



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO
E DEL COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

**La suicidalità in età evolutiva: caratterizzazione di una
coorte di pazienti adolescenti**

RELATORE:

Dott.ssa Martina Maria Mensi

CORRELATORE:

Dott. Luca Capone

Dott.ssa Marika Orlandi

Tesi sperimentale di Laurea di

Mirco Tampieri

Matricola N. 562522

Anno Accademico 2025/2026

INDICE

ABSTRACT	5
PARTE I.....	6
CAPITOLO 1 – IL SUICIDIO	6
1.1 DEFINIRE IL SUICIDIO	6
1.2 EMOZIONI E MOTIVAZIONI DEL SUICIDIO	6
1.3 SUICIDALITÀ.....	7
1.4 DISTURBI LEGATI ALLA SUICIDALITÀ	9
CAPITOLO 2 – CENNI STORICI	11
CAPITOLO 3 – EPIDEMIOLOGIA	16
3.1 IL SUICIDIO NEL MONDO.....	16
3.2 EPIDEMIOLOGIA IN ITALIA	18
3.3 EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO TRA GLI ADOLESCENTI IN ITALIA	19
CAPITOLO 4 – EZIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO	20
4.1 FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI	20
4.1.1 <i>Genere</i>	21
4.1.2 <i>Tratti temperamentali</i>	23
4.1.3 <i>Comportamenti autolesivi pregressi</i>	24
4.1.4 <i>Eventi di vita</i>	25
4.2 FATTORI SOCIOCULTURALI.....	25
4.2.1 <i>Minoranze etniche</i>	26
4.3 FATTORI DI RISCHIO PSICOLOGICI	27
4.3.1 <i>Depressione</i>	28
4.3.2 <i>Ansia</i>	29
4.3.3 <i>Disturbi psichiatrici</i>	31
4.3.4 <i>Abuso di sostanze</i>	33
4.4 PATOLOGIE MEDICHE	35
4.5 FATTORI RELAZIONALI	35
4.5.1 <i>Contesto familiare</i>	35
4.5.2 <i>Relazione con i pari</i>	37
4.5.3 <i>Contesto scolastico</i>	39
4.6 FATTORI DI RISCHIO GENETICI	39

CAPITOLO 5 – BASI NEUROLOGICHE	42
5.1 STRUTTURE CEREBRALI.....	42
5.2 SISTEMA SEROTONINERGICO	42
5.3 L'ASSE HPA E IL CORTISOLO.....	43
5.4 PLASTICITÀ NEURONALE	44
CAPITOLO 6 – STRUMENTI DI VALUTAZIONE	45
6.1 COLLOQUIO CLINICO	45
6.2 COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)	45
6.3 BECK HOPELESSNESS SCALE (BHS).....	46
6.4 SCALE FOR SUICIDAL IDEATION (SSI).....	46
6.5 MULTI-ATTITUDE SUICIDE TENDENCY SCALE (MAST)	46
CAPITOLO 7 – MODELLI TEORICI	47
CAPITOLO 8 – GLI INTERVENTI TERAPEUTICI.....	50
8.1 PSICOTERAPIA E TECNICHE PSICOTERAPEUTICHE.....	50
8.1.1 <i>Psicoterapia cognitivo-comportamentale</i>	50
8.1.2 <i>La Terapia Dialettico-Comportamentale per Adolescenti (DBT-A)</i>	51
8.1.3 <i>La Terapia Familiare Basata sull'Attaccamento (ABFT)</i>	52
8.1.4 <i>La Terapia Basata sulla Mentalizzazione per Adolescenti (MBT-A)</i>	53
8.1.5 <i>Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS)</i>	53
8.1.6 <i>La Psicoterapia Interpersonale per Adolescenti (IPT-A)</i>	54
8.2 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	55
8.2.1 <i>Antidepressivi</i>	55
8.2.2 <i>Litio</i>	56
8.2.3 <i>Ketamina ed esketamina</i>	56
8.2.4 <i>Clozapina</i>	57
CAPITOLO 9 – PREVENZIONE.....	58
9.1 MODELLO A TRE LIVELLI.....	58
9.2 IL PROGRAMMA LIVE LIFE	59
9.3 PREVENZIONE NELLE SCUOLE	60
9.4 POSTVENTION	61
9.4.1 <i>Survivor</i>	61
9.4.2 <i>Protocollo operativo</i>	63

PARTE 2	65
1. OBIETTIVI.....	65
2. MATERIALI E METODI.....	65
2.1 STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL SUICIDIO.....	65
<i>2.1.1 Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).....</i>	<i>65</i>
<i>2.1.2 Beck Hopelessness Scale (BHS).....</i>	<i>67</i>
<i>2.1.3 Reasons for Living Inventory (RFL).....</i>	<i>68</i>
<i>2.1.4 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).....</i>	<i>68</i>
2.2 PARTECIPANTI.....	69
2.3 ANALISI STATISTICHE.....	69
3. RISULTATI	70
4. DISCUSSIONE	75
5. LIMITI DELLO STUDIO	79
6. PUNTI DI FORZA	79
7. DIREZIONI FUTURE	80
BIBLIOGRAFIA	81

ABSTRACT

La suicidalità in età evolutiva è un fenomeno complesso e multideterminato, oltre che un rilevante problema di salute pubblica a livello globale. Il presente studio ha l'obiettivo di analizzare le principali dimensioni cliniche e psicologiche associate alla suicidalità in un campione di adolescenti ricoverati in un setting neuropsichiatrico, con particolare attenzione al ruolo della hopelessness e delle reasons for living.

