

## Epidemiologia degli autolesionismi e comportamenti suicidari in adolescenza

### Analisi della popolazione scolastica in due province del Friuli Venezia Giulia

SARA BATTISTUTTA<sup>1</sup>, CATERINA ZANUS<sup>1</sup>, MARCELLA MONTICO<sup>2</sup>, SILVANA CREMASCHI<sup>3</sup>, MARCO CARROZZI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Struttura di Neuropsichiatria Infantile e Neurologia Pediatrica IRCCS Burlo Garofolo Trieste

<sup>2</sup>Servizio di Epidemiologia Clinica e Biostatistica IRCCS Burlo Garofolo Trieste

<sup>3</sup>Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - ASS 4 - Udine

Indirizzo per la corrispondenza: [carrozzi@burlo.trieste.it](mailto:carrozzi@burlo.trieste.it)

## Epidemiology of self-harm and suicide attempts in adolescence

### Analysis of the school population of two cities of the Friuli Venezia Giulia Region, Italy

[Introduzione](#)  
[Materiali e metodi](#)  
[Risultati](#)  
[Discussione](#)  
[Bibliografia](#)

#### Key words

Self-harm, Suicide attempt, Adolescence, Emergency Unit

#### Abstract

*Background* - Deliberate self-harm and suicide attempts are recognised as a growing health problem in adolescence. Nevertheless, epidemiological studies show a considerable variability in rates due to the difficulties in defining and recognizing suicidal behaviours.

*Objectives* - The present study aims at estimating the rate of self-harm and suicide attempts among adolescents and at describing the characteristics of suicidal behaviours. In this research the characteristics of the school population of two cities of the Region Friuli Venezia Giulia (Trieste and Udine), Italy have been analysed.

*Materials and Methods* - In this school-based study, a sample of 1,171 students attending the first and second years of high school has been analysed using the Youth Self-Report (YSR). YSR is a screening instrument to collect information about the adolescent's competencies and his/her behavioural/emotional problems.

*Results* - 24.4% of adolescents have clinical scores in scales about anxiety/depression problems (internalizing syndrome), and 29.3% have clinical scores in oppositional/aggressive problems (externalizing syndrome). 18.8% of adolescents report self-harm/suicidal thoughts or behaviours in the last 6 months; adolescents of this group describe themselves with lower school performance and report significantly higher scores on all the scales.

*Conclusions* - It is important to think about the possible meaning of the high percentage of adolescents obtaining clinical scores in behavioural and emotional problem scales. In a predictive perspective, the question is what is the actual psychopathological risk, particularly for those cases with suicidal thoughts or behaviours, associated with self-reported low school performance. From a preventive point of view, it is important to evaluate the need for providing adequate strategies that could help to find and support possible protective factors.

#### RIASSUNTO

**Background** Il tentato suicidio (TS) e gli atti di autolesionismo (AA) sono un problema di salute mentale di primaria importanza in adolescenza. I dati epidemiologici sono tuttavia pochi e disomogenei.

**Obiettivi** La ricerca, attraverso l'analisi della popolazione clinica e di quella scolastica, ha l'obiettivo di stimare la prevalenza degli AA/TS e di descriverne le caratteristiche. In questo articolo analizziamo la popolazione scolastica di due città della Regione Friuli Venezia Giulia (Trieste e Udine).

**Materiali e Metodi** È uno studio di popolazione "school-based", condotto su un campione di 1171 studenti del primo biennio delle scuole superiori delle due città, attraverso l'auto-compilazione del questionario Youth Self-Report (YSR), che permette di raccogliere informazioni sulle competenze, sui problemi comportamentali ed emotivi.

**Risultati** Il 24,4% degli adolescenti riporta un punteggio in range clinico per problemi di ansia/depressione

(sindrome internalizzante), il 29,3% per comportamenti oppositivi/aggressivi (sindrome esternalizzante). Il 18,8 % degli adolescenti riferisce di aver avuto, nei 6 mesi precedenti, comportamenti o pensieri autolesivi o suicidari; gli adolescenti di questo gruppo riferiscono un rendimento scolastico inferiore agli altri ragazzi e ottengono punteggi significativamente superiori in tutte le scale sindromiche.

**Conclusioni** Alla luce di tali risultati, ci sembra opportuno riflettere sul significato dell'alta percentuale di adolescenti i cui punteggi in tutte le scale di problemi emotivi e comportamentali rientrano nel range clinico. In termini predittivi, ci si chiede quale sia l'effettivo rischio in ambito psicopatologico, in particolare nei numerosi casi in cui vengono riportati pensieri o comportamenti suicidari associati a un riferito basso rendimento scolastico. In termini preventivi, vanno definite adeguate strategie che permettano di individuare e promuovere fattori di protezione.

## INTRODUZIONE

Questo lavoro analizza la diffusione e le caratteristiche degli atti autolesivi (AA) e dei tentati suicidi (TS) in una popolazione scolastica di adolescenti del primo biennio delle scuole superiori.

Nel precedente articolo<sup>1</sup> sono stati indagati gli atti suicidari degli adolescenti che hanno avuto accesso a tutte le strutture di Pronto Soccorso del Friuli Venezia Giulia. In quel lavoro, constatando come spesso questi atti venissero banalizzati, sottolineavamo l'importanza di riconoscere il significato di tali gesti (al di là della gravità delle condizioni cliniche conseguenti) per evitare la possibile escalation di atti sempre più pericolosi<sup>2</sup>. Emergeva quindi la necessità che i sanitari non banalizzassero né sottovalutassero intensi stati affettivi negativi dell'adolescente, come la rabbia, la tristezza, l'impotenza e la vergogna, che potrebbero indicare la presenza di fantasie e "pensieri consci o inconsci di suicidio"<sup>3</sup>, quali possibili segni di quella che, alcuni autori, indicano come una vera e propria "sindrome presuicidaria"<sup>3-5</sup>.

È noto tuttavia che spesso il comportamento suicidario non giunge all'attenzione medica<sup>6</sup> e in letteratura viene sottolineata l'importanza di indagare il fenomeno anche attraverso studi di popolazione<sup>7</sup>. Questi evidenziano un'alta diffusione di pensieri e di comportamenti suicidari e forniscono stime di prevalenza superiori rispetto a quelle emergenti dagli studi effettuati presso le Strutture Sanitarie<sup>8</sup>. Molte di queste indagini hanno cercato di individuare anche i possibili fattori di rischio<sup>9</sup>, soffermandosi su diverse variabili che possono interagire tra loro, quali l'età e il genere<sup>10-12</sup>, fattori psichiatrici<sup>13</sup> e psico-emotivi<sup>14</sup>, il rendimento scolastico<sup>15</sup>, i disturbi della personalità, l'autolesionismo e l'abuso di stupefacenti<sup>16-18</sup>.

Per avere un quadro più completo del fenomeno degli AA/TS, oltre ad analizzare gli accessi al Pronto Soccorso<sup>1</sup>, abbiamo deciso di analizzare anche la popolazione scolastica in età adolescente (primo biennio delle superiori), in un contesto naturalistico, utilizzando il questionario self-report di Achenbach, per cercare di valutare alcuni dei possibili fattori di rischio (genere, fattori psico-emotivi, rendimento scolastico, ma soprattutto l'autolesionismo). In letteratura viene riportato un picco di frequenza degli atti AA/TS in questa fascia di età<sup>1,7,19,20</sup>, che quindi è diventata oggetto della presente ricerca.

L'obiettivo non è solo quello di stimare la prevalenza degli AA/TS, ma anche di definire un profilo emotivo e comportamentale degli adolescenti e di soffermarsi sulle loro risorse, individuando possibili fattori di protezione, ancora poco studiati in letteratura<sup>19</sup>.

In questo articolo riportiamo i risultati ottenuti da questa parte della ricerca.

## MATERIALI E METODI

La ricerca, effettuata nel corso del 2005, ha valutato un campione di 1171 studenti del primo biennio delle scuole superiori (Liceo Scientifico e Istituto Tecnico/Professionale) attraverso l'utilizzo della traduzione italiana del questionario Youth Self-Report (YSR)<sup>11-18</sup> di Achenbach<sup>21-22</sup>.

Durante la fase iniziale della ricerca è stata avviata la collaborazione con le scuole attraverso incontri con gli insegnanti, durante i quali sono stati spiegati e condivisi gli obiettivi della ricerca e lo strumento utilizzato per realizzarla (questionario self-report). Il questionario è poi stato compilato in modo anonimo in classe dagli studenti in presenza di un ricercatore, previo consenso scritto dei genitori. La compilazione ha richiesto circa un'ora di lavoro.

Il questionario YSR permette di raccogliere informazioni sull'adattamento, sulle competenze, sui problemi comportamentali ed emotivi dell'adolescente ([Box 1](#)), permettendo una loro quantificazione<sup>23</sup>. La prima parte del questionario prevede una serie di item relativi alle competenze del soggetto (attività, socialità e scuola). La seconda parte indaga la sfera comportamentale ed emotiva, attraverso 112 item a cui il soggetto può rispondere con: 0 (non vero), 1 (in parte o qualche volta vero) o 2 (molto vero o spesso vero). I valori ottenuti vengono quindi sommati per determinare il punteggio delle diverse scale del questionario, permettendo di calcolare il valore medio la sua deviazione standard. Il questionario prevede che le scale vengano raggruppate nelle sindromi internalizzante ed esternalizzante. Viene poi costruito un profilo in cui il punteggio di ciascuna scala viene confrontato con i dati normativi; il valore è nel range clinico (quindi "patologico") se supera il "cut-off" ([Figura 1](#)).

**Box 1.** Questionario Youth Self-Report<sup>11-18</sup> (Achenbach, 2001)

ASPETTI VALUTATI	SINDROMI	SCALE	Item esempio
------------------	----------	-------	--------------

COMPETENZE		Attività	IA- Elenca gli sport che ami maggiormente praticare
		Socialità	IIIA- Elenca qualsiasi organizzazione, club, squadra o gruppo a cui appartieni
		Scuola	VII- Attuale rendimento scolastico
PROBLEMI COMPORTAMENTALI ED EMOTIVI	SINDROME INTERNALIZZANTE	Ansia - depressione	33- Sento che nessuno mi ama
		Ritiro - depressione	5- Ci sono veramente poche cose che mi divertono
		Lamentele somatiche	54- Mi sento esageratamente stanco senza una buona ragione
	SINDROME ESTERNALIZZANTE	Comportamento oppositivo	26- Non mi sento in colpa dopo aver fatto qualcosa che non avrei dovuto fare
		Comportamento aggressivo	37- Sono coinvolto spesso in zuffe o liti
	NE' INTERNALIZZAZIONE NE' ESTERNALIZZAZIONE	Problemi sociali	38- Vengo spesso preso in giro dagli altri
		Problemi di pensiero	9- Non riesco a evitare certi pensieri
Problemi di attenzione		4- Non porto a termine le cose che comincio	

Le scale "DSM IV-Oriented" permettono un iniziale orientamento psicopatologico, seppur parziale e provvisorio, definendo un profilo organizzato in base ai criteri del DSM-IV (attuale sistema diagnostico codificato per i disturbi mentali)<sup>24</sup>.

In una prima fase sono state analizzate le risposte ricavate dal campione complessivo di tutti gli adolescenti (n=1090; M=558; F=532). I risultati sono stati analizzati applicando la regressione logistica multivariata, che permette di costruire un modello in cui vengono prese in considerazione e analizzate più variabili, in questo caso socio-demografiche (età, sesso, essere figlio unico, professione dei genitori), e le loro eventuali interazioni, con lo scopo di individuare e definire il peso di ciascuna sugli outcome.

Successivamente, il campione totale è stato suddiviso in due gruppi (AA/TS e NON AA/TS) in base alle risposte agli item target: item 18 "Intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio" e item 91 "Penso di uccidermi". Il gruppo AA/TS è costituito dagli adolescenti che hanno risposto positivamente ad almeno uno dei due item target. L'altro gruppo (NON AA/TS) è costituito dagli adolescenti che hanno dato una risposta pari a "0" sia all'item 18 che all'item 91.

Il confronto fra i punteggi medi ottenuti da maschi e femmine alle scale del questionario, all'interno di ciascun gruppo, è stato eseguito attraverso il test di Mann-Whitney.

Il possibile effetto delle variabili socio-demografiche, di cui sopra, nel determinare valori nel range clinico per le scale del questionario ovvero l'appartenenza al gruppo AA/TS è stato poi valutato nuovamente con la regressione logistica multivariata.

## RISULTATI

### a- Tutta la popolazione di adolescenti

Il campione risulta costituito da 1090 soggetti, 558 maschi e 532 femmine di età media di 15 anni e due mesi (DS 11 mesi). Dei 1171 questionari raccolti, 81 (6,9%) sono stati eliminati dall'analisi perché incompleti, compilati erroneamente o in modo inattendibile.

I punteggi medi (e la deviazione standard) ottenuti da tutti gli adolescenti sono riportati nella [Tabella 1](#), dove sono anche indicate le percentuali di soggetti che rientrano nel "range clinico". Il 32% degli adolescenti è risultato nel range clinico nelle scale che valutano le competenze, il 24,4%, nella sindrome internalizzante (ansia depressione 8,6%; ritiro depressione 6,6%; lamentele somatiche 6,7%) e il 29,3% nella sindrome esternalizzante (comportamento oppositivo 10,2%; comportamento aggressivo 12,1%).

Dalla regressione logistica multivariata è emerso che le differenze legate al sesso ([Tabella 2](#)), controllate per età, scuola, professione dei genitori, condizione di figlio unico, non sono significative per quanto riguarda le competenze dichiarate; per quanto riguarda invece i problemi emotivi e comportamentali si evidenzia nei ragazzi la presenza di maggiori problemi esternalizzanti (p=0,03) e di pensiero (p=0,03). I risultati nelle scale DSM-IV-oriented confermano che una maggiore percentuale di maschi rispetto alle femmine ottiene punteggi che si collocano nel range clinico per le scale "oppositional problems" (p<0,001) e "conduct problems" (p<0,001).

### b- Gli adolescenti che dichiarano atti o pensieri autolesivi o suicidari

Gli adolescenti del campione sono stati suddivisi in due sottopopolazioni in base alle risposte date dagli adolescenti agli item target. Il gruppo NON AA/TS è costituito da 885 adolescenti (M=461 -età media 15 aa e 2 mm ± 11 mm; F=424 -età media 15 aa ± 10 mm-). Tra i 1090 adolescenti del campione, 205 (18,8%: 97 maschi -età media 15 aa e 3 mm ± 11 mm- e 108 femmine -età media 15 aa e 3 mm ± 11 mm-) hanno riportato risposte positive ai due item target (gruppo AA/TS) segnalando quindi di aver avuto nei 6 mesi precedenti pensieri o comportamenti autolesivi/suicidari. Tale percentuale sale al 20,8% se includiamo anche gli adolescenti che hanno affermato di farsi spesso male accidentalmente (item 36). Analizzando più in dettaglio le risposte dei soggetti del gruppo AA/TS, il 37% (7% del campione totale) riferisce esclusivamente pensieri di tipo suicidario (risposte affermative solo all'item 91: "Penso di uccidermi"), il 25% (5% del campione totale) esclusivamente comportamenti autolesivi (risposte affermative solo all'item 18: "Intenzionalmente mi faccio del male o ho tentato il suicidio"), il 38% (7% del campione totale) riferisce entrambi (risposte affermative sia all'item 91 che

all'item 18). Se consideriamo tutti i casi in cui è stato risposto positivamente all'item 18, con o senza pensieri suicidari (item 91), la percentuale sale al 63% (12% del campione totale), mentre la percentuale totale di adolescenti nel gruppo AA/TS che ha riferito pensieri suicidari (item 91), con o senza AA/TS compresenti, è del 75% (14% del campione totale).

Nella Tabella 3 sono riportati la media, la deviazione standard e la percentuale dei soggetti nel range clinico dei due gruppi di adolescenti (AA/TS e NON AA/TS). Dal confronto tra i due gruppi è emerso che le percentuali degli adolescenti i cui punteggi rientrano nel range clinico sono più elevate nel gruppo con AA/TS (sindrome internalizzante: 55,4% vs 17,3%,  $p < 0,001$ ; sindrome esternalizzante: 62,8% vs 21,6%,  $p < 0,001$ ; totale dei problemi: 61,3% vs 14,1%,  $p < 0,001$ ).

Analizzando i valori medi (Tabella 4; Figura 2) calcolati per i soggetti di ciascun gruppo (AA/TS e NON AA/TS) suddivisi per genere, si sono osservati, per i soggetti di sesso femminile, valori più alti nelle scale della sindrome internalizzante ("ansia depressione" e "lamentele somatiche"), e per i soggetti di sesso maschile valori più alti nelle scale della sindrome esternalizzante ("comportamento oppositivo" e "comportamento aggressivo"). Anche le scale "DSM-IV-oriented" confermano questa tendenza, con punteggi più alti nei maschi alla scala "conduct problems", e punteggi più alti nelle femmine alle scale che indicano problemi internalizzanti ("affective problems", "anxiety problems" e "somatic complaints").

Anche all'interno del gruppo NON AA/TS si ritrovano sostanzialmente le stesse differenze tra maschi e femmine, ma i punteggi medi in tutte le scale risultano però ben al di sotto della soglia clinica (Figura 2).

Nella Tabella 5, sono riportati i risultati dell'analisi logistica multivariata, eseguita per ogni scala, dove la variabile dipendente è l'appartenenza al gruppo (AA/TS vs NON AA/TS). Le competenze degli adolescenti non influiscono sull'appartenenza al gruppo AA/TS, con l'eccezione del rendimento scolastico ( $p = 0,002$ ), infatti i punteggi più bassi aumentano la probabilità di appartenere al gruppo AA/TS. Punteggi elevati alle principali scale sindromiche (internalizzanti ed esternalizzanti) e nelle scale "DSM-IV-oriented" aumentano la probabilità di appartenere al gruppo AA/TS ( $p < 0,001$ ).

Tra le variabili socio-demografiche considerate, l'unica variabile associata in maniera significativa è risultata quella relativa alla tipologia di scuola frequentata (Tabella 6). I soggetti che hanno risposto affermativamente a questi item sono più numerosi negli istituti tecnici e professionali rispetto a quelli che frequentano i licei ( $p = 0,03$ ).

**Tabella 1.** statistica descrittiva di tutto il campione. Media e Deviazione Standard (DS) dei punteggi ottenuti da tutti gli adolescenti nelle scale del questionario YSR 11-18. Colonna a destra: percentuale di adolescenti che rientrano nella categoria "range clinico" in base al campione di riferimento.

Questionario YSR	Media $\pm$ DS (n° = 1090)		% di soggetti nel range clinico
Attività	9,16	(2,74)	11
Socialità	7,87	(2,15)	6,1
Scuola	1,96	(0,44)	*
COMPETENZE	18,98	(4,07)	32
Ansia-Depressione	6,63	(4,50)	8,6
Ritiro-Depressione	4,03	(3,03)	6,6
Lamentele somatiche	4,16	(3,11)	6,7
Problemi sociali	3,87	(3,05)	6,1
Problemi pensiero	4,73	(3,77)	6,5
Problemi attenzione	6,64	(3,18)	7,3
Comportamento oppositivo	6,18	(5,02)	10,2
Comportamento aggressivo	9,81	(5,37)	12,1
Altri problemi	5,19	(2,94)	*
Sindr. INTERNALIZZANTE	14,98	(9,54)	24,4
Sindr. ESTERNALIZZANTE	16,06	(9,60)	29,3
TOTALE	51,19	(23,19)	22,9
DSM-IV-oriented Scales			
Affective Problems	5,38	(3,91)	6,5
Anxiety Problems	3,64	(2,33)	8,7
Somatic Complaints	2,60	(2,26)	5,9
Attention Problems	5,38	(2,78)	4,1
Oppositional Problems	4,33	(2,10)	11,6
Conduct Problems	4,62	(4,71)	11,3

\* In queste scale non è riportata la percentuale di soggetti nel range clinico in quanto non vi sono parametri di riferimento distinti in clinico/normale (per il profilo del questionario si faccia riferimento alla Figura 1).

**Tabella 2.** Confronto dei risultati in base al genere (M vs F) Odds-ratio (M=558 vs F=532), per appartenenza al range clinico con intervallo di confidenza al 95% e p-value per nelle scale principali, aggiustati per età, professione dei genitori, essere figlio unico, scuola frequentata.

Questionario YSR: confronto maschi/femmine	Odds Ratio del	IC 95%	p-value
---	-------------------	--------	---------

	<b>confronto</b>		
COMPETENZE	1,22	0,91-1,65	0,185
Problemi sociali	1,17	0,67-2,03	0,577
Problemi pensiero	1,89	1,06-3,35	0,03
Problemi attenzione	1,19	0,71-1,99	0,508
Sindr. INTERNALIZZANTE	1,27	0,93-1,74	0,129
Sindr. ESTERNALIZZANTE	1,39	1,03-1,87	0,03
PROBLEMI TOTALI	1,22	0,88- 1,68	0,234
DSM-IV-oriented Scales			
Affective Problems	1,03	0,59-1,81	0,911
Anxiety Problems	1,43	0,89-2,31	0,139
Somatic Complaints	2,07	1,13-3,82	0,019
Attention Problems	1,98	0,97-4,05	0,061
Oppositional Problems	2,79	1,77-4,40	<0,001
Conduct Problems	3,10	1,89-5,07	<0,001

**Tabella 3.** STATISTICA DESCRITTIVA DELLE DUE POPOLAZIONI (AA/TS e non-AA/TS). Media e Deviazione Standard (DS) dei punteggi ottenuti dagli adolescenti che riferiscono AA/TS e non-AA/TS alle scale del questionario YSR e alle DSM-oriented scales. Percentuale di adolescenti che rientra nella categoria clinica in base al campione di riferimento.

Questionario YSR	Gruppo AA/TS (n=205)		% di soggetti nel range clinico	Gruppo non-AA/TS (n=885)		% di soggetti nel range clinico
	Media ± (DS)			Media ± (DS)		
Attività	8,83	(2,98)	13,8	9,24	(2,67)	10,4
Socialità	7,66	(2,23)	6,9	7,91	(2,13)	5,9
Scuola	1,84	(0,47)	*	1,99	(0,43)	*
COMPETENZE	18,34	(4,30)	36,3	19,13	(4,00)	31
Ansia	9,28	(4,86)	25	5,81	(3,87)	4,9
Depressione	5,78	(3,49)	16,2	3,63	(2,76)	4,4
Lamentele somatiche	6,41	(3,60)	20,1	3,65	(2,74)	3,6
Problemi sociali	6,07	(3,59)	19,1	3,36	(2,67)	3,1
Problemi pensiero	7,44	(4,15)	21,1	3,91	(3,09)	3,2
Problemi attenzione	8,56	(3,30)	20,6	6,19	(2,98)	4,2
Comportamento oppositivo	9,93	(6,29)	28,4	5,32	(4,23)	6
Comportamento aggressivo	13,84	(6,04)	32,8	8,89	(4,74)	7,3
Altri problemi	6,50	(3,26)	*	4,90	(2,78)	*
Sindr. INTERNALIZZANTE	21,48	(9,43)	55,4	13,26	(8,66)	17,3
Sindr. ESTERNALIZZANTE	23,77	(11,12)	62,8	14,28	(8,26)	21,6
TOTALE	73,81	(23,47)	61,3	45,90	(19,89)	14,1
DSM-IV-oriented Scales						
Affective Problems	7,75	(4,11)	27,5	4,43	(3,08)	1,7
Anxiety Problems	4,86	(2,40)	18,1	3,36	(2,22)	6,6
Somatic Complaints	4,09	(2,68)	17,7	2,25	(2,00)	3,2
Attention Problems	6,74	(2,94)	11,8	5,07	(2,65)	2,4
Oppositional Problems	5,43	(2,08)	22,1	4,07	(2,02)	9,1
Conduct Problems	8,10	(6,24)	27,9	3,81	(3,88)	7,5

\* In queste scale non è riportata la percentuale di soggetti nel range clinico in quanto non vi sono parametri di riferimento distinti in clinico/normale (per il profilo del questionario si faccia riferimento alla [Figura 1](#)).

**Tabella 4.** Confronto Maschi-Femmine all'interno del gruppo AA/TS. Media e Deviazione Standard (DS) dei punteggi ottenuti dagli adolescenti del gruppo AA/TS, divisi tra maschi e femmine, in ogni scala del questionario (Non sono stati riportati i risultati del confronto M vs F nel gruppo non AA/TS in quanto i punteggi medi in tutte le scale risultano al di sotto della soglia clinica.)

Questionario YSR	MASCHI (97)	FEMMINE(108)	P	Questionario YSR	MASCHI (97)
	cut-off	Media ± (DS)	cut-off	Media ± (DS)	
Attività	5,5	8,6 (2,9)	5,5	9,02 (2,9)	0,31
Socialità	4,5	7,6 (2,2)	4,5	7,6 (2,2)	0,77
Scuola		1,7 (0,5)	*	1,9 (0,3)	0,11
COMPETENZE	17	18 (4,1)	17	18,5 (4,4)	0,49
Ansia	12	7,4 (5)	15	10,8 (4,1)	<0,001
Depressione	9	5,7 (3,7)	10	5,7 (3,2)	0,77
Lamentele somatiche	8	5,4 (3,5)	12	7,2 (3,4)	<0,001
Problemi sociali	10	5,1 (3,6)	10	5,4 (3,1)	0,32
Problemi pensiero	11	7,5 (4,0)	13	7,3 (4,2)	0,51
Problemi attenzione	12	8,7 (3,3)	12	8,3 (3,2)	0,31

Comportamento oppositivo	13	11,7 (6,7)	14	8,3 (5,3)	<0,001
Comportamento aggressivo	16	15 (6,3)	18	12 (5,5)	0,009
Altri problemi		6,2 (3,5)	*	6,6 (2,9)	0,26
Sindr. INTERNALIZZANTE	18	18,7 (10)	24	23,9 (8,1)	<0,001
Sindr. ESTERNALIZZANTE	16	26,7 (11,9)	15	21,1 (9,6)	<0,001
TOTALE	48-50	74 (25,6)	55-56	73,6 (21,5)	0,97
DSM-IV-oriented Scales					
Affective problems	11	6,3 (3,9)	14	8,9 (3,8)	<0,001
Anxiety problems	7	4,4 (2,7)	8	5,2 (2,0)	0,02
Somatic complaints	6	3,4 (2,6)	8	4,6 (2,5)	0,001
Attention problems	11	7,1 (3,1)	11	6,3 (2,7)	0,08
Oppositional problems	7	5,6 (2,0)	8	5,2 (2,0)	0,26
Conduct problems	11	10,5 (6,7)	11	5,9 (4,8)	<0,001

\* In queste scale non è riportata la percentuale di soggetti nel range clinico in quanto non vi sono parametri di riferimento distinti in clinico/normale (per il profilo del questionario si faccia riferimento alla [Figura 1](#)).

**Tabella 5.** Risultati dell'analisi multivariata per ogni scala. Odds ratio per AA/TS versus non-AA/TS nelle varie scale, con relativo intervallo di confidenza e p-value, controllati per sesso, età, essere figlio unico, scuola frequentata, professione del padre (gruppo AA/TS = 205 soggetti, gruppo non AA/TS = 885 soggetti).

Questionario YSR: Confronto AA/TS vs NON AA/TS	OR del confronto	IC 95%	p-value
Attività	0,96	0,90-1,03	0,234
Socialità	0,96	0,89-1,04	0,357
Scuola	0,54	0,37-0,80	0,002
COMPETENZE	0,96	0,92-1,00	0,103
Ansia-depressione	1,22	1,16-1,27	<0,001
Ritiro-depressione	1,24	1,17-1,31	<0,001
Lamentele somatiche	1,33	1,25-1,41	<0,001
Problemi sociali	1,31	1,24-1,39	<0,001
Problemi di pensiero	1,29	1,23-1,36	<0,001
Problemi attenzione	1,25	1,18-1,32	<0,001
Comportamento oppositivo	1,19	1,14-1,23	<0,001
Comportamento aggressivo	1,17	1,13-1,21	<0,001
Altri problemi	1,19	1,12-1,26	<0,001
Sindr. INTERNALIZZAZIONE	1,10	1,08-1,12	<0,001
Sindr. ESTERNALIZZAZIONE	1,10	1,08-1,13	<0,001
PROBLEMI TOTALI	1,05	1,04-1,06	<0,001
DSM-IV-oriented Scales			
Affective problems	1,31	1,24-1,38	<0,001
Anxiety problems	1,33	1,23-1,44	<0,001
Somatic problems	1,40	1,29-1,51	<0,001
Attention problems	1,20	1,13-1,28	<0,001
Oppositional problems	1,32	1,21-1,44	<0,001
Conduct problems	1,21	1,16-1,26	<0,001

**Tabella 6.** Modello logistico multivariato per le caratteristiche socio-demografiche. Odds ratio per AA/TS versus non-AA/TS con relativo intervallo di confidenza e p-value (\*ITP: istituti tecnici e professionali), professione del padre (1: dirigenti, imprenditori, professioni intellettuali; 2: professioni tecniche, impiegati, professioni qualificate nell'ambito commerciale; 3: lavoratori manuali; professioni non qualificate; 4: altro).

VARIABILI	OR del confronto AA/TS vs non-AA/TS	IC 95%	p-value
Sesso (M vs F)	0,74	0,53-1,05	0,09
Età (anni)	1,13	0,93-1,36	0,21
Essere figlio unico	1,07	0,71-1,61	0,75
Tipo di scuola frequentata: ITP* vs Liceo	1,52	1,05-2,21	0,03
Professione padre: 1 vs 2	0,98	0,60-1,59	0,92
Professione padre: 1 vs 3	0,90	0,53-1,52	0,69
Professione padre: 1 vs 4	0,97	0,52-1,83	0,93

## DISCUSSIONE

La ricerca è nata con l'obiettivo di analizzare la diffusione e le caratteristiche degli AA/TS. Questa parte dell'indagine, svolta in un contesto non clinico, ci ha permesso di ottenere una fotografia "istantanea" delle caratteristiche emotive e comportamentali di 1090 su 46953 adolescenti di due importanti realtà cittadine della Regione Friuli Venezia Giulia, fornendo numerosi interrogativi e spunti di riflessione. Infatti i risultati ottenuti dal campione totale della nostra ricerca ([Tabella 1](#)), mostrano percentuali molto elevate di adolescenti nel range clinico sia per la sindrome internalizzante (24,4%) che per quella esternalizzante (29,3%), come spesso riportato in letteratura<sup>22,25-30</sup>. L'interpretazione di tali risultati non è univoca: da un lato, si potrebbe ipotizzare la presenza di una difficoltà generalizzata, segno di un disagio emotivo sottostante (tutto da indagare), o, all'opposto, tale profilo potrebbe esprimere possibili, "normali", caratteristiche del particolare stato di transizione dell'adolescenza<sup>19</sup>, infatti non possiamo sapere se e quanti di questi soggetti hanno sviluppato successivamente un quadro psicopatologico. Anche nel nostro campione generale, come spesso riportato in letteratura<sup>29</sup>, è stata documentata una maggior frequenza di problemi esternalizzanti nei ragazzi mentre non si è confermata la maggior prevalenza di problemi internalizzanti nella popolazione femminile ([Tabella 2](#)).

Il 18,8% degli adolescenti del campione totale rientra nel gruppo AA/TS; tra questi, il 37% (7% della popolazione generale) ha dichiarato esclusivamente pensieri suicidari, mentre il 63% (12% della popolazione generale) ha riferito atti autolesivi (item 18), con o senza pensieri suicidari. La percentuale totale di adolescenti nel gruppo AA/TS che ha riferito pensieri suicidari (item 91), con o senza AA/TS compresenti, è del 75% (14% del campione totale). Questi dati si accordano con quanto descritto da alcune ricerche su campioni di adolescenti italiani<sup>31-34</sup>. Ad esempio Charmet riferisce che in uno studio svolto su un campione di studenti della Lombardia, il 12% ha pensato qualche volta o molto spesso al suicidio e il 10% dice di essersi fatto intenzionalmente del male o di aver tentato il suicidio<sup>20</sup>. I tassi di prevalenza riportati nella letteratura internazionale sono quanto mai variabili; in una recente meta-analisi di 128 lavori, Hawton riporta una frequenza di ideazione suicidaria di circa 20%, di autolesionismo di 13% e di tentati suicidi di 10%<sup>19</sup>. Per quanto riguarda la nostra popolazione in studio, l'elevata prevalenza documentata (18,8%) potrebbe essere associata all'elevata frequenza di problemi "internalizzanti" ed "esternalizzanti", quale possibile indice di una difficoltà emotiva generale.

È interessante notare come questo dato di prevalenza, riferito allo stesso periodo temporale, contrasta con il basso tasso di AA/TS (78 per 100.000) documentato presso le strutture sanitarie della nostra Regione, come descritto nella prima parte di questa ricerca<sup>1</sup>. Tale constatazione conferma le difficoltà metodologiche dello studio di queste problematiche<sup>31</sup>. È possibile, infatti, che l'elevata frequenza di pensieri e comportamenti autolesivi riscontrata nella popolazione scolastica sia una sovrastima della reale prevalenza del fenomeno<sup>8,33,35,36</sup>, dato che non sappiamo quanti di questi adolescenti hanno successivamente messo in atto le loro intenzioni e con quale modalità.

Analizzando il profilo dei ragazzi con AA/TS, abbiamo osservato che hanno ottenuto punteggi più alti del gruppo di controllo in tutte le scale del questionario ([Tabella 3](#) e [Tabella 5](#)), come riportato in letteratura<sup>37</sup>, non delineando quindi un unico specifico ambito psicopatologico<sup>2,38</sup>. Da quanto emerge da altre ricerche, infatti, la correlazione tra AA/TS e uno specifico disturbo psichiatrico non sembra essere sempre presente: il disturbo psichiatrico (soprattutto il disturbo depressivo) aumenta sicuramente il rischio suicidario ma "non è la malattia mentale a fare da regista delle fantasie di morte, sebbene in alcuni casi essa sia molto evidente"<sup>20</sup>. Molti autori infatti affermano che il comportamento suicidario può essere legato anche ad aspetti esistenziali soggettivi, a esperienze di vita sfavorevoli che si accumulano e/o si trasformano in fattori precipitanti o favorenti<sup>7</sup>, come nel modello di Beautrais (2000)<sup>39</sup> in cui giocherebbero un ruolo concausale anche fattori temperamentali e genetici<sup>19,40</sup>. Si confermerebbe così l'ipotesi dello stretto intrecciarsi tra il disfunzionamento psichico dell'adolescente e il malfunzionamento dell'ambiente familiare, in quella "fondamentale inscindibilità" tra fattori intrapersonali e fattori interpersonali a cui fa riferimento Ladame<sup>41</sup>.

Analizzando i valori medi delle scale (profilo YSR e DSM-IV oriented) all'interno dei gruppi AA/TS e NON AA/TS, si documentano punteggi più alti nella popolazione femminile per le scale internalizzanti mentre nella popolazione maschile i punteggi sono più alti nelle scale esternalizzanti ([Tabella 4](#) e Figura 2). Sono pochi al momento gli studi circa la relazione tra appartenenza a un genere e comportamenti autolesivi in campioni non clinici<sup>42</sup>. È interessante notare però come, mentre nel campione generale della nostra ricerca, la variabile sesso non pare predire l'appartenenza al gruppo AA/TS, nel sottocampione AA/TS i valori medi di ciascuna scala sono differenti fra maschi (più esternalizzanti) e femmine (più internalizzanti), non documentando uno specifico profilo psicopatologico (per esempio depressione) che accomuni tutti i soggetti del gruppo. Questo dato confermerebbe che, in un contesto naturalistico quale quello analizzato in questa ricerca, l'atto autolesivo può rappresentare un aspetto comportamentale di tipo dimensionale legato a differenti possibili determinanti, non ultimo l'età adolescente in sé<sup>39</sup>.

Colpisce il fatto che i ragazzi con AA/TS, pur avendo ottenuto punteggi più elevati nelle scale sindromiche, si percepiscono con competenze analoghe agli altri adolescenti nelle abilità sociali e nelle attività svolte ([Figura 2](#)), fatta eccezione per il "rendimento scolastico", in cui ottengono punteggi significativamente inferiori. A questo proposito, come segnalato da altre ricerche, il crollo nel rendimento scolastico, le difficoltà di relazione con i coetanei e gli insegnanti e l'abbandono scolastico rappresentano variabili altamente significative per la valutazione del rischio di comportamenti autolesivi e/o suicidari, confermando il valore dell'intervento di prevenzione primaria nelle scuole<sup>7,19,32,33,35</sup>, anche se al momento non vi è completo accordo su quali siano le iniziative più adeguate<sup>43</sup>. Con l'idea di affrontare questo argomento confrontandosi direttamente con gli operatori

scolastici, sono stati organizzati alcuni incontri con gli insegnanti durante i quali sono stati descritti e discussi questi risultati, per condividere almeno inizialmente linguaggi e obiettivi, come punto di partenza per lo studio di adeguate strategie preventive.

Dal momento che i soggetti del gruppo AA/TS sembrano inaspettatamente percepirsi con le stesse abilità sociali dei loro coetanei, ci siamo posti diversi interrogativi: è possibile che gli alti punteggi riflettano unicamente il modo in cui i ragazzi si percepiscono nel loro "stare con gli altri" e non un reale livello adeguato di funzionamento sociale? Oppure gli adolescenti hanno davvero delle buone competenze che potrebbero rivelarsi importanti fattori di protezione? O ancora: quanto conta il modo in cui si percepiscono questi adolescenti, al di là delle loro effettive competenze? È importante rispondere a questi interrogativi perché le competenze potrebbero rappresentare uno dei fattori di protezione da utilizzare per programmare adeguate strategie di prevenzione.

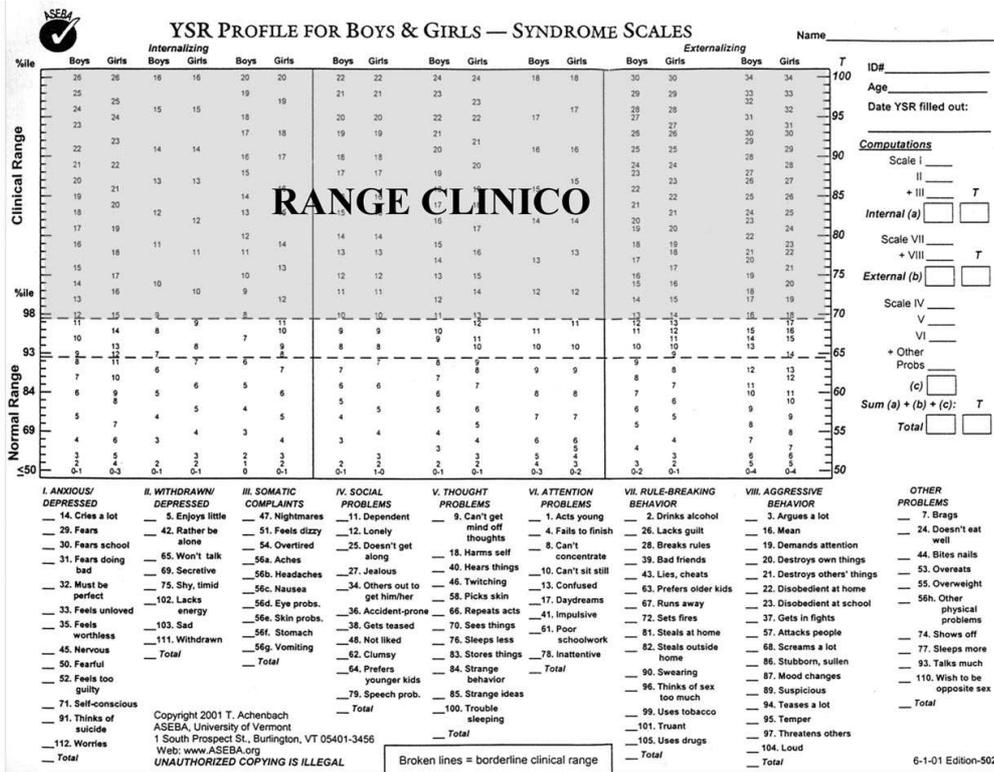
Infine, un aspetto peculiare emerso da questa ricerca è che i pensieri e i comportamenti autolesivi e/o suicidari sono più numerosi fra i ragazzi che frequentano gli istituti tecnici e professionali rispetto a quelli che frequentano i licei (Tabella 6). Quanto descritto non pare però correlato esclusivamente allo stato socio-economico della famiglia (che è uno dei possibili fattori determinanti nella scelta della scuola) in quanto dall'analisi statistica non emerge che questa variabile aumenti in maniera significativa la probabilità di appartenere al gruppo AA/TS. Ci si chiede quindi se esistano e quali possano essere gli altri determinanti che possono spiegare tale differenza, e se essi vadano ricercati con indagini più mirate nei contesti familiari e sociali dei ragazzi<sup>39</sup>.

La nostra ricerca presenta alcuni limiti. Innanzitutto questo studio ha utilizzato un solo questionario self-report. Tuttavia, a questo proposito è opportuno specificare che i questionari self-report in adolescenza sono ampiamente utilizzati in letteratura<sup>25,44-45</sup>, visto il progressivo sviluppo delle capacità di introspezione degli adolescenti (il che permette loro di essere gli informatori più affidabili sui loro pensieri e sulle loro emozioni<sup>44</sup>) e vista la loro esigenza di essere indipendenti dagli insegnanti<sup>25</sup> e dai genitori<sup>45</sup>, che spesso quindi non sono consapevoli delle problematiche dei loro figli. Ciò è vero anche nel campo specifico dei comportamenti suicidari, dove le frequenze riportate da genitori e adolescenti differiscono sia per l'ideazione che per i comportamenti<sup>7,37,44,46</sup>. Inoltre, come già specificato, non è disponibile un follow up della popolazione in esame, visto che si tratta di uno studio naturalistico, quindi in una popolazione non clinica, e che i questionari sono compilati in maniera anonima. Infine sono stati esclusi dalla ricerca tutti gli adolescenti che, probabilmente in seguito a situazioni multiproblematiche, hanno sospeso il loro percorso scolastico.

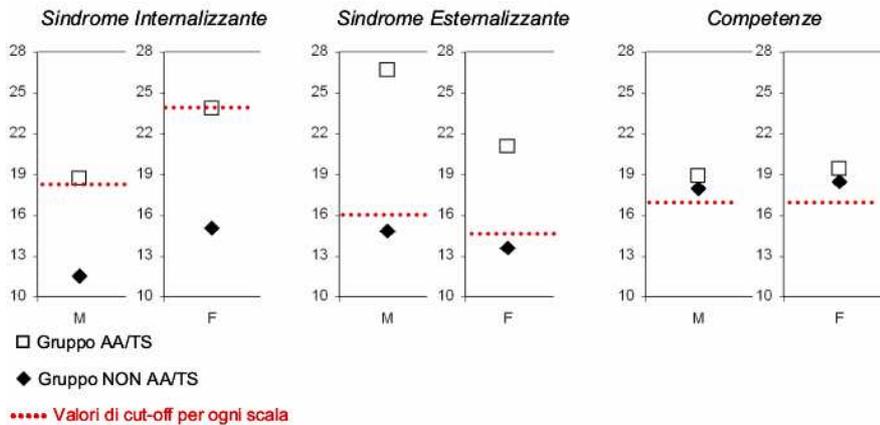
Questa ricerca ha voluto dare voce all'immagine che l'adolescente ha di se stesso, delle sue competenze e delle sue difficoltà e quindi, alla luce dei risultati e delle considerazioni rispetto ai quesiti e ai limiti, attualmente è in corso una nuova ricerca che punta ad analizzare un campione rappresentativo di tutta la popolazione scolastica della Regione, utilizzando più strumenti, per ampliare e approfondire le informazioni a nostra disposizione sia sull'ideazione e sugli atti autolesivi e suicidari che sul contesto socio-ambientale (Box 2).

<b>Box 2. La nuova ricerca</b>	
Il campione	1500 adolescenti reclutati in 20 istituti scolastici (medie superiori) di tutte le Province rappresentativi della popolazione scolastica di tutta la regione Friuli Venezia Giulia
Gli obiettivi	Ampliare e approfondire la raccolta di informazioni circa il profilo emotivo e sociale dei ragazzi oltre alla rilevazione dell'ideazione e degli atti autolesivi e/o suicidari.
Gli strumenti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Youth Self Report (profilo delle competenze e dei problemi emotivi e comportamentali).</li> <li>2. Questionario MAST (valutazione dell'atteggiamento nei confronti della vita e della morte).</li> <li>3. Test Multidimensionale dell'Autostima (valutazione di diverse aree correlate all'autostima: interpersonale, scolastica, emozionale, familiare, corporea ecc).</li> <li>4. Scheda Contesto (valutazione delle caratteristiche socio-demografiche).</li> <li>5. Scheda "Farsi Male" (valutazione dei pensieri e dei comportamenti autolesivi e suicidari: modalità, motivazione, conseguenze, cambiamenti conseguenti).</li> <li>6. Scheda Prevenzione (valutazione delle strategie utilizzate dai ragazzi nei momenti di difficoltà e delle loro esigenze).</li> </ol>

**Figura 1.** Profilo del questionario YSR di Achenbach. In grigio i punteggi superiori al cut-off ("range clinico").



**Figura 2.** Punteggi medi riportati dai soggetti dei due gruppi (AA/TS e NON AA/TS), nelle principali scale del questionario, divisi per sesso: confronti con il "cut-off". I punteggi medi calcolati per i soggetti di sesso maschile (M) e femminile (F), di ognuno dei due gruppi, vengono confrontati con il corrispondente valore di "cut-off". Per le sindromi internalizzante ed esternalizzante, il punteggio è considerato in "range clinico" se supera il "cut-off". Le competenze sono invece normali per entrambi i gruppi, visti i valori superiori al "cut-off" (vedi anche Tabella 4).



**Grants:**

Finanziamento ISS del Progetto 67/05 "Studio sugli atti di autolesionismo e comportamenti suicidari nell'adolescenza: studio delle circostanze di vita" (IRCCS Burlo Garofolo di Trieste in collaborazione con ASS4 Medio Friuli);  
 Finanziamento della Regione Friuli Venezia Giulia del Progetto 10/06 "Sorveglianza epidemiologica in Friuli Venezia Giulia dei tentati suicidi e degli atti di autolesionismo negli adolescenti" (IRCCS Burlo Garofolo di Trieste).

**Ringraziamenti:**

Si ringraziano i Dirigenti Scolastici, gli insegnanti e gli studenti degli Istituti Scolastici di Trieste e Udine che hanno partecipato alla ricerca.

**Bibliografia**

1. Zanusi C, Aliverti R, Battistutta S, Montico M, Cremaschi S & Carrozzini M. Studio epidemiologico degli autolesionismi e comportamenti suicidari in adolescenza. Parte I - Analisi degli accessi di Pronto Soccorso nella Regione Friuli Venezia Giulia. Medico e Bambino. 2009; in press.
2. Charmet GP. Adolescenza. Istruzioni per l'uso, 2005. Fabbri Editori.
3. Lingiardi V, Del Corno F (curato da). PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2008. Raffaello Cortina Editore.

4. Bolzonella G, Bottega L, Brocca R et al. La ricerca epidemiologica sui TS adolescenziali a Venezia Mestre. *Imago* 2006;XIII, n. 2.
5. Amadei P, Bonacini S, Nizzoli U. Tentato suicidio in adolescenza. Studio bibliografico sui fattori di rischio e i sistemi di aiuto agli adolescenti che tentano il suicidio e alle loro famiglie. In [www.prevenzionesuicidio.it](http://www.prevenzionesuicidio.it).
6. Kann L, Kinchen SA, Williams BI et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 1999. *MMWR*. 2000;49:1-96.
7. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L et al. Early predictors of deliberate self harm among adolescents: a prospective follow up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord* 2006;93:87-96.
8. Rigon G, Costa S, Tugnoli M, Poggioli DG. Il tentativo di suicidio nell'infanzia e nell'adolescenza: primi dati relativi alla Città di Bologna. Convegno: Aggressività e disperazione nelle condotte suicidarie. Padova 1998.
9. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004;24:957-79.
10. Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM et al. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *JAACAP* 1995;34 (10):1297-307.
11. Cohen Y. Gender identity conflicts in adolescents as motivation for suicide. *Adolescence* 1991;26(101):19-29.
12. Stein D, Witztum E, Brom D, Kapla Denour A, Elizur A. The association between adolescents' attitudes toward suicide and their psychosocial background and suicidal tendencies. *Adolescence* 1991;27(108):950-59.
13. De Wilde EJ, Kienhorst IC, Diekstra R, Wolters W. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *JAACAP* 1993;32(1):51-59.
14. Adams J, Adams M. The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37(6):715-20.
15. Butler WJ, Novy D, Kagan N, Gates G. An investigation of differences in attitudes between suicidal and nonsuicidal student ideators. *Adolescence* 1994;29 (115):623-38.
16. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factor for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *JAACAP* 1996;35(9):1174-1182.
17. Brent AD, Perper JA. Research in Adolescent Suicide: Implications for Training, Service Delivery, and Public Policy. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1995;25(2): 222-30.
18. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and Co-occurrence with Psychiatric Disorders. *JAACAP* 1992;31(4):655-62.
19. Hawton K. Suicidal behavior and deliberate self-harm. In Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition. Edited by Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E and Thapar A. 2008, Blackwell Publishing.
20. Charmet GP. Crisis Center. Il tentativo di suicidio in adolescenza. 2004, Edizioni Franco Angeli.
21. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Child Behavior Checklist for ages 6-18, Teacher's Report Form, Youth Self-Report. An Integrated System of Multi-informant Assessment, Library of Congress. 2001, Burlington (USA).
22. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA et al. The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(5):729-38.
23. Ammaniti M. Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Raffaello Cortina Editore, 2002. Milano.
24. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano, Parigi, Barcellona, 1996. Ed. Masson.
25. Tick NT, Ende J, Verhulst F. Ten-year trends in self-reported emotional and behavioural problems of Dutch adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43,5:349-55.
26. Broberg AG, Ekeröth K, Gustafsson PA et al. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. Youth Self Report. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2001;10(3):186-93.
27. Kapi A, Veltsista A, Sovio U, Jarvelin MR, Bakoula C. Comparison of self-reported emotional and behavioural problems in adolescents from Greece and Finland. *Acta Paediatrica* 2007;96(8):1174-79.
28. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(2):351-58.
29. Heyerdahl S, Kvernmo S, Wichstrøm L. Self-reported behavioural problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *Eur Child Adolesc Psychiatr*. 2004;13(2):64-72.
30. Roussos A, Francis K, Zoubou V, Kiprianos S, Prokopiou A, Richardson C. The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2001;10(1):47-53.
31. Meneghel G, Corinto B, Pavan C, Pavan L. Epidemiologia del tentativo di suicidio e dell'ideazione suicidaria. *NÖOS. Aggiornamenti in psichiatria*. 2004; 10 (4):247-56.
32. Poggioli DG, Mansi R, Mancaruso A, Rigon G. Fattori di rischio del tentato suicidio. Risultati di un self-report anonimo su 517 adolescenti. *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*, 2002. Ed. Franco Angeli.
33. Rigon G, Poggioli DG. Suicidio e tentato suicidio nell'infanzia e nell'adolescenza. *Commenti alla più recente letteratura. Imago*. 1997; 2: 141-166.
34. Sarno I. I dati italiani. Autolesionismo, disturbi alimentari e disturbi di personalità. Vicenza, 3-4 ottobre 2008.
35. Mancaruso A, Poggioli DG, Chiodo S, Costa S, Rigon G. Tentato suicidio in età evolutiva e disturbi del comportamento alimentare: riflessione su un campione clinico. *Atti del XXIII Congresso Nazionale SINPIA Ospedale e territorio: spazi e modalità di cura del bambino e dell'adolescente*. Abano Terme 2006.
36. Goldston D. Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents (2000). Available at: <http://www.nimh.nih.gov/suicidresearch/measures.pdf>, p. 68.
37. Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Hofstra MB, Verhulst F. Diagnostic outcome of adolescent self-reported suicidal ideation at 8-year follow up. *J Affect Disord* 2002;72:273-79.
38. Pelanda E. Il tentativo di suicidio in adolescenza. Significato, intervento, prevenzione. Ed. Franco Angeli, 2004. Milano.
39. Beautrais A. Risk factor for suicide and attempted suicide among young people. *Aust New Zeal J Psychiatr* 2000;34:420-36.
40. Nock M. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*. 2009;18:78-83.
41. Ladame F. I tentativi di suicidio degli adolescenti. Borla, 1987. Roma.
42. Laye-Gindhu A and Schonert-Reichl K.A. Nonsuicidal Self-Harm among community adolescents: understanding the "whats" and "whys" of Self-harm *Journal of Youth and Adolescence* 2005;34(5):447-57.
43. Hawton K, van Heering K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-81.
44. Sourander A, Helstela L, Helenius H. Parent-adolescent agreement on emotional and behavioural problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34: 657-63.
45. Danckaerts M, Heptinstall E, Chadwick O, Taylor E. Self-report of attention deficit and hyperactivity disorder in adolescents. *Psychopathology* 1999;32(2).
46. Huey SJ, Henggeler SW, Rowland MD et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting

psychiatric emergencies. JAACAP 2004; 43:183-90.

Vuoi citare questo contributo?

S. Battistutta, C. Zanus, M. Montico, S. Cremaschi, M. Carrozzi. EPIDEMIOLOGIA DEGLI AUTOLESIONISMI E COMPORTAMENTI SUICIDARI IN ADOLESCENZA. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2011; 14(1) [http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1101\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1101_10.html)