



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea triennale in Scienze Psicologiche Cognitive e
Psicobiologiche**

Elaborato finale

**La relazione tra schizofrenia e comportamenti suicidari
The relationship between schizophrenia and suicidal behavior**

Relatrice

Prof.ssa Pozzoli Tiziana

Laureanda: Coculla Melania

Matricola: 1151157

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

Capitolo 1 La schizofrenia.....	2
<i>1.1 Definizione</i>	2
<i>1.2 Impatto sociale e stigma</i>	4
Capitolo 2 Il suicidio e la sua relazione con la schizofrenia.....	6
<i>2.1 Descrizione del suicidio</i>	6
<i>2.2 Epidemiologia del suicidio</i>	8
<i>2.3 I disturbi mentali come fattori di rischio nei comportamenti suicidari</i>	8
<i>2.4 Il suicidio nei pazienti schizofrenici</i>	10
Conclusione	20
Bibliografia	21

CAPITOLO 1 LA SCHIZOFRENIA

1.1 DEFINIZIONE

La schizofrenia è una psicosi caratterizzata da pensiero disorganizzato in cui le idee dell'individuo non sono collegate in modo logico. L'individuo che soffre di tale psicosi ha una percezione distorta della realtà, presenta una mancata espressività emozionale ed alterazioni comportamentali (American Psychiatric Association, 2014). Questi individui spesso tendono ad isolarsi dagli altri per creare un proprio mondo fatto di strane convinzioni (deliri) ed allucinazioni (American Psychiatric Association, 2014).

All'interno del loro testo di psicologia clinica, Kring e colleghi (2016) offrono una panoramica sullo studio della schizofrenia, riconducendo le origini delle teorizzazioni su questo disturbo alle formulazioni teoriche di Kraepelin (1898) e Bleuler (1908). In particolare, Kraepelin (1898) sosteneva l'esordio precoce del disturbo e la presenza di deterioramento intellettuale, motivo per cui adottò il termine *dementia praecox*. Bleuler (1908) propose di adottare il termine schizofrenia, unione dei due termini greci *σχίζω* (dividere) *φρήν* (cervello). Rispetto alla teorizzazione di Kraepelin, Bleuler sosteneva che il disturbo non avesse necessariamente un esordio precoce, e che non necessariamente progredisce verso la demenza. Elaborò il concetto metaforico di "rottura dei nessi associativi", secondo il quale i nessi associativi legano parole e pensieri, e che un pensiero e una comunicazione efficienti sono possibili solo quando parola e pensieri sono integri.

La schizofrenia ha una prevalenza di circa lo 0,3/0,7%, sebbene questa percentuale sia variabile tra le etnie, e sia variabile per origine geografica. Inoltre, il disturbo si manifesta più frequentemente negli uomini che nelle donne. Tuttavia, l'esordio del disturbo è più tardivo nelle donne, le quali tendono a mostrare una minore frequenza di sintomi negativi e disorganizzativi (American Psychiatric Association, 2014).

I sintomi tipici della schizofrenia emergono verso la tarda adolescenza, e un esordio prima dell'adolescenza è raro. L'esordio può essere improvviso, ma la maggior parte degli individui

presenta un lento e graduale sviluppo di sintomi significativi, tra cui sintomi depressivi. I sintomi tipici della schizofrenia comportano disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive, e permeano tutti gli aspetti dell'individuo, come il modo in cui egli pensa, ciò che prova e i suoi comportamenti (American Psychiatric Association, 2014).

È necessario dare una breve spiegazione dei diversi tipi di sintomi per avere una corretta idea di che cosa sia e di cosa comporti nell'individuo questa psicosi. I sintomi sono classificati in tre categorie: sintomi positivi, negativi e disorganizzati. I sintomi positivi sono manifestazioni nuove e anormali dovute alla malattia e comprendono: (i) i deliri, convinzioni fortemente sostenute dalla persona che non possono e non vengono modificate nemmeno alla luce di evidenze contrastanti, e possono essere di diverso tipo (deliri di persecuzione, di riferimento, religioso, di grandezza, ecc.); (ii) le allucinazioni, esperienze simil-percettive che si verificano in assenza di uno stimolo esterno, vengono vissute dall'individuo in modo chiaro e vivido, ma non sono sotto il controllo volontario dell'individuo.

I sintomi negativi derivano dalla perdita di capacità e tra questi troviamo: (i) la diminuzione dell'espressione delle emozioni e l'abulia (diminuzione nelle attività finalizzate volontarie spontanee); (ii) l'alogia, diminuzione della produzione verbale; (iii) anedonia, diminuzione della capacità di provare piacere in presenza di stimoli positivi; asocialità, mancanza di interesse nelle interazioni sociali.

Tra i sintomi disorganizzativi troviamo (i) il pensiero disorganizzato, per cui l'individuo può passare da un argomento all'altro, risponde alle domande in modo marginale, e (iii) il comportamento disorganizzato, ossia anomalie nel comportamento finalizzato con difficoltà nell'esecuzione delle attività quotidiane (resistenza a istruzioni, postura rigida o bizzarra, mutismo e mancanza di risposte motorie) (American Psychiatric Association, 2014).

Per poter fare una diagnosi di schizofrenia, il paziente deve presentare deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato, sintomi negativi. Nello specifico, almeno due o più di questi sintomi devono essere presenti per almeno 1 mese e uno di questi due sintomi deve

necessariamente essere delirio, allucinazione o eloquio disorganizzato. Inoltre, è necessario che una o più delle principali aree dell'individuo (lavoro, relazioni interpersonali, cura di sé) presenti un marcato livello disfunzionale. Infine, occorre escludere che i sintomi siano la conseguenza fisiologica di un abuso di sostanze o farmaci, e che non siano conseguenza di una condizione medica (American Psychiatric Association, 2014).

Sebbene in questo capitolo analizzeremo la schizofrenia, è bene sottolineare che questa fa parte di un gruppo di disturbi denominati "disturbi dello spettro schizofrenico". Oltre alla schizofrenia, in questo gruppo troviamo: (i) il disturbo delirante, caratterizzato da almeno 1 mese di deliri senza altri sintomi psicotici, (ii) il disturbo psicotico breve, che ha durata più di 1 giorno e si risolve in 1 mese; (iii) il disturbo schizofreniforme, che presenta i medesimi sintomi che riscontriamo nella schizofrenia ma qui hanno durata di meno di 6 mesi, e vi è la mancanza di un declino nel funzionamento; (iv) il disturbo psicotico indotto da sostanze e farmaci, dove i sintomi sono considerati una conseguenza fisiologica dell'abuso di sostanze, farmaci, o esposizione a tossine, e cessano dopo la rimozione dell'agente; (v) il disturbo dovuto a un'altra condizione medica, dove i sintomi sono considerati una conseguenza fisiologica di un'altra condizione medica (American Psychiatric Association, 2014).

