

VALUTAZIONE DELL'INTENZIONALITÀ SUICIDARIA IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI OSPEDALIZZATI IN SEGUITO AD UN RECENTE TENTATIVO DI SUICIDIO

Meneghel G, Frasson A, Cavarzeran F, Corinto B, Costacurta A, Pavan L

RIASSUNTO: la prevenzione primaria e secondaria del comportamento suicidario rappresenta, da sempre, una delle più importanti sfide con cui devono confrontarsi gli operatori della salute mentale. Tra le numerose variabili associate al comportamento suicidario, l'*intenzionalità* legata a un agito autosoppressivo rappresenta uno degli aspetti maggiormente investigati, ma di cui, ancora, non si è stabilita l'effettiva importanza. **SCOPI:** vengono presentati i risultati preliminari relativi all'intenzionalità suicidaria precedente un T.S. e a quella residua in un campione di soggetti ospedalizzati in seguito a un recente T.S. È stata posta una particolare attenzione nell'indagare l'eventuale correlazione tra intenzionalità suicidaria e 1) status di repeater/non-repeater, 2) letalità del metodo utilizzato. **METODO:** I dati fanno riferimento a 92 consulenze suicidologiche consecutivamente condotte dall'Unità di Suicidologia della Clinica Psichiatrica (Università di Padova). La valutazione consisteva in: 1) una valutazione psichiatrica con formulazione di un'ipotesi diagnostica secondo i criteri del DSM-IV; 2) una raccolta dei principali dati socio-demografici, anamnestici e relativi a eventuali precedenti comportamenti suicidari per mezzo della scheda di monitoraggio utilizzata nel "WHO/Euro multicenter study on parasuicide"; 3) una valutazione dell'intenzionalità suicidaria per mezzo di due scale: la Intent Score Scale (ISS) e la Suicide Assessment Scale (SAS). **RISULTATI:** le due sottopopolazioni rappresentate dai soggetti repeater e non-repeater non differiscono per la tipologia di metodo impiegato per effettuare l'agito suicidario, per il grado di intenzionalità suicidaria rilevata alla ISS (precedente il gesto) e per il grado di convinzione soggettiva rispetto all'esito del gesto parasuicidario. I due gruppi, invece, esibiscono una differenza in termini di elevata suicidalità residua (come rilevato dalla SAS), intesa, in particolare, come persistenza di ideazione suicidaria e alterazione dell'affettività e dell'umore anche dopo aver compiuto il tentativo di suicidio. La suddetta condizione è risultata più spiccata nel sottocampione dei repeaters. La correlazione tra metodo parasuicidario scelto dai soggetti del campione in esame e livello di intenzionalità suicidaria è risultata negativa.

Parole chiave: intenzionalità suicidaria, repeaters, metodo

ABSTRACT: Primary and secondary prevention of suicidal behaviour is one of the most important challenge the mental health professionals have to cope with. Several variables are associated with suicidal behaviour and the suicidal intent is one of the most investigated topic in clinical studies. Yet, its actual value has not been determined so far. **OBJECTIVE:** this research presents the preliminary results about suicidal intent before and after a suicidal act in a sample of people hospitalized for a recent suicidal attempt. A particular attention has been paid in investigating the possible correlation between suicidal intent and 1) repeater/non-repeater status, 2) lethality associated to the method. **METHODS:** data refer to 92 people interviewed by the Suicidological Unit of Psychiatric Department, University of Padua. The evaluation consisted in: 1) psychiatric assessment with formulation of a DSM-IV diagnosis; 2) collection of the main socio-demographical, anamnestic and suicidological data with the "WHO/Euro multicenter study on parasuicide" monitoring form; 3) assessment of suicidal intent by two scales: the Intent Score Scale (ISS) and the Suicide Assessment Scale (SAS). **RESULTS:** the subpopulations represented by the repeater/ non-repeater individuals don't show any differences in terms of method used for attempting suicide, of degree of suicidal intent assessed by the ISS (before attempting suicide) and of subjective belief about the outcome of the attempt. On the contrary, the level of residual suicidality (in particular persistence of suicidal ideation and mood alteration as assessed by the SAS) results significantly higher in the repeaters sample. No correlation between lethality of the method and suicidal intent was found in our sample.

Key words: suicidal intent, repeaters, method

INTRODUZIONE

Ogni agito suicidario, soprattutto se con esito quasi-fatale o fatale, ripropone l'inveterata e sempre aperta questione della possibilità e modalità di predizione di tale comportamento.

Sfortunatamente, a oggi, nessuna ricerca è riuscita a produrre una qualche evidenza sulla reale possibilità di predizione del suicidio, nemmeno nelle cosiddette popolazioni ad alto rischio (Goldney, 2000).

Nonostante l'evidente incapacità nell'individuare con sufficiente accuratezza chi commetterà un suicidio, rimane il fatto che esistono diverse variabili cliniche statisticamente correlate all'agito suicidario. Beck (1989) ha segnalato che un alto grado di *hopelessness* è associato al suicidio nei pazienti psichiatrici e altre caratteristiche cliniche importanti comprendono l'espressione di ideazione suicidaria, la presenza di un disturbo psichiatrico (soprattutto depressione e schizofrenia), l'abuso di alcol o di altre sostanze, la presenza di una malattia fisica invalidante, l'isolamento sociale e la disponibilità dei mezzi per attuare il suicidio (Appleby, 1992).

Pur riconoscendo l'importante valore euristico di queste variabili, permangono le problematiche della loro scarsa specificità e della relativa rarità del fenomeno suicidario che inficiano la loro validità predittiva per il singolo paziente e per la sua particolare situazione clinica.

Le medesime considerazioni possono essere fatte, seppur con minor perentorietà, nei riguardi dell'effettiva possibilità di predire la reiterazione di un tentativo di suicidio (Goldney, 2000)

Risulta chiaro, da tali premesse, che la valutazione della possibilità di compimento o di ripetizione di un agito suicidario è sempre una valutazione del *rischio* che tale comportamento possa essere attuato e non conduce ad alcuna conclusione certa.