Il campione era costituito da 39 adolescenti (33 femmine, 85%; età media $15,72 \pm 1,25$ anni), reclutati presso l'Unità di Neuropsichiatria Infantile della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino di Pavia e presso la struttura residenziale Mondino Community Care. Sono stati somministrati dei test psicodiagnostici per valutare differenti dimensioni: suicidalità tramite la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), hopelessness mediante la Beck Hopelessness Scale (BHS), fattori protettivi attraverso il Reasons for Living Inventory (RFL) e la psicopatologia generale mediante la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

Dai nostri risultati è emersa un'elevata presenza di fenomeni suicidari nel campione: il 46% degli adolescenti riportava almeno un comportamento suicidario nel corso della vita e il 41% nei tre mesi precedenti la valutazione. L'analisi ha mostrato un'associazione positiva e significativa tra la gravità dell'ideazione suicidaria, la presenza di comportamento suicidario recente e i livelli di hopelessness, mentre, al contrario, le reasons for living mostravano un'associazione negativa con tali dimensioni. La correlazione maggiormente significativa è stata osservata tra hopelessness e reasons for living ($p = -.862$, $p < .001$). Inoltre, il confronto tra i due gruppi ha evidenziato livelli significativamente più elevati di hopelessness e più bassi di reasons for living negli adolescenti con comportamento suicidario recente rispetto a quelli senza comportamento suicidario recente.

Nel complesso, i risultati evidenziano una stretta relazione tra suicidalità, hopelessness e reasons for living in adolescenza, suggerendo come una maggiore disperazione e una riduzione delle ragioni di vita siano associate alla presenza di comportamenti suicidari recenti. In questa prospettiva, i risultati offrono spunti rilevanti per la pratica clinica futura e sottolineano l'importanza di strutturare gli interventi considerando congiuntamente fattori di vulnerabilità e risorse protettive individuali.

PARTE I

CAPITOLO 1 – Il suicidio

1.1 Definire il suicidio

Il suicidio (dal latino *sui caedere*, "uccidere sé stessi") è l'atto che conduce all'eliminazione di sé stesso, deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona interessata, nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato finale (OMS, 1998). I quattro elementi dell'atto suicidario sono: la necessità che il gesto sia compiuto da un'unica persona, la modalità di azione attiva o passiva, lo scopo di interrompere la propria vita, e l'obiettivo che viene raggiunto solo con la morte della persona stessa.

Le cause del suicidio non sono ancora ad oggi pienamente delineate e comprese. Si tratta di un fenomeno complesso e multifattoriale, influenzato da una combinazione di fattori genetici, epigenetici, neurobiologici, psicosociali e ambientali. Nello studio di O'Connor e Nock (2014) viene mostrato come un precedente disturbo psichiatrico sia la causa più studiata e anche maggiormente correlata, ma che da sola non è in grado di spiegare questo fenomeno.

1.2 Emozioni e motivazioni del suicidio

Il suicidio in quanto tale è la conseguenza diretta di quello che Shneidman (1993) definisce come *psychache*, un dolore psicologico intollerabile, che non lascia scampo all'individuo, e che trova risoluzione solo attraverso tale gesto.

La mente sofferente sperimenta emozioni negative persistenti che possono variare da individuo a individuo. Quello che emerge più spesso è una costellazione emotiva che tende a ripresentarsi, soprattutto nei momenti di maggiore rischio, e può portare a percepire la morte come l'unica via di fuga possibile.

All'interno di questo insieme la disperazione risulta essere predominante: non è solo tristezza, ma la sensazione che il futuro sia precluso, che non ci siano alternative realistiche e che nulla possa migliorare, una sensazione di perdita di speranza in sé stessi, nel prossimo e nel futuro (Beck et al., 1985). A questa condizione si affianca spesso un dolore psicologico molto intenso, quel tipo di sofferenza mentale che non riguarda soltanto l'umore ma investe l'intera esperienza soggettiva, fino a diventare intollerabile. In molti casi, dolore e disperazione si intrecciano con

il vissuto di intrappolamento: sentirsi bloccati, senza vie d'uscita, come se qualsiasi scelta portasse comunque a perdere (Shneidman, 1993).

A queste esperienze si affiancano frequentemente emozioni autocoscienti, in particolare vergogna e umiliazione. L'umiliazione comporta una maggior enfasi nell'interazione con l'altro che porta a sentirsi sbagliati, esposti, umiliati; la vergogna, invece, parte da una visione generale di colpa o indegnità scaturita da una violazione delle proprie norme morali e sociali (Sadath et al., 2024). Da questi vissuti può nascere anche la convinzione di “essere un peso”, cioè la percezione che la propria presenza peggiori la vita altrui. Sul piano relazionale è frequente anche la solitudine, non necessariamente come assenza di persone su cui contare, ma come sensazione di non essere compresi, di non poter parlare davvero, di non contare per nessuno o di non sentire alcun senso di appartenenza.

Accanto a questi stati, nelle fasi acute può emergere anche la sensazione di ansia intensa, agitazione, impulsività, un vero e proprio senso di tensione interna che spinge a fare qualcosa subito (Melzer et al., 2024). E non va dimenticato il polo opposto: per alcune persone il momento critico non è caratterizzato da emozioni forti, ma da vuoto, anestesia emotiva, distacco, come se non si sentisse più nulla e la vita apparisse priva di senso o colore.

Se dovessimo fare riferimento alle motivazioni che spingono gli individui a compiere questo atto, le potremmo dividere in motivazioni interne e motivazioni di comunicazione. Le prime trattano tentativi caratterizzati dalla fuga o dall'alleviamento di emozioni e cognizioni interne ingestibili, mentre le seconde tentativi caratterizzati dalla ricerca di aiuto o dal desiderio di influenzare un altro individuo (May et al., 2020)

1.3 Suicidalità

Il termine suicidalità comprende sia l'ideazione suicidaria sia i comportamenti connessi al suicidio.

L'ideazione suicidaria può essere suddivisa in tre componenti principali: pensieri e idee di morte, ideazione attiva e progettualità. I pensieri e le idee di morte indicano un desiderio passivo, che si manifesta, ad esempio, nel riflettere su come sarebbe morire, nel considerare la morte come possibile soluzione a tutti i problemi o nel percepire che essa potrebbe persino giovare agli altri. L'ideazione aggiunge un'idea attiva, di conseguenza la persona prende in considerazione l'idea di porre fine alla propria vita. Infine, la pianificazione sottende un piano

concreto, in cui la persona aggiunge struttura e concretezza attraverso un metodo, una data, un mezzo e una serie di preparativi.

