Complessa di Psichiatria Varese di ASST Sette Laghi, in occa-

sione di una visita di controllo presso i centri psicosociali (CPS) di Varese, Azzate e Arcisate e presso l'ambulatorio specialistico per l'ansia e la depressione dell'ospedale di Circolo in accordo ai seguenti criteri di inclusione: età maggiore di 18 anni; presenza di una diagnosi psichiatrica diagnosticata seguendo i criteri diagnostici del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5); sottoscrizione di un consenso informato per l'utilizzo dei dati in forma anonima a scopo di ricerca.

Sono stati esclusi dallo studio i soggetti affetti patologie neuropsichiatriche maggiori quali epilessia, deficit cognitivi o sindromi genetiche con correlati psichiatrici, pazienti affetti da condizioni che non consentivano di completare la valutazione quali problemi linguistici, grave dislessia, scarsa conoscenza della lingua italiana.

Durante la prima valutazione sono state somministrate le seguenti scale psicometriche:

- **Suicide Columbia Severity Rating Scale (C - SSRS)** (Posner et al., 2011): scala somministrata dal clinico che indaga la gravità dell'ideazione suicidaria, l'intensità dell'ideazione, il comportamento e la letalità del gesto suicidario;
- **Hamilton Rating Scale For Anxiety (Ham-A)** (Hamilton et al., 1959): scala somministrata dal clinico, composta da 14 elementi: indaga i sintomi di natura ansiosa, sia di tipo psichico che somatico.
- **Hamilton Rating Scale For Depression (Ham-D)** (Hamilton et al., 1960): scala somministrata dal clinico; valuta la presenza e la gravità di sintomi depressivi psichici e psicosomatici, composta da 21 item;
- **Psychache Scale (PAS)** (Holden et al., 2001): scala autosomministrata composta da 13 item; misura la frequenza e l'intensità del dolore mentale;
- **Mental Pain Questionnaire (OMMP)** (Orbach et al., 2003): scala autosomministrata che misura i livelli di dolore mentale, costituita da 44 item che indagano le 9 principali componenti del dolore mentale;
- **Beck Depression Inventory-II (BDI II)** (Beck, Steer,

- Brown, 1996*): scala autosomministrata che stima la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi riferiti alle ultime due settimane tramite 21 domande a risposta guidata;
- **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)** (*Bernstein & Fink, 1998; Innamorati et al., 2016*): questionario autosomministrato composto da 28 item; valuta diversi tipi di maltrattamento infantile, quali l'abuso fisico, sessuale, emotivo e la trascuratezza sia fisica che emotiva;
  - **Beck Hopelessness Scale (BHS)** (*Beck et al., 1988*): scala autosomministrata che valuta i tre aspetti fondamentali di un costrutto chiamato *hopelessness* tramite 20 affermazioni con risposta di tipo "vero" o "falso".

A distanza di 18 mesi dalla data del reclutamento, sono state analizzate le banche dati ospedaliera (PORTALE) e territoriale (PSICHEWEB) e le cartelle cliniche con l'obiettivo di evidenziare eventuali suicidi o tentati suicidi occorsi durante il periodo di *follow up*. Sono stati considerati suicidi completi o tentativi suicidari che hanno determinato un accesso in Pronto Soccorso con necessità di osservazione di almeno 24 ore, o successivo ricovero, oppure a cui è seguito un intervento terapeutico d'urgenza; sono stati inoltre considerati agiti che non hanno determinato l'accesso ai servizi di emergenza, ma che sono stati descritti come obiettivamente anticonservativi dai clinici di riferimento e segnalati nella documentazione clinica del paziente.

Le variabili indagate sono state presentate come media e deviazione standard per le variabili continue e come ranghi della media e percentuali per le variabili qualitative; tutti i test sono stati considerati significativi con  $p$  value  $\leq 0.05$ . Il test Shapiro Wilk è stato utilizzato per valutare la distribuzione delle variabili e tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software SPSS Statistics (IBM SPSS Statistics for Windows, versione 24.0; IBM Corp., Armonk, New York, USA).

