



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 11/2015



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Dr. Ivo Casagrande
Dr. Gabriele Ferretti
Dr.ssa Lorella Gambarini
Dr. Francesco Musante
Dr. Claudio Pesce
Dr. Fernando Pesce
Dr. Salvatore Petrozzino

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi
Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi
telefono: +39.0131.206818
email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.
telefono: +39.0131.206819
email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer review*). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di

un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: Alcune considerazioni in tema di suicidio e tentato suicidio.

Autore: Piantato E ¹

Tipo: Articolo Originale

Keywords: suicidio; prevenzione del suicidio;

¹ Dir. S.C. Psichiatria SPDC – Az. Ospedaliera Nazionale – Alessandria
E-mail: epiantato@ospedale.al.it



ABSTRACT

Obiettivi: .Il manoscritto si propone di formulare alcune considerazioni in tema di suicidio e tentato suicidio.

Metodologia: L'autore ha preso in esame scritti in un ampio arco di tempo concernenti la tematica suicidaria e la sua prevenzione

Conclusioni: L'autore conclude che un approccio di tipo fenomenologico nella gestione delle relazioni inter-umane potrebbe fungere da modello per arrivare a comprendere meglio l'altro-da-me anche laddove la morte volontaria rappresenti un'eventualità (umana)



1. Introduzione

Il suicidio è una variante estrema di un possibile comportamento umano. Ciò che contraddistingue questa variante nei confronti di tutti gli altri comportamenti dell'uomo è che si tratta qui di un'azione che pone un effetto di natura sua irrevocabile e definitivo.

Al di là di questa definizione, in ambito psicopatologico Stengel parla di "atti suicidi", considerando tali tutti i casi di auto avvelenamento o autolesionismo potenzialmente pericolosi, qualunque sia la spiegazione data dalla vittima, a meno che non esista sicura prova del contrario.

La gamma dei comportamenti suicidari (Dorpat e Boswell; Joiner; Shneidman) comprende:

1. suicidio completo: qualsiasi atto autolesivo intenzionale che conduce a morte;
2. tentato suicidio: comportamento in cui non si apprezza una sicura intenzionalità suicidaria;
3. ideazione suicidaria: idee o comportamenti suggeriscono la possibilità di una minaccia per la vita.

Un approccio etico al problema è affrontato da Holderegger il quale partendo dalla radice linguistica del termine "Selbstmord", mette in luce i giudizi di valore connessivi: "Mord" cioè assassinio, ma anche azione riprovevole, delittuosa, compiuta per bassi motivi. L'io, il corpo e con esso lo spirito e l'anima che vi abitano sono delittuosamente annientati, stigmatizzandosi il crimine compiuto da colui che attenta alla proprietà di Dio.

Rimanendo sempre nell'ambito etico Nietzsche in "Così parlò Zarathustra" sostituisce il termine "Selbstmord" con "Freitod" (libera morte), per designare l'atto che compete alla libertà dell'uomo e alla sua esclusiva libertà, non senza un accento di eroizzazione. Pertanto suicidio quale "possibilità umana" a disposizione di tutti (Zwingmann).



2. Tipologia e psicopatologia

Sebbene sia generalmente accettato che non esista una "personalità suicidaria" come disposizione innata o determinismo presente fin dalla nascita (Henseler), tratti quali immaturità, egocentrismo, dipendenza, ostilità, umiltà, bassa tolleranza alle frustrazioni, impulsività sono regolarmente riportati nelle descrizioni dei comportamenti suicidari (Stengel; Weissmann; Vinoda; Wyder, Ward e De Leo). Molti pazienti con intenzioni suicidarie possono essere diagnosticati come personalità "borderline" (Freiman).

Si è stimato che dal 50 al 90% delle persone che commettono il suicidio soffrano di qualche forma di disturbo mentale: le diagnosi più frequenti sono quelle di depressione endogena, alcolismo e schizofrenia. Ricerche sul tentato suicidio al contrario hanno evidenziato una più bassa incidenza di psicosi e una più alta percentuale di disturbi della personalità e depressioni neurotiche (vd tab. 1).

Si è anche stimato che circa l'80% di coloro che tentano o commettono il suicidio soffre di una qualche forma depressiva ed il rischio globale in questi casi è del 15% circa (Kaplan).