La frequenza di questi pensieri può variare ampiamente, da verificarsi raramente in situazioni specifiche ad essere più ricorrenti e connessi al senso di identità dell'individuo o anche a preoccupare costantemente la vita dell'individuo (Ronningstam et al., 2024).

Le idee di morte possono assumere significati diversi: a volte funzionano come un modo per gestire e tenere sotto controllo ciò che si prova, altre volte come un tentativo di evitare o fuggire dalla sofferenza. In alcuni casi possono anche essere un modo per sentirsi visti e ascoltati, per lasciare un segno o avere un impatto sugli altri, oppure per comunicare un bisogno e il desiderio di essere aiutati, soprattutto in contesti segnati da disperazione, rabbia e solitudine (Ronningstam et al., 2024).

I comportamenti legati al suicidio, invece, si riferiscono ai tentativi che possono essere definiti: *completato* se l'individuo porta a termine il progetto (anche in caso di sopravvivenza), *interrotto* se la persona decide in autonomia di abortire il progetto e *fallito*, se viene interrotto da un fattore esterno, come una persona o una causa ambientale.

Anche le fantasie suicidarie però necessitano di un'attenta indagine clinica, poiché la loro presenza potrebbe sottendere un elevato rischio di passaggio all'atto. Tra le fantasie più comuni troviamo: la fusione (Yakeley & Burbridge-James, 2018), caratterizzato dalla ricerca di grazia e beatitudine, e dalla fuga dal dolore divenuto intollerabile; il capro espiatorio (Teismann et al., 2023), in cui il soggetto, sentendosi responsabile della sofferenza delle persone a lui legate, individua nella propria morte l'unica soluzione possibile; infine il funerale (Yakeley & Burbridge-James, 2018), una fantasia attraverso la quale la persona immagina le proprie esequie come un momento di riscatto sociale, utile a riabilitare la propria immagine e ad annullare i sentimenti di vergogna e impotenza.

Alla suicidalità si associa poi spesso l'NSSI (Non-Suicidal Self-Injury) ovvero una serie di comportamenti deliberati e previsti in cui vi è una lesione fisica correlata e immediata, in assenza di intenzionalità di morte, e, qualora l'esito fosse mortale, sarebbe incidentale e non desiderato (Hasking & Boyes, 2018). All'interno di questi comportamenti ritroviamo principalmente ad esempio cutting, burning e branding) e overdose da farmaci (*What Is Self-Injury*, s.d.). Tali azioni sono utilizzate per gestire ed evacuare un dolore mentale insopportabile oppure per comunicare e richiedere aiuto. Negli adolescenti, gran parte della sofferenza psicologica si manifesta attraverso il corpo: la pelle, infatti, rappresenta un organo percettivo e

sensoriale fondamentale, capace di plasmare lo sviluppo psicologico, trasmettere sensazioni e fungere da barriera protettiva verso l'esterno. (Pratile et al., 2025a)

Nell'NSSI il corpo rappresenta una superficie di iscrizione, come fosse una tela, in cui tutte quelle fantasie, conflitti ed angosce che non trovano strada tramite la parola si dispiegano di conseguenza sulla pelle (Xu & Zhang, 2025). Importante diviene lavorare con il giovane per trovare un modo attraverso cui incanalare diversamente questa necessità di esprimersi. I gesti autolesivi assumono talvolta una funzione protettiva, perché consentono di abbassare i livelli di attivazione/tensione, permettono di regolare lo stato emotivo e di evitare azioni con conseguenze più gravi come il suicidio (Iijima et al., 2025). Al contempo, l'NSSI risulta correlata a morti per suicidio, principalmente durante i primi anni di follow-up (Hawton et al., 2006). Secondo T. E. Joiner e colleghi (2005) comportamenti autolesivi intervengono su sentimenti e sensazioni modificando la loro espressione, come sollievo e lenimento anziché ansia e paura. Questi cambiamenti con il tempo possono aumentare la capacità acquisita dell'individuo che riduce la risposta automatica di inibizione verso gesti nocivi.

1.4 Disturbi legati alla suicidalità

Nel DSM 5-TR è stato aggiunto il comportamento suicidario come condizione che può richiedere attenzione clinica (American Psychiatric Association, 2023). Questa etichetta viene applicata quando l'individuo mette in atto azioni potenzialmente autolesive con un esplicito, anche se minimo, intento di morte. La codifica non è tuttavia prevista qualora il soggetto venga dissuaso prima di intraprendere l'azione o desista spontaneamente prima dell'inizio effettivo del comportamento. Il manuale prevede inoltre una distinzione tra il comportamento suicidario attuale, specificando se rilevato durante l'incontro iniziale con l'esaminatore o in contatti successivi, e la storia pregressa di comportamento suicidario (American Psychiatric Association, 2023).

La suicidalità, inoltre, se radicata profondamente nell'individuo, si può trasformare in una condizione cronica, presentando: fantasie di morte estremamente radicate, progettualità costante, ripetuti tentativi suicidari, azioni autodistruttive, percezione di benessere antecedenti i tentativi e rammarico a seguito di fallimenti. Questo tipo di disturbo viene definito da Palm e colleghi (2025) come *“Pensare al suicidio con o senza intento suicida, o sperare di morire uccidendosi, o dichiarare intenzione suicida, per la maggior parte del tempo, per il periodo di almeno un anno”*.

Le idee suicide croniche possono avere significati differenti sulla base delle diversità individuali. Se per alcuni possono rappresentare fantasie o visioni come fonte di sollievo, per altri sono associati a sentimenti forti e dolorosi di rabbia, senso di colpa e tristezza (Ronningstam et al., 2024). Con il tempo questi pensieri si integrano stabilmente nella struttura del Sé e nei processi di autoregolazione, costituendo una modalità ricorrente per gestire sentimenti intensi e comunicare della propria sofferenza (Ronningstam et al., 2024).