Gli individui schizofrenici mostrano un'affettività inadeguata, ad esempio ridono in presenza di uno stimolo inadeguato, disturbi dell'umore, come depressione, ansia o rabbia, e disturbi circadiani, come un ritmo sonno/veglia disturbato. Questi individui presentano deficit cognitivi legati a compromissioni funzionali e professionali, e deficit nella cognizione sociale, che persistono anche durante la remissione sintomatologica. Alcuni individui sono inconsapevoli del proprio disturbo, e spesso tendono a non seguire le terapie e ad avere ricadute.

L'aggressività è più frequente negli individui con storia pregressa di violenza o che fanno uso di sostanze. La maggior parte delle persone affette da schizofrenia, infatti, non è aggressiva, al contrario, sono frequentemente oggetto di maltrattamento a causa del loro disturbo (American Psychiatric Association, 2014).

I pazienti schizofrenici presentano comorbidità con altri disturbi, ad esempio (i) l'abuso di sostanze è frequente ed è correlato ad un peggioramento del decorso e dell'esito della malattia; (ii) il disturbo d'ansia generalmente precede l'insorgere della schizofrenia (Glick et al., 2021; Kiran & Chaudhury, 2016). Inoltre, negli individui schizofrenici si evidenzia un alto tasso di suicidi tanto che è possibile affermare che la morte per suicidio nei pazienti schizofrenici è 12 volte più frequente che nella popolazione generale (Chesney et al., 2014).

Sebbene non sia ancora possibile riconoscere una causa certa della schizofrenia, è possibile evidenziare alcuni fattori di rischio che predispongono un individuo a sviluppare il disturbo, tra i quali fattori ambientali, genetici e fisiologici. Tra i fattori ambientali è emersa una potenziale associazione con la stagione di nascita, tardo inverno/inizio primavera in alcuni paesi, estate in altri. I fattori genetici sembrano avere un forte contributo nello sviluppare il disturbo, anche se la maggior parte degli individui a cui è stata diagnosticata la schizofrenia non presentano una storia familiare di psicosi. La responsabilità viene attribuita ad una serie di alleli di rischio. Infine è stato evidenziato che complicazioni in gravidanza e alla nascita con ipossia, ed età avanzata del padre, siano associate a un più alto rischio di schizofrenia (American Psychiatric Association, 2014).

1.2 IMPATTO SOCIALE E STIGMA.

Diversi studi hanno evidenziato come la schizofrenia abbia un significativo impatto negativo nella vita sociale degli individui che ne sono affetti, e come lo stigma sia frequente nella loro vita. Infatti, vivere con un disturbo mentale come la schizofrenia influenza l'area del funzionamento sociale, oltre al benessere psicologico e allo svolgimento delle attività quotidiane.

Ad esempio, Commey e colleghi (2022) hanno condotto uno studio che ha coinvolto nove persone adulte con diagnosi di schizofrenia per indagare l'impatto del disturbo sulla vita quotidiana. I risultati hanno evidenziato che, nei momenti di lucidità, il disturbo non sembrava impedire il regolare svolgimento delle attività quotidiane e di cura personale; inoltre, i partecipanti hanno dichiarato di percepire il disturbo come parte della propria individualità e come qualcosa con cui convivere.

Nonostante ciò, i risultati hanno anche messo in luce che lo stigma è un'esperienza negativa che gli individui schizofrenici devono affrontare, in quanto sono frequentemente vittime di insulti ed etichettature. (Commey et al., 2022)

Il tema dello stigma è emerso anche nello studio di Rezayat e colleghi (2019) in cui si è voluto esplorare il processo di gestione dello stigma da parte dei pazienti schizofrenici e delle loro famiglie. I partecipanti allo studio hanno affermato di essere socialmente rifiutati e oppressi dagli altri. L'essere rifiutati è la preoccupazione principale, e l'essere oppressi è legato al fatto di essere svalutati come persone a causa del proprio disturbo. Infatti, molte volte le altre persone manifestano comportamenti sprezzanti ed aggressivi nei loro confronti. I risultati dello studio hanno evidenziato che questi pazienti e le loro famiglie tendono ad arrendersi passivamente allo stigma attraverso l'occultamento del disturbo, e l'allontanamento dagli altri in risposta al rifiuto sociale a cui sono soggetti. (Rezayat et al., 2019)

Parlare di impatto sociale della schizofrenia significa prendere in considerazione anche il contesto familiare e parafamiliare nel quale vivono le persone affette da schizofrenia. Gli individui affetti da schizofrenia, generalmente, vivono in famiglia, e questa ha il compito di accudirli e sostenerli. I familiari, anche chiamati caregiver, possono essere genitori, figli, coniugi, nonni, fratelli. (Sustrami et al., 2022).

La schizofrenia è un disturbo psichiatrico che richiede cure prolungate e presenta poca attenzione da parte dei servizi di salute mentale, di conseguenza i caregiver sono gli unici che si occupano quotidianamente dei loro familiari affetti da schizofrenia. L'assistenza che devono offrire i caregiver può essere emotivamente e fisicamente estenuante, e un buon livello di ottimismo li aiuta a svolgere bene il proprio compito. Inoltre, è importante che i professionisti della salute diano importanza e intraprendano programmi per alleviare il peso che i caregiver si trovano a dover affrontare, andando a stabilire una buona alleanza terapeutica con questi così da fornire un intervento migliore ai pazienti. (Devgan et al., 2019).

CAPITOLO 2 Il suicidio e la sua relazione con la schizofrenia

2.1 descrizione del SUICIDIO

Il suicidio è un fenomeno mondiale e un pericoloso problema di salute pubblica che affligge moltissime persone nel mondo. Il termine suicidio deriva etimologicamente dal latino *sui* – di sé e *caedere* – tagliare, e denomina una morte autoinflitta con evidenza, esplicita o implicita, dell'intenzione di morire (Naguy et al., 2020).