Sintomi quali insonnia, perdita di peso, iporessia, senso di colpa, trascuratezza per le relazioni sociali debbono far pensare alla possibilità di un rischio suicidario letale, mentre altri sintomi quali irritabilità, litigiosità, crisi di collera, violenza etero diretta e situazioni psicotraumatiche (e. g. improvviso cambio di lavoro e rottura di una relazione affettiva) si trovano frequentemente nella storia dei tentativi di suicidio. Alcuni Autori (Beck; Dyers; Rachiotis et Alii) hanno enfatizzato l'importanza del sintomo "hopelessness" (disperazione) come elemento cardinale che lega la depressione al comportamento suicidario.

Abuso alcolico, tossicodipendenza da farmaci e da stupefacenti sono diffusamente considerati un elemento aggravante il rischio suicidario. Il tentato suicidio compiuto nelle fasi di astinenza dall'alcol è stato ascritto alla slatentizzazione di stati depressivi (Caroli e Vidon), del resto l'abuso abituale di alcol o di stupefacenti può essere considerato come una sorta di "suicidio cronico" (Stengel).



Per quanto riguarda i disturbi di personalità è frequente lo sfruttamento consapevole del significato di "appello" del tentato suicidio (Sifneos); l'irritabilità e l'impulsività del comportamento caratterizza tali soggetti i quali trovano nel tentativo di suicidio una forma di comunicazione usata come mezzo per suscitare nell'ambiente risposte immediate alle loro aspettative (suicidio manipolativo).

Il suicidio nei pazienti schizofrenici frequentemente si ha in situazioni di forte panico, in corrispondenza di esperienze allucinatorie (il paziente "riceve degli ordini"), in stato di parziale modificazione dello stato di coscienza o quando subentra una certa consapevolezza delle condizioni di malattia; prevarranno allora i sentimenti di vuoto esistenziale, di morte, di colpa (depressione post-psicotica). Frequenti inoltre sono negli psicotici i gesti autolesivi "focalizzati" sul corpo (lesioni, ferite, mutilazioni auto inferte): ciò esprime un profondo disturbo dell'immagine del Sé. L'organo che lo psicotico asporta, a causa di una grave frammentazione del sé corporeo, viene eliminato come fosse un corpo estraneo (Kohut). Altre volte il gesto può essere compiuto perché il soggetto ha uno scotoma della percezione ed egli può portare a termine l'automutilazione perché completamente concentrato in qualche scopo delirante.

3. Significati del gesto autolesivo

Ciò che pare unificare l'eterogeneo gruppo di pazienti con comportamento suicidario sono le comuni modalità di risposta a condizioni di pena, malessere, delusioni, condizioni che portano a considerare il suicidio come ultima risposta ad una situazione percepita come non più sostenibile.

E' univocamente considerato che nel comportamento suicidario coesistano due tendenze: una potrebbe essere l'impulso all'autodistruzione, la seconda l'esigenza a far sì che gli altri mostrino premure e amore e agiscano di conseguenza (Stengel).

A proposito del tentato suicidio Feuerlein parla di "pausa parasuicidale" ("parasuizidale Handlung"), quale cesura nella propria storia personale, cesura che permette di riprendere da



capo. Pertanto il comportamento anticonservativo avrebbe un carattere di appello (domanda di aiuto, ricerca di contatto, espressione di aggressività).

Spesso si apprezza nei soggetti che tentano il suicidio un'ambivalenza tra il desiderio di morte e il desiderio di continuità di vita. Il desiderio di morte può essere paradossalmente minimo nei soggetti che compiono un tentativo di suicidio con intento esclusivamente "manipolativo" nei confronti delle persone del loro ambiente; attraverso la condotta anticonservativa cercano di controllare e ottenere ciò che desiderano, obbligando i forzati interlocutori ad essere dipendenti.

All'estremo opposto troviamo il gruppo di soggetti nei quali il desiderio di morte è fortemente predominante, viene da loro enfatizzato da esplicite dichiarazioni e l'intenzionalità suicida è realmente seria: si coglie in tali casi un'angoscia autodistruttiva assoluta e irrevocabile. L'atto suicida è accuratamente progettato e rende minima la possibilità di salvezza (vd tab. 2).

Nella maggior parte delle persone che tentano il suicidio si avverte un forte desiderio di contatto, evidenziato dal fatto che tendono a rimanere vicini a altri quando compiono l'atto. I tentati suicidi hanno, in tali situazioni, un significato di allarmi, costituiscono un'aperta richiesta di aiuto anche quando non sussista un'intenzione cosciente.

