

## ATTEGGIAMENTI NEI CONFRONTI DELLA MORTE E DEL SUICIDIO IN ADOLESCENZA

Alfio Maggiolini, Mauro Di Lorenzo, Cecilia Pisa

### Introduzione

I tassi di suicidio stanno aumentando nel mondo e il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani. L'incremento sembra essere maggiore tra gli adolescenti e i giovani adulti piuttosto che nelle persone anziane (Bertolote e Fleischmann 2002). Il suicidio giovanile, più frequente tra i maschi con un rapporto di 3,5 a 1 rispetto alle femmine (World Health Organization [WHO] 2000, 2001) è aumentato soprattutto in alcuni Paesi dell'Est europeo (Russia, Lituania) e dell'Est asiatico, come la Cina (Värnik 2005). L'aumento a livello mondiale dei tassi di suicidio giovanile sembra collegato anche all'emergere dei dati provenienti dai Paesi asiatici. Nei Paesi europei il fenomeno è relativamente costante: nel periodo dal 1984 al 2000 solo in Irlanda, Svezia e Danimarca si è verificato un aumento dei tassi di suicidio giovanile.

In Italia, in particolare, dal 1995 al 2001 i tassi sono andati diminuendo, sia nel gruppo 0-14 anni per i maschi (0,3 su 100.000; - 21,2%), sia nel gruppo 15-24 anni per i maschi (6,4 su 100.000; - 8,5%) e per le femmine (1,3 su 100.000; - 17%), mantenendosi in generale al di sotto dei valori medi europei (WHO - Office for Europe 2004). Dai dati statistici è possibile rilevare che in Italia si tolgono la vita ogni anno circa 250 giovani entro i 25 anni con un numero di circa 450 tentativi di suicidio registrati (Istat, Statistiche Giudiziarie Penali).

Colpisce il numero relativamente ridotto di tentativi di suicidio, circa il doppio dei suicidi registrati, dal momento che in letteratura sono stimati dai 20 ai 150-200 tentativi di suicidio per ogni adolescente che si toglie la vita (McIntosh 2004). Nella regione Lombardia nell'anno 2004 i suicidi giovanili accertati sono stati 2 nella fascia 0-13 anni, 6 in quella 14-17 e 35 nella fascia 18-24 per un totale di 43 suicidi (Istat 2005); infine i tentativi di suicidio sono stati in totale 67, meno del doppio dei suicidi registrati a conferma del trend rilevato a livello nazionale.

Sebbene tra i principali obiettivi di ricerca sul suicidio giovanile vi sia una stima attendibile del fenomeno (WHO 2006) tale rilevazione risulta problematica e la tendenza a sottostimare l'incidenza del suicidio sembra causata da un lato da un atteggiamento di negazione e minimizzazione del problema da parte dei genitori e degli adolescenti stessi, dall'altro da differenze nelle procedure di registrazione dei suicidi nei diversi presidi sanitari. Frequentemente i tentati suicidi sono registrati come incidenti, anche per la difficoltà a definire non un comportamento, ma un'intenzione complessa, che coinvolge motivazioni conscie e inconscie.

Inoltre l'incidenza di comportamenti suicidari varia in modo considerevole a seconda di chi è il soggetto che ne riporta la presenza, del periodo di tempo considerato e della metodologia

di rilevazione utilizzata (Klime-Dougan 1998). Ad esempio sia nella popolazione generale (Velez e Cohen 1988) sia in campioni clinici (Herjanic e Reich 1982) gli adolescenti riportano costantemente un'incidenza di comportamenti suicidari maggiore rispetto a quella rilevata dagli adulti di riferimento. L'intervallo temporale inoltre può incidere in modo significativo sui risultati se ci si riferisce alle "ultime settimane", agli "ultimi anni" e/o "all'intera vita" (Lewinsohn et al. 1996). Infine, i questionari di tipo *self-report* somministrati in forma anonima sembrano massimizzare l'apertura nei confronti di domande riguardanti il suicidio, e portano a un riscontro di tassi maggiori rispetto a quelli evidenziati con altre metodologie (Kaplan et al. 1994).

In una prospettiva di psicopatologia evolutiva (Achenbach 2001, Cicchetti e Cohen 1995) è importante individuare il rapporto tra intenzioni e fattori di rischio individuali e di contesto (Shaffer 1988, Whiteford et al. 2001, WHO 2006). In tale prospettiva il suicidio può essere letto come esito dell'interazione tra generali atteggiamenti verso la vita e la morte e una scelta deliberata a fronte di una percezione soggettiva di impossibilità nel superare un ostacolo evolutivo (Orbach 1988, Pietropoli Charmet 2004, Pietropoli Charmet e Piotti 2009).

Tra i fattori di rischio, un precedente tentativo di suicidio è il predittore più significativo di un eventuale suicidio portato a compimento o di ulteriori tentativi di suicidio (Borowsky et al. 2001, Fergusson et al. 2000, Larsson e Sund 2008, Lewinsohn et al. 1996, Shaffer 1988, Wichstrom 2000).

Per quanto riguarda i disturbi psichiatrici, l'umore depresso ha un ruolo significativo nel suicidio adolescenziale (Evans et al. 2004): i dati empirici mostrano un'associazione tra i disturbi dell'umore in generale e il suicidio in adolescenza (Gould et al. 2003) e sottolineano l'importanza di alcuni sintomi depressivi, quali l'instabilità emotiva, il ritiro e la perdita di speranza nell'emergere di comportamenti suicidari (Dori e Overholser 1999, McLaughlin 1996, Wolfsdorf et al. 2003). Tuttavia, sebbene la depressione sia lo stato affettivo che più si accompagna alla messa in atto di gesti suicidari, non tutti gli adolescenti che mettono in atto tentativi di suicidio sono depressi (Spirito e Esposito-Smythers 2006).

Gli stati ansiosi si riscontrano più frequentemente negli adolescenti che tentano il suicidio (Ohring et al. 1996; Stein et al. 1998): le ricerche mostrano una forte relazione tra ansia di tratto e comportamenti suicidari mentre gli episodi situazionali di ansia di stato non sembrano associati a tali gesti (Goldston et al. 1996).