È parimenti innegabile che la progressione da sporadici pensieri di morte a più frequenti desideri di suicidio o da imprecisi piani suicidari a dettagliati schemi che includono la scelta del metodo e del luogo, configura un allarmante *crescendo* che, sul versante decisionale, sollecita, spesso con drammatica urgenza, il clinico (Wasserman, 2001).

L'analisi delle numerose ricerche che, negli anni, hanno tentato di individuare le variabili maggiormente associate alla reiterazione (fatale e non fatale) del gesto suicidario, consente soltanto di concludere che gli antecedenti della ripetizione sono estremamente eterogenei e aspecifici (Sakinofsky, 2000).

Tra di essi l'*intenzionalità suicidaria* che accompagna l'agito rappresenta uno degli aspetti maggiormente investigati, ma di cui, ancora, non è univocamente riconosciuta l'effettiva importanza.

L'intenzionalità si configura come una motivazione soggettiva, personale, che può venire comunicata in modo esplicito o implicito. La comunicazione esplicita è quella fornita dal soggetto non solo in risposta ad una domanda diretta sullo scopo del suo agito, ma anche sulla base di precedenti comunicazioni, delle aspettative di morte del soggetto e della sua comprensione circa la letalità del comportamento, del suo atteggiamento verso la morte e della sua reazione al salvataggio (*intenzionalità esplicita o soggettiva*). La comunicazione implicita si fonda, invece, su markers comportamentali oggettivi quali il timing del tentativo, l'isolamento, le precauzioni messe in atto contro la scoperta, la ricerca di aiuto, i preparativi finali in funzione della morte, la presenza di

messaggi d'addio, la letalità del metodo utilizzato, il grado di premeditazione e di pianificazione e precedenti tentativi di suicidio (*intenzionalità implicita od oggettiva*) (Beck e Lester, 1976).

Come evidenziato in numerosi studi, la letalità del metodo e il grado di intenzionalità suicidaria sono fattori da considerare con attenzione nella valutazione di un soggetto che ha effettuato un tentativo di suicidio in quanto significativamente associati a un aumentato rischio di ripetizione e/o conseguente completamento del gesto (Suokas et al, 1991; Suominen et al, 2004). I metodi utilizzati per quantificare la letalità, tuttavia, sono spesso poco sensibili (grossolana suddivisione in alta/bassa letalità) o indiretti (basandosi sul tipo di reparto a cui vengono indirizzati i pazienti).

Il grado di intenzionalità suicidaria associato all'agito parasuicidario potrebbe fornire, invece, una più utile indicazione circa il desiderio di morire dell'individuo in quanto non tutti i soggetti hanno una chiara consapevolezza della reale pericolosità di un metodo.

In letteratura il livello di intenzionalità associato a un comportamento suicidario non fatale viene quasi sempre descritto come piuttosto basso (Hawton et al, 1982; Power et al, 1985; Kingsbury, 1993). Tuttavia, i valori ottenuti negli studi che si sono serviti di apposite scale quale la Suicidal Intent Scale (SIS; Beck, Schuyler e Herman, 1974) sono caratterizzati da una notevole disomogeneità, proprio in considerazione delle diverse accezioni con cui, nei vari studi, si sono intesi i termini designanti il comportamento suicidario non fatale (Hjelmeland, 2000).

Un' elevata intenzionalità suicidaria quale fattore di rischio a lungo termine per il suicidio è stata oggetto di numerose ricerche che, anche in questo caso, hanno prodotto risultati discordanti (Beck, 1989; Suokas et al, 2001, Suominen et al, 2004).

È indubbio, comunque, che la compresenza di un elevato grado di intenzionalità suicidaria e di un disturbo psichico sollecita un immediato intervento psicosociale che, spesso, si traduce in un ricovero del soggetto in ambiente psichiatrico.

È noto, ad esempio, che la principale causa di morte prematura tra le persone che soffrono di *schizofrenia* è proprio il suicidio (Black et al., 1992). Caldwell e Gottesman (1990), in una review sul suicidio tra i pazienti schizofrenici, concludono che il 13% di costoro giungono a morte in seguito ad un atto suicidario.

Per quanto riguarda i *disturbi dell'umore*, è noto che il comportamento suicidario ad esito fatale o non fatale rappresenta un reperto comune soprattutto in soggetti affetti da depressione maggiore e da disturbo bipolare, con una mortalità per suicidio che arriva, in entrambi i casi, al 15%. Più precisamente:

1) uno stato depressivo, non necessariamente una depressione maggiore, ma anche, ad esempio, una depressione breve ricorrente o una depressione combinata, influenza l'intenzionalità suicidaria (van Praag et al., 1997; Pezawas et al., 2002)

2) la violenza del metodo utilizzato non correla con la forza dell'intenzionalità suicidaria (van Praag et al., 1999; Haw et al., 2003)

Se consideriamo, infine, l'ambito dei *disturbi di personalità*, i dati presenti in letteratura riportano che almeno un terzo (31-62%) dei soggetti che hanno commesso un suicidio e fino al 77% di coloro che l'hanno tentato erano portatori di un disturbo di personalità (Henriksson et al., 1993; Lesage et al., 1994; Cheng et al., 1997; Foster et al., 1999; Suominen et al., 1996; Ferreira de Castro et al., 1998).

Rivolgendo l'attenzione in maniera più specifica all'ambito dell'intenzionalità suicidaria e della letalità del mezzo utilizzato, sembra che non vi siano differenze significative tra soggetti con o senza disturbo di personalità (Casey, 1989; Corbitt et al., 1996; Suominen et al., 2000).

Un ultimo accenno può essere fatto al rapporto tra *gender* e intenzionalità suicidaria.