Alla suicidalità cronica si contrappone la suicidalità acuta, etichettata come Disturbo Affettivo Suicidale Acuto (ASAD), che individua un intento suicidario ad esordio rapido con picchi acuti e drastici. I criteri includono: un aumento spropositato di intento suicidario nel giro di ore o giorni, marcata alienazione sociale (ritiro sociale, rifiuto delle altre persone) e/o marcata auto-alienazione (disgusto e opinioni negative verso sé stessi), percezione che questi due aspetti siano irrimediabili, e infine due o più manifestazioni di sovraeccitazione (I. H. Stanley et al., 2016).

A questa possibile categorizzazione se ne affianca un'altra molto simile, la Sindrome da Crisi Suicidaria (SCS). Essa divide il disturbo in cinque dimensioni: intrappolamento, disturbo affettivo, perdita di controllo cognitivo, ipereccitazione e ritiro sociale (Melzer et al., 2024). La valutazione di questa sindrome, accompagnata dalla valutazione dell'ideazione suicidaria, sarebbe in grado di prevedere e anticipare, per quanto possibile, il passaggio all'atto a breve termine (Melzer et al., 2024),

Nell'approcciarsi al tema del suicidio, è tuttavia indispensabile ricordare che il significato del gesto autoeliminatorio è strettamente soggettivo e si declina in base alla storia personale, al contesto socioculturale, alle risorse individuali e alle strategie di coping abitualmente adottate per far fronte agli eventi stressanti. Ne consegue che ogni forma di sofferenza debba essere interpretata alla luce dell'unicità dell'individuo, evitando di trasformare la complessità della persona in categorie diagnostiche statiche, che finirebbero per appiattire le differenze individuali in interpretazioni standardizzate e riduttive

CAPITOLO 2 – Cenni storici

Per un'adeguata comprensione del fenomeno suicidario è necessario riconoscere che il suicidio non è un gesto “univoco”: i significati attribuiti a esso, così come le risposte sociali e istituzionali, sono cambiati nel corso dei secoli.

Nel mondo greco e romano le fonti disponibili non fanno riferimento allo stato mentale, alle sofferenze psicologiche o al modo di vivere del soggetto, ma si rifanno esclusivamente ad atteggiamenti e credenze di quel tempo (Lykouras et al., 2013). Le ragioni principali che spingevano l'uomo a commettere un suicidio erano perlopiù legate alla perdita di onore e alla vergogna, sostenute da una società esigente che poneva regole sociali rigide (Lykouras et al., 2013).

Nell'antica Grecia, l'amore disperato e il disonore si configuravano come i principali moventi dietro il gesto autoeliminatorio di figure storiche e mitologiche di rilievo. Le teorie principali, cercando una migliore comprensione della noia, della depressione e del pessimismo, individuarono la “melancolia” come possibile tratto comune. Tale condizione veniva spiegata attraverso la teoria dei quattro umori (Jouanna & Eijk, 2012), codificata originariamente nella collezione Ippocratica: un sistema fisiologico secondo cui la salute dipendeva dall'equilibrio o dallo squilibrio di quattro sostanze fondamentali:

- Il Sangue (prodotto dal cuore, legato a un temperamento sanguigno);
- Il Flegma (prodotto dalla testa, legato a un temperamento flemmatico);
- La Bile Gialla (prodotta dal fegato, legata a un temperamento collerico);
- La Bile Nera (prodotta dalla milza, legata a un temperamento melanconico).

In questo quadro, il desiderio di autoeliminazione era visto come l'esito di un eccesso di bile nera, un umore freddo e secco che, se predominante, induceva l'individuo a una visione oscura e disperata dell'esistenza (Jouanna & Eijk, 2012).

Ippocrate riconduce la melancolia ad una percezione negativa del mondo con sintomi come nervosismo, insonnia, avversione al cibo, tristezza, ansia e rischio suicidario (Lykouras et al., 2013).

Nelle tragedie, invece, il suicidio non era percepito negativamente, ma come gesto eroico, in cui si sacrificava sé stessi per un bene superiore.

Per quanto riguarda l'antica Roma, Lykouras et al., (2013) documentano che i romani avevano classificato le possibili motivazioni che inducevano l'uomo al suicidio come pazzia, età avanzata, dolore fisico, devozione e fede, disonore della vergogna e dolore mentale. Anche per quanto riguarda le metodologie erano analoghe a quelle riscontrabili al giorno d'oggi: uso delle armi, veleno, impiccagione o caduta e resistenza alla fame.

Nel medioevo le testimonianze di suicidio diventano più frequenti, assumendo una connotazione negativa e peccaminosa, dovuta anche all'avvento di molte religioni, come quella cristiana e islamica. Come documentato da Cusack (2018) le obiezioni cristiane includevano il fatto che tale atto privasse i feudatari della loro proprietà e rappresentasse un'offesa contro l'umanità. Inoltre, il suicidio era collegato al tradimento di Gesù da parte di Giuda e violava il comandamento 'non uccidere'. Un'ulteriore stretta, riguardante la posizione del cristianesimo sul suicidio, fu quella di San Tommaso d'Aquino che definì il suicidio come 'peccato mortale contrario alla legge naturale e all'amore di sé, che nega alla società il contributo dell'individuo e limita il potere di Dio (Amundsen, 1989).

In Oriente, si sviluppa poi il fenomeno del *seppuku*, comunemente noto come *harakiri*, un antico rituale suicida, obbligato o volontario, che prevedeva che esponenti della classe guerriera, in particolare i samurai, tagliassero il proprio ventre da sinistra a destra (Fusé, 1980). Questa pratica, estremamente dolorosa e violenta, legata a ideali di lealtà e fiducia nei confronti del proprio signore, simboleggiava la risoluzione, onore e coraggio di fronte alla morte, ma anche l'espiazione di errori e insuccessi personali. Le motivazioni reali, tuttavia, superavano i confini dell'onore guerriero includendo motivazioni eterogenee, che spaziavano dal dolore intollerabile e dalla protesta sociale fino a dinamiche depressive e pene derivanti da omicidi o altri crimini (Pierre, 2015).

