

SINGOLO E MULTIPLI TENTATI SUICIDI IN PAZIENTI CON DISTURBI DELL'UMORE: RISULTATI PRELIMINARI

Occhiali V., Turchi F., Placidi G.P.A., Paolini T., Bovani R., Placidi G.F.

Riassunto

Un precedente tentato suicidio rimane il più forte predittore clinico per suicidio a termine. Inoltre, maggiore è il numero di pregressi tentati suicidi, maggiore è la mortalità lifetime per suicidio. Scopo principale dello studio era quello di confrontare per caratteristiche cliniche e psicopatologiche di pazienti con Disturbi dell'Umore e con storia di uno (single attempter) o più tentativi di suicidio (multiple attempter), per identificare fattori di rischio per altri tentativi e per suicidio a termine. *Metodo:* Nei 98 pazienti adulti costituenti il campione è stata valutata la storia dei tentativi di suicidio, la comorbilità con diagnosi di asse I e II, e le caratteristiche psicopatologiche. *Risultati:* Una maggiore comorbilità, maggiori punteggi alla BDI, ed una correlazione di questi con il numero di pregressi tentati suicidi ($p=0,033$), oltre a maggiori livelli di impulsività motoria sembrano caratterizzare il gruppo dei pazienti con multiplo tentato suicidio rispetto a chi ha effettuato un singolo tentato suicidio. *Conclusioni:* Il nostro studio preliminare suggerisce l'importanza di definire le caratteristiche psicopatologiche dei multiple attempters come fattori di rischio per la ripetizione dei tentativi di suicidio.

Parole chiave:

Disturbi dell'umore, suicidio, singolo tentato suicidio, multiplo tentato suicidio.

Summary

A previous suicide attempt is still the strongest clinical predictor for completed suicide, moreover if the number of previous suicide attempts grows, suicide lifetime mortality increases. The aim of the study was to compare the clinical and psychopathological characteristics of patients with mood disorders and history of one (single attempter) or more (multiple attempter) suicide attempt to identify risk factors for further suicide attempts and completed suicide. *Method:* 98 adult patients were assessed for suicide history, comorbidity, depression levels, presence of psychotic symptoms, psychopathological characteristics. *Results:* A

higher comorbidity, higher BDI scores and their correlation with the number of previous suicide attempts ($p=0,033$), as well as higher levels of motion impulsivity seem to identify the multiple attempters group from the single attempters group. *Conclusions:* Our preliminary study suggests the importance of studying the psychopathological characteristics of multiple attempters as risk factors for further suicide attempts.

Key words:

Mood disorders, suicide, single attempter, multiple attempter.

Per corrispondenza:

Gian Franco Placidi, Direttore dell'U.O. di Psichiatria Universitaria, Unità di Ricerca per lo Studio delle Condotte Suicidarie, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze, Viale Morgagni 86, 50134, Firenze, Italia, +39 055 4298456 (telefono), +39 055 4298454 (fax), e-mail: gfplacidi@unifi.it

Introduzione

Secondo le stime OMS nell'anno 2000 circa 1 milione di persone sono morte per suicidio, e in numero da 10 a 20 volte tanto ha tentato il suicidio. Ciò rappresenta, in media, una morte ogni 40 secondi e un tentato suicidio ogni 3 secondi. (WHO 2000).

Un precedente tentato suicidio rimane il più forte predittore clinico conosciuto per suicidio a termine (Harris EC *et al*, 1997; Tejedor MC *et al*, 1999) o per un ulteriore tentativo (Leon AC *et al*, 1990). È stato dimostrato un aumento del rischio relativo pari al 32% per ogni precedente tentativo di suicidio. Nel 44% degli individui che muoiono per suicidio è presente una storia di tentato suicidio (Isometsa ET *et al*, 1998). Il rischio di suicidio in pazienti con condot-

te autolesive è centinaia di volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Owens D *et al*, 2002). Il rischio è maggiore durante il primo mese e il primo anno dopo il tentativo, tendendo a declinare lentamente nel periodo successivo (Suominen K *et al*, 2004).