Volendo affrontare il tema del suicidio, è più corretto parlare di “comportamenti suicidari” che comprendono (i) l'ideazione suicidaria, (ii) il tentato suicidio e (iii) il suicidio completato. L'ideazione suicidaria può essere definita come la presenza di pensieri relativi al porre fine alla propria vita; può essere attiva, quando c'è un chiaro piano di suicidio, oppure passiva, dove è presente solo desiderio di morire. Il tentativo di suicidio è definito come un comportamento autolesivo con l'intenzione, presunta o reale, di morire ed è caratterizzato da un'importante compromissione funzionale. Infine, il suicidio completato è il comportamento che porta alla morte. La nomenclatura relativa ai comportamenti suicidari si riferisce alle intenzioni, motivazioni e all'esito, come la ricerca di attenzione, di sollievo o di autopunizione (Bachmann, 2018). L'ideazione suicidaria è un importante precursore sia del tentativo di suicidio che del suicidio, e i tentativi di suicidio sono fino a 30 volte più comuni rispetto ai suicidi completati (Turecki et al., 2019).

I comportamenti suicidari possono riflettere la liberazione dalla disperazione, una risposta ad un disturbo psicotico, l'immolazione religiosa, la vendetta, la rinascita, il ricongiungimento con una persona cara o un comportamento razionale quale l'eutanasia. (Naguy et al., 2020)

Il suicidio è un fenomeno complesso che coinvolge diversi fattori psicologici, sociali ed ambientali, tra cui (i) la presenza di un disturbo mentale, (ii) l'assunzione di alcol, (iii) le variabili legate al mondo del lavoro e dell'economia e (iv) lo stigma nei confronti di persone con problemi di salute mentale.

Dal punto di vista psicologico un fattore chiave dei comportamenti suicidari è il concetto di dolore psicologico insopportabile. Tra le componenti del dolore psicologico troviamo la percezione di una mancata appartenenza ad un gruppo, l'essere un peso per gli altri, la mancanza di speranza. Tra i fattori socioeconomici ed ambientali troviamo la rottura di una relazione, la perdita del lavoro, il bullismo e i cambiamenti nella posizione socioeconomica (Turecki et al., 2019). Altri fattori come la possibilità di essere esposti al suicidio, l'immaginazione mentale e la possibilità di accedere ai mezzi di suicidio, giocano un ruolo importante nella messa in atto di comportamenti suicidari (Álvarez et al., 2022)

Sono stati proposti alcuni modelli generali per comprendere meglio questo fenomeno, e la maggior parte di questi riconosce che il rischio di suicidio è il risultato tra fattori predisponenti e precipitanti. Tra i fattori predisponenti troviamo (i) la predisposizione familiare e genetica; studi condotti sulle famiglie mostrano che il rischio di tentativi di suicidio è più alto in coloro che hanno un parente di primo grado morto per suicidio o che abbia una storia di tentativi di suicidio. Studi su gemelli e sulle adozioni suggeriscono, inoltre, che i fattori genetici sono responsabili in parte della trasmissione familiare del comportamento suicida; (ii) l'esposizione precoce a eventi stressanti, ad esempio la trascuratezza o abuso fisico, sessuale, emotivo nell'infanzia, che potrebbero indurre effetti a lungo termine. Questi fattori agiscono attraverso tratti di personalità e stili cognitivi; è stato evidenziato che il conflitto interpersonale, l'aggressività impulsiva, una condotta inadeguata, abuso di alcol e sostanze potrebbero essere correlati ad un alto rischio di sviluppare comportamenti suicidari negli adolescenti e nei giovani adulti, mentre, l'evitamento del danno e lo sviluppo di disturbi dell'umore divengono più comuni con l'aumentare dell'età. Le avversità e gli eventi stressanti precoci causano deficit cognitivi nella risoluzione dei problemi ed è stato evidenziato che gli adolescenti con scarse capacità di problem solving hanno maggiori probabilità di sperimentare l'idea di suicidio a seguito di un'esperienza stressante rispetto agli altri adolescenti (Turecki & Brent, 2016). Tra i fattori precipitanti troviamo (i) precedenti tentativi di suicidio e (ii) presenza di disturbi mentali. A tal proposito, uno studio, utilizzando interviste retrospettive, ha dimostrato che circa il 90% degli

individui che muoiono per suicidio aveva una patologia identificabile precedentemente la morte (Turecki & Brent, 2016).

2.2 Epidemiologia del suicidio

Il suicidio colpisce ogni anno circa 800.000 persone in tutto il mondo.

Diversi autori hanno evidenziato che il tasso di suicidio dipende da diversi fattori tra cui (i) l'età, (ii) il sesso, (iii) la posizione geografica. Il suicidio è la seconda causa di morte prematura nei giovani di età compresa tra i 15 e 29, e la terza negli over 30 (Turecki & Brent, 2016). Inoltre, i tentativi di suicidio sono molto più frequenti nelle femmine che nei maschi, mentre per i suicidi portati a termine si riscontra una situazione opposta, e questo potrebbe essere spiegato da una preferenza maschile per metodi più letali e alla riluttanza nel cercare aiuto (Bachmann, 2018).

Infine, il tasso di suicidio varia da un paese all'altro del mondo, sono stati riscontrati tassi relativamente bassi in Medio Oriente e in alcuni paesi dell'America meridionale e centrale, mentre sono relativamente più elevati in Europa, Russia, India, Cina. La maggior parte dei suicidi e dei tentati suicidi si verifica in quei paesi a basso e medio reddito in cui le opzioni terapeutiche sono limitate. Diversi fattori possono spiegare questo diverso tasso di suicidi nei vari paesi, (i) la registrazione incoerente dei suicidi da parte dei medici legali, (ii) l'accettabilità culturale o religiosa del suicidio, (iii) la disponibilità e accessibilità ai mezzi di suicidio. Nei paesi a basso reddito si ha una tendenza ad assumere pesticidi in grande quantità con lo scopo di porre fine alla propria vita, dal momento che questi sono facilmente disponibili e a poco prezzo; mentre nei paesi ad alto reddito vengono comunemente utilizzati gli analgesici e i farmaci psicotropi (Turecki et al., 2019)

2.3 I disturbi mentali come fattori di rischio nei comportamenti suicidari

Come detto in precedenza, diversi studiosi (Ventriglio et al., 2016, Too e al., 2019, Alvarez et al., 2022) sono concordi nel sostenere che i disturbi mentali siano da considerarsi un importante fattore di rischio per il suicidio, che varia dal 3,4% in coloro che sono affetti da un singolo disturbo, al 6,2% in

coloro che presentano una diagnosi psichiatrica aggiuntiva (Ventriglio et al., 2016). Quindi, gli individui a cui è stato diagnosticato un disturbo mentale hanno un rischio notevolmente più elevato di suicidio rispetto a coloro che ne sono privi, e tale rischio aumenta se si vanno ad escludere gli studi che si concentrano ad analizzare solo gli anziani (Too et al., 2019). Nonostante i disturbi mentali possano essere rilevati utilizzando interviste retrospettive con i familiari e amici del defunto, non sempre vengono diagnosticati o trattati prima della morte. (Turecki et al., 2019).