Tale carattere di "appello", sottolineato da vari Autori (Stengel, Farberow e Shneidmann), porta spesso ad un cambiamento talora transitorio delle condizioni di vita del paziente nella misura in cui determina senso di colpa e bisogno di compensare e di riparare nelle persone vicine.

Altra importante caratteristica dei comportamenti suicidari è l'incertezza dell'esito, non dipendendo questo solo dall'equilibrio tra le tendenze autodistruttive e quelle finalizzate a preservare la vita, ma anche da una vasta gamma di fattori quali la potenza dei farmaci assunti, la possibilità di intervento esterno, il calcolo esatto dei tempi ecc.

Queste considerazioni valgono anche per quei comportamenti potenzialmente autodistruttivi a lunga e breve distanza che possono costituire suicidi "cronici", "larvati" o "mascherati" (tossicomanie, eccesso di alimentazione, guida spericolata, "surgical addiction" ecc.)



Il fatto che la sopravvivenza venga di solito accettata senza difficoltà, almeno per qualche tempo dopo il tentato suicidio, ha fatto ipotizzare un effetto "catartico" del gesto suicida in quanto permetterebbe lo sfogo di una tensione contenuta e consentirebbe un contemporaneo ripristino dell'equilibrio emotivo (Stengel).

Problema particolare è quello dei tentati suicidi multipli: "follow-up" condotti su pazienti con tentati suicidi hanno dimostrato che dal 13 al 95% dei soggetti ripeterono il tentativo nei due anni successivi con una percentuale di suicidi completi variabile dallo 0.9 al 2.5% per anno (Kvaran et Alii). Bancroft e Marsack hanno proposto una classificazione in tre sottotipi di tentativi multipli:

1. ripetitori cronici abituali;
2. persone che ripetono il T.S. in breve periodo di tempo;
3. ripetitori occasionali.

Gli Autori verificarono che la più alta percentuale di tentati suicidi accadeva nei primi tre mesi dopo il precedente e in percentuali minori nel corso del primo anno. I tentati suicidi multipli sono più frequenti in personalità antisociali, alcolisti borderline e in soggetti con una lunga storia di precedenti trattamenti psichiatrici.

Questi pazienti cercano di risolvere un problema emozionale attraverso l'azione senza avere un "insight" sufficiente sulla natura dei propri conflitti; l'ansia viene in tal modo eliminata, dispensando il paziente dalla necessità di capire e di cercare altre possibili soluzioni alle proprie difficoltà. E' nell'ambito dei soggetti con tentati suicidi multipli che troviamo molti "manipolatori del suicidio", le cui caratteristiche sono state precedentemente descritte.

Seguono due tabelle esplicative inerenti i :

- fattori di rischio suicidario
- differenze significative tra tentato suicidio e suicidio



TAB. 1

FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO (modificata da Adam)

Età: > 45 anni.

Sesso: machile (3 u : 1 d).

Metodo: uomini: armi da fuoco, impiccagione, "jumping" – donne: assunzione di farmaci in eccesso.

Stato civile: maggior rischio per separati, divorziati, vedovi.

Occupazione: maggior rischio nei disoccupati e pensionati. Professioni a rischio: musicisti, medici (soprattutto oculisti e psichiatri), avvocati, agenti di assicurazioni.

Clima: lieve aumento del rischio in primavera/autunno.

Livello di integrazione sociale: maggior rischio in depressione endogena, alcolismo, schizofrenia.

Malattie organiche: maggior rischio in neoplasie e malattie progressive e invalidanti.

Grado di progettualità suicidaria: maggior rischio nei casi di progettazione accurata, idonea scelta del metodo e del luogo.

Precedenti tentati suicidi: aumentano fortemente il rischio.



TAB. 2
DIFFERENZE SIGNIFICATIVE RILEVANTI TRA TENTATO SUICIDIO E SUICIDIO
(Schlieffen)

T. S.

- 2/3 donne
- + nella prima metà della vita
- si usano mezzi "deboli" (farmaci)
- i motivi sono per lo più di natura interpersonale (pene amorose, conflitti intrafamiliari)
- il T. S. è quasi sempre frutto di una scelta poco meditata.

S.