## RISULTATI

Il campione è risultato composto da 74 maschi e 31 femmine per un totale di 105 pazienti. La maggior parte dei pazienti si colloca nella fascia di età compresa tra i 50 e i 59 anni (23,8%); l'età d'esordio della malattia si attesta tra i 10 e i 19 anni nel 31,4% dei casi. Il 74,3% del campione è in politerapia mentre il 68,6% del campione è in trattamento con benzodiazepine. Le diagnosi psichiatriche più rappresentate sono: Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo della Personalità, Disturbo dell'adattamento. Relativamente ai dati di *follow-up*, 11 soggetti su 105 hanno effettuato un tentato suicidio nei 18 mesi successivi al reclutamento.

Le variabili che hanno mostrato una prevalenza statisticamente significativa nel gruppo di pazienti con nuovo tentativo suicidario sono mostrate nella *tabella 1*. In particolare, la sottocategoria "invalidi" è risultata essere quella maggiormente a rischio di incorrere in un nuovo TS. L'assenza di comorbilità è associata a un minor rischio suicidario mentre il disturbo da abuso di sostanze è più frequente in coloro che hanno effettuato un tentativo suicidario nel *follow-up*, in particolare per quanto riguarda l'abuso di alcol. Anche la presenza di disabilità ed encefalopatia è più rappresentata nel gruppo di pazienti che hanno messo in atto un tentativo suicidario durante il *follow-up*. L'assunzione di una polifarmacoterapia che includa anche antipsicotici si è riscontrata con una prevalenza maggiore nei soggetti con nuovo tentativo suicidario. La presenza di un pregresso tentativo suicidario in anamnesi rappresenta infine uno dei principali fattori di rischio anamnestico.

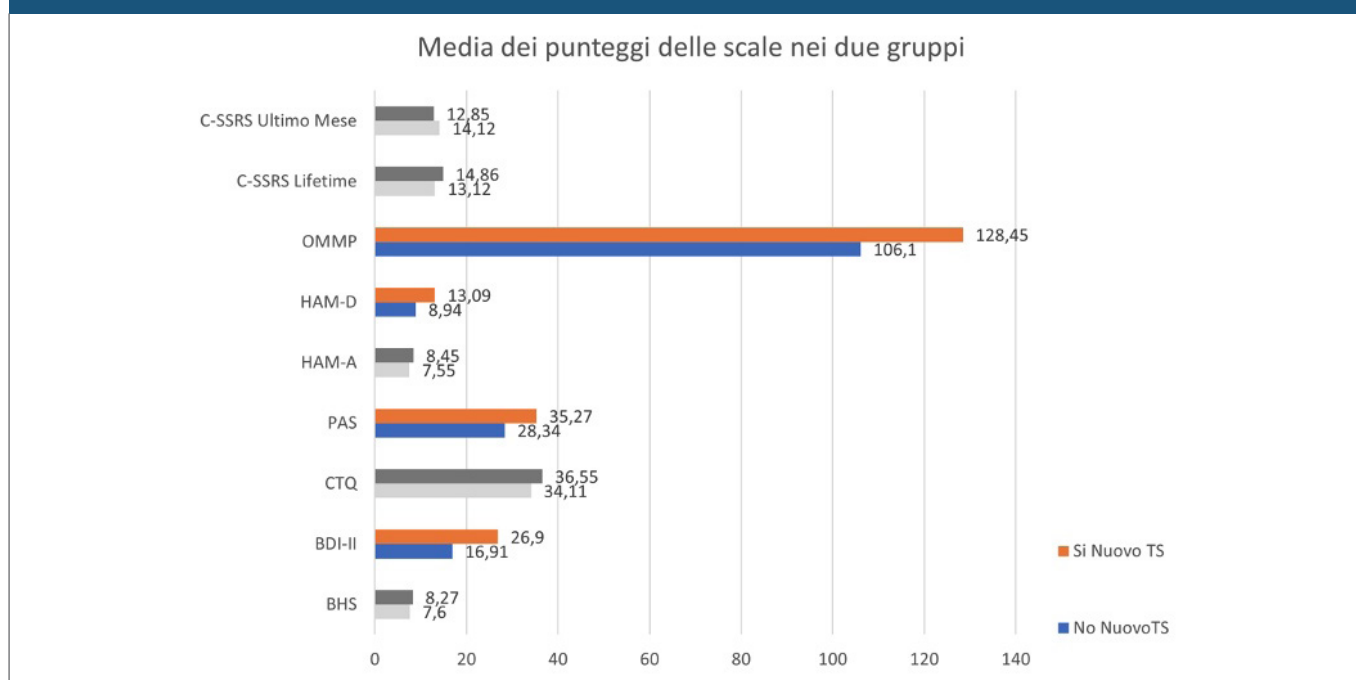
I soggetti che hanno effettuato un tentativo suicidario nel follow-up hanno totalizzato un punteggio maggiore in tutte le scale psicometriche, tuttavia, solo le scale BDI-II, PAS, OMMP e HAM-D hanno raggiunto la significatività statistica.