Le diagnosi frequentemente associate al suicidio sono (i) il disturbo bipolare, (ii) il disturbo da uso di sostanze, (iii) il disturbo depressivo maggiore, (iv) il disturbo borderline di personalità, (v) la schizofrenia. (Álvarez et al., 2022). Nonostante il suicidio non sia una conseguenza inevitabile di nessuna malattia psichiatrica, alcune caratteristiche specifiche dei disturbi sono associate al suicidio, ad esempio la non consapevolezza della malattia da parte dell'individuo schizofrenico, gli stati disforici irritabili nel disturbo bipolare, o l'intensità degli episodi nel disturbo depressivo maggiore. Di norma l'ideazione suicidaria si verifica negli stati depressivi presenti in diversi disturbi, ma nel passaggio dall'ideazione suicidaria al tentativo vero e proprio di suicidio altre condizioni psichiatriche giocano un ruolo importante, tra cui il disturbo di panico o il disturbo da stress post-traumatico che vanno ad aumentare l'angoscia. (Turecki et al., 2019).

2.4 Il suicidio nei pazienti schizofrenici

Negli anni diversi studiosi hanno concordato sul fatto che la schizofrenia sia un disturbo psichiatrico che presenta alti tassi di mortalità prematura e abbia un legame significativo con il suicidio. Il suicidio è considerato uno delle principali cause di morte premature tra coloro che sono affetti da schizofrenia (Lu et al., 2020, Alvarez et al., 2022, Cassidy et al., 2018, Lyu e Zhang., 2021, Zaheer et al., 2016, Hassan et al., 2016, Ventriglio et al., 2016, Jakhar et al., 2017).

Lu e colleghi, nella loro meta-analisi, hanno incluso 35 studi con 16.747 persone affette da schizofrenia in cui l'età media era di 40 anni e le donne rappresentavano il 37% dell'intero campione. Hanno rilevato che la prevalenza dei tentativi di suicidio nell'arco della vita era del 26%, a 1 anno

dalla comparsa del disturbo era del 3%, a 1 mese era del 2%, a 6 mesi era del 38%, mentre la prevalenza dei tentativi di suicidio in corrispondenza dell'esordio della malattia era del 45%.

Hanno, quindi, rilevato che i tentativi di suicidi sono molto comuni nei soggetti schizofrenici, specie in quelli che presentano un esordio precoce del disturbo; mentre gli individui con disturbo a esordio tardivo mostravano abilità e funzionamento sociale più sviluppati e una minor violenza e impulsività. Inoltre, hanno evidenziato che la prevalenza dei tentativi di suicidio era più alta nei paesi ad alto reddito rispetto a quella dei paesi a basso e/o medio reddito. Inoltre, i soggetti schizofrenici, presentavano un rischio di morte prematura di circa 3,7 volte superiore rispetto alla popolazione generale, e presentavano un tasso di suicidio, nel corso della vita, di circa il 5%. (Lu et al., 2020)

È emerso, inoltre, che i fattori clinici come gravità del disturbo, la sua comorbilità con altri disturbi, lo stigma e discriminazione legati al disturbo, potrebbero contribuire al rischio più elevato di tentati suicidi. In questa loro meta-analisi non hanno riscontrato nessuna differenza di genere nei soggetti affetti da schizofrenia, nessuna associazione tra età giovanile e rischio di tentativi di suicidio, e nessuna differenza nella prevalenza dei tentativi di suicidio tra soggetti schizofrenici ricoverati e comunitari. (Lu et al., 2020)

Alvarez e colleghi (2022) hanno analizzato 75 studi di pazienti che avevano tentato il suicidio, di cui 56 includevano pazienti con schizofrenia, mentre gli altri includevano pazienti con diversi disturbi. Gli studi analizzati includevano pazienti schizofrenici provenienti dall'Europa, Nord America, Sud America, Asia e Africa. Dalla loro meta-analisi è emerso che la prevalenza di tentativi di suicidio tra i pazienti schizofrenici è del 20%, circa sei volte superiore alla media della popolazione generale. Inoltre, la prevalenza dei tentativi di suicidio era più alta nei soggetti ambulatoriali rispetto ai soggetti ricoverati, e in base al paese di origine è stato evidenziato che i tentativi di suicidio erano molto più alti in Nord America (33%) rispetto agli altri continenti.

Di tutti gli studi solo 32 analizzavano i suicidi completati, ed hanno dimostrato che l'incidenza dei suicidi completati era del 2,03% nei pazienti schizofrenici. In base al paese di origine è emerso che i

pazienti schizofrenici provenienti dal Nord Europa presentavano un elevato tasso di suicidi completati (3,13%) rispetto a coloro che provenivano dall'Europa occidentale (1,72%).

Gli autori pensano che tali differenze possano essere dovute alla coesistenza di diversi fattori (i) lo stigma legato alla malattia mentale, (ii) le difficoltà sociali e economiche intrinseche al disturbo, (iii) la comorbilità della schizofrenia con il disturbo da uso di sostanze. Tutte queste variabili sono maggiormente frequenti nei pazienti schizofrenici rispetto alla popolazione generale. (Álvarez et al., 2022).

Cassidy e colleghi hanno analizzato 96 studi con 80.488 partecipanti. Hanno analizzato solo studi che presentavano alcune chiare caratteristiche (i) il campione doveva essere formato da pazienti schizofrenici che mostravano comportamenti suicidari (ideazione suicidaria, tentato suicidio o suicidio) e pazienti schizofrenici senza comportamenti suicidari, (ii) almeno il 70% del campione doveva avere una diagnosi di schizofrenia secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; inoltre sono stati esclusi studi condotti su bambini ed adolescenti.