Sulla base delle ben note differenze in ambito epidemiologico tra comportamento suicidario maschile e femminile (i soggetti di sesso maschile commettono suicidio più dei soggetti di sesso femminile mentre l'opposto avviene per i comportamenti suicidari ad esito non fatale), si potrebbe ipotizzare che i maschi che attuano un agito parasuicidario siano caratterizzati da un livello di intenzionalità suicidaria maggiore rispetto alle femmine. In realtà sono stati condotti pochi studi relativi alla differenza in intenzionalità nei due sessi e i risultati appaiono comunque discordi, nonostante sembri esserci una tendenza a negare una significativa differenza tra maschi e femmine riguardo ai livelli di intenzionalità (O'Brien et al., 1987; Nielsen et al., 1993; Strosahl et al., 1992; Beautrais et al., 1996; Canetto et al., 1998; Hjelmeland, 2000). Nemmeno la diversa scelta del metodo più (per i maschi) e meno (per le femmine) violento sembra trovare una spiegazione in una differenza nell'intenzionalità suicidaria (Denning et al., 2000).

SCOPI DELLO STUDIO

Poiché, da quanto sopra esposto, risulta evidente che, nel processo clinico di determinazione del rischio suicidario, la valutazione dell'intenzionalità suicidaria rappresenta un passaggio fondamentale, ma ancora controverso, in questo lavoro si è deciso di indagare il grado di intenzionalità suicidaria espresso dai soggetti suicidari con cui l'Unità di Suicidologia della Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova viene usualmente in contatto.

Una particolare attenzione è stata rivolta alla relazione della suddetta variabile con la condizione di *repeater/non-repeater* che, come noto, rappresenta una situazione fondamentale per la determinazione del rischio suicidario e con il tipo di metodo impiegato per l'attuazione del tentativo di suicidio.

È parso utile, poi, estendere l'indagine anche all'eventuale relazione tra il grado di intenzionalità suicidaria e alcuni aspetti della storia clinica dei soggetti (ad esempio i precedenti psichiatrici ambulatoriali, l'assunzione o meno di terapia, la presenza di problemi familiari o sentimentali etc.).

Infine, è stata valutata la mortalità per suicidio nei soggetti appartenenti al campione in esame.

MATERIALI E METODI

Popolazione

I dati fanno riferimento a 92 consulenze suicidologiche consecutivamente condotte dall'Unità di Suicidologia della Clinica Psichiatrica (Università di Padova) su altrettanti soggetti ricoverati in reparti di degenza (medici, chirurgici, psichiatrici) dell'Azienda Ospedaliera di Padova dal 2001 al 2004.

La mortalità per suicidio è stata ricavata dall'esame dei registri di decesso provvisti del Servizio di Igiene Pubblica di Padova.

Procedura di valutazione

La modalità di raccolta delle informazioni di interesse utilizzata per i soggetti del presente campione era organizzata come segue:

- 1) valutazione psichiatrica con formulazione di un'ipotesi diagnostica secondo i criteri del DSM-IV.
- 2) raccolta dei principali dati socio-demografici, anamnestici e relativi a eventuali precedenti comportamenti suicidari per mezzo della scheda di monitoraggio utilizzata nel "WHO/Euro multicenter study on parasuicide" (Platt et al., 1992).
- 3) valutazione dell'intenzionalità suicidaria per mezzo di due scale: la Intent Score Scale (ISS; Pierce, 1977) e la Suicide Assessment Scale (SAS; Stanley et al., 1986).

La ISS è una versione modificata della Suicidal Intent Scale di Beck (1974) e valuta il grado di intenzionalità suicidaria presente in un tentativo di suicidio tenendo in considerazione le circostanze ambientali in cui il tentativo è avvenuto, la valutazione del soggetto circa l'atto compiuto e la valutazione medica circa l'outcome somatico. In base al punteggio totalizzato, il livello di intenzionalità suicidaria può essere classificato come basso (0-3), moderato (4-10) e elevato (più di 10). La ISS fornisce anche una misura del grado di letalità dell'agito parasuicidario.

La SAS è una scala composta da 20 items valutati su una scala a 5 punti che è stata concepita per misurare i cambiamenti dell'intento suicidario tramite l'esplorazione delle seguenti aree: a) *ideazione e comportamento suicidario* (item da 16 a 20); b) *affettività/umore* (item 1,2,9,12,13); c) *condizioni somatiche* (item 3,8,10); d) *reattività emotiva* (item 4,5,14); e) *controllo e adattamento* (item 6,7,11,15).

I metodi utilizzati per effettuare i tentativi di suicidio sono stati classificati come *soft* (ad esempio avvelenamento da farmaci, taglio superficiale di superfici del corpo e, in generale, tutte le metodiche appartenenti al gruppo 2 della scheda di rilevazione) e *hard* (ad esempio avvelenamento da caustici, precipitazione da luoghi elevati, impiccagione ecc. e, in generale, tutte le metodiche appartenenti al gruppo 1 della scheda di rilevazione).

Analisi dei dati

I dati sono stati elaborati utilizzando i test statistici appartenenti al pacchetto statistico di SPSS e in particolare:

- Chi Square Test
- Wilcoxon Two-Sample Test
- Kruskal-Wallis Test

RISULTATI

Il campione in esame è composto da 41 soggetti di sesso maschile (44.6%) e 51 soggetti di sesso femminile (55.4%) con un'età compresa tra i 19 e i 93 anni (età media=44.6, ds=16.9).

La maggior parte degli intervistati era di nazionalità italiana (94.6%; n=87) e risiedeva a Padova (58.4%; n=52).

