

## COMPORAMENTO SUICIDARIO NEGLI ADOLESCENTI – PARTE DI UN AMPIO SPETTRO DI COMPORAMENTI DISTRUTTIVI?

**ALAN APTER M.D.**

**LIAT HARUBI BA, LLB.**

**FEINBERG CHILD STUDY CENTER**

**(CENTRO STUDI INFANTILI FEINBERG)**

**SCHNEIDERS CHILDRENS MEDICAL CENTER OF ISRAEL**

**(CENTRO MEDICO SCHNEIDERS DI ISRAELE PER BAMBINI)**

Molti paesi in Europa e in tutto il mondo stanno sviluppando programmi nazionali di prevenzione del suicidio e questa iniziativa sarà evidenziata nel corso della prossima conferenza Ministerial Mental Health a Helsinki. Qualunque iniziativa nazionale atta a ridurre la percentuale di suicidio negli adolescenti deve tuttavia tenere in considerazione il concetto sempre più evidente che la tendenza suicidaria nell'adolescenza può essere considerata come una parte di un ampio spettro di comportamenti distruttivi in cui il comportamento suicidario rappresenta soltanto un elemento. (per una revisione della letteratura completa, vedere King et al., 2003). Questo spostamento della visione ha importanti applicazioni teoriche e preventive. Pertanto lo studio del comportamento suicidario nell'adolescenza in forma separata rispetto ad altre forme di comportamento distruttivo può compromettere l'implementazione di programmi per la prevenzione del suicidio nonché la collaborazione tra diverse organizzazioni nell'implementazione di questi programmi.

Oltre all'elevata percentuale di suicidi, di tentativi ed ideazioni suicidarie, l'adolescenza nel mondo industrializzato è inoltre caratterizzata dall'aumento di comportamenti pericolosi per la salute, quali l'uso di tabacco, alcolici e droghe; rapporti sessuali non protetti; risse; guida spericolata; e negli Stati Uniti il possesso di armi (Centers for Disease Control and Prevention, 2000 – Centri per il Controllo e la Prevenzione di Malattie, 2000). Comportamenti relativi a problemi adolescenziali, quali assenze ingiustificate da scuola, uso di sostanze, attività sessuale a rischio elevato o inizio precoce, e delinquenza sono inoltre frequentemente presenti nello stesso soggetto (Jessor, 1991, Donovan et al, 1988, Dryfoos, 1990).

Riconoscendo questi considerevoli comportamenti epidemiologici, Holinger et al. (1979) ed altri hanno postulato un "continuum di auto distruzione" nell'adolescenza che varia dall'uso di sostanze, ad attività sessuale non protetta e precoce, a guida spericolata fino ad auto mutilazioni e tentato suicidio.

I comportamenti suicidari e altri problemi **condividono fattori di rischio e antecedenti di sviluppo comuni**, che comprendono influenze ambientali negative (famiglia, coetanei, vicinato) le quali interagiscono con personalità specifiche o tratti del temperamento ed hanno come conseguenza l'impulsività, una maggior possibilità di rischio e l'egotismo. In tal modo impediscono lo sviluppo di capacità di coping emotive adattive e un adeguato sviluppo cognitivo e morale. Tali ambienti spesso presentano un elevato livello di

controversie ed eventi di vita stressanti che, soprattutto se amplificati da uno stile di reazioni emotive, aumentano il carico cumulativo di esperienze di vita negative.

Qualunque possa essere la base patogenica per la correlazione tra la tendenza suicidaria ed altri comportamenti a rischio per la salute, essa può persistere nel tempo, anche per molti anni. Per esempio, gli adolescenti che tentano il suicidio sono a rischio effettivo di lesioni e morte per incidenti stradali, abuso di sostanze, omicidio, ecc.. Studi prospettici dimostrano una serie condivisa di fattori di rischio sociali, psicopatologici e di sviluppo che predicono il tentato suicidio o il suicidio e lesioni o morte non volontari (Fergusson et al., 1995; Neeleman et al., 1998). Analogamente, il fumo in età adolescenziale o in giovane età adulta ha una correlazione significativa con il suicidio, anche anni dopo (Clayton, 1988) (rimane incerto se per virtù di un legame con l'impulsività, l'aggressione o altra patologia psichiatrica concomitante o caratteristiche neurobiologiche).

Gli studi post-mortem di suicidi di adolescenti riscontrano che oltre all'elevata percentuale di disordini psichiatrici dell'Asse I, **anche i disordini della personalità e i tratti di personalità problematiche apportano il loro contributo.** Anche dopo il controllo per le diagnosi dell'Asse I, Brent et al. (1993) scoprirono che tratti quali l'irritabilità e l'aggressione e le diagnosi dell'Asse II (specialmente DSM Cluster B (disordini impulsivi, istrionici) erano correlati in maniera significativa con il compimento del suicidio negli adolescenti.

Un'altra fonte di correlazione tra la tendenza suicidaria adolescenziale ed altri comportamenti problematici è **l'effetto cumulativo deleterio dei comportamenti problematici sullo sviluppo degli adolescenti.** Da un punto di vista longitudinale, molti comportamenti problematici degli adolescenti aumentano la probabilità di interazioni negative con adulti significativi (e quindi il numero di crisi comportamentali ed altri eventi di vita stressanti), compromettono situazioni scolastiche e sociali e aumentano la probabilità di socializzazione con gruppi progressivamente più devianti. Inoltre, finché l'adolescente è dedito all'uso di alcolici e sostanze, questi fattori a loro volta aumentano l'impulsività e l'instabilità affettiva, diminuiscono l'inibizione e indeboliscono ulteriormente le capacità di coping.

Anche dopo un riequilibrio rispetto alla propria condizione socio-demografica e rispetto alla presenza di un disturbo di umore, ansia o aggressività, rimane una correlazione statisticamente significativa tra l'ideazione o il tentativo di suicidio e l'attività sessuale e l'ubriachezza recente anche occasionale, il fumo e lo scontro fisico (King et al., 2001)

Gli studi che esaminano i possibili fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti a rischio sono focalizzati su diverse caratteristiche della personalità: impulsività (per esempio, Kahn et al., 2002;); aggressività (Durant et al., 1997); auto-critica (Leadbetter et al, 1999); ricerca di sensazioni; carenze in coping, nella capacità sociale; carenze nella risoluzione di problemi (Kazdin, 1995). Questi stessi tratti appaiono anche per la definizione dello stadio di vulnerabilità nell'ideazione o comportamento suicidario (Blatt, 1993). Altri autori hanno specificatamente messo in evidenza il ruolo esistente sia nel rischio di suicidio adolescenziale che nei diversi fattori a rischio a causa di comportamenti avventati ( Shaffer et al., 1996), ricerca di sensazioni, elevato

nevroticismo, ostilità e basso grado di socializzazione (per una revisione della letteratura, vedere anche Verona & Patrick, 2000).

Queste fattori specifici di personalità sono stati inoltre successivamente proposti come legame ad altri fattori sociali e familiari che conferiscono vulnerabilità per lo sviluppo di molte tipologie di comportamenti a rischio, incluso la tendenza suicidaria. Alcuni autori hanno, per esempio, indicato che l'abuso nell'infanzia può costituire un fattore di rischio ambientale per lo sviluppo di tratti di impulsività ed aggressività, oltre a tentativi di suicidio negli adulti depressi, oppure che l'impulsività e l'aggressività possono essere caratteristiche ereditarie che costituiscono il fondamento sia di una propensione genitoriale per l'abuso dei bambini sia di un successivo comportamento suicidario dei figli in età adulta (Brodsky et al., 2001).

Uno dei più ambiziosi tentativi di fornire un rapporto generale delle cause basilari dei diversi tipi di devianza comportamentale è "La Teoria Comportamentale dei Problemi di Jessor". Jessor (1991, 1998) descrive diversi domini sovrapposti di fattori di rischio e di protezione per i comportamenti a rischio degli adolescenti: biologia/genetica, ambiente sociale, ambiente percepito e personalità.

La conclusione sembra essere che qualunque metodo efficace di prevenzione del suicidio deve implicare uno sforzo congiunto e collaborativo da parte di tutte le principali organizzazioni, sia governative che non governative, che siano impegnate nell'attuazione della salute mentale negli adolescenti. Questo progetto dovrebbe coinvolgere educatori, operatori per il controllo di droghe e alcolici, coloro che operano nel settore della prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro, polizia e sistemi giudiziari per i minori, nonché coloro che operano nel settore della prevenzione dell'aids e di altre malattie sessualmente trasmissibili. Tutto questo necessita di organizzazione e di volontà politica e si auspica che la conferenza di Helsinki fornisca la leadership necessaria per questa grande sfida.

## *Bibliografia*

Blatt, S.J., Hart, B., Quinlan, D.M., Leadbeater, B & Auerbach, J.(1993). Interpersonal and Self-Critical dysphoria and behavioral problems in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol 22(3), pp:253-266.

Brent, D.A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Matta, J., Connolly, J., & Constantine, D.(1993). Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 32, pp: 69-75.

Brodsky, B.S., Oquendo., M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M., and Mann, JJ . (2001). The relationship of child abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression *Americal Journal of Psychiatry* 158, 1871-1877

Centers for Disease Control and Prevention (2000) Youth Risk Behavior Surveillance --- United States, 1999 MMWR Vol 49, No SS05;1-104 (June 9, 2000).

Clayton P. (1998) Editorial: Smoking and Suicide. *Journal of Affective Disorders* 50:1-2.

Donovan JE, Jessor R, Costa FM. (1988) Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56:762-765.

Dryfoos JG (1990), *Adolescents at Risk*, New York, NY: Oxford University Press.

Durant, RH., Knight, J., and Goodman E. Factors associated with aggressive and delinquent behavior among patients attending an adolescent clinic *Journal of Adolescent Health* 21 -303-308

Fergusson D.M. and Lynskey M.T. (1995) Antisocial behavior, unintentional and intentional injuries during childhood. *Criminal Behavior and Mental Health* 5, 312-329

Holinger PC (1979), Violent deaths among the young: Recent trends in suicide, homicide, and accidents. *Am J Psychiatry* 136:1144-1147

Jessor R (1991), Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 12:597-605

Jessor R (1998), *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge UK: Cambridge University Press

Jessor R. (1987) Risky driving and adolescent problem behavior: An extension of problem-behavior theory. *Alcohol, Drugs and Driving*, 3:1-12.

Jessor R, Turbin MS, Costa FM (1997) Predicting developmental change in risky driving: The transition to young adulthood. *Applied Developmental Science*, 1:4-16.

Kazdin A., (1995) *Conduct disorders in childhood and adolescence* 9<sup>nd</sup> edition) Thousand Oaks CA: Sage

Kahn, JA., Kaplowitz R.A., Goodman E., and Esmans S.J. The association between impulsiveness and sexual risk factors in adolescent and young adult women *Journal of Adolescent Health* 30, 229-232.

Kernberg, O.F.(1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

King RA., Ruchkin VV and Schwab-Stone ME. "continuum of adolescent self destruction-is there a connection. In King RA and Apter A (eds) *Suicide in Children and Adolescence*. Cambridge University Press Cambridge UK. PP 41-62

King RA., Schwab-Stone M., Flisher A.J., Greenwald S., Kramer R.A., Goodman S.H., Lahy, B. B., Shaffer D., and Gould, M. S. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicidal attempts and suicidal ideation *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (7) 837-846

Leadbeater, B.J., Blatt, S.J., & Quinlan, D.M.(1995). Gender linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, Vol 5(1), pp:1-29.

Neeleman, J., Wessely S., and Wadsworth M. (1998). Predictors of suicide, accidental death and premature natural death in genral-population birth cohort. *Lancet* 351 (9096) 93-97.

Shaffer, D.(1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol 15, pp: 275-291.

Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P. et al.(1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, pp: 339-348.

Verona E., and Patrick C.J. (2000) Suicide risk in externalizing syndromes: temperamental and neurobiological underpinnings. In (Joiner, TE., and Rudd. MD eds) *Suicide Signs: Expanding the Boundaries pp 137-173*. Norwell, MA : Kluwer Academic Publishers