Nella letteratura suicidologica i soggetti con anamnesi positiva per uno o più tentati suicidi sono stati complessivamente considerati come un gruppo omogeneo. Alcune linee di ricerca recenti indicano però importanti differenze tra soggetti con singolo e multipli tentati suicidi. All'interno della popolazione di soggetti con pregressi tentativi di suicidio, lo status di "multiple attempter" (individui che hanno effettuato due o più tentati suicidi), in particolare, conferirebbe un considerevole incremento del rischio per suicidio a termine, correlato non solo alla pluralità dei tentativi ma alla sottostante maggiore gravità dell'ideazione suicidaria, degli indici psicopatologici e dei disturbi psichiatrici osservabili in questo subset di pazienti (Forman EM *et al*, 2004; Rudd MD *et al*, 1996). Tuttavia, poiché più dei due terzi dei suicidi si realizzano al primo tentativo, è necessario integrare altri elementi nella valutazione del rischio suicidario. Pertanto scopo principale dello studio è stato quello di confrontare per caratteristiche cliniche e psicopatologiche pazienti con Disturbo dell'Umore con storia di uno o più tentativi di suicidio per identificare fattori di rischio per altri tentativi e per suicidio a termine.

Materiali e Metodi

I probandi sono stati reclutati presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze, tra gli afferenti alla struttura in regime di ricovero ordinario o di day hospital durante il 2003. Abbiamo reclutato complessivamente 98 pazienti, di essi 40 avevano una storia di almeno un tentato suicidio (attempters), definibile come un comportamento autolesivo finalizzato alla morte del soggetto che comporti un danno clinicamente rilevabile. I 40 pazienti con storia di pregressi tentati suicidi

sono stati suddivisi in base al numero dei tentativi in single e multiple attempters ed è stato effettuato un confronto fra i due gruppi.

I criteri di esclusione sono stati i seguenti: età minore di 18 o maggiore di 80 anni; diagnosi di dipendenza o abuso di sostanze negli ultimi 6 mesi, diagnosi di Schizofrenia o Anoressia Nervosa secondo il DSM IV; presenza documentata di patologie del Sistema Nervoso Centrale e di gravi malattie interistiche. I pazienti sono stati valutati per la presenza di disturbi dell'Asse I e II utilizzando la Structured Clinical Interview (SCID I) e Structured Clinical Interview Axis II Personality Disorder (SCID II) per il DSM IV. I livelli di depressione e la presenza di sintomi psicotici sono stati valutati utilizzando: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); Beck Depression Inventory (BDI); Back Hopelessness Inventory (BHI); Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS); Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). La psicopatologia delle condotte suicidarie è stata indagata attraverso: scala per 'la Storia dei Tentativi di Suicidio'; Scale for Suicidal Ideation (SSI); Suicide Intent Scale (SIS). I livelli lifetime di Aggressività e di Impulsività sono stati valutati attraverso: Brown-Goodwin Aggression Scale (BGAS); Barratt Impulsiveness Scale (BIS). In relazione all'impulsività, ai fini dell'analisi dei dati, abbiamo raggruppato gli items della Barratt Impulsiveness Scale in tre cluster, caratterizzanti rispettivamente l'impulsività attentiva (BIS1), l'impulsività motoria (BIS2), l'impulsività da non pianificazione (BIS3).

Le analisi sono state effettuate utilizzando il test χ^2 (o il Test esatto di Fisher quando appropriato) per i confronti tra due o più variabili qualitative, il T-test per i confronti tra gruppi su variabili quantitative, e la regressione lineare per raffrontare due variabili quantitative. I valori di p, quando non diversamente indicato, sono a due code. Alcune delle analisi non sono state effettuate includendo tutti i soggetti del campione per incompletezza dei dati relativi.

Risultati

Tra i 40 soggetti con status di attempter, 27 (67,5%) soggetti erano di sesso femminile e di questi 9 erano single attempters e 18 multiple attempters, mentre dei 13 (32,5%) soggetti maschi 6 erano single attempters e 7 multiple attempters. La maggior presenza di soggetti di sesso femminile tra i multiple attempters è un dato che concorda con quanto è presente in letteratura, tuttavia il sesso non è risultato essere una variabile in grado di differenziare i due gruppi.

L'età media dei multiple attempters indipendentemente dal sesso era di 47,20 risultando mediamente più alta rispetto a quella dei single attempters che era di 41,80 anni, tuttavia la differenza non è risultata statisticamente significativa.

Abbiamo quindi esaminato le caratteristiche cliniche dei pazienti indagando la frequenza dei disturbi dell'umore dei single attempters rispetto ai multiple attempters e quali disturbi di asse I e II fossero presenti in

comorbidità, nonché il rapporto tra disturbo e stato di single attempter e multiple attempter (Tab. 1). La condizione di multiple attempter è risultata associata ad una maggior frequenza di disturbi sia di Asse I che di Asse II in comorbidità, mostrando una correlazione statisticamente significativa con la Fobia Specifica, e mostrando trends verso la significatività anche per il D.Ossessivo Compulsivo, la Bulimia Nervosa e il Disturbo Borderline di Personalità.

Abbiamo valutato se vi fosse una correlazione tra status di single vs multiple attempter e correlati psicopatologici, quali la depressione oggettiva (HDRS), la depressione soggettiva (BDI), l'hopelessness (BHI) (Tab. 2). Sebbene dai nostri dati la condizione di multiple attempter non correli in modo statisticamente significativo con nessuna delle variabili psicopatologiche analizzate, tuttavia maggiori livelli di depressione soggettiva tenderebbero a differenziare i multiple attempters dai single attempters; inoltre esa-

Tabella 1. Frequenza dei disturbi di Asse I e II e relazione con stato di single attempter vs multiple attempter

| Disturbo dell'umore | Single Attempter (n) | Multiple Attempters (n) | Significatività (Chi ²) |
|--|----------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Depressione Maggiore Ricorrente | 4 | 9 | .40 |
| Bipolare I | 5 | 9 | .57 |
| Bipolare II | 5 | 8 | .49 |
| Disturbo in comorbidità (Asse I e II) | | | |
| Disturbo di Panico | 6 | 11 | .53 |
| Fobia Sociale | 3 | 5 | .65 |
| Disturbo Ossessivo Compulsivo | 0 | 5 | .08 |
| Fobia Specifica | 0 | 6 | .046 |
| Bulimia Nervosa | 1 | 6 | .16 |
| Dist. Evitante di Personalità | 6 | 10 | .62 |
| Dist. Dipendente di Personalità | 2 | 5 | .46 |
| Dist. Ossessivo Compulsivo di Personalità | 5 | 8 | .59 |
| Dist. Paranoide di Personalità | 2 | 5 | .46 |
| Dist. Schizotipico di Personalità | 0 | 1 | .62 |
| Dist. Schizoide di Personalità | 0 | 1 | .62 |
| Dist. Istrionico di Personalità | 0 | 1 | .62 |
| Dist. Narcisistico di Personalità | - | - | - |
| Dist. Borderline di Personalità | 2 | 8 | .17 |

Tabella 2. Indici psicopatologici: single attempters vs multiple attempters

| | | n. | Media | Deviazione Std. | t | df | Sig. (2-code) |
|-------------|------------------|----|--------|-----------------|--------|--------|---------------|
| HDRS | Single attempt | 15 | 20.00 | 6.8139 | -.530 | 30.647 | .600 |
| | Multiple attempt | 25 | 21.20 | 7.1122 | | | |
| BHS | Single attempt | 15 | 11.60 | 5.9257 | -.980 | 22.904 | .337 |
| | Multiple attempt | 25 | 13.32 | 4.2984 | | | |
| BDI | Single attempt | 15 | 31.00 | 11.0324 | -1.494 | 33.634 | .144 |
| | Multiple attempt | 25 | 36.913 | 13.1734 | | | |

Tabella 3. Correlazione tra numero di TS, età e severità della depressione (BDI)

| | | Numero TS | Tot BDI | Età |
|------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| Numero TS | Pearson Correlation | 1.00 | .346 | .356 |
| | Sig. (2-code) | | .033 | .024 |
| | N° | 40 | 38 | 40 |
| Tot BDI | Pearson Correlation | .346 | 1.00 | .175 |
| | Sig. (2-code) | .033 | | .175 |
| | N° | 38 | 38 | 38 |
| Età | Pearson Correlation | .356 | .175 | 1.00 |
| | Sig. (2-code) | .024 | .292 | |
| | N° | 40 | 38 | 40 |

Tabella 4. Presenza di sintomi psicotici e condizione di single vs multiple attempter

| | | n. | Media | Deviazione Std. | t | df | Sig. (2-code) |
|-------------|------------------|----|---------|-----------------|--------|--------|---------------|
| BPRS | Single attempt | 15 | 31.40 | 8.5840 | .379 | 32.739 | .707 |
| | Multiple attempt | 25 | 30.28 | 9.7874 | | | |
| SAPS | Single attempt | 15 | 1.7333 | 2.3745 | -.711 | 35.941 | .482 |
| | Multiple attempt | 25 | 2.60 | 5.2678 | | | |
| SANS | Single attempt | 15 | 16.8667 | 17.3653 | -1.541 | 30.713 | .134 |
| | Multiple attempt | 25 | 25.76 | 18.1757 | | | |

Tabella 5. Correlazione tra livelli di ideazione suicidaria, di intento suicidario e letalità tra i single vs multiple attempters

| | | n. | Media | Deviazione Std. | t | df | Sig. (2-code) |
|----------------------------|------------------|----|---------|-----------------|--------|--------|---------------|
| Tot SSI precedente | Single attempt | 15 | 14.8667 | 9.9489 | -1.555 | 27.171 | .132 |
| | Multiple attempt | 25 | 19.7727 | 8.5909 | | | |
| Tot SSI attuale | Single attempt | 15 | 4.800 | 6.1085 | -.950 | 33.471 | .349 |
| | Multiple attempt | 25 | 6.9091 | 7.3284 | | | |
| Tot SIS più letale | Single attempt | 15 | 50.8667 | 8.0522 | .543 | 37.231 | .590 |
| | Multiple attempt | 25 | 49.16 | 11.7816 | | | |
| Tot SIS più recente | Single attempt | 15 | 51.3333 | 7.4033 | 1.001 | 37.478 | .323 |
| | Multiple attempt | 25 | 48.40 | 11.1093 | | | |
| Letalità | Single attempt | 15 | 2.20 | 1.9346 | -1.204 | 24.80 | .240 |
| | Multiple attempt | 25 | 6.880 | 19.2815 | | | |

Tabella 6. Impulsività/aggressività e condizione di single vs multiple attempters

| | | n. | Media | Deviazione Std. | t | df | Sig. (2-code) |
|---|------------------|----|---------|-----------------|--------|--------|---------------|
| Subtot Impulsività Attentiva | Single attempt | 8 | 12.75 | 4.0620 | -.724 | 14.956 | .480 |
| | Multiple attempt | 12 | 14.0833 | 3.9877 | | | |
| Subtot Impulsività Motoria | Single attempt | 8 | 12.00 | 4.00 | -1.523 | 16.860 | .146 |
| | Multiple attempt | 12 | 15.00 | 4.7482 | | | |
| Subtot Impulsività da Non-pianificazione | Single attempt | 8 | 24.00 | 4.8990 | .562 | 12.906 | .584 |
| | Multiple attempt | 12 | 22.8333 | 3.9734 | | | |
| Tot Barrat Impulsivity Scale | Single attempt | 8 | 48.75 | 5.2847 | -1.274 | 15.924 | .221 |
| | Multiple attempt | 12 | 51.9167 | 5.6802 | | | |
| Tot B-G Aggression Scale | Single attempt | 14 | 17.8571 | 5.3760 | -.651 | 29.763 | .520 |
| | Multiple attempt | 24 | 19.0833 | 5.9776 | | | |

minando il legame tra numero di tentati suicidi, età e severità della depressione soggettiva (Tab. 3), i dati mostrano una correlazione positiva tra punteggio alla BDI e numero di TS ($p=0,033$) e tra età e numero di TS ($p=0,024$).

L'analisi del rapporto tra sintomi psicotici e condizione di single vs multiple attempter (Tab. 4) ha mostrato un trend positivo riguardo alla presenza di sintomi psicotici negativi tra i multiple attempters.

Anche i livelli di ideazione suicidaria mostrano la tendenza ad una maggiore rilevanza tra i multiple attempters, mentre maggiori livelli di intento suicidario e la letalità dei tentativi non sembrano caratterizzare i multiple attempters (Tab. 5).

Ancora, abbiamo analizzato la correlazione tra condizione di single vs multiple attempter e punteggio alla Barrat Impulsiveness Scale, considerando sia il valore totale, sia i valori parziali relativi alla distinzione dell'impulsività in impulsività attentiva, motoria e da non pianificazione (Tab. 6), indicando un trend verso la significatività in relazione alla presenza di maggiori livelli di impulsività motoria tra i multiple attempters. Infine analizzando anche il punteggio alla Brown Goodwin Aggression Scale non è stata trovata una differenza statisticamente significativa tra i punteggi ottenuti dai single vs multiple attempters (Tab. 6).

Discussione

È stato rilevato che nel 90% dei casi di suicidio la vittima soffriva di disturbi psichiatrici al momento dell'atto (Barracough B *et al*, 1974). Inoltre in approssimativamente l'82% dei casi esiste una comorbilità psichiatrica in questi soggetti (Henriksson MM *et al*, 1993; Suominen K *et al*, 1996; Beautrais AL *et al*, 1996; Mann JJ *et al*, 1999), che rappresenta un fattore di rischio aggiuntivo per la mortalità lifetime per suicidio (Johnson FE *et al*, 1996).

Nel nostro campione i multiple attempters si caratterizzano per un maggior numero di diagnosi in comorbilità sia di Asse I che di Asse II. Questo dato sottolinea anche se in modo aspecifico la maggior gravità clinica dei multiple attempters.

Tra i multiple attempters abbiamo riscontrato una maggior frequenza di Disturbo Borderline di Personalità, che conferma un dato ampiamente presente in letteratura (Mann JJ, 2002; Brent DA *et al*, 1993; Brent DA *et al*, 1994), del DOC e di Bulimia Nervosa, che è un altro disturbo in cui è elevato il rischio di TS e di suicidio a termine (Keel PK *et al*, 2003). La significatività statistica è raggiunta solamente per la Fobia Specifica, un risultato di difficile interpretazione anche se concordante con quanto riportato in alcuni precedenti studi (Rudd MD, *et al*, 1996).

L'associazione tra status di multiple attempter e Disturbo Borderline di Personalità risulta comunque significativa nonostante l'esclusione dallo studio dei pazienti con storia di abuso di sostanze o di dipendenza che spesso hanno una comorbilità con tale disturbo (Isometsa ET *et al.*, 1996).

Il rischio suicidario in pazienti con DOC risulta scarsamente valutato in letteratura. Alcuni studi indicano un possibile aumento del rischio in pazienti bipolari II vs unipolari (Kruger S *et al.*, 2000), mentre altri indicano un aumento negli unipolari vs bipolari (Perugi G *et al.*, 1997). Secondo Hollander l'aumento del rischio potrebbe riguardare solo un sottotipo di pazienti con DOC, quelli con alta impulsività (Hollander E *et al.*, 1996). Nel nostro studio abbiamo osservato un trend positivo per cui tra i multiple attempters il DOC avrebbe una frequenza maggiore. Il dato potrebbe suggerire l'implicazione della dimensione della persistenza nella reiterazione di idee suicidarie in chi compie più di un tentato suicidio.

Maggiori livelli di depressione soggettiva differenziano i multiple attempters dai single attempters, un dato atteso essendo la depressione soggettiva un parametro che contraddistingue la condizione di attempter indipendentemente dal numero dei tentativi (Mann JJ *et al.*, 1999; Oquendo MA *et al.*, 1999; Malone KM *et al.*, 1995).

Tra i multiple attempters inoltre è risultata significativa la correlazione tra età avanzata e numero dei TS ma soprattutto fra gravità della depressione soggettiva e numero di TS, quindi non solo la depressione soggettiva è un parametro che differenzia i multiple dai single attempters come gruppo, ma tra i multiple quanto più numerosi sono i TS tanto maggiori tendono ad essere i livelli di depressione soggettiva.

Diversi autori, da Beck in poi, sottolineano l'importanza di un fattore cognitivo, l'abbandono di ogni speranza (hopelessness), quale sintomo depressivo più strettamente legato al suicidio e al tentato suicidio. Diversi trials hanno dimostrato la capacità del-

la BHS di individuare, tra i depressi, pazienti potenzialmente suicidi (Beck AT *et al.*, 1985; Beck AT *et al.*, 1989; Beck AT *et al.*, 1990). Uno studio mostra una maggiore associazione tra hopelessness e ideazione suicidaria rispetto alla depressione soggettiva valutata attraverso la BDI (Beck AT *et al.*, 1993). Altri studi invece sottolineano la ridotta specificità della BHS (Nimeus A *et al.*, 1997; Keller F *et al.*, 1993). Nel nostro studio i punteggi ottenuti alla BHS non distinguono i due subset di pazienti.

Un parametro psicopatologico candidato a differenziare, nel nostro campione, il gruppo dei multiple attempters rispetto ai single è la presenza di sintomi psicotici negativi, un aspetto che sottolinea come la dimensione psicotica possa costituire un fattore di rischio per suicidio anche se in proposito non c'è totale accordo in letteratura (Fenton WS *et al.*, 1997).

L'ideazione suicidaria nel mese precedente il TS tende ad essere più consistente nei multiple attempters. Lo stile cognitivo dei multiple attempters, condizionato dai ripetuti tentativi, sarebbe improntato ad una maggiore accessibilità a pensieri di morte per stimoli di intensità progressivamente inferiore (Beck AT, 1996). Inoltre questo dato sottolinea l'importanza a fini preventivi di individuare soggetti a rischio nel periodo precedente la messa in atto del gesto suicidario.

Due fondamentali dimensioni classificano le condotte suicidarie (Beck AT *et al.*, 1975), ovvero esse possono essere descritte secondo il grado di *suicidal intent* che concerne il grado di pianificazione, il desiderio di morire in opposizione a quello di vivere, la possibilità di essere scoperti, e secondo il grado di *medical lethality* che riguarda il danno fisico derivante dall'atto suicidario. Intento e letalità sono correlate reciprocamente e con anomalie neurobiologiche associate con il rischio suicidario (Mann JJ *et al.*, 1996), inoltre il profilo clinico di coloro che sopravvivono a tentativi di suicidio ad alta letalità è sovrapponibile a quello di coloro che hanno compiuto un suicidio portato a termine

(Mann JJ, 2002). Nel nostro studio i livelli di intento suicidario e di letalità dei tentativi non sono risultate variabili in grado di caratterizzare in modo significativo i multiple attempters rispetto ai single attempters.

Infine un dato importante è quello relativo all'impulsività motoria. L'impulsività è un elemento che è stato evidenziato all'interno di diversi gruppi di pazienti psichiatrici con comportamenti suicidari e autolesivi (Herpertz S *et al*, 1997). Nel nostro studio, sebbene i livelli di impulsività totale non differenzino single da multiple attempters, considerando distinti aspetti dell'impulsività, ovvero l'impulsività attentiva, l'impulsività motoria e l'impulsività da non pianificazione che vengono individuati da specifici items della Barratt Impulsivity Scale, abbiamo trovato un trend significativo per l'impulsività motoria che sottolinea l'importanza in chi compie più di un TS di far seguire un agito ad un impulso.

Nella letteratura scientifica l'aggressività risulta essere una variabile psicopatologica intimamente legata ad altri fattori associati al comportamento suicidario quali l'impulsività e ad alcuni reperti neurobiologici quali la disfunzione del sistema serotoninergico (Brown GL *et al*, 1982; Linnoila VM *et al*, 1992). In pazienti depressi la presenza di alti livelli di aggressività caratterizzerebbe un sottogruppo con elevata tendenza autolesiva (Yesavage JA, 1983). Nella nostra casistica i pazienti che hanno effettuato più di un tentato suicidio non hanno mostrato maggiori punteggi alla B-G Aggression Scale rispetto ai single attempters.

In conclusione il nostro studio, suggerisce l'importanza di definire le caratteristiche psicopatologiche dei multiple attempters come fattori di rischio per la ripetizione dei tentativi di suicidio. Limite dello studio è sicuramente il numero ridotto del campione dovuto anche ai restrittivi criteri di inclusione. L'adozione di tali criteri è stata una scelta caratterizzante lo studio, la quale, nonostante abbia comportato l'esclusione di pazienti ad elevato rischio suicidario, ci ha permesso

una più precisa analisi delle dimensioni psicopatologiche dei pazienti.

L'analisi che abbiamo condotto rimane pertanto preliminare e si inserisce nel contesto di un limitato numero di studi dal disegno analogo. L'auspicio è che i risultati ottenuti vengano ulteriormente approfonditi con studi su un campione più ampio.

Bibliografia

Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. *A hundred cases of suicide: clinical aspects*. Br J Psychiatry, 125: 355-373, 1974.

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case control study*. Am J Psychiatry, 153: 1009-1014, 1996.

Beck AT, Beck R, Kovacs M. *Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality*. Am J Psychiatry 132(3): 285-287, Mar 1975.

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*. Am J Psychiatry, 142(5): 559-563, May 1985.

Beck AT, Brown G, Steer RA. *Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness*. J Consult Clin Psychol, 57(2): 309-310, Apr 1989.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients*. Am J Psychiatry, 147(2): 190-195, Feb 1990.

Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. *Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression*. Suicide Life Threat Behav, 23(2): 139-145, Summer 1993.

Beck AT. *Beyond belief: a theory of moods, personality, and psychopathology*, in *Frontiers of cognitive Therapy*. Edito da Salkowskis PM, New York, Guilford, pagg. 1-25, 1996.

Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bidge J, Rather C, Matta J, Connolly J, Costantine D. *Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescent*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32(1): 69-75, Jun 1993.

Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridhe J, Bartle S, Rather C. *Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33(8): 1080-1086, Oct 1994.

- Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, Jimerson DC, Klein WJ, Bunney WE, Goodwin FK. *Aggression, suicide, and serotonin: relationship to CSF amine metabolites*. Am J Psychiatry 139:741-746, 1982.
- Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. *Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders*. Am J Psychiatry 154:199-204, 1997.
- Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. *History of Multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology*. Am J Psychiatry 161:437-443, 2004.
- Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis*. Br J Psychiatry 170:205-228, 1997.
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK. *Mental disorders and comorbidity in suicide*. Am J Psychiatry 150:935-940, 1993.
- Herpertz S, Favazza A. *Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings*. J Psychiatr Res 31:451-456, 1997.
- Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM. *Uncomplicated and comorbid obsessive compulsive disorder in an epidemiologic sample*. Depress Anxiety 4:111-119, 1996-97.
- Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK. *Suicide among subjects with personality disorders*. Am J Psychiatry 153:667-673, 1996.
- Isometsa ET, Lonnqvist JK. *Suicide attempts preceding completed suicide*. Br J Psychiatry 173:531-535, 1998.
- Johnsson FE, Ojehagen A, Trskman-Bendz L. *A 5-year follow-up study of suicide attempts*. Acta Psychiatr Scand 93:151-157, 1996.
- Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Hergoz DB. *Predictors of mortality in eating disorders*. Arch Gen Psychiatry 60:179-183, 2003.
- Keller F, Wolfersdorf M. *Hopelessness and the tendency to commit suicide in the course of depressive disorders*. Crisis 14:173-177, 1993.
- Kruger S, Braunig P, Cooke RG. *Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder*. Bipolar Disord 2:71-74, 2000.
- Leon AC, Firedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. *Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis*. Psychiatry Res 31:99-108, 1990.
- Linnoila VM, Virkkunen M. *Aggression, suicidality, and serotonin*. J Clin Psychiatry 53 Suppl:46-51, 1992.
- Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. *Major depression and the risk of attempted suicide*. J Affect Disord 8, 34:173-185, 1995.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. Am J Psychiatry 156:181-189, 1999.
- Mann JJ, Malone KM, Psych MR, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, Stanley B, Stanley M. *Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients*. Neuropsychopharmacology 15:576-586, 1996.
- Mann JJ. *A current perspective of suicide and attempted suicide*. Ann Intern Med 136:302-311, 2002.
- Nimeus A, Traskman-Bendz L, Alsen M. *Hopelessness and suicidal behavior*. J Affect Disord 42:137-144, 1997.
- Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. *Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters*. J Affective Disord 59:107-117, 1999.
- Owens D, Horrocks J, House A. *Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review*. Br J Psychiatry 181:193-199, 2002.
- Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milafranchi A, Lenzi P, Ravagli S, Casano GB. *The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry 154:15-23, 1997.
- Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. *Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample*. J Abnorm Psychol 105:541-550, 1996.
- Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. *Mental disorders and comorbidity in attempted suicide*. Acta Psychiatr Scand 94:234-240, 1996.
- Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. *Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study*. Am J Psychiatry 161:563-564, 2004.
- Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM. *Attempted suicide. Repetition and survival-findings of a follow-up study*. Acta Psychiatr Scand 100:205-211, 1999.
- World Health Organization. *Preventing suicide. A resource for General Physicians*. WHO/MNH/MBD/00.1, Geneva: Department of Mental Health, WHO, Mental and Behavioural Disorders, 2000.
- World Health Organization. *Multisite Intervention study on Suicidal Behaviours – SUPRE – MISS*. WHO/MSD/MD/02.1, Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, Management of Mental and Brain Disorders, 2002.
- Yesavage JA. *Direct and indirect hostility and self-destructive behavior by hospitalized depressives*. Acta Psychiatr Scand 68:345-350, 1983.