

## RIFLESSIONI SULLA SUICIDOLOGIA ADOLESCENZIALE

Schwarzenberg T. L.\*

SUMMARY. Considerations on the teenage suicide trend.

On the basis of more than twenty years of experience of a University Department of Adolescent Care, the main problems and the different aspects related to the suicide realized or attempted in youth or in adolescent age have been analysed and discussed. It is emphasized, in particular, that the suicidal act in a teenager is, often, a paradoxical action which expresses, on the same time, both the will of death and of life: the young suicide, in fact, shows to refuse *that life*, whilst instead he/she ardently longs for a completely different *other life*. Moreover, a particular attention is turned to the epidemiological aspects of the phenomenon, and to the prevention of the suicide among young people, by suggesting, for this purpose, some operating and factual strategies.

RIASSUNTO

Sulla base dell'ultra-ventennale esperienza maturata presso un Centro universitario di Medicina Adolescenziale, vengono affrontate nel dettaglio le principali problematiche connesse con il suicidio realizzato e/o tentato dagli adolescenti e dai giovani adulti. Viene rimarcato, in particolare, che l'atto suicidario in un teen ager è, il più delle volte, un atto paradossale che esprime nello stesso tempo il desiderio di morte e di vita: il giovane suicida, infatti, può rifiutare di vivere *quella* vita mentre anela ardentemente ad una vita completamente diversa. Particolare attenzione viene, anche, rivolta agli aspetti epidemiologici del fenomeno e alla prevenzione dell'atto suicidario tra i giovani suggerendo, a tal fine, talune strategie operative.

---

\* Direttore del Servizio Speciale di Adolescentologia e del Corso di Perfezionamento in Adolescentologia – Università di Roma “La Sapienza”.

L'argomento relativo ai suicidi realizzati, tentati e/o fantasticati in età adolescenziale è quanto mai complesso e controverso, comunque estremamente attuale ma, paradossalmente, ancora poco noto al di fuori di alcuni ristretti ambienti specialistici ed è spesso mistificato e coscientemente o incoscientemente rimosso. Si cercherà, pertanto, di esporre e proporre in tale contesto alcuni dati obiettivi, esperienze personali e riflessioni su quella che rappresenta al giorno d'oggi, quasi ovunque nel mondo, la terza o la quarta causa principale di morte tra gli adolescenti e i giovani adulti. Né si deve dimenticare che quando affrontiamo il tema dell'epidemiologia del suicidio tra i giovani finiamo, quasi sempre, col sottoestimare l'aspetto quantitativo (già di per se elevatissimo): è estremamente diffusa, infatti, la tendenza a "mascherare" gran parte di questi episodi soprattutto per "vergogna" in ambito familiare e per motivi assai più seri e coinvolgenti nell'ambito carcerario e militare, nelle comunità terapeutiche e nelle collettività in genere. Per altro, all'interno di molti casi di morte violenta (per infortunio stradale, annegamento, arma da fuoco, avvelenamento, precipitazione o per droga) può risultare obiettivamente assai difficile discriminare la volontarietà dall'accidentalità del fatto.

Quanto finora esposto, associato all'elevata e sempre maggiore incidenza e prevalenza statistica del fenomeno ha, comunque, reso il suicidio oggetto di approfondite ricerche e riflessioni epidemiologiche, antropologiche, psicologiche, psichiatriche, sociologiche, giuridiche, filosofiche e teologiche. E' sorta, così, una nuova scienza clinico-umanistica chiamata, per l'appunto, "suicidologia" da cui la costituzione, oltre 30 anni or sono, della *American Association of Suicidology* e nel nostro Paese, fin dal 1987, di una *Associazione Italiana per lo Studio e la Prevenzione del Suicidio* (AISPS) con sede presso la Clinica psichiatrica dell'Università di Padova.

Siamo tutti istintivamente portati a considerare la morte come qualcosa di lontano, collocato in un futuro indefinibile, un evento che (per quanto ineluttabile) ci risulta estraneo, ci sembra che possa interessare solo gli "altri": i malati, gli anziani, coloro che per propria scelta o sorte sfidano i pericoli e/o vivono comunemente una vita eccessivamente rischiosa [1].

In tale contesto il suicidio di un adulto può, a volte, anche trovare una sua giustificazione razionale. Ma il suicidio (e, comunque, la morte) di un ragazzo o, addirittura, di un bambino ci lasciano sempre increduli e spiazzati: si tratta di realtà troppo difficili e dolorose da accettare senza sentirci, in qualche modo, coinvolti e spesso colpevolizzati. Le ragioni di questo malessere derivano senz'altro anche dalla rappresentazione (forse troppo banalizzante ed ipocrita) ma dominante nell'immaginario collettivo dell'infanzia e dell'adolescenza come età contraddistinte da serenità, spensieratezza, scarsa responsabilità, gioia di vivere, in netto contrasto con il drammatico e totale rifiuto proprio di *quella* vita solo apparentemente felice, che si realizza con l'atto suicidario.

Sta di fatto che *l'adolescente è un individuo che si ammala poco ma muore spesso*. In altre parole, mentre le patologie proprie dell'età adolescenziale sono piuttosto limitate tanto per numero che per rilevanza clinica ed epidemiologica, tra i *teen-agers* (età 13→19 anni) e tra i *giovani adulti* (età 20→24 anni) si assiste ad

un marcato incremento dei decessi sia per alcune malattie (in particolare i tumori) che, soprattutto, per una esacerbazione dei comportamenti auto- e eterolesivi ed autodistruttivi, che portano ad una brusca impennata dei quozienti di mortalità per cause violente: gli infortuni, gli omicidi e i suicidi [2].

La finalità ultima dell'enorme proliferazione di studi e di ricerche sull'argomento non può né deve limitarsi al solo approccio conoscitivo e/o speculativo, infatti lo scopo prioritario della "suicidologia" rimane quello di comprendere sempre meglio i significati simbolici e sociali dell'atto suicidario, di individuare le potenziali "aree di rischio", di scoprire e prevenirne le cause, concause e fattori scatenanti: tutto ciò, ovviamente, per poter realizzare un'efficace quanto tempestiva profilassi di quella che ormai (come già ribadito) è divenuta una delle principali cause di morte tra gli adolescenti nei Paesi industrializzati.

Per prevenire bisogna, anzitutto, conoscere: pertanto, conoscenza e prevenzione rappresentano in ogni caso i termini inderogabili di un binomio indissolubile. In particolare, l'epidemiologia del suicidio dovrebbe rappresentare il pre-requisito per qualsiasi valido intervento di prevenzione nei riguardi di troppe morti auto-inflitte e verosimilmente evitabili.

Tuttavia, tra i numerosi problemi che sorgono nell'affrontare il tema del suicidio realizzato e/o tentato, uno dei più importanti è proprio quello dell'attendibilità della rilevazione quantitativa del fenomeno. Infatti (come già anticipato), probabilmente a causa del sentimento generale di condanna nei confronti della morte auto-inflitta, esiste una diffusa tendenza a nascondere molti di questi episodi i cui dati ufficiali rappresentano, certamente, la punta di un iceberg dalle dimensioni sconosciute.

Un altro dato epidemiologico, per altro di non semplice interpretazione, riguarda l'estrema difformità dei tassi "ufficiali" di mortalità per suicidio a seconda della fascia di età considerata, del sesso, delle singole popolazioni e, all'interno di ogni nazione, da regione a regione se non addirittura da città a città senza, per altro, trascurare la possibile evoluzione del fenomeno con il trascorrere del tempo. A tale proposito [TAB. 1] basti esaminare i dati dell'Italia, Francia, Svizzera e Stati Uniti relativi all'anno 1990:

**TABELLA 1** - Dati OMS (1991-1992-1993) – Ann Stat San Mond.

Tassi di mortalità per suicidio in adolescenti di età 15-24 anni (per 100.000 soggetti)				
	Italia	Francia	Svizzera	USA
MASCHI	5,9 (100)	14,1 (239)	24,8 (420)	22 (372)
FEMMINE	2,0 (100)	4,4 (220)	6,3 (315)	3,9 (195)

Ne deriva che, facendo pari a 100 i quozienti di mortalità per suicidio negli adolescenti italiani, tale assunto raggiunge per i soggetti di sesso maschile il valore di 239 in Francia, di 420 in Svizzera e di 372 negli Stati Uniti; per i soggetti di sesso femminile, viceversa, tali valori sono rispettivamente di 220 in Francia, di 315 in Svizzera e di 195 negli USA.

Alcune statistiche più recenti fanno letteralmente rabbrivire [3]: più di 40.000 sarebbero gli adolescenti francesi che tentano di uccidersi ogni anno e più di 1.000 ci lasciano la vita: un tentativo ogni 13 minuti, un morto ogni 9 ore in questa fascia di età.

Ribadito, comunque, che tutti i dati ufficialmente disponibili devono essere considerati con ampio beneficio di inventario in quanto, per lo più, sottostimati rispetto alla realtà, vale la pena di ricordare quelle che, in ogni caso, possono essere considerate come le principali fonti di rilevamento (per altro, anche queste, non sempre concordanti) [4]:

1. certificati di morte (ISTAT - osservatori statistico-epidemiologici);
2. archivi di polizia (Criminalpol);
3. archivi di pronto-soccorso;
4. archivi assicurativi;
5. rassegne giornalistiche.

Pur con tutte le riserve sopra ricordate, i suicidi giovanili sono costantemente aumentati come valore assoluto negli ultimi anni anche in Italia [TAB. 2] e, dal momento che contemporaneamente la popolazione minorile è diminuita, anche i quozienti relativi dei suicidi tra i minorenni sono ulteriormente e sensibilmente incrementati.

**TABELLA 2** - Suicidi e tentativi di suicidio di minorenni di età compresa tra 10 e 17 anni (quozienti per 1.000.000 di coetanei). Fonte: ISTAT - Servizio Giustizia.

ANNI	SUICIDI SU 1.000.000		TENTATIVI DI SUICIDIO SU 1.000.000	
	RAGAZZI	RAGAZZE	RAGAZZI	RAGAZZE
1991	11,60	3,80	7,95	27,29
1992	12,43	7,56	11,74	27,36
1993	16,53	7,13	13,30	44,27
1994	20,14	7,79	13,05	41,30
1995	13,49	4,03	13,88	44,71
1996	23,02	7,06	10,32	59,35

Per quanto riguarda l'Italia, quindi, dal 1991 al 1996 i suicidi in cui sono stati coinvolti maschi minorenni italiani sono passati dall' 11,6 per milione al 23,02; quelli in cui sono state coinvolte le ragazze dal 3,8 al 7,06 sempre per milione di coetanee. I tentati suicidi sono cresciuti in modo più contenuto, almeno per quanto riguarda i ragazzi; più elevato, invece, è risultato l'incremento per le ragazze che passano dal 27,29 per ogni milione di adolescenti della stessa fascia di età del 1991, al 59,35 del 1996 (Rapporto 1997 sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia) [5 -TAB. 3-4-5].

Se è difficile o, comunque, non sempre attendibile la rilevazione statistico-epidemiologica dei suicidi realizzati, questa difficoltà aumenta enormemente quando prendiamo in considerazione i tentativi di suicidio.

**TABELLA 3** - Mortalità per cause violente – dati ISTAT.

<b>DATI DI MORTALITÀ PER CAUSE VIOLENTE NEGLI ADOLESCENTI ETÀ 10-24 ANNI -ANNO 1997</b>						
CAUSE VIOLENTE	Maschi		Femmine		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Tutte le cause violente</b>	<b>2.249</b>	<b>100</b>	<b>518</b>	<b>100</b>	<b>2.767</b>	<b>100</b>
1. Incidenti stradali	1.408	62,6	328	63,3	1.736	62,7
2. Altri incidenti	151	6,7	21	4,1	172	6,2
3. Omicidi	101	4,5	23	4,4	124	4,4
<b>4. Suicidi</b>	<b>331</b>	<b>14,7</b>	<b>74</b>	<b>14,3</b>	<b>405</b>	<b>14,6</b>
5. Annegamenti e soffocamenti	90	4	11	2,2	101	3,6
6. Cadute	76	3,4	27	5,2	103	3,7
7. Avvelenamenti	16	0,7	8	1,5	24	0,8
8. Incidente con mezzo di trasporto (ferroviario, aereo, marittimo)	25	1,1	14	2,7	29	1,3
9. Altro	51	2,3	12	2,3	63	2,7

**TABELLA 4** - Dieci cause più importanti di morte negli adolescenti di sesso maschile – dati ISTAT.

<b>DATI DI MORTALITÀ PER LE PRIME 10 CAUSE PIÙ IMPORTANTI ETÀ 10-24 ANNI –MASCHI -ANNO 1997</b>			
Rank	Cause	N	%
	<b>Tutte</b>	<b>3.445</b>	<b>100</b>
1	Incidenti stradali	1.408	40,9
2	Tumori	361	10,5
<b>3</b>	<b>Suicidi</b>	<b>331</b>	<b>9,6</b>
4	Sintomi mal definiti	174	5,05
5	Malattie del sistema cardio-circolatorio	169	5
6	Altri incidenti	151	4,3
7	Malattie del sistema nervoso	125	3,6
8	Overdose	125	3,6
9	Omicidi	101	3
10	Annegamenti e soffocamenti	90	2,6

**TABELLA 5** - Dieci cause più importanti di morte negli adolescenti di sesso femminile – dati ISTAT.

<b>DATI DI MORTALITÀ PER LE PRIME 10 CAUSE PIÙ IMPORTANTI ETÀ 10-24 ANNI – FEMMINE - ANNO 1997</b>			
Rank	Cause	N	%
	<b>Tutte</b>	<b>1.116</b>	<b>100</b>
1	Incidenti stradali	328	29,3
2	Tumori	200	18
3	Malattie del sistema cardio-circolatorio	104	9,3
<b>4</b>	<b>Suicidi</b>	<b>74</b>	<b>6,6</b>
5	Malattie del sistema nervoso e organi di senso	53	4,7
6	Malformazioni congenite	40	3,6
7	Malattie del sistema respiratorio	40	3,6
8	Sintomi mal definiti	39	3,4
9	Cadute	27	2,4
10	Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	31	2,8

La stessa definizione di *tentato suicidio* si presta ad interpretazioni ambigue e contrastanti: l'esempio più tipico è quello di una ragazza che ingerisce dei farmaci al termine di una lite, spesso in presenza di altri familiari. In questo caso, assai più che ad un "tentativo di suicidio" si è portati a pensare ad una (non meno inquietante) messa in scena per richiamare l'attenzione dell'ambiente familiare attraverso l'adozione di una serie di comportamenti eclatanti ma a "basso rischio": mancherebbe, in altre parole, l'elemento determinante, vale a dire l'intenzione irrevocabile di cercare la morte.

Sfortunatamente, la realtà è più drammatica della teoria: molte indagini hanno dimostrato che almeno il 10% degli adolescenti che hanno tentato il suicidio sono destinati a morire di morte violenta nei successivi 10 anni confermando, così, una ben più stretta relazione tra suicidio tentato e realizzato [6]. D'altronde, esistono certamente numerosi casi di determinazione al suicidio che non si realizzano per insperati interventi salvifici, come anche di suicidi che si attuano nonostante la sicura assenza di una concreta volontà di morire da parte del giovane [7]. Per altro, la stragrande maggioranza dei tentativi di suicidio risulta così poco lesiva da non richiedere alcun intervento medico e, di conseguenza, sfugge a qualsiasi tipo di rilevazione obiettiva. Si stima che il rapporto tra tentativi di suicidio e suicidi realizzati in età adolescenziale superi di gran lunga il valore di 100:1.

Di particolare interesse in tema di suicidio e, soprattutto, di tentativo di suicidio sono le differenze tra i due sessi. Anzi, come esattamente viene riportato nel "Rapporto 1997 sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia" edito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri: *"forse nessuna altra modalità di comportamento, malgrado la crescente omologazione delle esperienze e dei contesti di vita, manifesta in modo così netto e radicale il sussistere di un divario probabilmente riconducibile ai diversi modelli di socializzazione: i ragazzi sono più orientati all'aggressività, al successo e alla competizione e, quindi, più inclini a punirsi per l'eventuale fallimento; più inclini a cercare aiuto, eventualmente anche tramite l'atto dimostrativo di un tentato suicidio, le ragazze.*

*Ragazzi e ragazze presentano in effetti comportamenti assai diversi rispetto al suicidio e ai tentativi di inscenare un atto di suicidio. Nella letteratura internazionale si stima che le donne tentino il suicidio con una frequenza che è fino a tre volte maggiore dei ragazzi. Il rapporto si inverte, mantenendo tuttavia la stessa proporzione, quando si considerano i suicidi. Un'altra informazione che possiamo trarre dalla letteratura in materia è che questi rapporti tendono ad accentuarsi nella popolazione minorile e nei giovani in genere.*

*La norma è che il 90% di tutti i tentati suicidi che coinvolgono gli adolescenti vengano attuati da ragazze e che l'80% dei suicidi realizzati da adolescenti riguardino i maschi. Negli ultimi anni, sempre sul piano internazionale, il divario tra suicidi maschili e femminili si è ulteriormente ampliato e la crescita dei suicidi commessi dai giovani adolescenti è stata di due volte superiore a quella dei suicidi in cui erano coinvolte le ragazze. Nel caso dell'Italia questi dati trovano sostanzialmente conferma".*

Per quanto riguarda i dati internazionali possiamo fare anche riferimento a quanto riportato dalla WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide secondo cui

la “media europea” dei tentativi di suicidio nei giovani dai 15 ai 19 anni sarebbe pari a 106,9/100.000 per i maschi e a 291,8/100.000 per le femmine [8].

Dal momento che quanto è più forte la volontà di morire tanto maggiore è la lesività del mezzo utilizzato, vediamo che tra i metodi scelti per realizzare il suicidio prevalgono quelli potenzialmente più letali.

Sui dati ISTAT relativi all’anno 1996 [TAB. 6] troviamo al primo posto l’impiccagione (35,5%), seguita dalle armi da fuoco (24,5%), dalla precipitazione (22,2%) e dall’investimento (11,2%) [9]. Negli Stati Uniti abbiamo, viceversa, al primo posto assoluto le armi da fuoco (60%) il cui possesso e la conseguente disponibilità sono estremamente diffusi, specie negli Stati del Sud.

Per quanto riguarda i tentati suicidi, il mezzo più utilizzato è, invece, l’avvelenamento, per lo più da farmaci, cui fortunatamente corrisponde una letalità assai ridotta.

Stabilire le cause del suicidio rimane ancora, quasi sempre, una domanda senza risposta. Che cosa può indurre un adolescente ad aggredire deliberatamente il proprio corpo? E se molti possono avere delle fantasie o idee suicidarie perché solo alcuni sono portati (anzi costretti) a togliersi la vita? Si è anche affermato che l’atto suicidario (tentato o realizzato) in un adolescente è, in fin dei conti, un’azione paradossale che esprime, condensandoli, la simultaneità dei desideri di morte e di vita [6].

Al di là delle vecchie polemiche tra cause sociali e psicologiche del suicidio ci sembra importante riflettere sulle interazioni che vengono a realizzarsi tra i fattori esterni (o ambientali) e quelli interni (o personologici) del giovane e, soprattutto, sulle modalità attraverso le quali i fattori estrinseci finiscono per articolarsi con certe “disposizioni” individuali (dalla semplice vulnerabilità a concreti disturbi della personalità) interagendo e potenziandosi vicendevolmente fino a portare all’azione suicidaria.

Per quanto riguarda le possibili motivazioni dell’atto suicidario negli adolescenti possiamo fare riferimento alla successiva Tabella [TAB. 7], che è stata elaborata dall’EURISPES sulla base di uno studio sistematico delle informazioni ricavabili dagli articoli di cronaca che riportavano le notizie dei vari suicidi [10].

**TABELLA 6** - Suicidi e tentati suicidi di minorenni, in base alla modalità di esecuzione (ripartizione percentuale). Fonte: ISTAT anno 1996 - Statistiche Giudiziarie Penali.

MEZZO DI ESECUZIONE	SUICIDI	TENTATI SUICIDI
Avvelenamento	2,2	52,4
Asfissia da gas	0	2,1
Impiccagione	35,5	2,1
Arma da taglio	0	4,8
Arma da fuoco	24,5	0
Precipitazione	22,2	11,7
Investimento	11,2	0,7
Altro	4,4	26,2
TOTALE %	100,0	100,0

**TABELLA 7** - Suicidi giovanili in base al movente e all'età dell'autore (rielaborato dai dati Eurispes relativi al 1994).

Movimenti	ETÀ DELL'AUTORE DEL SUICIDIO			Totale
	Fino a 14 anni %	Da 15 a 19 anni %	Da 20 a 29 anni %	
Insuccesso scolastico	21,0	33,3	-	11,7
Problemi familiari	26,3	5,6	3,7	7,3
Motivi passionali	-	2,8	25,6	16,1
Depressione	5,3	13,8	14,6	13,2
Tossicodipendenza	-	2,8	7,3	5,1
Disturbi mentali	-	2,8	4,9	3,6
Disagio	5,3	5,6	2,4	3,6
Problemi giudiziari	-	2,8	9,8	6,6
Disoccupazione	-	-	6,1	3,6
Omicidio-suicidio	-	2,8	4,8	3,7
Altri motivi	5,3	8,3	3,7	5,1
Non rilevati	36,8	19,4	17,1	20,4
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0

Sulla base della citata analisi (Eurispes - Rapporto Italia 1995) risulterebbe che nel 36,8% dei suicidi realizzati da ragazzi al di sotto dei 14 anni non è possibile individuare la vera motivazione dell'atto: per il resto, i rapporti con la famiglia (26,3%) e l'insuccesso scolastico (21%) sembrano essere le uniche due aree capaci di giustificare, a questa età, la scelta di morire. Nel periodo delle medie superiori (15-19 anni) è proprio la riuscita nell'ambito scolastico (con le sue implicazioni nell'autostima, nei rapporti intrafamiliari e nella socializzazione) l'area a maggior rischio (33,3%); anche la depressione acquista un ruolo importante (13,8%), mentre i problemi familiari sono meno pressanti (5,6%). Le cose mutano radicalmente tra i 20 e i 29 anni, età nella quale la motivazione "passionale" (pari al 25,5%) gioca un ruolo preponderante; la depressione diventa la seconda causa di suicidio (14,6%) mentre scuola e famiglia cedono il passo alle motivazioni di tipo "adulto", specie la disoccupazione (6,1%) e i problemi con la giustizia (9,8%).

Per gli adolescenti, come abbiamo visto, i fattori "scatenanti" sono a prima vista banali e simili a quelli cui ognuno può trovarsi esposto: insuccessi scolastici, delusioni affettive, frustrazioni e liti in ambiente familiare. Tali fattori ambientali, al contrario, sembrano nascondere in molti casi un potenziale traumatico grave e dirompente.

Vale la pena di rimarcare, tuttavia, che può essere quanto mai mistificante e fuorviante ritenere il suicidio di un adolescente come conseguenza di un preciso e ben definito momento scatenante dimenticando, così, tutta la complessa e non di rado inaccessibile psicodinamica che conduce al fatale gesto autodistruttivo. D'altronde non è neanche sempre vera l'equazione *suicidio = desiderio di morire*: il giovane suicida, infatti, il più delle volte rifiuta di vivere *quella* vita ma, nello stesso tempo, desidera ardentemente poterne vivere una completamente diversa.

Si è anche lungamente argomentato sul cosiddetto *istinto di morte*, che rappresenta un impulso primario riconoscibile, in qualche modo e in alcune circostanze, in tutti gli esseri viventi e che, rispondendo ad una sorta di principio di “entropia biologica” lo spinge verso uno stato di disintegrazione totale. Né bisogna dimenticare che l’oscillazione tra il timore (o fobia) della morte e la sua fascinazione (o attrazione) è un’esperienza emblematica di ogni adolescenza, assai efficacemente descritta da E. Borgna (1998): “*come la vertigine dell’altezza induce talora a precipitare giù negli abissi delle profondità perdute, così il timore (lo spavento) della morte si trasforma talora mediante meccanismi psicodinamici fatali nella scelta della morte stessa (non voglio morire, ho paura della morte, ma posso superare questa paura solo sfidando la morte stessa: solo cercandola e realizzandola)*” [7].

L’analisi di certi comportamenti gravemente trasgressivi e volutamente “a rischio” sono, per altro, facilmente riscontrabili in molti adolescenti con malattia cronica, dove troviamo ulteriore conferma sul fatto che la “manipolazione” dell’idea di morte fa parte integrante del fisiologico sviluppo psicoaffettivo dell’adolescenza. Tuttavia, esporsi passivamente o attivamente al pericolo di morte, giocare con esso sospendendo ad esempio, se diabetici, le iniezioni di insulina o praticandosene furtivamente in soprannumero, non significa necessariamente desiderare di morire ma, molto spesso, provare e riprovare di essere in un certo senso invulnerabili. Questi comportamenti, in tale contesto, hanno anche un significato liberatorio e adattativo: non è certamente facile vivere e convivere con l’incubo di una malattia grave o, comunque, inguaribile e del rischio di una morte sempre incombenente sopra il proprio capo [11].

Innumerevoli riscontri evidenziano l’importanza primaria della “*depressione*” nel suicidio dei giovani: tuttavia la correlazione esistente tra depressione clinica e suicidio non implica un rapporto di causalità semplice e diretta in questo processo in cui il binomio depressione/impulsività può rappresentare l’elemento scatenante.

Altri importanti aspetti meriterebbero di essere affrontati nella disamina dei fattori predisponenti o scatenanti il suicidio giovanile, anche se nella loro interpretazione si impone la massima cautela e prudenza: si tratta dell’omosessualità, dell’incesto e degli abusi sessuali. Al di là dei sentimenti di rabbia, turbamento, sconforto, impotenza e umiliazione che questi fatti possono legittimamente provocare, essi attivano in pieno certe fantasie inconsce che sono insite nella determinazione suicidaria [6]. In particolare, per quanto attiene all’omosessualità il riconoscimento della propria diversità viene frequentemente vissuto dal giovane adolescente come un momento di crisi e di stravolgimento emotivo, di crollo dell’autostima e di profonda compromissione delle relazioni sociali [12].

Ribadito comunque che, verosimilmente, non esiste una personalità-tipo dell’adolescente suicida e che, pertanto, in questo campo qualsiasi esemplificazione e/o generalizzazione troppo spinta finisce con l’essere inadeguata o fuorviante, un’interessante, ben nota e, in linea di massima, condivisibile chiave di lettura di molti comportamenti autodistruttivi dei giovani ci viene ricordata da V. Andreoli [13]: si ha la netta impressione, anzitutto, che i giovani d’oggi non riescano ad elaborare in modo adeguato la percezione della dinamica temporale e, in particolare il *concetto di futuro*. Se la percezione del futuro si è notevolmente affievolita negli

attuali adolescenti, con il futuro è scomparsa un'altra fondamentale dimensione prospettica, cioè quella della morte. In altre parole, la percezione che ha un adulto (e ancor più un anziano) della morte non corrisponde assolutamente a quella dell'adolescente, per il quale la morte assume assai spesso connotazioni tipicamente cinematografiche o televisive: si può ammettere addirittura una rappresentazione transitoria della morte stessa, proprio come in televisione dove un attore muore e poi, cambiando canale, lo si rivede in piena efficienza in un altro film (se non in un'altra puntata della medesima telenovela). E così, sciaguratamente, per alcuni giovani registi di se stessi la morte diventa la soluzione per le difficoltà contingenti, una modalità per togliersi da un impaccio, senza rendersi conto dell'assoluta irreversibilità di questa definitiva "uscita di scena". D'altra parte è difficile in mancanza della percezione del futuro aderire ad un'idea di morte che presuppone, pur sempre, la proiezione in una dimensione temporale remota.

D'altronde, paradossalmente, molti giovani suicidari affermano che al momento della realizzazione dell'atto si sentivano immersi in un sentimento di inesistenza, in un vissuto di annullamento dove il gesto contro il proprio corpo sembrava rappresentare l'unica via di uscita. Premesso che la perdita di contatto con la realtà esterna dovrebbe essere considerata come un momento psicotico acuto, si ha la netta impressione che l'atto suicidario in molti adolescenti rappresenti un atto di violenza e/o di totale distruttività piuttosto verso il proprio corpo fisico che non verso l'esistenza che quel corpo stesso racchiude.

Va da sé che lo scopo principale della suicidologia come scienza, al di là di "produrre cultura", è e deve rimanere quello di arginare (non essendo possibile annullarlo) l'enorme prezzo pagato dalla società per la perdita prematura di giovani vite umane. Tale obiettivo si potrà realizzare solo attraverso un'opera mirata e articolata di prevenzione capace di coinvolgere i giovani, le famiglie, la scuola e, ovviamente, le strutture di igiene mentale e di Medicina Adolescenziale articolandosi, sotto il profilo operativo e strategico, su tre livelli strettamente interconnessi [6-14]:

- ◆ PREVENZIONE PRIMARIA – mirata ad impedire il primo tentativo di suicidio;
- ◆ PREVENZIONE SECONDARIA – nel momento della crisi, quando l'atto suicidario si realizza;
- ◆ PREVENZIONE TERZIARIA – rivolta a contenere il rischio di recidive e/o complicazioni.

Ne discende che soprattutto sulla prevenzione primaria dovranno concentrarsi gli sforzi degli operatori del settore, attraverso il tempestivo riconoscimento dei principali fattori individuali e/o ambientali di rischio e l'eventuale trattamento di quei disturbi psichiatrici che possono comportare un aumentato pericolo di atti suicidari. In tale prospettiva, possono essere vantaggiosi interventi di gruppo che informino e coinvolgano gli adolescenti stessi, anche perché sappiamo che le idee di suicidio vengono assai spesso comunicate per tempo al "gruppo dei pari" e, in questo ambito, è certamente preferibile salvare una vita che temere di aver violato una confidenza.

**TABELLA 8** - Segni di allarme per rischio suicidario evidenziabili dai familiari dell'adolescente.

1. Marcato cambiamento nelle abitudini alimentari e/o nel sonno
2. Inspiegabile isolamento dagli amici, dalla famiglia, dalle solite attività
3. Improvvisi atti violenti, comportamento ribelle, fughe
4. Trascuratezza inusuale nella cura della propria persona
5. Marcato cambiamento nella "personalità"
6. Uso di droga e/o alcool
7. Noia persistente, difficoltà di concentrazione, "crollo" nel rendimento scolastico
8. Perdita di interesse anche per le solite attività ricreative
9. Rifiuto di elogi e/o ricompense
10. Malesseri fisici (stanchezza, cefalea, nausea, gastralgie, ecc.)

**TABELLA 9** -**Un adolescente che sta progettando il suicidio potrebbe, inoltre:**

1. Lamentarsi di essere una persona cattiva; di sentirsi "marcio dentro"
2. Fare allusioni verbali affermando, ad esempio: "tanto non sarò ancora per molto un problema per voi"
3. Ripetere: "non importa nulla", "tanto è inutile", "non ci rivedremo più"
4. Riordinare in maniera inconsueta la propria stanza e le proprie cose
5. Dar via le cose preferite; disfarsi di effetti personali importanti
6. Diventare improvvisamente euforico e/o esuberante
7. Manifestare una sintomatologia psicotica (allucinazioni, idee ossessive)
8. Affermare esplicitamente di volersi uccidere
9. Marinare la scuola
10. Essere *preoccupato* della morte e di morire

L'aspetto individuale della prevenzione primaria [TAB. 8-9] consiste, invece, nello scoprire la "fase pre-suicidaria" dell'adolescente, cogliendo quei cambiamenti comportamentali e relazionali che, anche se frequentemente sottovalutati, sono facilmente evidenziabili da familiari e amici.

La suicidologia ha senz'altro contribuito ad arricchire le nostre conoscenze sull'ampiezza del fenomeno, sulla frequenza delle recidive, sulla continuità tra le idee suicidarie, i tentativi di suicidio e i suicidi realizzati, sull'importanza di disturbi psichiatrici palesi o larvati, sulla realizzazione di strategie di prevenzione anche molto efficaci ma, alla fine, ignoriamo ancora la "vera causa" del suicidio. I disturbi depressivi e ansiosi, pressoché costanti nei giovani suicidari, come anche i disturbi della personalità rappresentano un importante indice di rischio e, se tempestivamente riconosciuti, consentiranno di adottare efficaci misure terapeutiche ma, da soli, non potranno mai spiegare quella drammatica commistione di depres-

sione e di impulsività, di disperazione e di violenza che spingono irrimediabilmente l'adolescente verso l'autodistruzione.

Come considerazione conclusiva di questa non facile lettura e delle considerazioni che ne sono fin qui derivate, dobbiamo riflettere sul fatto che la morte non è per sua natura violenta: sono gli uomini a renderla tale. Ma se vogliamo esorcizzare i fantasmi della paura è necessario che questa società riporti la morte tra i grandi temi della sua meditazione. *Ancora una volta è (forse) necessario partire dai significati terreni, da una dimensione umana, prima ancora di arrivare alle teologie e ai contenuti propri, profondi e spirituali delle grandi religioni* [13].

*Solo in questo modo riusciremo a trasmettere alle nuove generazioni il più importante degli insegnamenti: quello riguardante il valore e la bellezza della vita che è un percorso ricco di imprevisti, talora anche dolorosi, ma che in nessun caso, nemmeno nei più drammatici, siamo autorizzati a risolvere con un gesto estremo* [15].

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Schwarzenberg T.L. Rifiutare la vita. Introduzione alla suicidologia adolescenziale. In: Berman A.L., Jobes D.A. Il suicidio nell'adolescenza. Roma: Edizioni Scientifiche Magi; 1999. p. 339-355.
- 2) Schwarzenberg T.L. Adolescenza. Enciclopedia Medica Italiana, Aggiornamento II, Tomo I. Firenze: USES; 1998. p. 88-105.
- 3) Romani P. Uscire e ritornare alla vita. [Famiglia Oggi 1998; 2:61],
- 4) Schwarzenberg T.L., Buffone R. Morbosità e mortalità negli adolescenti e nei giovani adulti: l'approccio epidemiologico. In: Manuale di Adolescentologia. A cura di V. De Sanctis. Pisa: Pacini ed.; 2002. p 15-23.
- 5) Rapporto 1997 sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. ISTAT. Roma.
- 6) Pawlak C, Wagner P, Ladame F. Le condotte suicidarie in adolescenza. In: Pissacroia M. Trattato di Psicopatologia della Adolescenza. Piccin Ed.; 1998.
- 7) Borgna E. La morte desiderata. [Famiglia Oggi 1998; 2:8]
- 8) Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P. e coll. WHO/EURO Multicentre study on parasuicide. Facts and figures; Copenhagen: WHO; 1993.
- 9) Statistiche giudiziarie penali. ISTAT. Roma; 1996.
- 10) Rapporto Italia 1995. EURISPES. Roma; 1996.
- 11) Bougnères P.F. e Coll. Il diabete mellito nel bambino e nell'adolescente. Roma: A. Delfino ed.; 1999.
- 12) Tremblay P.J. The homosexuality factor in the youth suicide problem. Sixth Annual Conference of the Canadian Association for Suicide Prevention (Banff, Alberta - october 11-14, 1995).
- 13) Andreoli V. I tanti volti della morte. Voglia di ammazzare. Famiglia Oggi 2:25, 1998.
- 14) Brunetta G. I suicidi in Italia. Una rivisitazione umana. [Famiglia Oggi 1998; 2:14].
- 15) Editoriale Insegnare ad amare la vita. [Famiglia Oggi 1998; 2:6].
- 16) Porter J. The Silent Epidemic of Teen Suicide. Gryphon Horse Ed.; 2001
- 17) Berman A.L., Jobes D.A. Adolescent Suicide: Assesment & Intervention. Am. Psychol. Association, Washington DC; 1996
- 18) Overholser J.C. Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters : From Research to Practice. Simon & Schuster Ed.; 2002.

- 19) Shneidman E.S. Comprehending Suicide – Landmarks in 20<sup>th</sup> Century Suicidology. Am. Psychol. Association, Washington DC; 2001.

#### **SITI INTERNET DI RIFERIMENTO SULLA SUICIDOLOGIA ADOLESCENZIALE**

Focus Adolescent Services – National Suicide Hotline.

Su: <http://www.focusas.com/Suicide.html>

Suicide and the School – Recognition and Intervention for Suicidal Students in the School Setting.

Su: <http://www.baltimorepsych.com/Suicide.htm>

America's Continuing Education Networks (ACE) – Preventing Adolescent Suicide (PAS).

Su: <http://www.ace-network.com/whatsnew.htm>

Virtual Library (ERIC/CASS) – Depression and Suicide – Adolescent Suicide.

Su: <http://ericcass.uncg.edu/virtuallib/depress/adolescent.html>

World Medical Association Statement on Adolescent Suicide.

Su: [http://www.wma.net/e/policy/10-23\\_e.html](http://www.wma.net/e/policy/10-23_e.html)

Child and Adolescent Mental Health Nursing – Child or Adolescent Suicide.

Su: <http://preventschoolviolence.com/suicide.html>

Adolescent Suicide Prevention Plan – The Florida Department of Health.

Su: <http://www.ac.wvu.edu/~hayden/spsp/states/flasupr3.pdf> (è possibile scaricare gratuitamente da questo sito un documento articolato di 45 pagine).