Hanno messo in luce diversi fattori di rischio associati all'ideazione suicida, al tentativo di suicidio e al suicidio nei pazienti schizofrenici. In primo luogo, i sintomi depressivi si sono dimostrati essere presenti sia in pazienti schizofrenici con idee suicidarie sia in coloro che avevano messo in atto tentativi di suicidio, così come un maggior numero di ricoveri psichiatrici. Inoltre, un'anamnesi di depressione, di tentativi di suicidio, di uso di alcol – droghe – tabacco, così come un'anamnesi familiare di malattia psichiatrica e di suicidio sono state osservate in relazione ad un aumento del rischio di tentativi di suicidio. Infine, la minore durata della malattia, l'età più giovane e il quoziente intellettivo più alto, così come un'anamnesi di uso di tabacco e uso di alcol sono stati osservati come fattori di rischio per il suicidio. (Cassidy et al., 2018).

Lyu e Zhang hanno voluto confrontare i casi di suicidio in pazienti schizofrenici e in individui non schizofrenici. Il loro studio ha preso in considerazione 3 province cinesi e ha incluso 16 contee del distretto rurale, e i casi di suicidio sono stati estrapolati dai registri ospedalieri. Sono stati esclusi i casi in cui il decesso è avvenuto per lesioni accidentali, cause naturali, avvelenamento o overdose

involontari. È stato utilizzato il metodo dell'autopsia psicologica, metodo conveniente per raccogliere retrospettivamente informazioni dettagliate post-mortem. Per ogni individuo suicida sono stati reclutati due informatori, uno proveniente dalla famiglia del defunto suicida e l'altro era una persona vicina al defunto (amico o collega). Gli autori hanno condotto un'intervista faccia a faccia con ciascun informatore, e ognuno di questi è stato intervistato separatamente in un luogo privato previo consenso informato scritto. Le variabili demografiche per ogni suicidio includevano età, sesso, residenza (urbana o rurale), livello di istruzione, stato civile e il fatto di vivere soli o meno. Tra i fattori di rischio sociali e personali sono stati inclusi il reddito annuo, la superstizione e la credenza in una vita dopo la morte, le malattie croniche gravi, i disturbi psicologici, un'anamnesi familiare di disturbi psicologici e fisici e di comportamenti suicidi.

I dati ottenuti comprendevano 354 casi di persone suicide che non erano affette da schizofrenia e 38 casi di persone suicide che erano affette da schizofrenia. Gli autori non hanno riscontrato differenze significative per quanto riguarda il fatto di vivere in contesto urbano o rurale, il fatto di essere single o spostati, il fatto di vivere soli; tuttavia, sono state riscontrate differenze in base al sesso e all'età. Gli individui schizofrenici suicidi erano prevalentemente di sesso femminile ed erano più anziani rispetto agli individui suicidi che non presentavano schizofrenia. Per quanto riguarda i fattori di rischio sociali e personali i risultati hanno indicato che il gruppo dei suicidi con schizofrenia aveva maggiori probabilità di soffrire di malattie croniche gravi, presentavano un numero significativamente maggiore di precedenti tentativi di suicidio rispetto al gruppo dei suicidi non schizofrenici, presentavano un'anamnesi familiare di disturbi psicologici ed erano più inclini a soffrire di disturbi psicologici. Non sono però state riscontrate differenze tra i due gruppi in relazione al reddito annuo, superstizione e credenza in una vita dopo la morte, né in relazione ad un'anamnesi familiare di comportamenti suicidi o disturbi fisici. Gli autori sostengono che la presenza di precedenti disturbi psicologici potrebbe imporre agli individui suicidi livelli sproporzionati di pressione o stress sociale e personale, che possono manifestarsi attraverso angoscia, depressione e/o suicidio.

Infine, hanno riscontrato che il 9,7% degli individui morti per suicidi soffriva di schizofrenia, e tale stima è molto più alta rispetto all'Occidente (5%); nell'81% dei casi gli individui utilizzano mezzi non violenti in Cina, e questo è in disaccordo con quanto succede nell'Occidente in cui si preferisce l'uso della pistola (Lyu et al., 2021)

In altro studio, sempre dello stesso anno, Lyu e Zhang hanno messo in evidenza come il gruppo dei suicidi non schizofrenici, in Cina, di norma utilizza i pesticidi, poiché facilmente acquistabili e di poco prezzo, e l'impiccagione, mentre il gruppo dei suicidi schizofrenici tende ad adottare la tecnica dell'annegamento e l'overdose. Inoltre, hanno evidenziato che, il gruppo dei suicidi schizofrenici ha una tendenza a suicidarsi in un ambiente isolato e una maggiore probabilità di esprimere il proprio tentativo di suicidio a qualcuno che gli sta accanto ad esempio andando a preparare lettere prima della morte, quindi è necessario che chi li assiste presti loro molta attenzione. (Lyu & Zhang, 2021)

Un altro studio ha voluto esaminare gli individui suicidi in Ontario (Canada). Zaheer e colleghi (2020) hanno raccolto i registri sanitari di 75.000 individui di età compresa tra i 16 e 45 anni, che avevano ricevuto una prima diagnosi di schizofrenia in vita. Il 60% di questi erano maschi, mentre il restante 40% erano di sesso femminile, e sono stati seguiti per una media di 20 anni. Questo studio include sia individui che hanno avuto solo incontri ambulatoriali sia individui che hanno ricevuto un ricovero psichiatrico. Hanno raggruppato gli individui in base all'età (16-25 anni, 26-35 anni, 36-45anni), in base al sesso, al reddito del quartiere e alla residenza (urbana o rurale). Gli autori volevano misurare la prevalenza e il tempo di morte per suicidio; inoltre volevano esaminare i fattori di rischio nei soggetti con diagnosi di schizofrenia. Hanno previsto che, in linea con studi precedentemente analizzati, i fattori di rischio per il suicidio in individui schizofrenici avrebbero incluso il sesso maschile, le comorbilità psichiche, i sintomi depressivi, il disturbo da uso di alcol e di droghe, e una precedente anamnesi di comportamento suicida.