- 2/3 uomini
- + nella seconda metà della vita
- si usano mezzi "violenti" (impiccagione, armi, "jumping")
- i motivi possono essere di natura interpersonale, di minaccia alla vita (malattie gravi),
psicosi
- il S. è frutto di una lunga preparazione e riflessione

Nell'ambito di un discorso di prevenzione si ritiene opportuno introdurre alcuni criteri predittivi del rischio suicidario:

- 1) attiva educazione del pubblico circa i motivi e le cause del comportamento suicidario. Acquisire tali informazioni consentirebbe all'entourage del potenziale suicida la possibilità di rilevare il segnale di allarme e di assumere le necessarie misure preventive.
- 2) Il medico dovrebbe essere in grado di individuare le caratteristiche essenziali del comportamento auto lesivo. La comprensione della severità del rischio, tramite una valutazione delle comunicazioni e dei vissuti portati dal paziente, del suo livello di relazioni interpersonali, diviene un elemento assai importante.



- 3) Individuata una sindrome presuicidaria il medico dovrebbe impegnarsi nell'instaurare e nel mantenere una relazione di aiuto tramite un'aperta disponibilità nel creare un clima favorevole all'espressione delle tematiche depressive ed angoscianti e nel tentare una parziale de colpevolizzazione. Il grado di intenzione suicidaria non può tuttavia essere valutato solo in base alle risposte dei pazienti, potendo questi ultimi esagerare o minimizzare i loro intenti. Soprattutto nelle sindromi depressive risulta importante rilevare la presenza di segni tesi a mascherare l'intenzione suicida, quali un'apparente reticenza, una minimizzazione dell'ansia nascosta dietro un aspetto sorridente, la presenza di equivalenti depressivi (soprattutto somatici) e un'ideazione ipocondriaca. Un punto di grande rilievo è quello della "soglia psicopatologica" oltre la quale le fantasie e gli impulsi si trasformano in azione suicidaria (Kubie). Tale soglia può essere varcata e superata in occasione di:
- approfondimento della depressione;
 - esperienze di panico;
 - presa di coscienza del desiderio di morte nei confronti di altri;
 - conferma di dolorose convinzioni abnormi circa l'immagine del sé;
 - reazioni di anniversario (della morte di un congiunto);
 - stati psicotici con deliri di persecuzione (cui il paziente vuole sottrarsi);
 - stati psicorganici tipo "delirium" (tossinfettivo, farmacologico, post-chirurgico);
- 4) Garantire una continuità di relazione: in alcuni casi è indispensabile instaurare un rapporto di tutela, regressivo, che comporti una certa dipendenza che sarà essenziale mantenere per tutta la fase acuta.
- 5) L'ospedalizzazione si rende necessaria quando l'ambiente del paziente è particolarmente ostile, quando il paziente vive solo o quando necessita urgenti misure che lo cautelino dalle sue tendenze auto lesive. Il ricovero ospedaliero può avere un effetto sdrammatizzante nella misura in cui aiuterà il paziente a rivedere il suo atteggiamento di fronte a situazioni di crisi e a sperimentare nuovi modelli relazionali nell'ambito dei rapporti con lo staff curante.
- 6) Dopo il T.S. tutte le opportune misure dovranno essere messe in atto per impedire le recidive: colloqui frequenti, farmacoterapia, interventi sulla famiglia e sull'ambiente.
- 7) Importanti sono le indicazioni contenute nel documento stilato nel 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Preventing Suicide: a Global Imperative" cui si rimanda.



4. Conclusioni

L'atteggiamento empatico del medico e degli altri operatori improntato alla categoria jaspersiana del "comprendere" (verstehen) l'altro-da-me permette il concretizzarsi di quella situazione di "Einfuehlung" (con-sentire, sentire insieme) che mette in grado di cogliere in modo appropriato i vissuti portati dai pazienti e pertanto individuare gli eventuali rischi di morte volontaria.

Si tratta secondo Kuhn e Borgna di "valorizzare l'uomo in quanto uomo nell'incontro tra medico e paziente, rifiutando ogni distanza e obiettivizzazione dell'altro-da noi", immedesimandoci nei vissuti dei pazienti interpretandoli in analogia ai nostri orizzonti di significato.

K. Schneider postulava il "conoscere mediante la 'relazione' tra medico e paziente" superando la concezione tipica delle scienze naturali, e della Psichiatria clinica quindi, secondo la quale la vita psichica debba essere analizzata come "oggetto naturale" di esperienza, avulso dall'insieme della persona. Questa impostazione conoscitiva che non conosce l'"uomo malato" ma solo il "patologico" (von Gebattel) comporta un riduttivismo che può risultare fatale allorchè ci si trova di fronte a situazioni in cui è letteralmente "in gioco la vita di una persona".