Tra i disturbi psichiatrici, emerge una relazione significativa anche tra l'abuso di sostanze e i suicidi in adolescenza (Esposito-Smythers e Spirito 2004, Spirito e Esposito-Smythers 2006): gli adolescenti che portano a termine un tentativo di suicidio dichiarano un utilizzo di alcol, droghe o un mix di entrambi più frequentemente (di almeno 4 volte) rispetto agli adolescenti che mettono in atto tentativi di suicidio non letali, sebbene anche tra questi ultimi i livelli di uso di sostanze siano tali da giustificare nella maggior parte dei casi una diagnosi di abuso (Mehlenbeck et al. 2003).

Ulteriori fattori di rischio sono la rabbia, vista sia come tratto indipendente sia come sintomo di un disturbo psichiatrico (Spirito e Esposito-Smythers 2006) e i comportamenti impulsivi e/o aggressivi (Giegling et al. 2009, McKeown 1998). Gli adolescenti suicidari riportano livelli maggiori di rabbia (Stein et al. 1998) e tra coloro che sottolineano il desiderio di morire, rispetto ad altre motivazioni, alla base del loro tentativo di suicidarsi si caratterizzano per maggiori

espressioni di rabbia (Boergers et al. 1998). È in particolare l'aggressività impulsiva come la risposta ad frustrazione immediata caratterizzata da alti livelli di ostilità e rabbia, a essere maggiormente associata ai comportamenti suicidari (Brent e Mann 2005).

Anche la presenza di strategie di coping inefficaci e l'incapacità di generarne di nuove e alternative in risposta ai problemi risultano fattori di rischio (Spirito e Esposito-Smythers 2006). Inoltre, se in situazioni di stress un rapporto positivo con il proprio corpo può mobilitare meccanismi di evitamento del pericolo fisico e di cura per il Sé, un Sé corporeo connotato negativamente può contribuire alla mancanza di attenzione per la propria salute, all'esposizione a pericoli e a gesti auto-distruttivi (Orbach et al. 2006).

Per quanto riguarda invece i fattori di rischio di contesto, bassi livelli di coesione, elevata conflittualità e insoddisfazione all'interno della relazione genitori-adolescente sono elementi riscontrati frequentemente nelle famiglie di adolescenti che tentano o completano il suicidio (Wagner 2003). Anche i *life events* sono associati al suicidio giovanile (Gould et al. 2003); in particolare la morte di un genitore o una perdita significativa all'interno della famiglia aumentano notevolmente il rischio di comportamenti suicidari (Agerbo et al. 2002, Overholser 2003). Stress di tipo interpersonale legati all'ambito familiare per i soggetti più giovani o a relazioni affettive significative per gli adolescenti più grandi, sono frequentemente riscontrati negli adolescenti suicidari (Overholser 2003).

Recentemente, la ricerca empirica si è interessata al ruolo di tali fattori di rischio all'interno del continuum di gravità esistente nei possibili gesti autolesivi, a partire dal *self-harming* privo di intenti suicidari sino alla messa in atto di un reale tentativo di suicidio. I risultati emersi in letteratura sottolineano la presenza dei medesimi fattori di rischio, e sostengono l'ipotesi di un secondo continuum rappresentante il livello complessivo di rischio parallelo a quello della gravità dei gesti compiuti (Brausch e Gutierrez 2010): gli adolescenti che mettono in atto gesti autolesivi privi di intento suicidario riportano in generale meno fattori di rischio, tra cui una minore sintomatologia depressiva e ideazione suicidaria, e più fattori di protezione, tra cui una maggiore autostima e un maggior supporto genitoriale (Dougherty et al. 2009). Viceversa, gli adolescenti che mettono in atto tentativi di suicidio veri e propri riportano maggiore depressione, perdita di speranza ed impulsività rispetto a quelli che mettono in atto unicamente gesti autolesivi (Claes et al. 2009).

L'individuazione dei fattori di rischio rischia però di fornire al clinico solamente una parte del quadro complessivo (Gutierrez 2006). Il rischio di suicidio, infatti, è un costrutto fluido, composto da numerosi fattori che possono modificarsi in modo repentino, rendendo la previsione certa di un tentato suicidio molto complessa. Secondo Gutierrez (2006) è possibile arrivare ad un bilancio complessivo dell'integrazione tra fattori di rischio e fattori protettivi valutando l'attrazione per la vita o viceversa per la morte: l'ipotesi di base è che all'aumentare dei fattori di rischio l'individuo sia più attratto dalla morte e appaia maggiormente a rischio suicidario; un aumento al contrario dei fattori protettivi o una diminuzione dei fattori di rischio può far riemergere rapidamente un'attrazione per la vita e diminuire quindi il rischio di comportamenti autolesivi (Gutierrez 1999, Gutierrez et al. 1996, Orbach 1989, Osman 1994).

## Metodologia

### *Obiettivi*

La presente ricerca si è proposta di individuare in un campione di studenti italiani gli adolescenti a rischio suicidario e di descriverne gli atteggiamenti nei confronti della vita e della morte, mettendoli in relazione con alcuni indicatori di disagio e/o di psicopatologia.

### *Campione*

La popolazione di riferimento delle scuole superiori della regione Lombardia è di 324 865 studenti. Il campione della presente ricerca, rappresentativo della popolazione degli studenti sia per provincia della Regione Lombardia sia per tipo di scuola (Istituti professionali, Istituti tecnici, ex Istituti Magistrali, Licei classici, Licei Scientifici, altri Licei e Istituti d'arte) è composto da 2312 adolescenti (56% femmine; 44% maschi), di età compresa tra i 14 e i 19 anni ( $M = 16.2$ ;  $DS = 1.5$ ), che frequentano 114 classi di 25 istituti. L'estrazione del campione è avvenuta attraverso l'utilizzo di un campione stratificato a grappoli. La stratificazione è stata effettuata per singole Province e secondo la tipologia delle scuole, garantendo la presenza di unità provenienti da ogni strato; in ogni scuola selezionata è stato estratto un numero massimo di cinque classi, una per ogni anno di corso. La maggior parte degli studenti proviene dagli Istituti tecnici (46%), seguiti dagli studenti degli Istituti professionali (19%) e dei Licei Scientifici (16%). Gran parte degli adolescenti partecipanti alla ricerca vive con entrambi i genitori assieme a fratelli e sorelle (60%); il 12% vive con uno solo dei genitori e l'1% vive in situazioni familiari contraddistinte dall'assenza di entrambi i genitori.

### *Strumenti*

L'indagine è stata condotta attraverso la *Mast (Multi-Attitude Suicidal Tendency Scale; Orbach et al. 1991)*. Questa scala si basa sull'assunto che diversi atteggiamenti soggettivi nei confronti della vita e della morte mediano il comportamento suicidario (Orbach, 1989). È una scala multidimensionale per la valutazione delle tendenze suicidarie negli adolescenti, costituita da 30 item a 5 possibilità di risposta (da "sempre vero" a "sempre falso") che esplorano quattro tipi di atteggiamento: l'attrazione per la vita [AL], la repulsione per la vita [RL], l'attrazione per la morte [AD] e la repulsione per la morte [RD].

I risultati della MAST sono stati messi a confronto con diversi indicatori di disagio e psicopatologia.

La familiarità con il proprio corpo è stata rilevata utilizzando 10 item selezionati dal BAT (*Body Attitude Test; Probst et al. 1995*) con l'obiettivo di indagare in particolare tre vissuti nei confronti del corpo: la valutazione negativa della propria taglia corporea, la mancanza di familiarità con il corpo e l'insoddisfazione nei confronti del proprio aspetto.

Per la rilevazione della psicopatologia sono stati valutati i problemi degli adolescenti utilizzando la YSR (*Youth Self Report; Achenbach 2001*), un questionario di autovalutazione

composto da 112 item a tre possibilità di risposta (0 = “Non vero”; 1 = “In parte vero”; 2 = “Sempre vero”) creato per valutare un ampio spettro di caratteristiche del funzionamento di soggetti tra gli 11 e i 18 anni. Numerose sottoscale organizzano i risultati del questionario: dall’analisi di problematiche legate all’internalizzazione (Ansia-Depressione, Ritiro-Depressione, Lamentele somatiche) a problematiche miste (Problemi sociali, Problemi di pensiero, Problemi attentivi); a problematiche legate all’esternalizzazione (Comportamento trasgressivo, Comportamento aggressivo); riassunte in un indicatore complessivo delle problematiche totali riportate dall’adolescente. I risultati possono inoltre essere rielaborati in riferimento a sei scale definite *DSM-Oriented* e confrontabili con i disturbi diagnosticati attraverso il DSM-IV-R (APA, 2000): Disturbo affettivo; Disturbo d’ansia; Disturbo somatico; Disturbo da deficit d’attenzione e iperattività; Disturbo oppositivo-provocatorio e Disturbo della condotta.

## *Analisi*

In un campione di adolescenti sono state analizzate le differenze negli atteggiamenti nei confronti della vita e della morte misurati tramite la MAST. Sono state analizzate le relazioni tra tali atteggiamenti e alcune caratteristiche di personalità misurate attraverso lo YSR e il BAT. Successivamente, è stato individuato il numero degli adolescenti a rischio suicidario e alcune loro caratteristiche. Infine, gli atteggiamenti indagati attraverso la scala MAST riscontrati negli adolescenti a rischio suicidario sono stati messi in relazione con le altre variabili oggetto di indagine.

Per individuare i ragazzi a rischio suicidario si è utilizzata una procedura analoga a quella di Osman et al. (1993) in una ricerca su un campione di studenti universitari americani suddiviso in base alle risposte al primo item del Suicidal Behavior Questionare (Linehan e Nielsen 1981) “Hai mai pensato o tentato di ucciderti?”. Nel nostro caso abbiamo utilizzato le combinazioni delle possibili risposte ai due item dello YSR che fanno direttamente riferimento a tentativi di suicidio o ideazione suicidaria (item 18: “Intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio”); item 91: “Penso di uccidermi”), individuando così diversi differenti di rischio.

Per individuare infine le caratteristiche dei soggetti a rischio suicidario e confrontarle con il campione non a rischio sono state condotte analisi bivariate con calcolo dei relativi test di significatività (Chi Quadrato e Anova Univariata) e delle misure di associazione (Gamma di Goodman e Kruskal; Coefficiente di Pearson) a seconda della natura delle variabili prese in considerazione.

## **Risultati**

### *1. Gli atteggiamenti verso la vita e la morte negli adolescenti*

Gli adolescenti si differenziano nei propri atteggiamenti nei confronti della vita e della morte a seconda di alcune caratteristiche demografiche, della valutazione della propria immagine corporea e infine della problematicità dell’adolescente dal punto di vista psicopatologico.

Gli adolescenti maschi mostrano rispetto alle femmine una maggiore attrazione per la vita

*Atteggiamenti nei confronti della morte e del suicidio in adolescenza*

(vedi **tabella 1**; AL:  $F = 30.482$ ; sig.  $< 0.01$ ) laddove non si segnalano differenze per quanto riguarda questo atteggiamento in base all'età o al tipo di scuola frequentata.

**Tabella 1.** *Sottoscale della MAST e indicatori di disagio. Punteggi medi*

		Attrazione per la vita*	Repulsione per la vita*	Attrazione per la morte	Repulsione per la morte*
<b>Totale (N = 2308)</b>		<b>3.80 (ds = 0.59)</b>	<b>2.37 (ds = 0.67)</b>	<b>2.37 (ds = 0.70)</b>	<b>2.62 (ds = 1.04)</b>
Sesso	Maschi (N = 1016)	3.88 (ds = 0.60)	2.32 (ds = 0.67)	2.38 (ds = 0.72)	2.44 (ds = 1.01)
	Femmine (N = 1292)	3.74 (ds = 0.57)	2.42 (ds = 0.67)	2.37 (ds = 0.69)	2.77 (ds = 1.04)
Anova	F	30.482	12.789	2.366	58.965
	R quadrato corretto	0.013	0.005	0.002	0.025
Tipologia di famiglia	Entrambi i genitori con fratelli (N = 1375)	3.8 (ds = 0.58)	2.36 (ds = 0.66)	2.36 (ds = 0.68)	2.61 (ds = 1.02)
	Entrambi i genitori senza fratelli (N = 373)	3.83 (ds = 0.59)	2.27 (ds = 0.62)	2.30 (ds = 0.72)	2.71 (ds = 1.11)
	Entrambi i genitori con altri parenti (N = 255)	3.84 (ds = 0.53)	2.33 (ds = 0.64)	2.42 (ds = 0.71)	2.61 (ds = 1.03)
	Genitore solo (N = 284)	3.73 (ds = 0.66)	2.57 (ds = 0.70)	2.45 (ds = 0.74)	2.58 (ds = 1.04)
	Senza genitori (N = 21)	3.77 (ds = 0.72)	3.09 (ds = 0.90)	2.88 (ds = 1.10)	2.57 (ds = 1.20)
Anova	F	1.618	15.217	4.826	0.947
	R quadrato corretto	0.001	0.024	0.007	0.001
Tipologia di scuola	Classico (N = 171)	3.83 (ds = 0.59)	2.30 (ds = 0.67)	2.44 (ds = 0.73)	2.59 (ds = 1.07)
	Scientifico (N = 373)	3.86 (ds = 0.60)	2.28 (ds = 0.62)	2.28 (ds = 0.73)	2.53 (ds = 1.00)
	Linguistico (N = 176)	3.73 (ds = 0.55)	2.40 (ds = 0.64)	2.45 (ds = 0.68)	2.80 (ds = 1.05)
	Ist. Tecnico (N = 1061)	3.82 (ds = 0.57)	2.34 (ds = 0.65)	2.38 (ds = 0.69)	2.58 (ds = 1.01)
	Ist. Prof. (N = 433)	3.71 (ds = 0.63)	2.55 (ds = 0.72)	2.41 (ds = 0.70)	2.77 (ds = 1.10)
	Ist. Arte ((N = 94)	3.82 (ds = 0.59)	2.38 (ds = 0.68)	2.16 (ds = 0.64)	2.45 (ds = 0.99)
Anova	F	4.023	9.046	3.973	4.334
	R quadrato corretto	0.007	0.017	0.006	0.007
Rapporto con il corpo	Normale (n = 1482)	3.95 (ds = 0.54)	2.15 (ds = 0.58)	2.24 (ds = 0.66)	2.51 (ds = 1.03)
	Problematico (n = 826)	3.53 (ds = 0.58)	2.77 (ds = 0.63)	2.62 (ds = 0.72)	2.82 (ds = 1.03)
Anova	F	314.93	554.99	164.68	47.592
	R quadrato corretto	0.12	0.194	0.066	0.02

\* sig.  $< 0.05$

Le adolescenti femmine invece mostra una maggiore repulsione per la morte (RD;  $F = 58.965$ ; sig.<0.01), sottoscala che misura soprattutto i vissuti di paura. Inoltre sono le adolescenti femmine, indipendentemente dall'età e che vivono in famiglie monoparentali o senza genitori che si riconoscono una maggiore repulsione per la vita (RL;  $F = 15.217$ ; sig. < 0.01). Non emergono differenze significative rispetto al genere per quanto riguarda l'attrazione per la morte (AD) sebbene quest'ultima aumenti lievemente al crescere dell'età ( $F = 2.366$ ; sig. < 0.05) e caratterizzi principalmente gli adolescenti che vivono in famiglie monoparentali o senza genitori ( $F = 4.862$ ; sig.<0.01).

Emerge un rapporto significativo tra la familiarità con il proprio corpo e gli atteggiamenti degli adolescenti nei confronti della vita e della morte. Gli adolescenti contraddistinti da un vissuto corporeo più problematico infatti mostrano punteggi preoccupanti in tre (su quattro) scale della MAST (AL:  $F = 314.933$ ; sig.<0.01; RL:  $F = 554.988$ ; sig.<0.01; AD:  $F = 164.675$ ; sig.<0.01).

Per quanto riguarda invece il rapporto tra gli atteggiamenti nei confronti della vita e della morte e la psicopatologia (vedi **tabella 2**) gli adolescenti che mostrano problematiche di rilievo clinico (fascia borderline e clinica dello Youth Self Report), in particolare nelle scale legate ai vissuti depressivi (Ansia-Depressione:  $r$  di Pearson = -0.393; sig.<0.01; Ritiro-Depressione:  $r$  di Pearson = -0.451; sig.<0.01), mostrano una minore attrazione e una maggiore repulsione per la vita (Ansia-Depressione:  $r$  di Pearson = +0.459; sig.<0.01). In generale quindi gli atteggiamenti nei confronti della vita correlano principalmente con le problematiche internalizzanti ( $r$  di Pearson = +0.473; sig.<0.01).

**Tabella 2.** MAST e scale sindromiche, di internalizzazione, esternalizzazione e problemi totale. Correlazione di Pearson

	Attrazione per la vita	Repulsione per la vita	Attrazione per la morte	Repulsione per la morte
Ansia Depressione	-.393(**)	.459(**)	.267(**)	.141(**)
Ritiro Depressione	-.451(**)	.401(**)	.218(**)	-.007
Lamentele somatiche	-.219(**)	.293(**)	.141(**)	.094(**)
Problemi sociali	-.359(**)	.413(**)	.214(**)	.046(*)
Problemi di pensiero	-.206(**)	.338(**)	.178(**)	.005
Problemi attentivi	-.207(**)	.383(**)	.141(**)	.064(**)
Comportamento trasgressivo	-.071(**)	.276(**)	.036	.031
Comportamento aggressivo	-.097(**)	.309(**)	.095(**)	.046(*)
Internalizzazione	-.400(**)	.473(**)	.265(**)	.131(**)
Esternalizzazione	-.097(**)	.337(**)	.087(**)	.062(**)
Totale Problemi	-.298(**)	.504(**)	.231(**)	.106(**)

\*\* sig. < 0.01 (2-code).

Analizzando le scale *DSM-Oriented* (vedi **tabella 3**) è inoltre possibile osservare come livelli problematici di disturbi affettivi, disturbi d'ansia e disturbi somatici si associno a punteggi minori per quanto riguarda l'attrazione per la vita; similmente la repulsione per la vita aumenta al crescere di tutte le tipologie di disturbi, in particolare nuovamente con i disturbi affettivi, i disturbi d'ansia, ma anche i disturbi della condotta ( $r$  di Pearson = +0.291; sig.<0.01).

**Tabella 3.** *MAST e scale DSM-Oriented. Correlazione di Pearson*

	Attrazione per la vita	Repulsione per la vita	Attrazione per la morte	Repulsione per la morte
Disturbo affettivo	-.448(**)	.496(**)	.260(**)	.060(**)
Disturbo di ansia	-.288(**)	.305(**)	.200(**)	.155(**)
Disturbo somatico	-.197(**)	.260(**)	.132(**)	.059(**)
Disturbo da deficit di attenzione e iperattività	-.033	.233(**)	.070(**)	.043(*)
Disturbo oppositivo provocatorio	-.071(**)	.247(**)	.064(**)	.025
Disturbo della condotta	-.081(**)	.291(**)	.055(**)	-.011

\*\* sig. < 0.01 (2-code).

## *2. Tentativi di suicidio, comportamenti autolesivi e atteggiamenti verso la vita e la morte*

Dalle risposte ai due item dello YSR (Achenbach 2001) che fanno riferimento diretto a comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio (item 18) e ad ideazioni suicidarie (item 91) è stato possibile rilevare la frequenza di tali comportamenti nel nostro campione (vedi **tabella 4**).

**Tabella 4.** *Distribuzione percentuale degli studenti in base alle risposte date agli item 18 e 91 dello Youth Self Report*

	Penso di uccidermi	Intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio
Non vero	88.1	89.5
In parte o qualche volta vero	8.7	7.0
Molto vero o spesso vero	3.0	3.3
n.r.	0.2	0.2
Totale	100.0	100.0

Combinando le risposte ai due item il campione è stato suddiviso in diversi livelli di rischio:

1. Nessun rischio: risposte negative ad entrambi gli item (87.3%).
2. Rischio basso: risposta "in parte vero" o "sempre vero" a uno solo dei due item (10.5%).
3. Rischio medio: risposta "in parte vero" a un item e "sempre vero" all'altro oppure "in



parte vero” ad entrambi (4.4%).

4. Rischio alto: risposta “sempre vero” ad entrambi gli item (1.4%).

Gli adolescenti che dichiarano di aver commesso gesti autolesivi, che hanno tentato il suicidio o che hanno pensato di uccidersi mostrano atteggiamenti nei confronti della vita e della morte differenti rispetto ai coetanei.

I confronti tra le medie dei gruppi relativi ai differenti livelli di rischio suicidario risultano infatti statisticamente significativi per tre scale della MAST: attrazione per la vita (AL: R quadrato = 0.078; sig.<0.01); repulsione per la vita (RL: R quadrato = 0.103; sig.<0.01) e attrazione per la morte (RD: R quadrato = 0.062; sig.<0.01). Non emergono differenze significative per quanto riguarda la scala di repulsione per la morte (vedi **tabella 5**).

**Tabella 5.** MAST e risposte congiunte agli item 18 e 91 dello YSR. Punteggi medi

	Nessun rischio	Basso rischio	Medio rischio	Alto rischio	R	R quadrato
Attrazione per la vita**	3.87	3.61	3.35	2.92	-0.279	0.078
Repulsione per la vita**	2.28	2.78	2.96	3.18	0.321	0.103
Attrazione per la morte**	2.30	2.65	2.87	3.12	0.250	0.062
Repulsione per la morte	2.65	2.57	2.53	2.19	-0.054	0.003

\*\*Sig. < 0.01

### 3. Il profilo degli adolescenti a rischio secondo i punteggi della MAST

Ritenendo che, più della singola sottoscala, sia una combinazione di opposte attitudini nei confronti della vita e della morte ad individuare i soggetti a rischio, si è considerata la combinazione delle scale effettivamente discriminanti rispetto alle tendenze suicidarie (Osman et al., 1994): AL e RL. Gli adolescenti a rischio, cioè contraddistinti contemporaneamente da una bassa attrazione per la vita e da un'elevata repulsione per la vita, si attestano intorno al 7% del campione.

Sono prevalentemente ragazze (Chi quadrato di Pearson = 7.434; sig.<0.01; Gamma = 0.23), non appartenenti a nessuna particolare fascia di età, e che più probabilmente vivono in famiglie monoparentali o senza genitori (Chi quadrato di Pearson = 15,617; sig. < 0.05; Gamma = 0.12; vedi **tabella 6**).

Gli adolescenti a rischio hanno un rapporto più problematico con il proprio corpo caratterizzato da un vissuto meno soddisfacente rispetto alla norma (Chi quadrato di Pearson = 122,475; sig. <0.01; Gamma = 0.74) e hanno subito più di frequente traumi legati alla perdita di figure significative, in particolare la morte di un genitore (Chi quadrato di Pearson = 11.266; sig <0.01; Gamma = 0.59).

**Tabella 6.** Disagio e atteggiamenti verso la vita e la morte. Forza dell'associazione tra rischio alla MAST e altre variabili significative

Variabile	Chi quadrato di Pearson	gdl	sig.	Gamma di Goodman e Kruskal)
Sesso	7.434	1	0.006	0.23
Età	2.211	1	0.137	0.12
Morte di un genitore	11.266	1	0.001	0.59
Tipologia di famiglia	15.617	4	0.004	0.12
Tipo di scuola	13.593	5	0.015	0.06
Indice di familiarità con il corpo	122.475	1	0.000	0.74

Anche il livello di problematicità degli adolescenti rilevato attraverso lo YSR (vedi **tabella 7**) è fortemente associato al rischio suicidario rilevato tramite la MAST (Problematiche totali: Chi quadrato di Pearson = 167.903; sig. <0.01; Gamma = 0.76); in particolare le problematiche che più risultano significative rispetto al rischio suicidario sono quelle internalizzanti, cioè la depressione con manifestazioni ansiose e la depressione con prevalenza di ritiro e isolamento sociale. Viene inoltre confermato il ruolo delle difficoltà sociali ed interpersonali (Problemi sociali: Chi quadrato di Pearson = 137.072; sig.<0.01; Gamma = 0,72).

Adottando un punto di vista più diagnostico (scale *DSM-Oriented*) è possibile osservare come tutti i disturbi psichici siano associati significativamente al rischio suicidario ad eccezione del Disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (Chi quadrato di Pearson = 4.256; sig. = 0.119; Gamma = 0.18). I dati inoltre confermano nuovamente come le diagnosi maggiormente associate al rischio suicidario siano quelle di disturbi affettivi (Chi quadrato di Pearson = 310.082; sig.<0.01; Gamma = 0.80), seguite dai disturbi d'ansia (Chi quadrato di Pearson = 68.489; sig.<0.01; Gamma = 0.56) e dai disturbi somatici (Chi quadrato di Pearson = 57.216; sig. <0.01; Gamma = 0.48).

## Conclusioni

I risultati della ricerca mostrano che l'1.4% degli adolescenti dichiara congiuntamente sia di pensare spesso di togliersi la vita sia di aver tentato frequentemente il suicidio o di aver avuto comportamenti autolesivi. Il 10.5% dichiara di essersi fatto intenzionalmente del male o di aver tentato il suicidio o di pensare di uccidersi. Il 7% ha atteggiamenti e vissuti problematici nei confronti della morte e del suicidio. Un'altra ricerca italiana condotta su 517 adolescenti (Poggioli et al 2002), indicava che il 19% del campione presentava ideazione suicidaria; il 9% dichiarava atti di autolesionismo; il 5% dichiarava di aver tentato il suicidio negli ultimi 12 mesi.

**Tabella 7.** *Psicopatologia e propensione al suicidio. Forza dell'associazione tra il rischio alla MAST e le scale sindromiche e DSM alla YSR*

Scala Sindromiche	Chi quadrato di Pearson	gdl	sig.	Gamma di Goodman e Kruskal)
Ansia Depressione	85.646	1	0.000	0.81
Ritiro depressione	190.486	1	0.000	0.79
Problemi sociali	137.072	1	0.000	0.72
Problemi di pensiero	95.327	1	0.000	0.66
Lamentele somatiche	69.176	1	0.000	0.60
Problemi attentivi	51.092	1	0.000	0.57
Comportamento aggressivo	33.015	1	0.000	0.56
Trasgressione delle regole	33.54	1	0.000	0.45
Internalizzazione	184.386	1	0.000	0.80
Esternalizzazione	38.336	1	0.000	0.48
Problemi totali	167.903	1	0.000	0.76
<b>Scale DSM – Oriented</b>				
Disturbi affettivi	310.082	2	0.000	0.80
Disturbi d'ansia	68.489	2	0.000	0.56
Disturbi somatici	57.216	2	0.000	0.48
Disturbi della condotta	44.483	2	0.000	0.47
Disturbi oppositivi	22.75	2	0.000	0.34
ADHD	4.256	2	0.119	0.18

Nonostante le diversità emerse in letteratura sui tassi di suicidio in adolescenza secondo le metodologie di rilevazione (Kaplan et al. 1994) questi dati sono sorprendenti se si pensa che, generalizzando i risultati della presente ricerca agli adolescenti della Regione Lombardia, a fronte di un 7% di potenzialmente a rischio (N = 34000) e di un 1.4% di adolescenti che dichiarano di aver tentato il suicidio (N = 6800), i suicidi ufficialmente registrati nella fascia di età tra gli 0 e i 24 anni sono stati 43 e i tentativi 67 (Istat, 2005). I risultati della ricerca sembrano confermare l'ipotesi di Gutierrez (2006) secondo il quale è possibile considerare l'attrazione per la vita o viceversa per la morte come un indicatore complessivo dell'integrazione tra i fattori di rischio e i fattori protettivi per i comportamenti suicidari in adolescenza.

Gli atteggiamenti di attrazione per la vita, repulsione per la vita e attrazione per la morte sono infatti significativamente diversi negli adolescenti che hanno dichiarato di aver commesso atti autolesivi o di aver tentato il suicidio e che hanno pensato di uccidersi, mentre non sono

significative le differenze relative alla repulsione per la morte. Sono più a rischio le femmine dei maschi e gli adolescenti con minor supporto familiare, che vivono con un solo genitore o senza genitori, senza particolari differenze rispetto allo status e all'età.

A conferma di quanto riportato in letteratura (Spirito e Esposito-Smythers 2006, Orbach 2006) si tratta soprattutto di adolescenti con scarsa capacità di coping, con un vissuto corporeo di scarsa familiarità e un elevato malessere scolastico e personale.

Sono stati inoltre confermati i fattori di rischio riguardanti le problematiche psicopatologiche (Evans 2004, Wolfsdorf et al. 2003, Stein et al. 1998, Ohreng 1996) sebbene non sia stato possibile indagare la differenza tra ansia di stato e ansia di tratto riscontrata come significativa da Goldston e colleghi (2006). Sinteticamente, gli adolescenti con bassi livelli di attrazione per la vita e un'elevata repulsione per la vita hanno più spesso problemi internalizzanti ed esternalizzanti, con una prevalenza di disturbi depressivi e di ritiro sociale. Il pessimismo, la scarsa speranza nei confronti del futuro, un difficile rapporto con il corpo, il senso di non farcela ad affrontare i compiti della vita e di non essere supportati dagli adulti sono particolarmente evidenti in questi adolescenti, che disperano della possibilità di crescere e che più spesso proprio quando stanno per entrare nell'età adulta realizzano la loro intenzione di uccidersi.

In sintesi, l'indagine rileva che un numero elevato di adolescenti dichiara di pensare al suicidio come alla soluzione dei propri problemi e molti più adolescenti di quelli registrati ufficialmente mettono in atto dei tentativi. La discrepanza tra i dati ufficiali e i risultati della ricerca sulla popolazione generale richiede ulteriori approfondimenti. Da una parte è importante un confronto con campioni clinici, anche allo scopo di individuare i fattori protettivi che possono impedire la realizzazione delle intenzioni, dall'altra è utile un approfondimento sulle procedure di registrazione, in particolare dei tentativi di suicidio, per valutare quanti adolescenti che entrano in contatto per tentativi di suicidio con il sistema sanitario non siano registrati in quanto tali, e infine occorre più in generale una precisazione del concetto di intenzione di suicidio e della gravità dei comportamenti messi in atto, che aiutino a discriminare meglio i diversi livelli di rischio. Il fatto che gli indici di propensione al suicidio siano paragonabili a quelli che emergono dalla valutazione generale della psicopatologia (il 7% degli adolescenti a rischio negli atteggiamenti verso la morte e il 7,3% nell'area clinica alla YSR), sembra indicare che per certi aspetti il pensiero del suicidio e anche la messa in atto di primi tentativi siano un modo diffuso degli adolescenti di manifestare la loro incapacità di far fronte ai loro compiti evolutivi.

Una prospettiva futura per il presente lavoro è sicuramente quella di riuscire ad andare oltre la rilevazione dei singoli fattori di rischio e della loro relazione con gli atteggiamenti nei confronti della vita e della morte negli adolescenti, creando modelli complessi in cui i diversi fattori interagiscono tra di loro e in cui il rischio associato alle attitudini verso il suicidio rilevato ad esempio tramite la MAST sia un predittore più attendibile di possibili situazioni di crisi.

Un limite della ricerca è la mancata distinzione tra fattori di rischio e segnali d'allarme per il suicidio. Anche se il concetto di segnale d'allarme per il suicidio non è stato definito in letteratura con sufficiente precisione, una concettualizzazione dei segnali d'allarme come "fattori di rischio dello stato attuale" (Rudd et al. 2006) consentirebbe di condurre ricerche e interventi di prevenzione che consentano di completare il quadro di rischio suicidario che rischia di rimanere parziale se focalizzato unicamente sui fattori di rischio (Gutierrez 2006). Il presente

studio mostra come la rilevazione degli atteggiamenti nei confronti della vita e della morte, e in particolare l'attrazione per la vita, la repulsione per la vita e l'attrazione per la morte sia un primo tentativo di indagare come i diversi fattori di rischio interagiscono tra di loro nella situazione individuale.

## Riassunto

**Parole chiave:** atteggiamenti nei confronti della morte, suicidio, problematiche psicologiche, adolescenza

*Oggetto:* il suicidio giovanile è in aumento a livello mondiale e le statistiche ufficiali tendono a sottostimare il fenomeno.

*Metodo:* la ricerca si propone di individuare la diffusione di atteggiamenti a rischio per il suicidio in adolescenza. In un campione di adolescenti lombardi (N = 2312) dai 14 ai 19 anni sono stati utilizzate la *Multi-Attitude Suicide Tendency Scale* (Osman 1993) e lo *Youth Self-Report* (Achenbach 2001). Sono state condotte correlazioni lineari, analisi di associazione (chi quadrato) e confronti tra medie (ANOVA).

*Risultati:* la ricerca mostra che il 7% degli adolescenti ha atteggiamenti problematici nei confronti della morte del suicidio. Gli adolescenti più a rischio sono caratterizzati da una bassa capacità di coping e da una scarsa familiarità con il corpo, mostrano una maggiore presenza di problemi internalizzanti, in particolare di ritiro depressivo e sociale.

*Conclusioni:* I risultati confermano che gli adolescenti a rischio, per un atteggiamento problematico nei confronti della morte e per la propensione al suicidio, sono di diversi ordini di grandezza superiore a quella indicata dalle registrazioni ufficiali, con un rapporto di 1:100 tra tentativi di suicidio registrati nelle statistiche ufficiali e i tentativi dichiarati dagli adolescenti (1,4% del campione).

## ATTITUDES TOWARDS DEATH AND SUICIDE IN ADOLESCENCE

### Abstract

**Key words:** attitudes towards death, suicide, mental health problems, adolescence

*Objective:* the number of suicides committed by young people is increasing worldwide and official statistics tend to underestimate the phenomenon.

*Method:* the research aims at identifying adolescents at risk in relation to their attitudes towards death and suicide and at relating them to mental health problems. 2312 adolescents from Lombardia aged 14 to 19 completed the *Multi-Attitude Suicide Tendency Scale* (Osman 1993), and the *Youth Self-Report* (Achenbach 2001). We performed linear correlations, chi-square analysis and analyses of variance on the mean scores (ANOVA). *Results:* 7% of the sample showed problematic attitudes towards death and made statements of suicidal ideation, self harm or suicide attempts. The high-risk group is mainly characterized by spread uneasiness, poor capacity of coping and poor familiarity with their body. From a psychopathological point of view they show more mental problems, in particular on the internalizing end, with a prevalence of depressive disorders or social withdrawal. *Conclusions:* Surveys through a self report instrument identify a high percentage of at-risk-students with a far higher order of magnitude than the one identified by official statistics. The ratio of recorded suicide attempts to repetitive and severe attempts stated by the adolescents is 1:100 (1.4% of the sample).

## Bibliografia

- Achenbach T (2001). *Manual for the Youth Self Report 2001*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal* 325, 74-77
- Bertolote JM, Fleischmann A (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 7, 2, 6-8.
- Boergers J, Spirito A, Donaldson D (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 1287-1293
- Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 107, 485-493.
- Brausch AM, Gutierrez PM (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 39, 233-242.
- Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C (1993). Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behaviour in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 69-75
- Brent DA, Mann JJ (2005). Family genetics studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* 133, 13-24
- Cicchetti D, Choen DJ (1995). *Developmental Psychopathology*. Wiley & Sons, New York.
- Claes L, Muehlenkamp J, Vandereycken W, Hamelinck L, Martens H, Claes S (2009). Comparison of non-suicidal self-injurious behaviour and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and individual differences* 48, 1, 83-87.
- Diekstra RF (1989). Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 354, 1-24.
- Dori G, Overholser J (1999). Depression, hopelessness, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29, 309-318.
- Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G, Nouvion SO (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research* 169, 22-27.
- Esposito-Smythers C, Spirito A (2004). Adolescent suicidal behavior and substance use: a review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28, 77-88.
- Evans E, Hawton K, Rodham K (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population based studies. *Clinical Psychology Review* 24, 957-979.
- Fergusson DM, Woodward, LJ, Horwood, LJ (2000). Risk factor and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine* 30, 23-39.
- Goldston DB, Daniel S, Reboussin DM, Kelley A, Ievers C, Brunstetter R (1996). First time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 631-639
- Gould MS, Greenberg T., Velting DM, Shaffer D (2003). Youth suicide risk and preventive intervention: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 4, 386-405.
- Gutierrez PM (1999). Suicidality in parentally bereaved adolescent. *Death studies* 23, 359-379.
- Gutierrez PM (2006). Integratively Assessing Risk and Protective Factors for Adolescent Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, 2, 129-135.

- Gutierrez PM, King CA, Ghaziudin N (1996). Adolescent attitudes about death in relation to suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26, 8-18.
- Herjanic B, Reich W (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 10, 307-324.
- Hesse-Biber S, Clayton-Matthews A, Downey JA (1988). The differential importance of weight and body image among college men and women. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 114, 511-528.
- Istituto Nazionale di Statistica (2005). *Suicidi e tentativi di suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei carabinieri per classe di età, sesso e regione, anno 2004*.  
[http://www.istat.it/dati/catalogo/20061127\\_00/ann\\_06\\_13\\_statistiche\\_giudiziarie\\_penali\\_2004.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20061127_00/ann_06_13_statistiche_giudiziarie_penali_2004.pdf)
- Jacobsen LK (1994). Interviewing Prepubertal Children about Suicidal Ideation and Behavior. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 33, 4.
- Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, De Lecuona JM, Joseph S (1994). Suicide assessment: Clinical interviews vs. self report. *Journal of Clinical Psychology* 50, 294-298.
- Klimes-Dougan B (1998). "Screening for suicidal ideation in children and adolescents: methodological considerations". *Journal of Adolescence* 21, 435-444.
- Larsson B, Sund AM (2008). Prevalence, course, incidence and 1-year prediction of deliberate self-harm and suicide attempts in early adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38, 2, 152-165.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3, 25-46.
- Linehan M, Nielsen SL (1981). Suicidal Behaviors Questionnaire. *Unpublished inventory*. University of Washington, Seattle.
- Mehlenbeck R, Spirito A, Barnett N (2003). Behavioral factors: substance use. In Spirito A, Overholser J (a cura di) *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice*, pp. 113-145. Academic, New York.
- McIntosh JL (2004). *Suicide Data Page*. [www.suicidology.org](http://www.suicidology.org).
- McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP (1998). Incidence and predictors of suicidal behaviours in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 612-619
- McLaughlin J, Miller P, Warwick H (1996). Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem solving. *Journal of Adolescence* 19, 523-532.
- National Center for Health Statistics (1993). Advance report of final mortality statistics, 1991. *Monthly Vital Statistics Report* 42, 2.
- Orbach I (1989). *Children who don't want to live*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Orbach I, Gilboa-Schechtman E, Sheffer A, Megeed S, Har-Even D, Stein D (2006). Negative bodily self in suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, 2, 136-153.
- Orbach I, Milstein I, Har-Even D, Apter A, Tiano S, Elizur A (1991). A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3, 398-404.
- Ohring R, Apter A, Ratzoni G, Weizman R, Tyano S, Plutchik R (1996). State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 154-157.
- Osman A, Barrios FX, Grittmann LR, Osman JR (1993). The Multi-Attitude Suicide Tendency Scale: psychometric characteristics in an American sample. *Journal of Clinical Psychology* 49, 5, 701-708.
- Osman A, Barrios FX, Panak W, Osman J, Hoffman J, Hammer R (1994). Validation of the Multi-Attitude Suicide Tendency Scale in adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology* 50, 847-855.
- Osman A, Gutierrez PM, Kopper BA, Barrios FX (2004). Appropriateness of the Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Non-White Individuals. *Assessment* 11, 1, 73-84.

- Pietropolli Charmet G (2004). *Crisis Center. Il tentato suicidio in adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- Pietropolli Charmet G, Piotti A (2009). *Uccidersi*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Poggioli DG, Mansi R, Mancaruso A, Rigon G (2002). Fattori di rischio del tentato suicidio. Risultati di un self report anonimo su 517 adolescenti. In G Rigon e S Costa (a cura di) *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*, pp. 133-141. Franco Angeli, Milano.
- Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders* 3, 133-144.
- Rosenthal PA, Rosenthal S (1984). Suicidal Behaviours by Preschool Children. *American Journal of Psychiatry* 141, 4, 520-525.
- Rudd MD, Berman AL, Joiner, TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Van Orden K, Witte T (2006). Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, 3, 255-262.
- Santonastaso P, Ferrara S, Sala A, Vidotto G, Dalle Grave R, Probst M, Favaro A (1995). Confronto degli atteggiamenti corporei di un gruppo di pazienti con disturbi dell'alimentazione con un campione di studentesse: validazione italiana del Body Attitude Test (BAT). *Rivista Sperimentale di Freniatria* CXIX, 3, 423-436.
- Shaffer D. (1988). The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 49, 36-41.
- Spirito A, Esposito-Smythers C (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Reviews of Clinical Psychology* 2, 237-266.
- Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G (1998). Association between multiple suicide attempts and negative affect in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 488-94.
- Värnik A (2005). *Suicide Prevention in Societies of Transition*. WHO Ministerial Conference, Helsinki. <http://www.euro.who.int/ppt/mnh/Varnik.pdf>
- Velez CN, Cohen P (1988). Suicidal behaviour and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27, 349-356.
- Wagner B, Silverman M, Martin C (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist* 46, 1171-91
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang G (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19, *World Psychiatry* 4, 2, 114-120.
- Whiteford H, Teeson M, Scheurer R, Jamison D (2001). Responding to the Burden of Mental Illness. *Report prepared for the WHO Commission on Macroeconomics and Health*. [http://www.emro.who.int/cbi/PDF/Burden\\_MentalIllness.pdf](http://www.emro.who.int/cbi/PDF/Burden_MentalIllness.pdf)
- Wolfsdorf BA, Freeman J, D'Eramo K, Overholser J, Spirito A (2003). Mood states: depression, anger, and anxiety. In Spirito A, Overholser J (a cura di) *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice*, pp. 55-81. Academic, New York.
- World Health Organization (2001). *World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
- World Health Organization (2002). *Self-directed violence. World report on violence and health*. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf)
- World Health Organization (2006). *Suicide prevention (SUPRE). The problem*. [http://www.who.int/mental\\_health/management/en/SUPRE\\_flyer1](http://www.who.int/mental_health/management/en/SUPRE_flyer1)
- World Health Organization, Department of Mental Health (2000). *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/62.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf)
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2006). *Highlights on health in Italy 2004*. <http://>



*Alfio Maggiolini et al.*

[www.euro.who.int/document/E88550.pdf](http://www.euro.who.int/document/E88550.pdf)

Wichstrom L (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 5, 603-610.

## **Ringraziamenti**

La ricerca è stata effettuata dal Crisis Center de L'amico Charly Onlus, diretto da Mariagrazia Zanaboni, con i finanziamenti della Fondazione Umana-mente e della Fondazione Charly Colombo.

Alfio Maggiolini, Mauro Di Lorenzo, Cecilia Pisa  
Minotauro Istituto di Analisi dei Codici Affettivi - Milano

## **Corrispondenza**

Alfio Maggiolini, Istituto Minotauro, via Omboni 4, 20129 – Milano;  
Email: [alfio.maggiolini@gmail.com](mailto:alfio.maggiolini@gmail.com)