In accordo da quanto previsto hanno evidenziato che, nell'arco di questi 20 anni 1302 individui del campione totale è morto per suicidio dopo circa 4 anni dalla diagnosi iniziale di schizofrenia, e la maggior parte di questi erano di sesso maschile (72%). È stato evidenziato che il gruppo tra i 16 e 25

anni aveva una probabilità inferiore di ricevere una diagnosi di schizofrenia rispetto al gruppo 26-35 o 36-45. I deceduti suicidi presentavano maggiore comorbidità con disturbi da uso di alcol e droghe e disturbi dell'umore; presentavano maggiore comorbidità anche con precedenti visite ambulatoriali da uno psichiatra, precedenti ricoveri ospedalieri per motivi di salute mentale e un'anamnesi di comportamento suicida. Inoltre, in base al sesso è stato rilevato che il gruppo delle donne presentava, in generale, un'età di diagnosi più tardiva ed avevano un rischio più elevato di suicidio se la schizofrenia era stata diagnosticata tra i 36-45 anni; nel gruppo degli uomini la presenza di un disturbo da uso di sostanze e precedenti visite ambulatoriali non erano associate alla morte per suicidio, ed erano a maggior di suicidio se il disturbo era diagnosticato nella fascia di età 26-35 anni o 36-45 anni. Infine, gli autori hanno evidenziato che coloro a cui era stata diagnosticata la schizofrenia in età più avanzata presentavano un maggior rischio di suicidio. Questo potrebbe essere spiegato, secondo gli autori, dal fatto che diagnosi in età più avanzata può indicare un periodo più lungo di psicosi non trattata, e sono stati osservati sintomi negativi più gravi. (Zaheer et al., 2020).

In un altro studio Hassan e colleghi hanno valutato l'effetto di traumi infantili sul tentativo di suicidio in pazienti schizofrenici. Sono stati intervistati 361 individui di età superiore ai 18 anni con diagnosi di schizofrenia e suddivisi in due gruppi, a seconda se avessero o meno subito traumi nell'infanzia. Tra i diversi tipi di traumi infantili sono stati presi in considerazione gli abusi fisici, gli abusi emotivi, la trascuratezza emotiva, gli abusi sessuali, la trascuratezza fisica (Hassan et al., 2016).

Analizzando il gruppo degli individui che avevano subito traumi nell'infanzia è stato evidenziato che il trauma più comune è stato l'abbandono fisico (56%), seguito da abuso emotivo (54%), abuso fisico (43%), abuso sessuale (34%) e abbandono emotivo (30%). Inoltre, i pazienti schizofrenici che presentavano un elevato trauma erano più anziani al momento dell'intervista, avevano una durata più lunga della malattia, complessivamente erano più maschi che femmine, e non avevano avuto un'istruzione post-scolastica. (Hassan et al., 2016). Gli autori hanno riscontrato, inoltre, che, sia il 46% dei pazienti che presentavano un alto punteggio di trauma sia il 31% dei pazienti con basso punteggio di trauma, avevano tentato il suicidio in media 2 volte, e che l'età media del primo tentativo

di suicidio era intorno ai 24 anni di età. Nel campione analizzato l'abuso emotivo infantile e l'abbandono hanno predetto il tentativo di suicidio, mentre l'abuso sessuale e l'abuso fisico hanno mostrato una leggera associazione con il tentativo di suicidio. Al contrario, l'abbandono fisico non ha predetto alcuna associazione. Inoltre, hanno riscontrato un'associazione tra il tentativo di suicidio e un'anamnesi di episodi depressivi, di PTSD, e un'anamnesi familiare di tentativo di suicidio e completato suicidio indipendentemente dal tipo di trauma infantile. Infine i sentimenti di disperazione, durante l'intervista, erano molto più diffusi nei partecipanti che avevano subito un significativo trauma infantile rispetto ai partecipanti che non avevano subito alcun trauma infantile (Hassan et al., 2016). Attraverso questo studio, gli autori sono arrivati a sostenere che i traumi psicologici possono causare cambiamenti strutturali e/o funzionali nel cervello durante periodi sensibili dello sviluppo causando una disregolazione emotiva. I traumi infantili possono peggiorare le capacità di coping del paziente e portare ad alcuni esiti negativi come ad esempio il comportamento suicida (Hassan et al., 2016)

Ventriglio e colleghi hanno realizzato una review narrativa con lo scopo di fornire una panoramica sui legami tra schizofrenia, primo episodio di psicosi (FEP) e suicidio, selezionando diversi articoli dal 1997 al 2016 (Ventriglio et al., 2016). Alcuni studi hanno dimostrato che i soggetti affetti da FEP sono poi morti per suicidio in percentuale maggiore rispetto alla popolazione generale, e che la maggior parte dei suicidi si è verificata nei primi 2 anni. Hanno inoltre evidenziato che il 23% dei pazienti al primo ricovero avevano già tentato il suicidio, mentre il 15% di questi pazienti avevano tentato il suicidio subito prima del ricovero. (Dutta et al., 2010). Inoltre, uno studio norvegese ha dimostrato che nelle fasi iniziali della FEP, il 38% dei pazienti schizofrenici ha avuto idee suicide e il 25% aveva tentato il suicidio prima di ricevere un trattamento. (Barrett et al., 2011; Ventriglio et al., 2016). Altri studi hanno cercato di comprendere i fattori di rischio del suicidio nei pazienti schizofrenici durante il primo episodio di psicosi (FEP), concentrandosi sull'età di insorgenza, sulla durata della psicosi non trattata (DUP), sul genere, sulla cognizione, sui sintomi affettivi e sull'insight, inteso come la consapevolezza di soffrire di un disturbo mentale e di aver bisogno di trattamento.

Alcuni studi che si sono incentrati sull'età di insorgenza hanno evidenziato come fattore di rischio un'età di esordio psicotico più precoce (Bertelsen et al., 2007; Austad et al., 2015), mentre altri studi hanno riportato un rischio associato all'esordio in età più avanzata (Mitter et al., 2013; Reutfors et al., 2016)), mentre un altro non ha trovato alcuna relazione tra rischio di suicidio e l'età di insorgenza dei sintomi psicotici (Pratt et al., 2010).

Gli studi che si sono incentrati sulla durata della psicosi non trattata (DUP), sono concordi nel sostenere che una DUP più lunga è uno dei fattori di rischio più associato al suicidio nei pazienti schizofrenici. Uno di questi studi ha evidenziato come i pazienti provenienti da una comunità priva di un programma di diagnosi precoce avevano un rischio di suicidio più elevato rispetto a i pazienti che provenivano da una comunità che era provvista di tale programma (Melle et al., 2006), un altro studio ha confermato che gli individui schizofrenici con una DUP più lunga hanno maggiore probabilità di suicidio (Clarke et al., 2006; Ventriglio et al., 2016)

Ventriglio e colleghi hanno riscontrato risultati contraddittori per quanto riguarda il genere come fattore di rischio del suicidio nei pazienti schizofrenici. Alcuni studi, infatti, hanno dimostrato che i maschi erano più soggetti al suicidio rispetto alle persone di sesso femminile (Healy et al., 2012; Lester, 2006), mentre altri studi hanno mostrato che le femmine hanno una maggiore probabilità di suicidio (Melle et al., 2006; Bertelsen et al., 2007).