Durante il XVI e XVII secolo la visione cristiana tradizionale iniziò ad essere messa in discussione, attraverso un processo graduale che portò, entro la fine del Seicento, alla formulazione di una concezione "moderna" del suicidio: il suicidio non come un'offesa verso Dio, ma come una questione di scelta personale non ostacolata da considerazioni teologiche e priva di colpa o disgrazia (Fengren, 1989).

Anche ad opera del filosofo scozzese David Hume (1777) la visione del suicidio cambia radicalmente.

Nel saggio *Of Suicide*, David Hume prova a scardinare la condanna del suicidio da parte dei principi cristiani, spostando la discussione su un terreno non teologico e sorprendentemente vicino a quello moderno: ciò che conta diventa la volontarietà della scelta e la condizione di vita concreta della persona (Frey, 1999). R. G. Frey mostra la visione che Hume ha sull'argomento: se il suicidio è "criminale", allora deve violare un dovere verso Dio, verso gli altri/società, oppure verso sé stessi. Lo studioso argomenta tali affermazioni inferendo che il suicidio non può essere un crimine contro Dio, perché se l'uomo ha la facoltà di togliersi la vita, questa facoltà gli è stata data dallo stesso Creatore. Hume osserva che in certe situazioni (ad esempio quando età, malattia o sventura rendono la vita un peso, o quando il dolore prevale sull'attaccamento alla vita) la decisione di morire può apparire persino "nobile", perché è una risposta volontaria e autonoma alla propria condizione. Esso non può essere considerato neanche come un crimine contro sé stessi, in quanto, nessun uomo rinuncerebbe alla propria esistenza, se tale, valesse la pena di essere vissuta. In quest'ottica *Of Suicide* diventa uno snodo fondamentale, in cui l'autore dona maggiore responsabilità al soggetto nell'essere egli stesso possessore della propria vita, invece di delegarla a tradizioni o autorità (Frey, 1999).

Nel XIX secolo, con la nascita della psichiatria moderna, il suicidio viene progressivamente patologizzato. Esquirol (1838) in *Des maladies mentales*, sostenne per primo in modo sistematico che il suicidio fosse sempre l'esito di un disturbo mentale, inaugurando una tradizione clinica destinata a dominare il pensiero sul fenomeno per gran parte del secolo successivo.

La riflessione subisce ulteriori cambiamenti di prospettiva grazie a Durkheim, che a fine Ottocento, sposta l'attenzione sull'aspetto sociale. È proprio grazie alla sua opera *Suicide: a study in sociology* che viene rivoluzionata la visione sul suicidio. Secondo Durkheim il suicidio non sarebbe solo un fatto individuale, come potrebbe sembrare, ma sarebbe legato alla propensione collettiva della società. Analizzando, infatti, una serie di rassegne statistiche di Paesi diversi in periodi diversi, rilevò che il tasso di suicidi variava con regolarità quando si presentavano le medesime condizioni sociali (Durkheim, 1897). Nelle stesse condizioni, il tasso di suicidi tende a rimanere stabile, ma subisce forti oscillazioni in corrispondenza di crisi di ordine sociale. Durkheim postula diverse tipologie di suicidio sulla base di due dimensioni, il grado di integrazione sociale e il grado di regolazione. Con il termine integrazione intende il grado di coesione tra l'individuo e il gruppo sociale di appartenenza, mentre per regolazione indica invece il grado in cui la società disciplina le aspirazioni e i comportamenti individuali

attraverso norme condivise. Secondo questa teorizzazione il suicidio egoistico si presenterebbe quando l'individuo ha una bassa integrazione con legami deboli e ridotto senso di appartenenza, mentre il suicidio altruistico si verificherebbe qualora l'individuo risultasse eccessivamente integrato tanto da farsi dominare dal dovere collettivo. Infine il suicidio anomico sarebbe legato ad una carenza di regolazione sociale, tipica delle fasi di crisi o di cambiamenti rapidi e inaspettati (Durkheim, 1897).

Nel corso del Novecento la lettura del suicidio si sposta progressivamente da spiegazioni prevalentemente sociali e statistiche a una prospettiva più clinico-psicologica, senza però perdere l'idea multifattoriale del fenomeno. Fondamentale il contributo di Edwin S. Shneidman, che di fatto aiuta a fondare la suicidologia moderna.

In particolare, egli propone l'idea che il nucleo del gesto sia un dolore psicologico intollerabile (*psychache*), e che quindi, il suicidio, sia un tentativo di porre fine a ad una sofferenza mentale che non si riuscirebbe più a sopportare. La *psychache* è legata ai bisogni psicologici e, nel momento in cui essi vengano bloccati, respinti o frustrati, il dolore mentale aumenta (Shneidman, 1993). I bisogni teorizzati da Shneidman si possono riassumere in: amore contrastato, accettazione e appartenenza; controllo fratturato, prevedibilità e disposizione; immagine di sé aggredita ed evitamento della vergogna, della sconfitta, dell'umiltà e della disgrazia; relazioni chiave interrotte e dolore, rabbia e ostilità.

Shneidman distingue, inoltre, i sintomi della crisi suicidaria dalla depressione per evitare una sovrapposizione. Mentre la depressione presenta sintomi come tristezza, apatia, insonnia, affaticamento, senso di colpa e anche pensieri di morte o suicidio, la crisi suicidaria ha come perno il dolore psicologico, accompagnato da un'intolleranza al dolore, dalla mancanza di una possibile via di fuga e dalla costrizione dovuta ad una ridotta visione di alternative alla morte (Shneidman, 1993).

Un ulteriore importante contributo fu l'autopsia psicologica, un'indagine basata su esami forensi, cartelle cliniche e interviste rivolte ad amici e familiari, finalizzata a far luce su fattori di rischio psicologici e psichiatrici che potrebbero aiutare a determinare le cause della morte.