Nel *grafico 1* e nella *tabella 2* sono presentate le medie dei valori totalizzati nelle scale tenendo conto dei coefficienti di significatività statistica.

**Tabella 1: Variabili sociodemografiche e cliniche che hanno mostrato una significativa differenza nei due gruppi. Le percentuali si riferiscono alla frequenza con cui le variabili in ascissa si sono presentate nei gruppi che differiscono per il nuovo Tentato Suicidio (TS) nel follow-up di 18 mesi.**

<b>Impiego</b>	<b>No nuovo TS (%)</b>	<b>Si nuovo TS (%)</b>	<b>P value</b>
Invalido	3.19%	27.27%	=,002
<b>Comorbidità</b>	<b>No nuovo TS (%)</b>	<b>Si nuovo TS (%)</b>	<b>P value</b>
Nessuna	74.46%	18.18%	=,000
Disturbo da abuso di sostanze	5.32%	36.36%	=,000
Disabilità ed encefalopatie	1.06%	18.18%	=,000
<b>Trattamento antipsicotico</b>	<b>No nuovo TS (%)</b>	<b>Si nuovo TS (%)</b>	<b>P value</b>
Nessuna	65.96%	18.18%	=,006
Quetiapina	8.51%	45.45%	=,006
<b>Anamnesi di abuso di sostanze stupefacenti</b>	<b>No nuovo TS (%)</b>	<b>Si nuovo TS (%)</b>	<b>P value</b>
Nessuna	77.66%	36.36%	=,008
Poliabuso	9.57%	36.36%	=,008
<b>Attuale abuso di sostanze stupefacenti</b>	<b>No nuovo TS (%)</b>	<b>Si nuovo TS (%)</b>	<b>P value</b>
Nessuna	82.98%	27.27%	=,000
Alcol	7.44%	45.45%	=,000
<b>Progresso TS</b>	<b>No nuovo TS (%)</b>	<b>Si nuovo TS (%)</b>	<b>P value</b>
No	67.02%	27.27%	=,010
Si	32.98%	72.73%	=,010

**Grafico 1: Medie dei punteggi delle scale psicometriche associate al rischio di nuovo TS; in grigio i punteggi non significativi, a colori i punteggi con pvalue < 0.05.**



**Tabella 2: Medie dei punteggi delle scale psicometriche associate al rischio di nuovo TS e differenze tra i due gruppi**

Variabile	Media gruppo Nuovo TS NO	Media gruppo Nuovo TS SI	Differenza medie	pValue
BHS	7.60	8.27	0.67	0.626
<b>BDI-II</b>	16.91	26.90	9.99	0.018
CTQ	34.11	36.55	2.44	0.509
PAS	28.34	35.27	6.93	0.035
HAM-A	7.55	8.45	0.9	0.721
<b>HAM-D</b>	8.94	13.09	4.14	0.033
<b>OMMP</b>	106.10	128.45	22.34	0.023
C-SSRS Lifetime	13.12	14.86	1.74	0.362
C-SSRS Ultimo Mese	14.12	12.85	1.27	0.240

Utilizzando la regressione logistica binaria sono stati utilizzati dei modelli predittivi del rischio suicidario che sono riportati nella *tabella 3*; elevati punteggi medi ottenuti nelle scale BDI-II, HAM-D e OMMP aumentano la probabilità di incorrere in un tentativo suicidario nei 18 mesi successivi; in particolare, l'aumento di una unità nel punteggio totalizzato alla scala BDI-II si traduce in

una probabilità maggiore del 5,6% di tentare un nuovo suicidio ( $p=0.020$ ); allo stesso modo, all'aumentare del punteggio di HAM-D ( $p = 0.028$ ) di una unità corrisponde un rischio maggiore del 12,9% di incorrere in un nuovo TS; infine, l'aumento di una unità nel punteggio della scala OMMP ( $p = 0.048$ ) risulta in una probabilità di compiere un nuovo TS maggiore del 10,9%.