Gli autori hanno anche evidenziato la presenza di risultati contraddittori per quanto riguarda la cognizione. Mentre alcuni studi hanno evidenziato che i pazienti che tentano il suicidio hanno un funzionamento cognitivo più elevato rispetto agli individui che non lo hanno tentato, spiegando che elevati livelli di funzioni esecutive possono influenzare la capacità di pianificare i comportamenti suicidari (Nangle et al., 2006; Kim et al., 2003), un altro studio non ha trovato differenze significative nel funzionamento cognitivo tra le persone che tentano il suicidio e coloro che non lo fanno (Barrett et al., 2011).

Ventriglio e colleghi hanno, però, riscontrato un accordo, tra i diversi studi, sul fatto che i sintomi depressivi della schizofrenia siano associati al suicidio. Alcuni studi hanno evidenziato che i sintomi

depressivi sono associati al rischio di mettere in atto comportamenti suicidari sia nell'immediato che nel corso della vita (Austad et al., 2015; Barrett et al., 2015), un altro studio ha riscontrato che la mancanza di speranza fungeva da precursore dell'ideazione suicidaria (Chang et al., 2014), un altro ancora che il suicidio è legato a un'alterazione dell'autoconsapevolezza di base o del senso di sé dei pazienti schizofrenici.

Per quanto riguarda l'insight, Ventriglio e colleghi hanno riscontrato idee contrastanti in diversi studi. Mentre uno studio ha mostrato che un migliore insight è associato all'ideazione suicidaria e ai tentativi di suicidio (Crumlish et al., 2005), altri studi affermano che l'insight può influenzare il rischio di suicidio se associato a depressione e disperazione (Bertelsen et al., 2007; Kim et al., 2003). Nello stesso ambito, un altro studio ha dimostrato che gli interventi volti a migliorare l'insight possono migliorare l'esito della psicosi e ridurre il rischio di suicidio (Bourgeois et al., 2004).

Jakhar e colleghi (2017) hanno voluto indagare i fattori associati al rischio di autolesionismo deliberato e di suicidio tra gli individui schizofrenici. Il campione dello studio comprendeva 270 pazienti schizofrenici registrati presso il Dipartimento di Psichiatria ambulatoriale dell'ospedale di New Delhi tra novembre del 2011 e gennaio del 2013. I partecipanti allo studio venivano intervistati insieme ai propri caregiver, e sono state raccolte informazioni sui tentativi di suicidio, tra cui il numero di tentativi, l'età al primo tentativo, i metodi utilizzati, l'intenzionalità e la letalità del tentativo. Su 270 pazienti schizofrenici intervistati, 61 hanno riferito di essere a rischio di autolesionismo e di questi, 27 hanno tentato il suicidio. Gli autori non hanno riscontrato nessuna differenza significativa tra chi ha tentato o meno il suicidio per quanto concerne i parametri socio-demografici, ad eccezione del fatto che chi aveva tentato il suicidio tendeva ad essere più anziano al momento della valutazione. Tra i 27 pazienti che avevano tentato il suicidio l'età media del primo tentativo era in media di 30 anni, la maggior parte di loro erano sposati al momento dell'intervista o lo erano stati in passato e svolgevano un lavoro non qualificato; per quanto riguarda il grado di intenzionalità, il 33% aveva riferito una minima o nessuna intenzione, il 29% un'intenzione moderata, e il 37% aveva riferito una seria intenzione di morire. La letalità, nella maggior parte dei partecipanti,

era bassa e avevano tentato il suicidio solo una volta. Analizzando i metodi utilizzati, gli autori hanno evidenziato che il più comune fu l'ingestione di insetticidi o l'overdose di farmaci; inoltre, il 55% dei partecipanti avevano tentato il suicidio all'inizio della diagnosi di schizofrenia, mentre i restanti partecipanti lo avevano tentato dopo 1 anno dall'esordio. Jakhar e colleghi hanno anche voluto indagare le differenze in termini di psicopatologia tra i partecipanti allo studio, osservando che tutti coloro che avevano tentato il suicidio all'inizio della psicosi hanno riportato deliri e allucinazioni, mentre solo 12 tra coloro che avevano tentato il suicidio dopo 1 anno dall'esordio hanno riportato deliri.

CONCLUSIONE

In questo elaborato emerge, lungo il corso dei capitoli, come la schizofrenia sia in stretta relazione con i comportamenti suicidari.

Nell'analizzare a fondo la relazione tra comportamenti suicidari e schizofrenia, il presente lavoro è in grado di raccogliere dati e informazioni che sostengono l'idea centrale dell'elaborato.

In base alla letteratura presenta possiamo affermare che il suicidio è una delle principali cause di morte premature tra coloro che sono affetti da schizofrenia; che i comportamenti suicidari, in generale, nei pazienti schizofrenici variano in base a diversi fattori, tra cui il sesso, l'età, il paese di origine, il tipo di residenza (urbana o rurale), la comorbidità della schizofrenia con altri tipi di disturbi. Sono stati analizzati studi contraddittori per quanto riguarda il genere come fattore di rischio nei pazienti schizofrenici, alcuni hanno evidenziato che gli individui schizofrenici, di sesso maschile, hanno maggiore probabilità di suicidio, in altri studi è emerso l'esatto opposto, mentre altri non hanno riscontrato alcuna differenza di genere. Inoltre, non vi è un accordo, tra i vari studiosi, nella relazione tra rischio di suicidio ed età di insorgenza. Alcuni sostengono un'età di esordio psicotico più precoce, altri un'età di esordio psicotico in età più avanzata, altri ancora non hanno riscontrato alcuna relazione tra rischio di suicidio ed età di insorgenza della psicosi.

Uno dei principali limiti dell'elaborato è il fatto che non sono stati presi in considerazione studi che propongono un intervento valido per ridurre i comportamenti suicidari nei pazienti schizofrenici.

Negli anni a venire la ricerca dovrebbe incentrarsi maggiore nel trovare un accordo comune per quanto riguarda i limiti sopra citati, e dovrebbe impegnarsi sempre più nel diminuire il rischio di suicidio in questo tipo di pazienti.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez, A., Guàrdia, A., González-Rodríguez, A., Betriu, M., Palao, D., Monreal, J. A., Soria, V., & Labad, J. (2022). A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *143*, 104964. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104964>

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* Washington, DC:Publisher.