Accanto alle interpretazioni sociali, individuate da Durkheim, e alle interpretazioni clinico-psicologiche, proposte da Shneidman, nel corso degli ultimi decenni la ricerca ha progressivamente indagato anche i correlati biologici della vulnerabilità al comportamento suicidario. In questa prospettiva i contributi neurobiologici vanno a completare

l'inquadramento multifattoriale, aiutando a comprendere perché, a parità di sofferenza, alcuni individui risultino più propensi al passaggio all'atto.

Mann e colleghi (1989), in uno studio post-mortem sul sistema serotoninergico, proposero un contributo biologico sottolineando come la severità della depressione da sola non possa spiegare chi muore per suicidio rispetto a chi non lo fa. Gli autori documentarono una ridotta attività serotoninergica, come livelli inferiori di 5-HT e/o del metabolita 5-HIAA, soprattutto in aree del tronco encefalico. Con l'introduzione delle tecniche di receptor binding, gli autori integrano anche alterazioni recettoriali, tra cui un aumento dei recettori 5-HT₂ nella corteccia prefrontale, interpretate come possibile adattamento compensatorio a una minore disponibilità di serotonina (Mann et al., 1989).

Questo insieme di contributi rende bene l'idea in evoluzione del suicidio come esito di un intreccio bio-psico-sociale. È fondamentale, quindi, analizzare questo fenomeno in chiave multifattoriale, utilizzando dati provenienti dai diversi domini poiché nessun singolo livello di spiegazione risulta sufficiente a coglierne la complessità. Solo un approccio integrato consente di interpretare in modo più accurato il passaggio dall'ideazione all'azione e di orientare strategie di prevenzione e intervento più efficaci, calibrate sui bisogni del singolo e del contesto in cui è inserito.

CAPITOLO 3 – Epidemiologia

3.1 Il suicidio nel mondo

Il suicidio rappresenta un problema sanitario a livello globale.

Ogni anno oltre 720 mila persone muoiono per suicidio. A livello mondiale, nel 2021 si stima che 8,9 persone su 100 000 morissero all'anno per suicidio (Fig. 1) (World Health Organization, 2025). Chiaramente questo dato varia poi da Paese a Paese: vi sono Paesi dove si superano le 40 su 100 000 e altri dove si avvicinano allo 0.

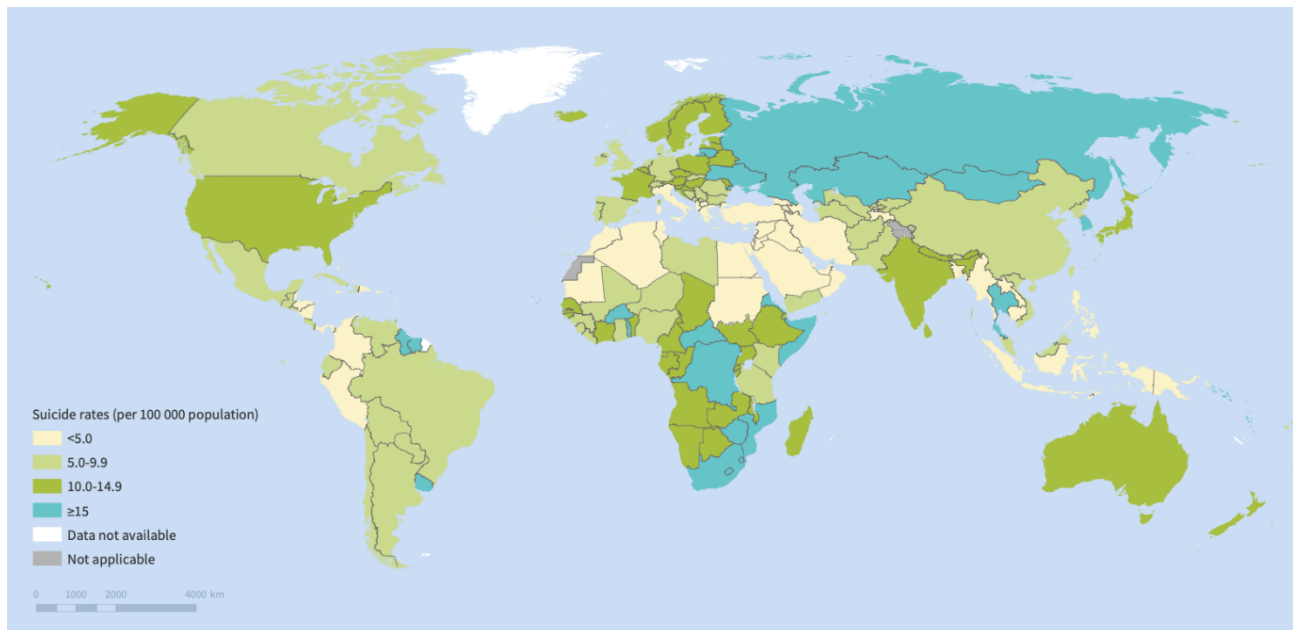


Fig. 1. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2021. (World Health Organization, 2025).

I dati mostrano come questo fenomeno sia maggiormente diffuso tra gli uomini, con il tasso di suicidio mondiale per età che appariva essere più del doppio (12,3 per 100 000) rispetto alle donne (5,6 su 100 000) (World Health Organization, 2025). Anche questo dato varia tra i diversi paesi, per le donne il tasso più alto si attesta sui 20.3, mentre per gli uomini si arriva quasi a 50 su 100 000.

Il suicidio colpisce in modo rilevante le fasce d'età più giovani: oltre la metà dei decessi per suicidio si verifica infatti prima dei 50 anni (Fig. 2). Inoltre, tra gli adolescenti (10–19 anni) che muoiono per suicidio, una quota molto ampia proviene da Paesi a basso e medio reddito, indicando come il peso del fenomeno ricada in misura significativa su contesti caratterizzati da maggiori vulnerabilità socioeconomiche (Fig. 2) (World Health Organization, 2025).