Il 45.1% non era mai stato sposato (n=41), mentre il 37.4% era coniugato (1° matrimonio). I separati erano rappresentati dal 7.7% del campione (n=7), i divorziati dal 2.2% (n=2) e i vedovi dal 6.6% (n=6). Per quanto riguarda la composizione del nucleo familiare, il 28.6% (n=26) dei soggetti intervistati viveva con i genitori, il 26.4% (n=24) con il partner e i figli, il 14.3% (n=13) dal solo, l'11% (n=10) con il partner e senza figli, il 7.7% (n=7) in istituzione, il 4.4% (n=4) solo con i figli e il 4.4% (n=4) con altri parenti o amici.

Il livello di istruzione è risultato basso (fino alla scuola dell'obbligo) nel 58% dei casi (n=53), medio (scuola superiore) nel 36.4% (n=33) e elevato (laurea) nel 5.6% (n=5).

Il 39.6% dei soggetti possedeva un'occupazione (n=36), il 13.2%, invece, era disoccupato al momento dell'intervista (n=12), mentre il 46.2% era inattivo (n=42). Considerando il reddito percepito, il 31.8% degli intervistati (n=28) ha sostenuto di non avere alcun reddito, il 35.2% (n=31) percepiva un reddito basso, il 30.7% (n=27) medio e il 2.3% (n=2) elevato.

Nello studio è stata indagata anche l'appartenenza a una fede religiosa e, dall'analisi dei dati, è emerso che il 76.9% dei soggetti ha dichiarato di essere cattolico (n=70), il 4.4% musulmano (n=4), l'1.1% protestante (n=1) e il 15.4% di non aderire ad alcun credo religioso (n=14).

Dall'analisi delle variabili cliniche risulta che il 56.5% dei pazienti non aveva mai tentato il suicidio in passato (n=52), il 20.7% l'aveva tentato nei 12 mesi precedenti il contatto (n=19) e il 19.6% oltre i 12 mesi (n=18).

Nella popolazione in esame, pertanto, il 43.5% dei soggetti rientra nella categoria dei repeaters (n=40), mentre il 56.5% in quella dei non-repeaters (n=52).

Nell'84.8% dei casi i pazienti non stavano assumendo alcuna terapia psicofarmacologica (n=78).

Per quanto riguarda l'aspetto psicopatologico, sono state utilizzate tre classi diagnostiche basate su un criterio dimensionale più che categoriale: disturbi dell'umore, disturbi di personalità e psicosi.

Nella prima classe rientrava il 52.2% dei soggetti (n=48), nella seconda il 37% (n=34) e nella terza il 10.9% (n=10).

In base all'analisi dei punteggi delle scale deputate alla rilevazione dell'intenzionalità suicidaria (pregressa e persistente), i valori alla ISS indicano che il 56.5% dei pazienti (n=52) presentava un livello di intenzionalità elevato (ISS>10), il 34.8% (n=32) moderato (ISS 4-10) e il 6.5% (n=6) basso (ISS 0-3).

I punteggi riportati alla SAS, invece, collocano la maggior parte dei soggetti (90%; n=81) nella classe ad alto rischio (punteggio >39), con un valore medio della scala di 54.6.

L'incrocio tra le tre classi della ISS e le variabili socio-demografiche e cliniche del campione non ha prodotto alcuna significatività statistica. Inoltre, è risultato non esserci relazione statisticamente significativa tra la condizione di repeater e il livello di intenzionalità precedente l'agito suicidario indice, mentre è emersa una tendenza alla significatività nell'incrocio tra le classi della ISS e lo stato civile dei soggetti del campione in esame. La distribuzione delle frequenze indica la presenza di un'intenzionalità suicidaria maggiore nelle persone che non avevano una relazione interpersonale stabile (celibi/nubili e vedovi/divorziati; $\chi^2=8.83$; $df=4$; $p<.06$). Questo dato viene confermato anche nell'analisi del rapporto tra SAS e stato civile dove si evidenzia un valore medio della scala maggiore nelle categorie soprammenzionate ($\chi^2=5.71$; $df=2$; $p<.057$).

È risultata, invece, significativa la correlazione tra le classi della Pierce e i gruppi diagnostici individuati ($\chi^2=14.7$; $df=4$; $p<.002$). In particolare, nei soggetti in cui era prevalente la problematica associata ad un disturbo dell'umore il 71.7% ($n=33$) aveva riportato un elevato livello di intenzionalità suicidaria, il 21.7% ($n=10$) un livello medio e il 6.6% ($n=3$) un basso livello. Nella categoria dei disturbi di personalità, invece, il 58.8% dei soggetti ($n=20$) presentava un punteggio medio e il 32.3% ($n=11$) elevato. I pazienti a cui è stato diagnosticato un disturbo psicotico, infine, presentavano nell'80% dei casi ($n=8$) un elevato livello di intenzionalità suicidaria pregressa.

Una significatività statistica è stata riscontrata anche incrociando la ISS con la convinzione soggettiva riguardo all'esito del gesto suicidario ($\chi^2=36.9$; $df=2$; $p<.0001$).

Ovviamente i soggetti maggiormente convinti dell'esito fatale del proprio agito rientrano tutti nelle classi di livello medio (13.7%) ed elevato (86.3%) della scala di Pierce, mentre coloro che hanno manifestato una qualche incertezza riguardo all'outcome del proprio gesto si collocano nel 63.9% dei casi ($n=23$) nella categoria di medio livello, nel 22.2% ($n=8$) in quella a elevato livello e nel 13.9% ($n=5$) in quella a basso livello.

Risultati analoghi a quelli appena esposti sono stati ottenuti anche dal confronto della scala SAS con le medesime variabili cliniche riportate sopra. In particolare, si sottolinea ancora una volta la significatività della relazione tra il punteggio medio alla SAS e la convinzione riguardo all'esito dell'agito parasuicidario. I soggetti certi dell'esito fatale del proprio atto ottengono, in media, punteggi SAS maggiori rispetto ai soggetti incerti ($\chi^2=6.5$; $df=1$; $p<.01$). Costoro, comunque, esibiscono punteggi medi rientranti nella categoria ad alto rischio (punteggio >39).