BIBLIOGRAFIA

- 1) Adam K.S.: Attempted Suicide, *Psych.Clin.Nort.Amer.*,8,2,1960
- 2) Bancroft J., Marsack P.: The Repetitiveness of Self-poisoning and Self-injury, *Brit.J.Psych.*,131,1977
- 3) Beck A.T. et Alii: Hopelessness and Eventual Suicide: a 10 Year Prospective Study of Hospitalized Patients, *Brit.J.Psych.*, 175,1978
- 4) Borgna E.:I conflitti del conoscere: strutture del sapere ed esperienze della follia, Feltrinelli, Milano, 1989
- 5) Caroli F., Vidon G.: Séméiologie des conduites suicidaires, *Enc.Med.Chir*, 37114,A,1984
- 6) Dyers A.T., Kreitmann N.: Hopelessness, Depression and Suicidal Intent in Parasuicide, *Brit.J.Psych.*,144,1984
- 7) Dorpat T.L., Boswell J.: An Evaluation of Suicidal Intent in Suicide Attempts, *Compr.Psych*,4,2,1963
- 8) Farberow N.L., Shneidman C.S.: *The Cry for Help*, McGraw & Hill, New York, 1965
- 9) Feuerlein W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? Tendenzen suizidalen Verhaltens, *Nervenarzt*,42,127,1971
- 10) Freiman c.: History of Suicidal Behavior in Depressed Borderline in-patients, *Am.J.Psych.*,140,3,1983
- 11) Gerbsattel V.E. von: *Prolegomena einer medizinischer Anthropologie*, Springer, Heidelberg, 1954
- 12) Henseler H.: *Narzisstische Krisen. Psychodynamik des Selbstmords*, Reinbeck, Hamburg, 1964
- 13) Holderegger A.: *Der Suizid: humanwissenschaftliche Ergebnisse und etische Problematik*, Thieme, Freiburg i. Ue., 1977
- 14) Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Heidelberg, 1963
- 15) Joiner T.: *Why People Die by Suicide*, Harvard Univ. Press, Cambridge MA, 2005
- 16) Kaplan A., Saddock W.: *Psychiatric Emergencies: Suicide*, in: *Synopsys of Psychiatry*, Wilkins, New York, 1988
- 17) Kohut H.: *La ricerca del Sè*, Boringhieri, Torino, 1982



- 18) Kubie L.S.: Multiple Determinant of Suicidal Efforts, *J.Nerv.Ment.Dis.*, 138,1,1964
- 19) Kuhn R.: Daseinanalyse und Psychiatrie, in: *Psychiatrie der Gegenwart* (eds. Gruehle, Jung, Meyer-Gros und Mueller), Springer, Heidelberg, 1963
- 20) Kvaran r., Gunnarsdottir O., Kistbjorndottir A. et Alii: Numbers of Visits to the Emergence Department and Risk of Suicide: a Populatioin-based Case-control Study, *B.M.C. Pub. Heal.*, 15, 227, 2015-06-24
- 21) Nietzsche F.: *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno*, Adelphi, Milano, 1976
- 22) Rachiotis G., Stuckler D., McKee M., Hadjichristodoulou C.: What has Happened to Suicides during the Greek Economic Crisis? Findings from an Ecological Study of Suicides and their Determinants (2003-2012), *BMJ Open*, 5, 2015
- 23) Schlieffen H.: *Der Suizidversuch. Ein psychologischer Beitrag zum Problem dess missglueckten Selbstmordversuch anhand biographisch-anamnesticher, statisticher und test-psychologischer Daten*, Clausthal, Zellerfeld, 1969
- 24) Schneider K.: *Wesen und Erfassung der Schizophrenen*, *Zeit.Ges.Neur.Psych.*, 99,542,1925
- 25) Sifneos P.E.: *Manipulative Suicide*, *Psych.Quart.*, 40,1966
- 26) Stengel E.: *Suicidio e tentato suicidio*, Feltrinelli, Milano, 1977
- 27) Vinoda K.: *Personality of Attempted Suicide*, *Brit.J.Psych.*, 125,1969
- 28) Weissman M.: *The Epidemiology of Suicide Attempts (1960-1971)*, *Arch.Gen.Psych.*, 10, 1974
- 29) W.H.O./O.M.S.: *Preventing Suicide: a Global Imperative*, Geneva, 2014 available free @ http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- 30) Wyder M., Ward P., De Leo D.: *Separation as a Suicide Risk Factor*, *J.Aff.Dis*, 116,208,2009
- 31) Zwingmann Ch.: *Selbsvernichtung*, Enke, Frankfurt a. M., 1965