

FATTORI CLINICI ASSOCIATI AL RISCHIO SUICIDARIO IN PAZIENTI DEPRESSI

Mercenaro S., Ghiani C., Tondo L.

Riassunto

Il rischio di un tentativo di suicidio è presente in circa il 60%-80% di pazienti depressi. È pertanto importante stabilire quali segni, all'interno di una sindrome depressiva, siano più probabilmente associati ai comportamenti suicidari.

Questo studio vuole individuare le differenze esistenti tra pazienti depressi che tentano il suicidio e quelli che non l'hanno mai tentato. Entrambi i gruppi sono paragonati a uno di controllo. Il paragone è stato effettuato mediante il Minnesota Multiphasic Personality Inventory- prima versione (MMPI-1) per la valutazione dei tratti di personalità, la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) per la valutazione della sintomatologia psichiatrica, la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) e il Beck Depression Inventory (BDI) per la valutazione della sintomatologia depressiva; la Suicide Assessment Scale (SAS) e la Suicide Probability Scale (SPS) per la valutazione del rischio e la probabilità di mettere in atto un gesto suicidario o di ripeterlo.

Parole chiave:

BPRS, Depressione, HDRS, MMPI-1, SAS, SPS, Tentato suicidio

Summary

Risk for suicide attempts is present in 60%-80% of depressed patients. It is important to recognize those signs more likely associated with suicidal behavior in depressed patients. This study is aimed to investigate the differences among depressed patients with and without suicidal attempts, and a control group. For the purpose of the study, we used the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) for the evaluation of personality traits, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) for the evaluation of the overall psychiatric symptomatology; the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Beck Depression Inventory (BDI) for the assessment of

depressive symptomatology; the Suicide Assessment Scale (SAS) and Suicide Probability Scale (SPS) to evaluate the risk and probability of a suicidal act.

Key words:

BPRS, Depression, HDRS, MMPI-1, SAS, SPS, Suicide Attempt

Per corrispondenza :

Leonardo Tondo , Dipartimento di Psicologia, Università di Cagliari; Centro Lucio Bini, Cagliari

Mercenaro Simona e Ghiani C., Centro Lucio Bini, Cagliari

Introduzione

Il suicidio rappresenta la più grave tra le emergenze psichiatriche (Berglund *et al.* 1988; Goodwin e Jamison, 1990; Jacobs *et al.*, 1998). La sua prevenzione o predizione rappresenta tuttora uno degli aspetti più difficili sia della clinica che della ricerca (Oquendo *et al.*, 2004), non essendosi ancora individuati segni clinici o marker biologici specifici per il rischio di comportamenti suicidari (Goldstein *et al.*, 1991). Tutte le patologie psichiatriche aumentano il rischio di suicidio (Harris & Barraclough, 1997; Jacobs *et al.*, 1998), ma per quanto riguarda i disturbi dell'umore il rischio è particolarmente elevato nella Depressione Maggiore (APA, 1994; Nordström *et al.*, 1995; Blair West *et al.*, 1997; Angst *et al.*, 1999; Astruct *et al.*, 2004). Il tasso di mortalità per suicidio varia tra il 2%-15% in soggetti che hanno disturbi dell'umore e tra il 15%-20% tra i pazienti ricoverati (Oquendo *et al.*, 2004). La prevenzione del suicidio è ancora più urgente pensando sia a un aumento dell'incidenza dei disturbi depressivi non soltanto legata a un migliore riconoscimento delle sindromi (Klerman & Weissman, 1989; Angst *et al.*, 1999) sia all'aumento di comportamenti suicidari negli adolescenti in quasi tutti i paesi europei e nordamericani (Pietropolli Charmet, 2004). Il tentato suicidio o parasuicidio (Kreitman, 1997), rappresenta per un adolescente in crisi una delle possibili soluzioni per

uscire da condizioni di sofferenza (Pietropolli Charmet, 2004). Il 12% dei decessi registrati tra adolescenti avviene per suicidio, la terza causa di morte nel gruppo di età fra i 14 e i 24 anni (Pietropolli Charmet, 2004). I tentativi di suicidio sono più comuni tra le ragazze (3:1), mentre il rischio di suicidio completo è più frequente nei ragazzi (4:1) (Shaffer & Craft, 1999; Angst *et al.*, 1999).

In età adulta, circa il 10% dei pazienti depressi ha compiuto un tentativo di suicidio, in qualche momento della sua storia clinica (Sharma *et al.*, 1994; Nordström *et al.*, 1995; Jacobs *et al.*, 1998), con una distribuzione per sesso che va dall'8-10% nei maschi, al 20-26% nelle femmine (Blair-West, 1997).

Alcuni studi di follow up segnalano un pericolo di ripetizione del gesto negli anni che seguono un tentato suicidio: il 30%–60% dei suicidi sono stati preceduti da un tentativo non riuscito, e il 10%–14% di coloro che tentano il suicidio morirà suicida, probabilità 100 volte più elevata rispetto alla popolazione generale (Diekstra, 1993; Schmidtke, *et al.*, 1996). In un periodo da 5 a 10 anni il rischio di un suicidio completo va dal 5% al 13% dei soggetti (Clark & Fawcett, 1992) mentre una percentuale variabile dall'11% al 40% ripete il tentativo, con un picco di incidenza per i due eventi considerati che si situa tra il primo e il quarto anno (Clark & Fawcett, 1992).

I fattori di rischio più importanti per i comportamenti suicidari sono i disturbi dell'umore, spesso complicati dalla concomitante presenza di Disturbo da Uso di Sostanze, soprattutto nelle fasi depressive (Murphy, 1984; Jacobs *et al.*, 1998; Tondo *et al.*, 2003; Sokero *et al.*, 2003; Coryll, Young; 2005). In particolare, nel corso di un Disturbo Bipolare I la suicidalità tende a presentarsi durante l'episodio depressivo (Raja, Azioni; 2004) nel 26% (Tondo *et al.*, 1998; Jamison *et al.*, 1999; Tondo *et al.* 2003) e nel 18% nel Disturbo Bipolare II (Wu *et al.*, 1993, Tondo *et al.*, 2003). Nel rischio suicidario vanno anche inclusi fattori precipitanti,

soprattutto eventi di perdita (di una persona, del lavoro, della casa, del proprio status economico o sociale) (Paykel, 1975; De Vanna, 1990; Sokero et al., 2003).

Lo scopo del nostro lavoro è quello di individuare variabili psicometriche e cliniche in grado di predire il comportamento suicidario in tre gruppi: soggetti con Depressione Maggiore e tentativi di suicidio, soggetti con Depressione Maggiore senza tentativi di suicidio e un gruppo di controllo.

Materiale e metodi

Il campione preso in esame è costituito da 50 pazienti con diagnosi di Depressione Maggiore secondo il DSM-IV (APA, 1994), di cui 25 con un tentativo di suicidio (TS) in un periodo di 12 mesi (Novembre 1996 - Ottobre 1997), e 25 senza storia di TS. Un ulteriore gruppo di 25 soggetti senza storia di disturbi psichiatrici è stato incluso come gruppo controllo. Il gruppo dei pazienti depressi è stato reperito presso strutture sanitarie pubbliche e private di Cagliari. I reattivi mentali utilizzati sono stati: [a] MMPI-1 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Hathaway & McKinley, 1940); [b] BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale; Overall *et al.*, 1962); [c] HDRS (Hamilton Depression Rating Scale; Hamilton, 1960); [d] BDI (Beck Depression Inventory; Beck, 1961); [e] SAS (Suicide Assessment Scale; Stanley *et al.*, 1986); [f] SPS (Suicide Probability Scale; Cull & Gill, 1988). La SAS e la SPS sono due scale per la valutazione del rischio di suicidio. La prima è una scala etero-somministrata costituita da 20 item, graduabili su scala Likert a cinque punti, che descrive il comportamento suicidario basandosi prevalentemente sui sintomi. Gli item di tale scala sono stati raggruppati in 4 fattori: SAS-1 (gesto suicidario); SAS-2 (significato affettivo e percezione delle proprie emozioni); SAS-3 (elementi ansiogeni e impulsivi); SAS-4 (ostilità e pensieri suicidari; Vettorello *et al.*, 1995). La seconda è una scala autosomministrata composta da 36 item graduabili su scala Likert a quattro punti, che valuta la probabilità di commettere un gesto

suicidario prendendo in considerazione diverse aree connesse al gesto. Gli item della SPS sono stati raggruppati in 6 fattori: SPS-1 (tendenze suicidarie); SPS-2 (rapporto problematico con l'ambiente esterno); SPS-3 (maggiore positività verso l'esperienza); SPS-4 (ostilità nei confronti di persone esterne); SPS-5 (ostilità nei confronti di oggetti); SPS-6 (rapporti con le figure genitoriali; Vettorello *et al.*, 1995). Le informazioni sono state raccolte e codificate mediante interviste strutturate, una per tutti i soggetti e una specifica per coloro che hanno tentato il suicidio. I dati sono stati analizzati mediante ANOVA, χ^2 e regressione logistica. La significatività è stata considerata per $p < 0.05$.

Risultati

Il gruppo di pazienti depressi con tentativi di suicidio includeva un 72% di donne con un'età media di 38,2 anni, senza differenze tra i sessi. Di questi, il 72% erano separati, il 64% aveva un livello di istruzione uguale o inferiore a 8 anni; il 44% era disoccupato, il 60% presentava familiarità per disturbi psichiatrici, il 44% abusava di sostanze e l'84% aveva presentato eventi stressanti nel periodo antecedente alla valutazione e al TS. Il 76% aveva tentato il suicidio con una modalità non violenta e in media i pazienti avevano tentato per altre due volte il suicidio prima del gesto preso in considerazione in questo studio. Il gruppo dei depressi senza TS era costituito nel 60% da donne. L'età media era di 40,7 anni (DS=10,5), il 48% era separato, il 44% aveva un livello di istruzione uguale o inferiore a 8 anni), il 40% era disoccupato, il 53% presentava familiarità per disturbi psichiatrici, nessuno abusava di sostanze e il 76% aveva presentato eventi stressanti nei sei mesi antecedenti alla valutazione. Il gruppo di controllo era costituito nel 60% da donne. L'età media era di 34,2 (DS= 9,94), il 68% era separato, il 4% aveva un livello di istruzione basso, il 40% era disoccupato, il 12% presentava familiarità per disturbi psichiatrici, il 4% faceva uso di sostanze e il 36% aveva presentato eventi stressanti nel periodo antecedente alla valutazione (Tabella 1).

Dal confronto bivariato tra TS e controlli (Tabella 2), è emerso che il campione di TS presenta una maggiore probabilità di familiarità per disturbi psichiatrici ($\chi^2= 12.5$; $p<0.001$); abusa in misura significativamente maggiore di sostanze ($\chi^2= 10.9$; $p<0.001$); ha subito un numero significativamente maggiore di eventi stressanti nel periodo antecedente al TS ($\chi^2=12.0$, $p<0.001$). Dal confronto fra TS e controlli, sono emersi punteggi medi più elevati nei TS al BDI ($F=56,60$; $p<0.001$) alla HDRS ($F=121,2$; $p<0.001$) e alla BPRS ($F=85.41$; $p<0.001$). Dal confronto tra TS e depressi è emerso che nel campione di TS prevalgono significativamente gli abuser ($\chi^2=14.1$ $p<0.001$). Il confronto tra TS e depressi ha messo in evidenza punteggi medi significativamente più elevati nei TS alla HDRS ($F=9.185$; $p=0.004$) e alla BPRS ($F=11.99$; $p=0.0011$). (Tabella 2).

Dalla regressione logistica (Tabella 3) con variabile costante il gruppo di pazienti con TS, per lo studio delle variabili associate al MMPI, è emerso che nel confronto con il gruppo di controllo, la scala per la Schizofrenia è associata positivamente ai soggetti che hanno tentato il suicidio ($OR=1,160$), mentre nel confronto con gli altri pazienti depressi è emerso ugualmente che la scala per la Schizofrenia è associata positivamente ai soggetti che hanno tentato il suicidio ($OR=1,062$), mentre quella dell'ipocondria è associata negativamente ($OR=0,941$). Questi confronti fra i gruppi considerati e le variabili di personalità studiate dal MMPI, indicano che il gruppo dei pazienti depressi con TS rispetto a quello di controllo presenta il 16% in più di probabilità di punteggi elevati alla scala Sc, mentre la probabilità fra depressi con o senza TS aumenterebbe del 6% per punteggi elevati alla scala Sc e diminuirebbe del 6% per alti punteggi alla scala Hs.

Il confronto fra i fattori della SAS tenendo come fattore costante il gruppo di pazienti con TS (Tabella 4) ha messo in evidenza nel confronto con il gruppo di controllo, una più elevata probabilità del gruppo TS di essere associati al fattore SAS-3 (elementi ansiogeni e impulsivi) ($OR=2,154$) e il fattore SAS-4 (ostilità e pensieri suicidari) ($OR=1,938$). Nel confronto con il

gruppo di pazienti depressi senza TS è emerso che il fattore SAS-1 (gesto suicidario) è positivamente associato ai soggetti che hanno tentato il suicidio (OR=1,267). I risultati indicano che un paziente con TS ha una probabilità superiore al 110% di presentare valori elevati al fattore SAS-3 rispetto a una persona non depressa e una probabilità di poco inferiore di presentare valori elevati per il fattore SAS-4. Inoltre, nel confronto fra depressi con o senza TS, i primi avrebbero una probabilità di circa il 27% superiore per alti punteggi del fattore SAS-1.

Il confronto fra i fattori della SPS tenendo come fattore costante il gruppo di pazienti con TS (Tabella 5) ha messo in evidenza nel confronto con il gruppo di controllo, una più elevata probabilità di essere associati al gruppo TS per il fattore SPS-2 (rapporto problematico con l'ambiente) (OR=1,784). Dal confronto con il gruppo di pazienti depressi senza TS è emerso che lo stesso fattore SPS-2 è positivamente associato ai soggetti che hanno tentato il suicidio (OR=1,251), mentre il fattore SPS-3 (maggiore positività verso l'esperienza) è negativamente associato (OR=0,85). I risultati indicano che un paziente con TS ha una probabilità superiore del 78% per alti punteggi del fattore rispetto a una persona non depressa e una probabilità maggiore del 25% per lo stesso fattore rispetto a una persona depressa senza TS. Inoltre il fattore SPS-3 nei depressi non TS ha una probabilità inferiore del 15% di riportare valori elevati rispetto ai pazienti depressi senza TS.

Discussione

I risultati di questo studio sembrano indicare che il campione di soggetti che hanno tentato il suicidio presenti delle caratteristiche molto diverse da quelle del gruppo di controllo. In particolare, i risultati indicano che il celibato (Vieta *et al.*, 1992) e un livello alto di istruzione sono fattori di rischio fra le variabili demografiche. Inoltre, così come riportato in altri studi, la familiarità per disturbi psichiatrici, soprattutto per la depressione, (Astruc *et al.*, 2004) e la

presenza di abuso di sostanze sono fattori clinici associati a un aumento di rischio suicidario (Sokero *et al.*, 2003). Tra i pazienti depressi che hanno tentato il suicidio e quelli che non lo hanno fatto, l'unica variabile significativa risulta l'abuso di sostanze più presente nel primo gruppo (Sokero *et al.*, 2003). Come prevedibile, il gruppo di pazienti con TS ha presentato punteggi più elevati, rispetto ai controlli, alle scale BDI, HDRS e BPRS, mentre la scala del MMPI che ha più probabilità di essere associata al gruppo di TS è quella Sc per i tratti schizoidi sia nel confronto con i controlli che con gli altri pazienti depressi; mentre un'associazione negativa è stata trovata per la scala Hs per i tratti ipocondriaci. Il dato indicherebbe una maggiore presenza di tratti psicotici o di isolamento nel gruppo di pazienti con TS (Sokero *et al.*, 2003) e una maggiore presenza di tratti ipocondriaci nei pazienti depressi non suicidari. Dal confronto tra TS e depressi ai reattivi mentali sulla depressione è emerso che i pazienti con TS presentano punteggi più elevati alla HDRS e alla BPRS, due scale eterosomministrate, ma non al BDI che è autosomministrato. Questo dato può essere interpretato con una tendenza dei pazienti con TS a sottovalutare la gravità della patologia in corso. Per le due scale che valutano il rischio e la probabilità di mettere in atto un gesto suicidario, è emerso che la presenza di elementi ansiogeni e impulsivi (SAS-3), l'ostilità e la presenza di idee suicidarie (SAS-4) e il rapporto problematico con l'ambiente esterno (SPS-2) sono maggiormente associati a coloro che hanno compiuto un tentato suicidio rispetto al gruppo di controllo. L'impulsività, intesa come tratto di personalità, è sicuramente un fattore di rischio meritevole di attenzione poiché associata con l'impulsività e la violenza dell'atto suicidario (Astruc *et al.*, 2004). Nel confronto tra i pazienti depressi senza TS e con TS, il rischio di tentativo di suicidio aumenta tra i TS in presenza di un rapporto problematico con l'ambiente (SPS-2) e diminuisce se si ha una maggiore positività verso le esperienze di vita e verso le possibilità di riuscita nel fare fronte alle esigenze della vita. Come prevedibile, il fattore riguardante il tentativo di suicidio (SAS-1) è più probabile nei pazienti depressi con TS

con una percentuale di rischio maggiore di circa il 30% (Vieta *et al.*, 1992). In conclusione, si può affermare che il nostro studio conferma alcuni fattori di rischio conosciuti (Jacobs, 1998; Tondo *et al.*, 2003; Sokero *et al.*, 2003) come il celibato, l'alto livello di istruzione, la familiarità per disturbi psichiatrici, l'abuso di sostanze e la presenza di eventi di vita stressanti. Il sesso o l'età non sono stati identificati come fattori di rischio significativi in questo studio. Inoltre si sono evidenziati punteggi più elevati alle scale di valutazione della depressione (Barraclough *et al.*, 1974; Aratò *et al.*, 1988) e alla scala di valutazione generale di sintomatologia psichiatrica, così come tratti psicotici, mentre sarebbero risultati protettivi i tratti ipocondriaci. Lo studio ha esaminato altre caratteristiche originali, come i fattori delle scale SAS e SPS. Dalla valutazione dei risultati emerge che le persone con una spinta verso il tentativo di suicidio, presenterebbero atteggiamenti impulsivi, ansiosi, ostili, problematiche non risolte con l'ambiente esterno e una minore positività verso le esperienze di vita. Sebbene questi dati siano piuttosto prevedibili in persone con ideazione suicidaria e sebbene i fattori di rischio per l'ideazione suicidaria e per il TS appaiono sovrapponibili, il livello generale di disagio e psicopatologia è più elevato tra chi tenta il suicidio (Sokero *et al.*, 2003). Una conferma di queste impressioni con dati provenienti da scale di valutazione è importante per la possibilità di misurare queste variabili. Una valutazione della sintomatologia depressiva e l'applicazione di scale per la valutazione della ideazione suicidaria possono essere dei validi strumenti per la prevenzione dei tentativi di suicidio in pazienti depressi .

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA): *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder*, 4rd Edition Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.

- Angst J, Angst F., Stassen H.H.: Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 60 (suppl 2): 57-62, 1999.
- Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal American Academic Children Adolescent Psychiatry* 31: 655-662, 1992.
- Arató M., Demeter E., Rihmer Z., Somogy E.: Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77: 454-456, 1988.
- Astruc B., Torres S., Jollant F., Jean-Baptiste, Castelnaud D., Malafosse A., Courtet P.: A history of depressive disorder influences intent to die in violent suicide attempters. *Journal Clinical Psychiatry* 65 (5): 690-695, 2004.
- Baldessarini R.J. Tondo L., Hennen J.: Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar maniac-depressive disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 60 (suppl 2): 77-84, 1999.
- Barraclough B., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P.; A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal Psychiatry* 125: 355-373, 1974.
- Beck, A.T.: An Inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry* 14: 561-571, 1966.
- Berglund M., Smith G.J.W.: Post diction of suicide in a group of depressive patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77: 504-10, 1988.
- Blair-West G.W., Mellso G.W.: Down-rating lifetime suicide risk in major depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 9,: 259-263, 1997.
- Clark D.C., Fawcett J.A.: An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorders. In "Suicide and clinical practice" D.G. Jacobs (Ed). American Psychiatric Press, Washington DC 55-73, 1992.

- Coryll W., Young E. A.: Clinical predictors of suicide in primari major depressive disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 66 (4): 412-417, 2005.
- Cull J. G., Gill W. S.: *Suicide Probability Scale (SPS). Manual.* Western Psychological Service, Los Angeles ,1988.
- De Vanna M., Paterniti S., Milievich C.: Recent life events and attempted suicide, *Journal Affective Disorders* 18: 51-58, 1990.
- Diekstra RFW.: Epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl)* 371: 9-20, 1993.
- Goldstein R.B. et al.: The prediction of suicide: sensitivity, specificity and predictive value of a multivariate model appllied to suicide among 1906 patients with affective disorders, *Archives General Psychiatry*, 48: 418-22, 1991.
- Goodwin F.K., Jamison K.R.: *Maniac Depressive Illness.* Oxford University Press, New York, 1990.
- Hamilton M.A.: Rating Scale for Depression. *J. Neurosurg Psychiatry* 23, 56-62, 1960.
- Harris E.C., Barraclough B.: Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal Psychiatry* 170, 205-08, 1997.
- Hathaway S.R., McKinley M.C.: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, Psychol. Corp. New York, 1940.
- Jacobs D.G.: *Guide to Suicide Assessment and Intervention.* Harvard Medical School, San Francisco, 1998.
- Kreitman N.S.: *Parasuicide.* New York, NY: John Wiley and Sons, 1997.
- Murphy G.E., Mann J.J.: The prediction of suicide: why is it too difficult? *American Journal Psychoterapy* 38: 341-49, 1984.
- Nordström P., Asberg M. et al.: Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92: 345-50, 1995.

Oquendo M.A., Galfalvy H., Russo S., Ellis P.S., Grunebaum M.F., Burke A., Mann J.J.:
Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in
patients with major depressive disorder or bipolar disorder 161 (8): 1433-1441, 2004.

Overall J.E., Gorham D.M.: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Psychiatric Reports*
10: 799-812, 1962.

Paykel E.S.: Suicide attempt and recent life events. *Archives General Psychiatry* 32: 327-333,
1975.

Pietropolli Charmet G.: *Crisis Center. Il tentato suicidio in adolescenza.* Franco Angeli.
Milano, 11-13, 2004.

Raja M., Azzoni A.: Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and
among groups with different lethality risk. *Journal of Affective Disorders* 82: 437-442,
2004.

Shaffer D., Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal Clinical Psychiatry* 60
(suppl 2), 70-74, 1999.

Shaffer DA, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal*
American Academic Children Adolescent Psychiatry 20: 545-565, 1981.

Sharma R., Markar H.R.: Mortality in affective disorder. *Journal Affective Disorder* 31: 91-6,
1994.

Stanley B., Traskman-Bendz L., Stanley M.: The suicide assessment scale: a scale evaluating
change in suicidal behavior. *Psychopharmacol Bulletin* 22: 220-205, 1986.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo G.: Attempted suicide in Europe: rates, trends and
sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992.
Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica*
Scandinavica 93: 327-338, 1996.

- Sokero T.P., Melartin K.T., Rytala H.J., Lesela U.S., Lestela-Mielonen P.S., Isometsa E.T.: Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *Journal Clinical Psychiatry* 64 (9): 1094-1100, 2003.
- Tondo L, Isacson G., Baldessarini R.J.: Suicidal behaviour in bipolar disorder, *CNS Drugs*, 17 (7): 491-511, 2003.
- Tondo L. *Prima del Tempo. Capire e prevenire il suicidio*. Carocci Editore, Roma, 2000.
- Tondo L., Baldessarini R.J *et al.* Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *Journal Clinical Psychiatry* 58: 405-14, 1998.
- Vettorello C., Schifano F., Forza G. Contributo alla taratura delle Suicide Probability Scale (SPS), *Giornale italiano di suicidologia* 5: 85-101, 1995.
- Vieta E., Nieto E., Gastò C., Cirera E.: Serious suicide attempts in affective patients. *Journal Affective Disorders* 24: 147-152, 1992.
- Wu L.H., Dunner D.L.: Suicide attempts in rapid cycling bipolar disorder patients. *Journal Affective Disorders*, 29: 57-61, 1993.