**Tabella 3: Associazione tra scale psicometriche e rischio predittivo di incorrere in nuovo TS**

Variabile	R-Quadro Nagelkerke	pValue	Exp(B)
C-SSRS Lifetime	0.022	0.431	1.062
C-SSRS Ultimo Mese	0.021	0.506	0.937
BHS	0.003	0.686	1.024
<b>BDI-II</b>	0.104	0.020	1.056
CTQ	0.028	0.222	1.060
PAS	0.058	0.080	1.044
HAM-A	0.007	0.544	1.040
<b>HAM-D</b>	0.095	0.028	1.129
<b>OMMP</b>	0.078	0.048	1.109



## DISCUSSIONE

I fattori di rischio sociodemografici e clinici individuati confermano i dati presenti in letteratura. In particolare, la presenza di comorbidità e un quadro pluripatologico più grave sono risultati maggiormente a rischio di agire nuovi suicidi (Baldessarini, 2020). L'abuso di sostanze si conferma essere un importante fattore di rischio, in particolare l'abuso di alcol. È ragionevole supporre che l'abuso di alcool possa far precipitare il comportamento suicidario, attraverso la disinibizione, l'impulsività e la mancanza di giudizio correlato all'utilizzo di questa sostanza; nondimeno, l'abuso di alcool è in grado di aggravare i sintomi depressivi e psicotici, ed esplica un ruolo negativo anche a livello sociale, portando il soggetto all'emarginazione, alla povertà e allo sviluppo di ulteriori complicazioni somatiche (Borges et al., 2017). Molto interessanti sono i risultati emersi dalle analisi dei dati relativi alle scale psicometriche deputate alla misurazione del dolore mentale, del livello di ansia e depressione, dell'*hopelessness* e la loro relazione con il rischio di tentare un nuovo suicidio. Infatti, i valori medi dei punteggi totali misurati alle scale BDI-II, PAS, OMMP e HAM-D sono risultati significativamente più elevati nei soggetti che entro 18 mesi hanno messo in atto un nuovo TS, mentre i punteggi ottenuti nelle altre scale non hanno raggiunto una significatività statistica in grado di correlarsi allo stesso rischio. Ciò ci permette di confermare che i livelli di dolore mentale, depressione e *hopelessness* sono più elevati in coloro che compiranno un TS, come già riscontrato in altri lavori (Orbach et al., 2003; Levi et al., 2008; Pereira et al., 2010; Troister & Holden, 2010; Patterson & Holden, 2012; DeLisle & Holden, 2009; Lester, 2000; Holden et al., 2001; Leenaars & Lester, 2004) e che questi strumenti psicometrici sono potenzialmente utili nel discriminare tra "elevato rischio suicidario" e "basso rischio suicidario". Allo scopo di individuare le scale che possono essere utilizzate come metodo di *screening* del rischio suicidario, si è analizzata la capacità di ciascuna di queste di costituire un modello

di predittività. Le scale BDI-II, HAM-D e OMMP sembrerebbero in grado di stimare la probabilità di incorrere in un nuovo TS. Tra queste, la BDI-II e la OMMP sono strumenti *self-reported* quindi molto più agevoli nella somministrazione rispetto alla HAM-D che risulta essere operatore dipendente (Callegari et al., 2013). È inoltre importante sottolineare come queste due scale misurino due costrutti differenti: la scala BDI-II misura, infatti, i livelli di depressione, quindi potrebbe essere limitata solo a questo tipo di diagnosi. Nel nostro campione, pur essendo incluse diverse diagnosi, la diagnosi di disturbo depressivo e di disturbo dell'adattamento con sintomi depressivi sono le più rappresentate; questo, unito alla limitata numerosità campionaria potrebbe rappresentare un fattore confondente. La scala OMMP, misurando un costrutto interno come il dolore mentale, risulta essere invece diagnosi-indipendente. Questo conferisce a tale strumento la caratteristica di essere potenzialmente applicabile a più diagnosi e a più contesti, anche extra-psichiatrici e quest'ultimo punto risulta, a nostro avviso, meritevole di approfondimenti.

In ultimo, considerando le tempistiche dello studio in questione, con il periodo di *follow up* a distanza di 18 mesi che per la maggior parte dei pazienti ricade in piena pandemia da COVID-19, quest'ultima è stata considerata come una variabile impattante in egual misura l'intero campione analizzato; inoltre, lo scopo dello studio si prefigge di analizzare il fattore interno del dolore mentale rispetto a fattori esterni quali, per l'appunto, l'impatto della pandemia e le condizioni socio-demografiche del campione preso in oggetto.