Anche la condizione di repeater è positivamente associata a più elevati valori della SAS ($\chi^2=4.3$; $df=1$; $p<.03$). Tale correlazione è stata individuata anche per le sottoscale *ideazione/comportamento suicidario* ($\chi^2=9.2$; $df=1$; $p<.002$) e *affettività/umore* ($\chi^2=4.3$; $df=1$; $p<.03$).

Non è, invece, risultata significativa la relazione tra la SAS e la categorizzazione diagnostica adottata per questo studio.

L'analisi statistica condotta assumendo come variabile indipendente la condizione di repeater ha permesso di evidenziare la mancanza di correlazione tra storia di precedenti tentativi di suicidio e variabili socio-demografiche, precedenti terapie farmacologiche e convinzione soggettiva circa l'esito dell'agito parasuicidario.

È stata riscontrata, invece, una parziale significatività nella relazione con il reparto richiedente la consulenza per cui risulta che il 53.6% ($n=22$) dei repeaters è stato ricoverato in un reparto psichiatrico, mentre la maggior parte di coloro che avevano tentato per la prima volta il suicidio è stata ricoverata in un reparto medico o chirurgico (67.4% vs 32.6%) ($\chi^2=4.8$; $df=2$; $p<.08$).

I gruppi diagnostici in cui sono stati suddivisi i soggetti del campione in esame presentano una relazione significativa con la variabile "ripetizione del gesto", per cui il 64.7% dei soggetti rientranti nella categoria dei disturbi di personalità aveva già tentato il suicidio in passato ($n=22$), mentre il 68.8% dei soggetti con disturbi dell'umore ($n=33$) e il 70% di quelli con disturbi dello spettro psicotico ($n=7$) appartenevano alla categoria dei cosiddetti *first attempters* ($\chi^2=9.7$; $df=2$; $p<.009$).

I repeaters riferivano precedenti cure psichiatriche ambulatoriali nell'89.7% dei casi ($\chi^2=23.8$; $df=1$; $p<.0001$) e precedenti ricoveri psichiatrici nel 73.2% dei casi ($\chi^2=26.6$; $df=1$; $p<.0001$).

In rapporto al metodo utilizzato (*soft/hard*), l'analisi statistica permette di concludere che esiste una notevole componente di genere in quanto il 73.2% dei soggetti di sesso maschile del campione (n=30) ha scelto un metodo *hard*. Tra i soggetti di sesso femminile, invece, non si rileva alcuna particolare preferenza rispetto al tipo di metodo (50% *hard* e 50% *soft*) ($\chi^2=5.0$; $df=1$; $p<.02$).

Le restanti variabili socio-demografiche non risultano essere significativamente associate al metodo parasuicidario.

Una correlazione statisticamente significativa è stata, invece, individuata con il reparto richiedente la consulenza: l'85.4% dei soggetti che avevano utilizzato un metodo *hard* è stato ricoverato in un reparto chirurgico, mentre il 67.6% di coloro che avevano utilizzato un metodo *soft* è stato poi ricoverato in un reparto psichiatrico ($\chi^2=20.9$; $df=2$; $p<.0001$).

Un dato interessante e che, per alcuni versi, può apparire di difficile interpretazione è fornito dalla correlazione tra la presenza di problemi familiari e/o sentimentali e la preferenza per un metodo *soft* piuttosto che per un metodo *hard* (73%; n=27) ($\chi^2=6.8$; $df=1$; $p<.009$).

Un ulteriore aspetto degno di rilievo e prossimo alla significatività statistica è rappresentato dal fatto che il 70.6% (n=24) dei soggetti che non avevano mai avuto precedenti contatti psichiatrici ambulatoriali ha tentato il suicidio utilizzando un metodo *hard* e, per converso, il 73% di coloro che avevano optato per un metodo *soft* (n=27) era già stato seguito ambulatorialmente ($\chi^2=3.3$; $df=1$; $p<.06$).

Inoltre, tra i pazienti che avevano tentato altre volte il suicidio risulta esserci una concordanza tra il metodo utilizzato nell'episodio indice e quello utilizzato in precedenza. Più specificamente, la scelta di un metodo *soft* è stata riattuata dal 77.3% (n=17) di coloro che l'avevano già utilizzato in passato e quella di un metodo *hard* dall'84.2% dei soggetti che lo avevano già sperimentato precedentemente (n=16) ($\chi^2=15.4$; $df=1$; $p<.0001$).

Va, infine, evidenziato che la scelta del metodo con cui attuare il tentativo di suicidio non sembra correlare in alcun modo con il tipo di diagnosi, con la condizione di *repeater*, ma soprattutto con il grado di intenzionalità suicidaria indicato dalle scale ISS e SAS.

Dall'esame dei certificati di decesso forniti dal Servizio di Igiene Pubblica del Comune di Padova è stato possibile verificare che, dall'inizio della ricerca a oggi, un solo soggetto appartenente al campione in esame è morto in seguito a un nuovo tentativo di suicidio. Sette pazienti sono stati rivalutati per un gesto parasuicidario, ma nessuno ha più subito un ricovero ospedaliero.

DISCUSSIONE

Sulla scorta dell'analisi dei dati appena esposti, possiamo tentare di delineare le principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche della popolazione di pazienti per i quali viene richiesta una consulenza all'Unità di Suicidologia della Clinica Psichiatrica dell'Ospedale di Padova.

I risultati ricavati da questo studio rappresentano, comunque, un'elaborazione preliminare dei dati a disposizione e risentono di alcuni bias dovuti all'ancora scarsa numerosità campionaria, alla mancanza di follow up, all'assenza di uno strumento testistico per la determinazione della diagnosi e dovranno pertanto essere confermati in successive ricerche.