* Austad, G., Joa, I., Johannessen, J. O., & Larsen, T. K. (2015). Gender differences in suicidal behaviour in patients with first-episode psychosis: Gender and suicidal behaviour; TIPS II. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(4), 300–307. <https://doi.org/10.1111/eip.12113>

Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>

* Barrett, E. A., Mork, E., Færden, A., Nesvåg, R., Agartz, I., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2015). The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *162*(1–3), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.004>

* Barrett, E. A., Sundet, K., Simonsen, C., Agartz, I., Lorentzen, S., Mehlum, L., Mork, E., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(2), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.001>

* Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., Quach, P. L., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2007). Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: The OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, *191*(S51), s140–s146. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s140>

* Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Amador, X., Pini, S., Cassano, G. B., Lindenmayer, J.-P., Hsu, C., Alphas, L., & Meltzer, H. Y. (2004). Awareness of Disorder and Suicide Risk in the Treatment of Schizophrenia: Results of the International Suicide Prevention Trial. *Am J Psychiatry*.

Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczinski, F., & Passos, I. C. (2018). Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(4), 787–797. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx131>

* Chang, W. C., Chen, E. S. M., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2014). The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *157*(1–3), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.009>

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, *13*(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>

* Clarke, M., Whitty, P., Browne, S., Mc Tigue, O., Kinsella, A., Waddington, J. L., Larkin, C., & O’Callaghan, E. (2006). Suicidality in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *86*(1–3),

221–225. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.05.026>

Commeey, I. T., Ninnoni, J. P. K., & Ampofo, E. A. (2022). Coping with personal care and stigma: Experiences of persons living with schizophrenia. *BMC Nursing*, *21*(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00891-5>

* Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Lane, A., Kinsella, A., Larkin, C., & O’Callaghan, E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(6), 449–455. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00620.x>

Devgan, S., Sharma, V., & Ola, M. (2019). *Impact of spirituality, quality of life and optimism of caregivers of individuals suffering from schizophrenia and mood disorders*.

* Dutta, R., Murray, R. M., Hotopf, M., Allardyce, J., Jones, P. B., & Boydell, J. (2010). Reassessing the Long-term Risk of Suicide After a First Episode of Psychosis. *Archives of General Psychiatry*, *67*(12), 1230. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.157>

Glick, L., Kertzman, S., Wolf, A., Kupchik, M., Kuperberg, M., & Dannon, P. (2021). The Influence of Substance Abuse on Inhibition Capacities and Risky Decision in a Group of Outpatient Schizophrenia Patients. *Journal of Dual Diagnosis*, *17*(2), 143–150. <https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1904164>

Hassan, A. N., Stuart, E. A., & De Luca, V. (2016). Childhood maltreatment increases the risk of suicide attempt in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *176*(2–3), 572–577. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.012>

Healy, D., Le Noury, J., Harris, M., Butt, M., Linden, S., Whitaker, C., Zou, L., & Roberts, A. P. (2012). Mortality in schizophrenia and related psychoses: Data from two cohorts, 1875–1924 and 1994–2010. *BMJ Open*, *2*(5), e001810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001810>

* Kim, C.-H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, *60*(1), 71–80. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00310-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00310-9)

Kiran, C., & Chaudhury, S. (2016). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, *25*(1), 35. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196045>

Kring Ann M., Sheri L. Johnson, Gerald C. Davison and John M. Neale (2016). *Psicologia clinica* 5° edizione. Zanichelli

Lester, D. (2006). Sex Differences in Completed Suicide by Schizophrenic Patients: A Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(1), 50–56. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.1.50>

Lu, L., Dong, M., Zhang, L., Zhu, X.-M., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, e39. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000313>

Lyu, J., & Zhang, J. (2021). Suicide means, timing, intent and behavior characteristics of the

suicides with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 306, 114267.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114267>

Lyu, J., Zhang, J., & Hennessy, D. A. (2021). Characteristics and Risk Factors for Suicide in People with Schizophrenia in Comparison to Those without Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 304, 114166. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114166>

* Melle, I., Johannesen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., & McGlashan, T. (2006). Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*.

* Mitter, N., Subramaniam, M., Abdin, E., Poon, L. Y., & Verma, S. (2013). Predictors of suicide in Asian patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 151(1–3), 274–278.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.006>

Naguy, A., Elbadry, H., & Salem, H. (2020). Suicide: A Précis! *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 4009. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_12_20

* Nangle, J.-M., Clarke, S., Morris, D. W., Schwaiger, S., McGhee, K. A., Kenny, N., Murphy, K., Gill, M., Corvin, A., & Donohoe, G. (2006). Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 85(1–3), 196–200.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.03.035>

* Pratt, D., Gooding, P., Johnson, J., Taylor, P., & Tarrier, N. (2010). Suicide schemas in non-affective psychosis: An empirical investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 48(12), 1211–1220. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.005>

* Reutfors, J., Clapham, E., Bahmanyar, S., Brandt, L., Jönsson, E. G., Ekblom, A., Bodén, R., & Ösby, U. (2016). Suicide risk and antipsychotic side effects in schizophrenia: Nested case-control study: Suicide Risk and Antipsychotic Side Effects. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 31(4), 341–345. <https://doi.org/10.1002/hup.2536>

Rezayat, F., Mohammadi, E., & Fallahi-khoshknab, M. (2019). The process of responding to stigma in people with schizophrenia spectrum disorders and families: A grounded theory study. *Perspectives in Psychiatric Care*, ppc.12468. <https://doi.org/10.1111/ppc.12468>

Sustrami, D., Suhardiningsih, A. V. S., Purbasari, D. N., & Budiarti, A. (2022). A Descriptive Study of Quality of Life of Caregiver in the Family of Schizophrenia Patients. *Malaysian Journal of Nursing*, 14(02), 124–127. <https://doi.org/10.31674/mjn.2022.v14i02.020>

Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302–313.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00116>

Zaheer, J., Olfson, M., Mallia, E., Lam, J. S. H., de Oliveira, C., Rudoler, D., Carvalho, A. F., Jacob, B. J., Juda, A., & Kurdyak, P. (2020). Predictors of suicide at time of diagnosis in schizophrenia spectrum disorder: A 20-year total population study in Ontario, Canada. *Schizophrenia Research*, 222, 382–388. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.025>

* = opere non direttamente consultate