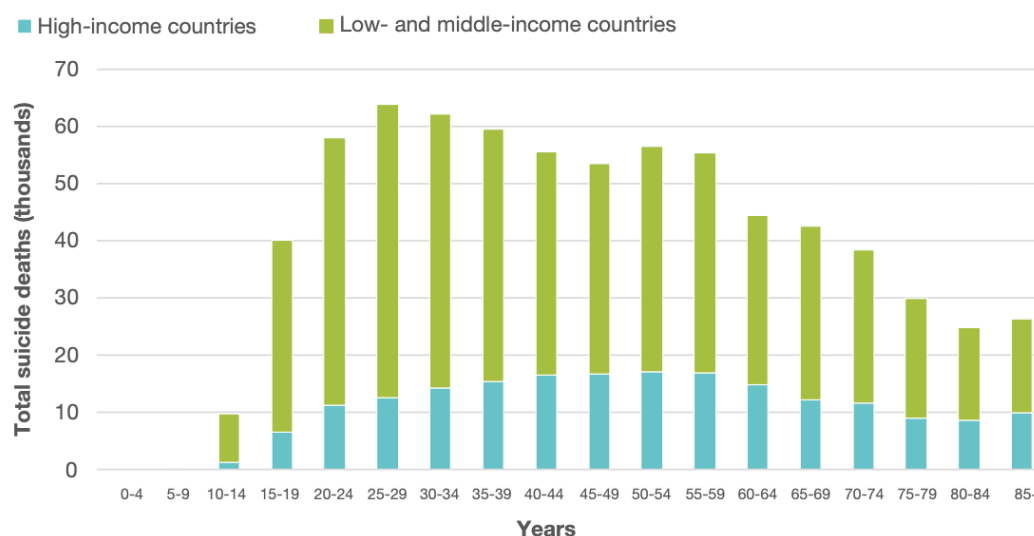


Fig 2. Global suicides, by age and country income level* (thousands), 2021 (World Health Organization, 2025).

Nel 2021, circa tre quarti dei suicidi a livello globale si sono verificati nei Paesi a basso e medio reddito (73%). Tuttavia, questo dato non è abbastanza rappresentativo, infatti, considerando i tassi standardizzati per età, le differenze tra gruppi di reddito risultano relativamente contenute: i Paesi ad alto reddito mostrano il valore più elevato (11,8 per 100.000), seguiti dai Paesi a basso reddito (10,5 per 100.000), mentre i tassi diminuiscono nei Paesi a reddito medio-basso (9,4 per 100.000) e medio-alto (7,0 per 100.000). Emergono inoltre differenze di genere: il tasso più alto tra le femmine si osserva nei Paesi a reddito medio-basso (7,1 per 100.000), mentre tra i maschi il valore massimo è registrato nei Paesi ad alto reddito (18,1 per 100.000) (World Health Organization, 2025).

Nonostante questi dati spaventosi, è stato rilevato che tra il 2000 e il 2021, il tasso di suicidio mondiale standardizzato per età è diminuito del 35%. Tuttavia, l'andamento non è uniforme tra le diverse regioni prese in considerazione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): il calo risulta molto contenuto in Africa (-3%), mentre è più marcato nel Sud-Est Asiatico (-26%) e nel Mediterraneo Orientale (-30%), e particolarmente rilevante in Europa (-48%) e nel Pacifico Occidentale (-50%). In controtendenza, la regione delle Americhe è l'unica a mostrare un incremento, con un aumento del tasso standardizzato per età pari al 17% nello stesso arco temporale. La diminuzione globale si riscontra inoltre anche analizzando le principali fasce d'età (15-29, 30-49, 50-69 e 70+ anni), suggerendo una tendenza

complessivamente in miglioramento, seppur con importanti differenze geografiche (World Health Organization, 2025) (Fig 3).

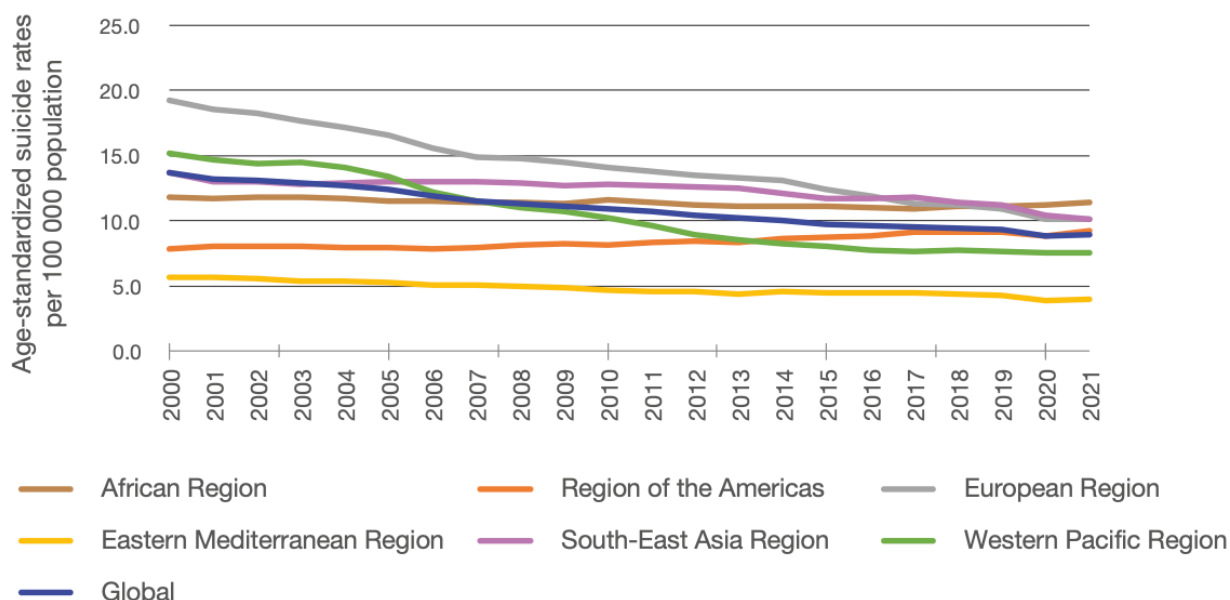


Fig. 3. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population) over time by WHO region, both sexes (World Health Organization [WHO], 2025).