Più della metà di questi soggetti appartiene al sesso femminile e l'età media risulta di circa 45 anni. Si tratta tendenzialmente di persone non sposate o al loro primo matrimonio che vivono ancora in famiglia con i genitori o assieme al partner. Il livello di istruzione del campione appare piuttosto basso e scarsa la presenza di un'attività lavorativa al momento del contatto con la struttura sanitaria. Conseguentemente, il reddito medio di tali pazienti risulta assai basso. Tali dati risultano in linea con quanto riportato in letteratura.

Da un punto di vista clinico emerge che i soggetti per i quali viene richiesta una consulenza suicidologica sono rappresentati con una leggera prevalenza da *first-attempters* caratterizzati dalla presenza di un disturbo dell'umore o da un disturbo dello spettro schizofrenico, mentre tra i *repeaters* la diagnosi di disturbo di personalità risultava essere quella più frequente.

Un'analisi più approfondita del grado di intenzionalità suicidaria relativo al campione in esame permette di sottolineare come l'incertezza riguardo all'esito fatale di un gesto parasuicidario interessi il 63.9% dei soggetti, confermando che l'ambivalenza rappresenta una condizione frequente nei tentatori di suicidio ($p < .0001$).

Tuttavia, ci si può interrogare se la significatività di questo dato possa essere in qualche modo falsata da una diversa importanza attribuita alle tre sottoscale della ISS, con una tendenza dei soggetti a marcare enfaticamente il proprio livello di intenzionalità.

Al fine di eliminare questo bias, sarebbe opportuno considerare non solamente il punteggio globale della Pierce, ma anche le singole sottoscale.

Un elevato livello ($ISS > 10$) di intenzionalità suicidaria, inoltre, è stato riscontrato nei soggetti con diagnosi di disturbo dell'umore (71.7%) e psicosi (80%), mentre la maggior parte di coloro che rientrava nel gruppo diagnostico dei disturbi di personalità (58.8%) presentava un grado di intenzionalità medio ($ISS 4-10$) ($p < .002$).

Dai dati dello studio, poi, emerge una tendenza alla significatività statistica per quanto riguarda il rapporto tra intenzionalità suicidaria e stato civile. I soggetti celibi/nubili, vedovi, separati o divorziati presentano livelli di intento suicidario maggiore rispetto a quelli sposati ($p < .06$) e, come evidenziato dalla SAS, tendono a mantenerli più a lungo ($p < .057$). Questo dato sembra quindi supportare l'ipotesi secondo cui la mancanza di legami interpersonali stabili rappresenta un fattore di rischio per comportamenti di tipo suicidario.

Le informazioni fornite dall'altra scala (la SAS) depongono per una maggiore persistenza dell'intenzionalità suicidaria nei soggetti che avevano tentato il suicidio certi dell'esito fatale del proprio agito ($p < .01$). In tali persone risultavano ancora presenti pensieri suicidari ($p < .01$) e alterazioni della sfera affettiva ($p < .03$), come indicato da due delle cinque sottoscale della SAS.

Ancora una volta, al fine di ottenere informazioni cliniche utili per la determinazione del rischio suicidario, si palesa la necessità di indagare accuratamente la convinzione soggettiva rispetto all'outcome di un agito, al di là degli esiti effettivi o, come si specificherà meglio più avanti, della letalità del mezzo utilizzato.

Consci di come la ripetizione di un gesto autolesivo costituisca un importante fattore di rischio per successivi agiti parasuicidari, sono state confrontate le due sottopopolazioni (*repeaters* e *non repeaters*)

del nostro campione al fine di evidenziarne le ipotetiche differenze, ponendo particolare attenzione al livello di intenzionalità suicidaria.

Per quanto riguarda le variabili socio-demografiche, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi di pazienti.

È stata, invece confermata l'osservazione che la ripetizione del gesto parasuicidario caratterizza maggiormente i soggetti riconosciuti affetti da un disturbo di personalità ($p < .009$).

La disamina dei dati sulla provenienza delle richieste di consulenza per soggetti poi risultati ripetitori sembra evidenziare che il reparto dove vengono preferenzialmente fatti afferire questi pazienti è quello psichiatrico (il valore di $p < .08$ è borderline). Probabilmente, questa scelta viene dettata dal fatto che queste persone sono, solitamente, già conosciute dai Servizi Psichiatrici (per precedenti ricoveri o visite ambulatoriali; $p < .0001$ per entrambi). Pertanto, anche in caso di utilizzo di un metodo *hard*, giacché nella maggioranza dei casi non si verifica un danno fisico ($p < .001$), si preferisce indirizzare i repeaters nell'ambiente più idoneo a ricreare un collegamento con l'agenzia di cura che aveva in carico i pazienti prima del tentativo.

I soggetti che tentano più volte il suicidio, poi, hanno una maggiore probabilità di riportare una familiarità suicidaria rispetto ai soggetti valutati in seguito al primo tentativo di suicidio ($p < .04$).

È interessante sottolineare che le due sottopopolazioni in esame non differiscono per la tipologia di metodo impiegato per effettuare l'agito suicidario, per il grado di intenzionalità suicidaria rilevata alla ISS (precedente il gesto) e per il grado di convinzione soggettiva rispetto all'esito del gesto parasuicidario.

I due gruppi, invece, esibiscono una differenza in termini di elevata suicidalità residua (come rilevato dalla SAS), intesa, in particolare, come persistenza di ideazione suicidaria e alterazione dell'affettività e dell'umore anche dopo aver compiuto il tentativo di suicidio. La suddetta condizione è risultata più spiccata nel sottocampione dei repeaters ($p < .03$ per i punteggi di SAS totale; $p < .002$ per la sottoscala "ideazione suicidaria"; $p < .03$ per la sottoscala "affettività/umore").

Questi risultati rispecchiano in modo piuttosto fedele quanto già riportato in letteratura relativamente ai soggetti repeaters. Più specificamente, viene confermata la maggior frequenza di diagnosi di disturbo di personalità e la maggiore probabilità di un pregresso o recente contatto con un qualche presidio terapeutico (ambulatoriale od ospedaliero). Tuttavia questi stessi soggetti non differiscono dai non-repeaters in termini di intenzionalità suicidaria pregressa e scelta di un particolare metodo in un episodio indice. Possiamo quindi concludere che, sebbene i tentativi di suicidio siano più frequenti tra i pazienti affetti da disturbo di personalità, le caratteristiche cliniche di questi soggetti al momento del parasuicidio non differiscono da quelle dei pazienti caratterizzati da altre diagnosi (Suominen et al., 2000).

La persistenza nei ripetitori di un più elevato livello di suicidalità dopo un agito parasuicidario, infine, può essere fonte di conferma di un maggior rischio di ripetizione del gesto nei pazienti con disturbo di personalità e può venire interpretato come espressione di una maggiore impermeabilità di questi soggetti a eventi quali l'accoglimento e le cure forniti da un presidio ospedaliero.

Un altro obiettivo della presente ricerca era quello di indagare e determinare l'eventuale correlazione tra metodo parasuicidario scelto dai soggetti del campione in esame e livello di intenzionalità

suicidaria. Di fatto tale analisi è risultata negativa poiché non si è riscontrata alcuna relazione significativa né con la certezza soggettiva rispetto all'esito dell'agito, né con la ISS (intenzionalità progressa) e nemmeno con la SAS (intenzionalità persistente). Questo risultato conferma quanto già riportato in letteratura e ribadisce quanto scritto da Haw e Hawton (2003) per cui: "è importante riconoscere che la letalità apparente rappresenta un potenziale fattore di confondimento nella valutazione della reale volontà di morire di un paziente". Ciò appare cruciale nella pratica clinica poiché non si può assumere che la letalità di un metodo parasuicidario rifletta necessariamente un medesimo grado di intenzionalità suicidaria.

In base a tale constatazione può essere compresa anche il motivo per cui il livello di intenzionalità residua (SAS) dopo l'attuazione dell'agito non correla con la scelta del metodo.

L'analisi statistica evidenzia, invece, una correlazione significativa tra la scelta di un metodo *hard* e l'appartenenza al sesso maschile, dato ben noto in letteratura. Tuttavia, non sembra emergere alcuna preferenza nella scelta del metodo da parte dei soggetti di sesso femminile. La convinzione che il più frequente utilizzo di metodi *soft* da parte delle donne rifletta un minor grado di intenzionalità suicidaria è diffusa anche tra gli stessi professionisti della salute mentale (Rich et al., 1988). In realtà, diversi studi hanno dimostrato che non esiste una sostanziale differenza di *gender* per quanto riguarda i livelli di intenzionalità suicidaria (Beautrais et al., 1996; Canetto et al., 1998; Denning et al., 2000) e, in tal senso, il nostro studio si colloca in linea con tale acquisizione.

Un dato interessante, ma che, per alcuni versi, può apparire contraddittorio si riferisce alla correlazione statisticamente significativa ($p < .009$) tra la presenza di problemi familiari e/o sentimentali e la preferenza per l'utilizzo di metodi *soft*, mentre l'assenza di tali problematiche sembra comportare la scelta di metodi *hard*. Potrebbe essere avanzata l'ipotesi secondo cui i soggetti che stanno affrontando questo tipo di situazione si servono dell'agito suicidario come un *cry-for-help*, evitando quindi di utilizzare metodiche troppo violente o dolorose.

Quest'ipotesi dovrà essere confermata in futuro, ma già Weyrauch (2001), nell'indagare la relazione tra eventi di vita stressanti e impulsività nei tentatori di suicidio, ha evidenziato come nei soggetti repeaters l'ambivalenza nei confronti dell'esito di un agito aumentasse nei casi che presentavano problemi familiari e/o interpersonali.

Un ultimo aspetto degno di nota, e ricalcante gli studi presenti in letteratura sull'argomento, riguarda la tendenza, nella sottopopolazione dei repeaters, a utilizzare la stessa modalità di espletamento dell'agito parasuicidario di cui si erano serviti in passato. Non solo risulta evidente la concordanza nei confronti dei sottogruppi *soft/hard*, ma addirittura, nella maggior parte dei casi, viene utilizzato esattamente lo stesso metodo impiegato in passato ($p < .0001$).

Da ciò si può dedurre che la scelta del metodo correla primariamente con la disponibilità del medesimo e, in secondo luogo, con la "familiarità" che il paziente dimostra per lo stesso, suggerendo l'importanza per il soggetto della presenza di un elemento di "controllo" sull'azione intrapresa.

CONCLUSIONI

La descrizione preliminare delle principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche della popolazione di soggetti suicidari valutati dall'Unità di Suicidologia della Clinica Psichiatrica di Padova si situa sostanzialmente in linea con le maggiori acquisizioni della moderna suicidologia.

In particolare, può essere utile, per chi si trova a valutare questi soggetti, ricordare che non è possibile stabilire la reale intenzionalità e il rischio suicidario sulla base del grado di letalità del metodo come, invece, spesso avviene. Si potrebbe, ad esempio, incorrere nell'errore di sottostimare l'intento di morire di una persona che, per scarsa conoscenza del metodo scelto, ha utilizzato una modalità *soft*. Come pure andrebbero eliminate le false percezioni secondo cui i maschi, tendendo a servirsi spesso di metodiche violente, costituirebbero una popolazione a maggior rischio rispetto alle femmine o secondo cui i repeaters, presentando nella maggior parte dei casi un disturbo di personalità, attuerebbero con più frequenza agiti "manipolativi".

In letteratura, un grado elevato di intenzionalità suicidaria quale fattore di rischio a lungo termine per suicidio è stato oggetto di numerosi studi che hanno, però, prodotto risultati contrastanti (Beck et al., 1989; Suokas et al., 2001; Haw et al., 2003). Sembra, comunque, che tra i pazienti caratterizzati da alti livelli di intenzionalità suicidaria, vi sia un tasso molto elevato di falsi positivi in relazione alla possibilità di un successivo suicidio (Haw et al., 2003).

Pertanto, quando l'intenzionalità o la letalità di un agito vengono impiegati come fattori di rischio isolati, la loro utilità clinica appare alquanto limitata e dovrebbe, piuttosto, essere tenuta in considerazione l'intera gamma di fattori di rischio, ivi compresa la percezione del paziente rispetto alla letalità del metodo utilizzato.

In conclusione, lo studio dell'intenzionalità suicidaria, comunque, rappresenta la prima tappa per la comprensione del senso che queste persone attribuiscono al loro agito. Fino a oggi, questo aspetto è stato studiato a livello di popolazione, con l'ausilio di metodi quantitativi, ma se davvero desideriamo avvicinarci al reale significato di un tale comportamento dobbiamo scendere a un livello più individuale.

Accanto a metodologie quantitative sarebbe auspicabile anche l'utilizzo di approcci qualitativi, basati, ad esempio, su una prospettiva fenomenologica notoriamente interessata alla ricerca del significato dei fenomeni radicati nel mondo psichico del singolo essere umano.

BIBLIOGRAFIA

Appleby, L. (1992) Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *British Journal of Psychiatry*, 161: 749-758.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., Nightingale, S.K. (1996) Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1009-1014

Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A. (1989) Prediction of eventual suicide in psychiatric in-patients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 309-310.

- Beck, A.T., Lester, D. (1976) Components of suicide intent in attempted and completed suicide. *Journal of Psychology*, 92: 35-38
- Beck, A.T., Schuyler, D., Herman, J. (1974) Development of suicidal intent scales. In A. Beck, H. Resnik, D. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Maryland: Charles press
- Black, D.W., Fischer, R. (1992) Mortality in DSM-II-R schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 7: 109-116
- Caldwell, C.B., Gottesman, M. (1990) Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16: 571-589
- Canetto, S.S., Sakinofsky, I. (1998) The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28: 1-23
- Casey, P.R. (1989) Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79: 290-295
- Cheng, A.T.A., Mann, A.H., Chan, K.A. (1997) Personality disorder and suicide: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170: 441-446
- Corbitt, E.M., Malone, K.M., Haas, G.L., Mann, J.J. (1996) Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 39: 61-72
- Denning, D.G., Conwell, Y., King, D., Cox, C. (2000) Method Choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3): 282-288
- Ferreira de Castro, E., Cunha, M.A., Pimenta, F., Costa, I. (1998) Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97: 25-31
- Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., Patterson, C. (1999) Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175: 175-179
- Fyer, M.R., Frances, A.J., Sullivan, T., Hurt, S.W., Clarkin, J. (1988) Suicide attempts in patients with borderline disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145: 737-739
- Goldney, R. (2000) Prediction of suicide and attempted suicide. In K. Hawton e K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, pp. 585-595. John Wiley & Sons, Ltd.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., Townsend, E. (2003) Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4): 353-364
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., Osborn, M. (1982) Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 141: 286-291
- Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J. (1993) Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150: 935-940
- Hjelmeland, H., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A.J.F.M., Lönnqvist, J.K., Michel, K., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Wasserman, D. (2000) A cross-cultural study of suicide intent on Parasuicide patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(4): 295-303
- Kingsbury, S.J. (1993) Clinical components of suicidal intent in adolescent overdose. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 32(3): 518-520
- Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F. (1994) Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1063-1068

- Nielsen, A.S., Stenager, E., Bille-Brahe, U. (1993) Attempted suicide, suicidal intent and alcohol. *Crisis*, 14(1): 32-38
- O'Brien, G., Holton, A.R., Hurren, K., Watt, L., Hassanyeh, F. (1987) Deliberate self-harm-correlates of suicidal intent and severity of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75: 474-477
- Pezawas, L., Stamenkovic, M., Jagsch, R., Ackeri, S., Putz, C., Stelzer, B., Moffat, R.R., Schlinder, S., Aschauer, H., Kasper, S. (2002) A longitudinal view of triggers and thresholds of suicidal behavior in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10): 866-873
- Pierce, D.W. (1977) Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130: 377-385
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lönnqvist, J., Michel, K., Philippe, A., Pommeraux, X., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Sampajo Faria, J. (1992) Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 97-104
- Power, K., Cooke, D., Brooks, D. (1985) Life stress, medical lethality and suicidal intent. *British journal of Psychiatry*, 147: 655-659
- Rich, C.L., Ricketts, J.E., Fowler, R.C., Young, D. (1988) Some differences between men and women who commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 145: 718-722
- Sakinofsky, I. (2000) Repetition of suicidal behavior. In K. Hawton e K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, pp. 385- 403. John Wiley & Sons, Ltd.
- Stanley, B., Träskmann-Bendz, L., Stanley, M. (1986) The suicide assessment scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacological Bulletin*, 22: 200
- Strosahl, K., Chiles, J.A., Linehan, M.M. (1992) Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 33(6): 366-373
- Suokas, J., Lönnqvist, J.K. (1991) Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: 545-549
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., Lönnqvist, J.K (2001) Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104: 117-121
- Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A., Lönnqvist, J. (1996) Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94: 234-240
- Suominen, K., Isometsä, E.T., Ostamo, A., Lönnqvist, J.K. (2004) Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4:11
- Suominen, K.H., Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Lönnqvist, J.K. (2000) Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 118-125
- Van Praag, H.M., Plutchik, R., Conte, H. (1997) The serotonin hypothesis of (auto)-aggression: critical appraisal of the evidence. *Annuary of New York Academy of Science*, 836: 150-167
- Wasserman, D. (2001) A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In D. Wasserman Edt, *Suicide an unnecessary death*, pp. 13-27. Martin Dunitz, Ltd.
- Weyrauch, K.F., Roy-Byrne, P., Katon, W., Wilson, L. (2001) Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(3): 311-319