## CONCLUSIONI

I risultati emersi hanno dimostrato come elevati livelli di depressione, misurati con le scale HAM-D e BDI-II, ed elevati livelli dolore mentale, misurati attraverso la scala OMMP, siano correlati ad una maggior probabilità di incorrere in un tentato suicidio nel breve periodo. Viste le caratteristiche di rapidità e semplicità di utilizzo delle

---

singole scale, si ritiene utile includere la BDI-II e la OMMP tra i metodi di *screening* da proporre nel contesto della prevenzione suicidaria al fine di fornire al clinico un aiuto aggiuntivo nell'individuare precocemente i pazienti con maggiore rischio suicidario e quindi indirizzarli tempestivamente a un percorso di cure mirato.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Divisione di Psichiatria,  
Università degli Studi dell'Insubria, Varese, Italy*

## BIBLIOGRAFIA

1. Bachmann S. *Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective*. Int J Environ Res Public Health. 2018 Jul 6;15(7):1425.
2. Shneidman E.S. *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press 1996.
3. Pompili M. *La prevenzione del suicidio*. Bologna: Il Mulino 2013.
4. Patterson A.A., Holden R.R. 2012. *Psychache and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model*. Suicide and Life-Threatening Behavior 42:147-156.
5. Troister T., Holden R.R. 2013. *Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality*. Measurement and Evaluation in Counseling and Development 46:50-63.
6. Orbach I., Mikulincer M., Gilboa-Schechtman E., Sirota P. (2003b). *Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2003b;33:231-241.
7. Troister T., Holden R.R. 2012. *A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates*. Journal of Clinical Psychology 68:1019-1027.
8. Lambert C.E., Troister T., Ramadan Z., Montemarano V., ekken C.G., Holden R.R. *Psychache Predicts Suicide Attempter Status Change in Students Starting University*. 2020 Jun;50(3):668-678.
9. Montemarano V., Troister T., Lambert C.E., Holden R.R. *A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior*. J Clin Psychol. 2018 Oct;74(10):1820-1832.
10. Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A., Yershova K.V., Oquendo M.A., Currier G.W., Melvin G.A., Greenhill L., Shen S., Mann J.J. *The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults*. Am J Psychiatry. 2011 Dec; 168(12): 1266–1277.
11. Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. Br J Med Psychol 1959; 32:50–55.
12. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56–62.
13. Holden R.R., Mehta K., Cunningham E.J., McLeod L.D. *Development and preliminary validation of a scale of psychache*. Canadian Journal of Behavioural Science, 2001;33(4):224-232.
14. Beck AT, Steer RA, Brown G. *Beck depression inventory–II*. APA PsycTests, 1996.
15. Bernstein D.P., Fink L., Handelsman L., Foote J. *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. 1998; APA PsycTests.
16. Marco Innamorati, Denise Erbutto, Paola Venturini, Fagioli F., Federica Ricci, Lester D., Amore M., Girardi P., Pompili M., *Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients*, Psychiatry Research, Volume 245, 2016, (297-302)
17. Beck A.T. Beck Hopelessness Scale. The Psychological Corporation, 1988.
18. Baldessarini R. (2020). *Epidemiology of suicide: Recent developments*. Epidemiology and Psychiatric Sciences.
19. Borges G., Bagge C., Cherpitel C., Conner K., Orozco R., & Rossow I. (2017). *A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt*. Psychological Medicine, 47(5), 949-957.
20. Levi Y., Horesh N., Fischel T., Treves I., Or E., Apter A. 2008. *Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation"*. Journal of Affective Disorders 111:244- 250.
21. Pereira E.J., Kroner D.G., Holden R.R., Flamenbaum R. 2010. *Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates*. Personality and Individual Differences 49:912-917.
22. Troister T., Holden R.R. *Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide*. Personality and Individual Differences. 2010;49(7):689-693.
23. DeLisle M.M., Holden R.R. 2009. *Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates*. Measurement and Evaluation in

- 
- Counseling and Development 42:46-63.
24. Leenaars A.A., Lester D. 2004. *A note on Shneidman's psychological pain assessment scale*. Omega: Journal of Death and Dying 50:2004-2005.
25. Callegari C., Vender S., Poloni N. 2013. *Fondamenti di Psichiatria*. Varese. Raffaello Cortina Editore



## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni