

Stile genitoriale e ideazione suicidaria nel paziente psichiatrico

Parental style and suicidal ideation in psychiatric patients

Summary

Objective

One of the most complex problems in clinical psychiatry concerns the prediction and prevention of suicidal behavior. An important aspect of clinical interest is suicidal ideation, which is a stable phenomenon. Many studies stated that this condition is the basis of suicidal behavior in psychiatric patients. Numerous studies have shown an association between negative parental styles and family conditions in childhood and high risk of serious interpersonal difficulties during adolescence and maturity, indicating that these difficulties may have a central role in the development of suicidal ideation and suicidal behavior.

Many reports have identified in depressive symptoms, low self-esteem, and "psychotic style or psychoticism" the suicidal dynamics involved in both mental (ideation) and behavioral (attempted suicide and completed suicide) aspects of this problem.

Research has examined the link between parenting and family characteristics and suicidal ideation in psychiatric patients. Moreover, assuming that suicidal ideation is a multidimensional phenomenon involving many variables, work was directed to developing a "suicidal indicator" (SI) that can aggregate a large number of these variables.

Methods

The sample consisted of 710 adult outpatients with DSM-IV diagnosis of depressive disorders, anxiety disorders, somatoform disorders, personality disorders, and psychotic disorders (515 women and 195 men). All subjects were required to fill-out the MMPI test. Analyzed were the MMPI scales for depression (D), and special scales for

psychoticism (PS), and low self-esteem (Lse), which are all known pathologic traits associated with suicidal ideation. The total score of the three scales (D+SP + Lse/3) was described as the SI. The score was subjected to binary coding, which takes the values 0 (≤ 139) or 1 (≥ 140). Two indices were also obtained from the MMPI to measure suicidal ideation: the "Threat suicide" (TS) scale, and the response to the item 339. Data on personality traits of the mother and father (depression and other psychiatric disorders, relational skills, violent behavior, affectivity), and the family environment (separation, death of a parent, economic problems, alcoholism, family climate), were obtained, retrospectively, using a structured questionnaire. Each significant negative trait or condition reported by a subject was assigned one point (1), and the lack of an event was assigned no points (0). The childhood adversity scores were then aggregated into three categories, the Maternal Marker (MM), the Paternal Marker (MP), and the Family Marker (MF), obtained from the sum of the number of stressful childhood characterizations referring to the mother, father, and family. Using this method, we aimed also to examine the joint effects (interactive model) of negative childhood conditions on suicidal ideation in adult psychiatric patients. Finally, we also aimed to determine if an increase in the marker scores was associated with an increase in the risk of suicidal ideation.

Results

D, PS, and Lse MMPI scales, which make up the SI, showed good internal consistency (Cronbach alpha = 0.87). The cut-off of 140 points for the SI shows a remarkable ability to recognize the presence of suicidal thoughts (sensitivity = 0.93, specificity = 0.61).

R. Infrasca

Dipartimento di Psichiatria,
ASL5 La Spezia

Key words

Parental style • Suicidal ideation • Suicidal indicator • Psychiatric disorders

Corrispondenza:

Roberto Infrasca, Dipartimento di Psichiatria, ASL 5, via Zara 2, 19122 La Spezia, Italia • Tel. 0187534977 • E-mail: roberto.infrasca@asl5.liguria.it.

The data show the relationship between the presence of negative characterizations of parental personality and family conditions and the risk of suicidal ideation in psychiatric patients, particularly marked in relation to the negativity of the family (Table II). Furthermore, the increase in the number of positive markers also increases the risk of suicidal thoughts (Table III). Results indicated that the risk of suicidal ideation (OR) is different based on the characteristics of an individual's two parents. In particular, the lack of maternal affection is stronger than the paternal one, and authoritarianism increases the risk unless manifested by the father, whereas depression is significant only for the maternal figure (Table I).

Conclusions

The SI proved able to detect the presence of suicidal thoughts, suggesting the need for more effective therapy

to reduce the likelihood of such psychopathologic dynamics (mainly the serotonin and dopamine system). SI precedes suicidal ideation and is not secondary to it. It is able to detect also potential (not communicated) suicidal ideation, which is often tenuous and definitely affects the vast majority of serious psychiatric disorders (depressive, psychotic, borderline, etc.). In this regard, the SI as reliable as investigative measure with different psychopathologic symptoms. In the second scenario, research has shown a statistical link between certain stressful conditions of childhood (characterizations of negative parenting and family) and suicidality, as represented in the SI. In fact, the results indicate that specific, objective, and identifiable dimensions are present and could assist in creating possible preventive interventions during childhood in some psycho-behavioral parenting and family conditions.

Introduzione

Uno dei problemi psichiatrici più complessi riguarda la previsione e la prevenzione del comportamento suicidario. In questo specifico ambito un aspetto di rilevante interesse clinico è costituito dall'ideazione suicidaria, intesa come insieme di idee, fantasie e vissuti che evidenziano – rispetto alle attuali condizioni del soggetto – una percezione di “positività” nei confronti della morte. Di fatto, tale condizione può assumere il profilo di un momentaneo pensiero autolesivo, oppure organizzarsi in un tentato suicidio, vale a dire un atto conscio tendente all'autodistruzione, pur se realizzato con modalità relativamente rischiose per la vita e una modesta intenzionalità di morte.

Tale interesse è giustificato dal fatto che la maggior parte dei comportamenti suicidari, soprattutto quelli ad esito fatale, conseguono da lunghi periodi di elaborazione, durante i quali è possibile cogliere segnali diretti e indiretti di ideazione suicidaria¹⁻³. Numerosi studi sostengono che tale condizione “ideativa” è preliminare per i comportamenti autolesivi messi in atto dai pazienti psichiatrici⁴⁻⁷.

La prevalenza “lifetime” dell'ideazione suicidaria trova in letteratura una diversa stima. Alcune ricerche collocano questo fenomeno al 7,8%⁸, altre al

14%⁹, altre ancora sostengono che la stessa oscilla tra l'1,1 e il 19,8%¹⁹. L'ideazione suicidaria dimostra di essere un fenomeno abbastanza stabile nei pazienti psichiatrici. Di fatto, alcune ricerche di follow-up su soggetti con disturbo borderline hanno evidenziato che, mentre il comportamento suicidario diminuiva sensibilmente negli anni successivi al trattamento psicoterapeutico, l'ideazione suicidaria rimaneva costante¹¹.

Numerosi studi hanno evidenziato l'associazione tra un negativo stile genitoriale e familiare nell'infanzia e un elevato rischio di gravi difficoltà interpersonali durante l'adolescenza e la maturità, difficoltà che possono avere un ruolo centrale nello sviluppo di ideazione e di comportamento suicidario¹²⁻¹⁵. Queste famiglie sono caratterizzate da un'intensa conflittualità, mostrano atteggiamenti rifiutanti, evidenziano una comunicazione inadeguata, una scarsa espressione di affetto e di sostegno emotivo. Inoltre, nelle stesse si rileva una maggiore frequenza di separazioni e divorzi, di morte dei genitori, di gravi contrasti, di problemi economici, di violenza, di abuso alcolico^{16,17}.

Altri fattori associati al suicidio (particolarmente nei pazienti borderline) sono i vissuti di perdita e di rifiuto sperimentati durante l'infanzia, unitamente allo sviluppo di un attaccamento negativo con le figure significative^{18,19}.

Di fatto, l'ideazione suicidaria e gli atti suicidari si riscontrano maggiormente nei pazienti che hanno avuto madri depresse (o con altri disturbi psichiatrici), autoritarie e anaffettive^{20,21}, padri emotivamente assenti, distaccati, punitivi, o affetti da patologie psichiche^{16,22}.

Una costante letteratura ha individuato nella sintomatologia depressiva^{7,23,24}, nella bassa autostima²⁵⁻²⁷, nello "stile psicotico o psicoticismo"^{28,29}, le condizioni maggiormente implicate nelle dinamiche suicidarie, sia mentali (ideazione), sia comportamentali (tentato suicidio e suicidio completato).

Partendo dal presupposto che molto spesso queste ultime organizzazioni patologiche sono negate e/o non comunicate³⁰, i ricercatori hanno sviluppato una serie di scale e questionari in grado di rilevare la presenza di ideazione e propositi suicidari³¹⁻³³. Le ricerche orientate ad analizzare in modo specifico il legame tra caratteristiche genitoriali e familiari e ideazione suicidaria nell'adulto non sono però numerose. La metodologia adottata nel presente lavoro è quindi orientata ad isolare i tratti di personalità dei genitori e le variabili familiari associate al processo autolesivo. Attraverso questa prassi si voleva analizzare anche il legame tra il profilo genitoriale e familiare e la depressione, la bassa autostima e lo psicoticismo, unitamente all'influenza esercitata dall'interazione di questi tre aspetti clinici sui pensieri suicidi.

Inoltre, partendo dal presupposto che l'ideazione suicidaria è un fenomeno multidimensionale cui partecipano numerose variabili cliniche e psiconologiche, il lavoro era orientato a elaborare un "indicatore suicidario" (IS) capace di aggregare tali variabili, confrontando statisticamente questo costruito con le condizioni sfavorevoli dell'infanzia di pazienti psichiatrici adulti.

Metodi

Ad un campione di 710 pazienti (515 femmine, 195 maschi) del Servizio di Salute Mentale della ASL 5 di La Spezia, affetti da disturbi depressivi (29,7%, età media $38,8 \pm 13,1$; range 23-61 anni), d'ansia (27,5%, età media $34,8 \pm 12,7$; range 18-54 anni), somatoformi (13,6%, età media $42,1 \pm 12,1$; range 23-61 anni), di personalità (15,7%, età media $37,4 \pm 12,5$; range 21-56 anni), e psicotici (13,5%, età media $40,2 \pm 12,1$; range 20-68 anni), è stato somministrato il MMPI. La

formulazione della diagnosi ha avuto una doppia verifica: i criteri del DSM-IV e le risultanze diagnostiche del MMPI.

Da questo ultimo test sono state ricavate le scale D (depressione), PS (psicoticismo), Lse (bassa autostima). La scala D (depressione) misura sintomi e tratti di natura depressiva quali umore depresso, bassa autostima, tristezza, sentimenti di inadeguatezza o di colpa, disperazione. La scala PS (psicoticismo) valuta la presenza di tratti che testimoniano uno stile di vita schizoide (tendenza al distacco sociale, ostilità, chiusura, insensibilità, propensione elevata per il rischio, originalità del comportamento, esperienze bizzarre e insolite). Punteggi molto elevati della scala possono indicare la presenza di un precario contatto con la realtà, unitamente ad aspetti deliranti e allucinazioni. La scala Lse (bassa autostima) misura la scarsa fiducia verso la propria persona, vissuti svalutativi e negativi di sé. Il punteggio totale delle tre scale ($D + PS + Lse/3$) è stato definito "Indicatore Suicidario" (IS). Il punteggio è stato sottoposto ad una codificazione binaria, che assume i valori 0 (≤ 139 : assenza di ideazione suicidaria) o 1 (≥ 140 : presenza di ideazione suicidaria).

Dal MMPI sono stati ottenuti anche due indici che valutano la presenza di ideazione suicidaria: la scala *Threat suicide* (TS)³¹, che misura la "minaccia di suicidio", e la risposta "vero" all'item 339 (*Quasi sempre vorrei essere morto*)³⁴.

Sulla scorta della metodologia utilizzata in altre ricerche³⁵⁻³⁷, le variabili genitoriali e familiari sono state ottenute dai pazienti attraverso un questionario strutturato composto da 15 domande, strumento validato in una precedente ricerca³⁸.

Le domande (a risposta dicotomica Sì/No) indagano retrospettivamente tre principali aree: personalità *materna* e *paterna* (depressione, scarsa comunicazione, autoritarismo, alcolismo, anaffettività), *condizioni familiari* (separazione coniugale, atteggiamenti violenti, problemi economici, conflitti familiari, assenza genitori). Lo strumento è formato da quesiti che, analizzando condizioni e comportamenti obiettivi e concreti, ostacolano una "rielaborazione del ricordo" da parte del paziente ("recall bias") come verificato in altre ricerche³⁹, cui si aggiunge una buona coerenza interna (α di Cronbach = 0,81).

Ad ogni tratto genitoriale e condizione familiare negativa segnalata dal paziente è stato assegnato un punteggio 1, alla sua mancanza è stato assegnato 0. Le dimensioni indagate sono state aggre-

gate in tre distinti marker: materno (MM), paterno (MP), e familiare (MF), rispettivamente ottenuti dalla somma delle caratterizzazioni negative riferite alla madre, al padre e alla famiglia. Il valore dei marker materno, paterno e familiare è stato sottoposto ad una codificazione binaria: 0 (tra 0 e 1 condizione stressante) e 1 (2 o più condizioni). L'attendibilità dell'indicatore suicidario IS è stata verificata attraverso la comparazione statistica (regressione logistica, Chi-quadrato) con l'item 339 e la scala TS del MMPI. La relazione tra IS e i tratti genitoriali, quelli familiari e i rispettivi marker (MM, MP, MF), è stata analizzata utilizzando la regressione logistica.

Risultati

L'ideazione suicidaria rilevata attraverso l'item 339 (risposta "vero") è presente nel 14,8% del campione, nel 17,8% utilizzando la scala TS (cut-off ≥ 70 punti). Le scale D, PS e Lse che compongono l'IS hanno dimostrato un'ottima coerenza interna (alpha di Cronbach = 0,87). Il cut-off di 140 punti dell'indicatore suicidario dimostra una notevole capacità nel riconoscere la presenza di pensieri autolesivi (sensività = 0,93; specificità = 0,61). La regressione logistica tra l'indice 339 e le tre scale utilizzate mette in luce una forte affinità tra questi parametri: D-depressione (OR = 4,3; IC 95% = 2,4-7,7), PS-psicoticismo (OR = 4,2; IC 95% = 2,7-6,5), Lse-bassa autostima (OR = 5,3; IC 95% = 2,9-9,6). La stessa analisi tra la "Threat suicide" e le scale D (OR = 9,3; IC 95% = 4,7-18,1), PS (OR = 9,3; IC 95% = 6,1-14,3), Lse (OR = 35,5; IC 95% = 11,1-113,1), evidenzia il profondo legame statistico tra queste dimensioni, mettendo in luce il pesante ruolo giocato dalla bassa autostima nell'ideazione suicidaria (OR = 35,5).

Infine, la regressione logistica tra item 339 e IS (OR = 7,1; IC 95% = 4,1-12,2), tra item 339 e scala TS (OR = 5,9; IC 95% = 3,7-9,3), tra IS e scala TS (OR = 11,4; IC 95% = 6,7-19,1) ha evidenziato una forte concordanza dei tre indici nella misurazione dell'ideazione suicidaria. Una verifica statistica di questi risultati tramite il Chi-quadrato (χ^2) consolida tale convincimento: IS e item 339 ($\chi^2 = 62,2$; df = 1; p = 0,000000), IS e scala TS ($\chi^2 = 139,9$; df = 1; p = 0,000000), item 339 e scala TS ($\chi^2 = 70,0$; df = 1; p = 0,000000).

Il legame tra tratti genitoriali e "indicatore suicidario" (IS) viene proposto in Tabella I.

TABELLA I.

Regressione logistica tra tratti genitoriali e IS (n = 710). *Logistic regression between parental traits and IS (n = 710).*

Tratto genitoriale	Padre		Madre	
	OR	95% IC	OR	95% IC
Scarsa comunicazione	2,3	1,7-3,1	2,3	1,6-3,4
Anaffettività	2,1	1,4-3,0	3,1	1,9-4,9
Autoritarismo	2,2	1,5-3,3	ns	
Depressione	ns		1,7	1,2-2,3

La Tabella mostra alcune interessanti condizioni. Il rischio (OR) di ideazione suicidaria si evidenzia differenziato rispetto alle figure genitoriali. In particolare, l'anaffettività materna si rivela più incisiva di quella paterna, l'autoritarismo aumenta il rischio solo se manifestato dal padre, mentre la depressione è significativa solo per la figura materna.

Mettendo in evidenza che uno stesso tratto genitoriale, se manifestato da un figura o dall'altra, è legato ad un rischio suicidario differenziato (a volte assente), i dati divengono una verifica aggiuntiva della distinta valenza emotivo-affettiva e relazionale assunta dalla madre e dal padre nell'interazione con il figlio.

Inoltre, tenendo presente che il modello IS è associato un elevato rischio di ideazione suicidaria (rispettivamente di 7,1 e 11,4 volte per la positività dell'item 339 e della scala TS), ne consegue che l'anaffettività, la depressione materna e la rigidità emozionale sono maggiormente implicati nel processo ideativo indagato.

I risultati ottenuti dall'analisi statistica tra condizioni familiari e IS vengono proposti in Tabella II.

TABELLA II.

Regressione logistica tra condizioni familiari e IS (n = 710). *Logistic regression between family conditions and IS (n = 710).*

Condizione familiare	OR	95% IC
Assenza genitori	2,7	1,8-3,8
Alcolismo	2,9	1,4-6,0
Conflitti coniugali	2,3	1,5-3,4
Atteggiamenti violenti	2,1	1,1-3,5
Problemi economici	1,8	1,3-2,5

La Tabella mostra l'associazione tra alcune negative condizioni familiari e l'aumento del rischio di pensieri suicidari nel paziente psichiatrico, risultato che fa assumere a queste condizioni un pesante ruolo disorganizzante nella personalità infantile.

La comparazione statistica tra i marker positivi (2 o più tratti o condizioni stressanti) e l'indicatore suicidario IS viene presentata in Tabella III.

TABELLA III.

Regressione logistica tra marker e IS (n = 710). *Logistic regression between markers and IS (n = 710).*

Marker	OR	IC 95%
Materno (MM)	2,7	1,9-3,8
Paterno (MP)	2,1	1,5-2,9
Familiare(MF)	3,9	2,1-7,3
<i>Marker totale (MM + MP + MF):</i>		
1 marker positivo	1,6	1,1-2,3
2 marker positivi	2,9	1,8-4,7
3 marker positivi	4,3	1,9-9,9

I dati mostrano la relazione esistente tra la presenza di caratterizzazioni negative della personalità genitoriale e delle condizioni familiari e aumento del rischio di ideazione suicidaria nel paziente psichiatrico, condizione particolarmente marcata per quanto riguarda la negatività dell'ambiente familiare. Si nota, inoltre, come all'aumentare del numero dei marker positivi aumenti parallelamente il rischio di pensieri autolesivi.

Inoltre, nel campione indagato i quadri clinici a maggiore rischio di ideazione suicidaria (IS) risultano i disturbi di personalità (OR = 24,3; IC 95% = 5,6-104,3), quelli psicotici (OR = 18,5; IC 95% = 4,1-82,7), depressivi (OR = 5,6; IC 95% = 1,5-19,7) e d'ansia (OR = 4,2; IC 95% = 1,2-15,1).

Infine, dato il loro interesse per il presente lavoro, riportiamo i primi risultati di una ricerca attualmente in corso, il cui scopo è analizzare la relazione statistica (χ^2) tra un campione di pazienti che hanno tentato il suicidio e l'indicatore suicidario elaborato (IS). I dati preliminari mostrano come tutti i pazienti con comportamento suicidario evidenziano un IS positivo (≥ 140 punti) ($\chi^2 = 6,47$; $df = 1$; $p = 0,010$), condizione che – pur richiedendo ulteriori verifiche – testimonia l'ottima capacità discriminante dell'indicatore.

Discussione

Confrontando l'ideazione suicidaria del paziente psichiatrico esposto a esperienze infantili stressanti (personalità genitoriale e clima familiare), il lavoro ha messo in luce l'associazione statistica tra queste variabili. I risultati hanno dimostrato che l'indicatore IS ha un'apprezzabile capacità predittiva dell'ideazione suicidaria (comunicata o silente), e una forte relazione statistica con altri indici suicidari (item 339 e scala TS del MMPI).

I dati ottenuti indicano che il pensiero autolesivo può trovare nelle vicissitudini del periodo infantile un possibile terreno psicopatogenetico. Sottolineano anche il diverso "peso" che gli atteggiamenti delle figure genitoriali hanno nel "processo suicidario". Tale affermazione non significa che esiste un rapporto di causa-effetto tra condizioni infantili avverse e ideazione suicidaria, bensì che alcuni stressor dell'infanzia possono produrre una vulnerabilità di base che, se sollecitata durante il tragitto esistenziale, può dar luogo ad un "collasso personologico" che si esprime attraverso la malattia psichica e i pensieri autolesivi.

In questa prospettiva, esistono riscontri biologici che dimostrano come gli stress precoci inducano disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisario e di quello adrenergico (HPA), condizione che, oltre a differenziare la risposta allo stress in età adulta, aumenterebbe la vulnerabilità individuale alla psicopatologia (particolarmente depressiva), ai pensieri e alle condotte suicidarie⁴⁰⁻⁴².

Non pare quindi casuale che il paziente psichiatrico con ideazione suicidaria risulta esposto a questa precoce disfunzionalità, evidenziando un quadro psicopatologico che si manifesta proprio attraverso i sintomi rappresentati nelle scale che compongono l'indicatore suicidario (D, PS, Lse): isolamento, disistima, depressione, tratti schizoidi, distacco sociale, rimuginazione, eccentricità comportamentale, scarsa capacità relazionale, esame di realtà disturbato, precarietà introspettiva, aggressività autodiretta. Inoltre, i dati hanno messo in luce che, qualora il profilo psicopatologico sia principalmente e marcatamente caratterizzato da depressione, psicotismo e bassa autostima (indicatore IS), la probabilità di pensieri suicidari e delle relative condotte aumenta notevolmente. Infine, i risultati indicano che, stadi cronologicamente distanti (infanzia e maturità), trovano un legame dinamico capace di chiarire ulteriormente l'eziopatogenesi del fenomeno ideativo indagato.

Conclusioni

La ricerca ha proposto un duplice scenario cui è associata l'ideazione suicidaria del paziente psichiatrico. Nel primo, l'indicatore IS (aggregazione delle scale depressione, psicoticismo e bassa autostima del MMPI), data la sua caratteristica multidimensionale, ha dimostrato la capacità di rilevare la presenza di pensieri autolesivi nel paziente, suggerendo anche l'operatività terapeutica più efficace per ridurre la probabilità di tali dinamiche psicopatologiche (principalmente sistema serotonergico e dopaminergico). Aspetto non secondario, l'IS si mostra in grado di evidenziare l'ideazione suicidaria non comunicata (potenziale), condizione frequente e decisamente delicata che interessa la grande maggioranza dei quadri psichiatrici gravi (depressivi, psicotici, border, ecc.). A tale riguardo, l'IS ha dimostrato la stessa attendibilità investigativa in organizzazioni psicopatologiche con differente sintomatologia.

Nel secondo scenario, la ricerca ha messo in luce il legame statistico tra alcune condizioni stressanti dell'infanzia (caratterizzazioni genitoriali e familiari negative) e suicidalità – intesa come categoria psicopatologica che esprime pensieri e tendenze autoaggressive – rappresentata dall'indicatore IS. Di fatto, i risultati ottenuti indicano i possibili interventi di prevenzione sui precursori infantili associati all'ideazione suicidaria, rintracciati in alcuni tratti psico-comportamentali delle figure genitoriali e alcune condizioni familiari, dimensioni che hanno il pregio di essere specifiche e obiettive, quindi di facile identificazione.

Ribadita costantemente da una vasta letteratura, l'importanza delle condizioni infantili stressanti nello sviluppo di una personalità potenzialmente patologica capace di elaborazione suicidaria, trova nel lavoro un ulteriore momento di verifica anche statistica, avvalorando queste teorie evolutive. Un negativo stile genitoriale appare così in grado di produrre demoralizzazione, confusione, ritiro nel mondo interno, autosvalutazione, anedonia, sentimenti di solitudine e di inutilità, angoscia, ingredienti psicopatologici che possono innescare l'ideazione suicidaria, dando l'avvio ad un "processo suicidario" che può sconfinare nel passaggio all'atto.

Bibliografia

- 1 Brener N, Krug E, Simon T. *Trends in suicide ideation and suicidal behavior among high school students in the United States, 1991-1997*. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:304-12.
- 2 Witte TK, Fitzpatrick KK, Joiner TE Jr, Schmidt NB. *Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation?* *J Affect Disord* 2005;88:131-6.
- 3 Gibb BE, Andover MS, Beach SR. *Suicidal ideation and attitudes toward suicide*. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36:12-8.
- 4 Steer RA, Rissmiller DJ, Ranieri WF, Beck AT. *Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients*. *Behav Res Ther* 1993;31:229-6.
- 5 Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. *Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study*. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:371-7.
- 6 Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Margariti M, Stamouli S, Kollias C, Christodoulou G. *Suicidal ideation in inpatients with acute schizophrenia*. *Can J Psychiatry* 2004;49:476-9.
- 7 Terra JL. *Suicide risk and depression*. *Rev Prat* 2008;58:385-8.
- 8 Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al., the ESEMED/MHEDEA Investigators. *Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study*. *J Affect Disord* 2007;101:27-4.
- 9 Tyssen R, Vaglum P, Grønvdol NT, Ekeberg O. *Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors*. *J Affect Disord* 2001;64:69-9.
- 10 Casey P, Dunn G, Kelly BD, Lehtinen V, Dalgard OS, Dowrick C, et al. *The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:299-4.
- 11 Sabo AN, Gunderson JG, Najavits LM, Chauncey D, Kiesel C. *Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy. A prospective follow-up*. *J Nerv Ment Disease* 1995;183:370-6.
- 12 Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Broen J, Brook JS. *Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescent and early adulthood*. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:741-9.
- 13 Enns MW, Cox BJ, Afifi TO, De Graaf R, Ten Have M, Sareen J. *Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study*. *Psychol Med* 2006;36:1769-78.
- 14 Fotti SA, Katz LY, Afifi TO, Cox BJ. *The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents*. *Can J Psychiatry* 2006;51:698-3.

- 15 Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. *Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences*. Am J Public Health 2008;98:946-2.
- 16 Ross MW, Clayer JR, Campbell RL. *Parental rearing patterns and suicidal thoughts*. Acta Psychiatr Scand 1983;67:429-3
- 17 Larosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay T, Leclésiau H. *Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center*. Encephale 2005;31:289-9.
- 18 Paris J, Nowlis D, Brown R. *Predictors of suicide in borderline personality disorder*. Can J Psychiatry 1989;34:8-9.
- 19 Kjelsberg E, Eikeseth PH, Dahl AA. *Suicide in borderline patients -- predictive factors*. Acta Psychiatr Scand 1991;84:283-7
- 20 Klimes-Dougan B, Free K, Ronsaville D, Stilwell J, Welsh CJ, Radke-Yarrow M. *Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:651-9.
- 21 Klimes-Dougan B, Lee CY, Ronsaville D, Martinez P. *Suicidal risk in young adult offspring of mothers with bipolar or major depressive disorder: a longitudinal family risk study*. J Clin Psychol 2008;64:531-0.
- 22 Tousignant M, Bastien MF, Hamel S. *Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1993;28:256-1.
- 23 Palmer CJ Jr. *Suicide attempt history, self-esteem, and suicide risk in a sample of 116 depressed voluntary inpatients*. Psychol Rep 2004;95:1092-4.
- 24 Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJ, Segal ZV. *Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes*. J Affect Disord 2006;91:189-4.
- 25 Overholser JC, Adams DM, Lehnert KL, Brinkman DC. *Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:919-8.
- 26 Wild LG, Flisher AJ, Lombard C. *Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem*. J Adolesc 2004;27:611-24.
- 27 Franck E, De Raedt R, Dereu M, Van den Abbeele D. *Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2007;38:75-5.
- 28 Cohen LJ, Test MA, Brown RL. *Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study*. Am J Psychiatry 1990;147:602-7.
- 29 Goldstein G, Haas GL, Pakrashi M, Novero AM, Luther JF. *The cycle of schizoaffective disorder, cognitive ability, alcoholism, and suicidality*. Suicide Life Threat Behav 2006;36:35-3.
- 30 Busch KA, Clark DC, Fawcett J, Kravitz HO. *Clinical features of inpatient suicide*. Psychiatr Ann 1993;23:256-2.
- 31 Farberow NL, Devries AG. *An item differentiation analysis of MMPIs of suicidal neuropsychiatric hospital patients*. Psychol Rep 1967;20:607-7.
- 32 Hawton K. *Assessment of suicide risk*. Br J Psychiatry 1987;150:145-3.
- 33 Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. Am J Psychiatry 1999;156:181-9.
- 34 Gross K, Keyes MD, Greene RL. *Assessing depression with the MMPI and MMPI-2*. J Pers Assess 2000;73:464-77.
- 35 Parker G, Tupling H, Brown L. *A parental bonding instrument*. Br J Med Psychol 1978;52:1-10.
- 36 Bifulco A, Brown GW, Harris T. *Childhood experiences of care and abuse (CECA). A retrospective interview measure*. Child Psychol Psychiatry 1994;35:1419-35.
- 37 Shanta R, Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. *Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span findings from the Adverse Childhood Experiences Study*. JAMA 2001;286:3089-96.
- 38 Infrasca R. *Childhood adversities and adult depression. An experimental study on childhood depressive markers*. J Affect Disord 2003;76:103-11.
- 39 Finlay-Jones R, Scott R, Duncan-Jones P, Byrne D, Henderson S. *The reliability of report of early separations*. Aus N Zeal J Psychiatry 1981;15:27-31.
- 40 Roy A. *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and suicidal behavior in depression*. Biol 1992;32:812-6.
- 41 Van Voorhees E, Scarpa A. *The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis*. Trauma Violence Abuse 2004;5:333-52.
- 42 Pfennig A, Kunzel HE, Kern N, Ising M, Majer M, Fuchs B, et al. *Hypothalamus-pituitary-adrenal system regulation and suicidal behavior in depression*. Biol Psychiatry 2005;57:336-2.