Oggi il suicidio rappresenta una delle principali cause di morte tra i 15 e i 29 anni, in entrambi i sessi, collocandosi tra le prime tre, dopo gli incidenti stradali e le violenze interpersonali. Nella fascia 15–19 anni risulta invece la quarta causa di morte più frequente. Considerando le differenze di genere, nelle ragazze il suicidio si posiziona al secondo posto, preceduto soltanto dalle condizioni legate alla maternità; nei ragazzi, invece, occupa il quarto posto, dopo gli incidenti stradali, la violenza collettiva e la violenza interpersonale (World Health Organization, 2025).

3.2 Epidemiologia in Italia

Nel 2021, in Italia si registrano 4.176 morti per suicidio. Il fenomeno mostra una marcata differenza di genere: i suicidi maschili (3.068) risultano nettamente superiori a quelli femminili (1.108), con i primi che rappresentano circa tre quarti dei casi. Coerentemente, anche i tassi evidenziano un divario significativo: il tasso grezzo è pari a 7,0 per 100.000 nella popolazione totale, ma sale a 10,5 nei maschi e scende a 3,6 nelle femmine. Nel complesso, questi dati indicano che in Italia il suicidio interessa in modo sproporzionato il sesso maschile e che la

standardizzazione per età riduce il valore complessivo rispetto al tasso grezzo, suggerendo l'influenza della struttura per età della popolazione sul dato osservato (World Health Organization, 2025).

3.3 Epidemiologia del suicidio tra gli adolescenti in Italia

I dati sul suicidio tra adolescenti e giovani adulti sono allarmanti. Il numero di morti per suicidio negli adolescenti maschi in Italia nel 2020 era di 52 nella fascia 10-19 anni, di cui 5 nella fascia 10-14 e 47 nella fascia 15-19, mentre per le femmine si registravano 21 morti, 0 nella fascia 10-14 anni e 21 nella fascia 15-19, sottolineando una disparità evidente tra i due sessi (Bertuccio et al., 2024).

In Italia (fascia 10-24 anni), dopo un aumento precoce fino al 1996, i tassi di suicidio maschili sono diminuiti bruscamente fino al 2006 rimanendo stabili in seguito, mentre sono costantemente diminuiti tra le femmine durante l'intero periodo preso in esame (Bertuccio et al., 2024).

Il suicidio rappresenta la seconda causa di morte tra gli uomini dai 15 ai 29 anni (al pari delle morti dovute a tumori, e inferiore solo agli incidenti stradali) per le donne della stessa età il suicidio si colloca al terzo posto (con proporzione analoghe a quella delle malattie cardiovascolari).

Tra i metodi più frequentemente riscontrati in tutti i Paesi sia per i maschi che per le femmine troviamo l'impiccagione, lo strangolamento e il soffocamento (45-92% tra i maschi, 36-91% tra le femmine) (Bertuccio et al., 2024). Una percentuale più elevata di suicidi per avvelenamento tra le femmine rispetto ai maschi è stata osservata in tutti i Paesi.

In sintesi, i dati evidenziano una forte differenza di genere e criticità specifiche nelle fasce adolescenziali e giovanili, oltre a una distribuzione dei metodi con rilevanti implicazioni preventive. Queste evidenze rendono necessario andare oltre la sola descrizione epidemiologica e approfondire i principali fattori di rischio che, a livello individuale e sociale, contribuiscono alla vulnerabilità suicidaria.

CAPITOLO 4 – Eziologia e Fattori di rischio

Nonostante l'avanzamento degli studi e delle ricerche nell'ambito della suicidalità, l'impatto di questo fenomeno tende a rimanere prevalentemente stabile nel tempo. La formulazione e la conoscenza dei fattori di rischio principali permette sia di migliorare la prevenzione, sia di migliorare le teorie e le successive terapie volte a una gestione più efficace e tempestiva di questa complessa emergenza di salute pubblica (Franklin et al., 2017), ma la ricerca in merito necessita di ulteriori sviluppi.

È noto che la frequenza dei comportamenti suicidari tende ad aumentare dopo la pubertà (Sadath et al., 2024). Questo incremento può essere attribuito ai disturbi dell'umore e all'abuso di sostanze, difficoltà scolastiche e familiari, relazioni conflittuali con i pari, esperienze avverse precoci e tratti di personalità in evoluzione come impulsività e nevroticismo. Tale fase dello sviluppo rappresenta un momento di transizione, dall'infanzia all'età adulta, modellata da un'ampia quantità di aspettative sia dalla famiglia che dalla società, dall'influenza delle transizioni di sviluppo e dai ruoli sociali (Toro et al., 2025).

Giocano un ruolo importante anche alcune caratteristiche tipiche di questa fase di sviluppo come l'immaturità cognitiva, la mancanza di giudizio e il basso controllo degli impulsi, con numerose dimostrazioni che esista un'associazione tra i cambiamenti neurobiologici degli adolescenti e l'aumento dei comportamenti di assunzione di rischio (Sadath et al., 2024).

Questi cambiamenti cerebrali critici trovano riscontro nelle modalità di regolazione delle emozioni e degli impulsi, ossia le modalità con cui gli adolescenti comprendono sé stessi e interagiscono con gli altri (Lewis et al., 2026).

I fattori di rischio per il comportamento suicidario in adolescenza, dunque, vanno letti in un'ottica multifattoriale, poiché raramente un singolo elemento è in grado di spiegare l'insorgenza dell'ideazione o il passaggio all'atto. Nei paragrafi seguenti verranno descritti i principali fattori di rischio identificati in adolescenza.

4.1 Fattori di rischio individuali

I fattori individuali comunemente considerati includono genere e orientamento sessuale, esperienze di vita avverse e comportamenti suicidi, tratti di personalità e problemi comportamentali.

4.1.1 Genere

I dati riportano come vi siano evidenti differenze di genere per quanto riguarda le morti per suicidio (World Health Organization, 2025). Sia analizzando i resoconti a livello globale che i resoconti italiani si nota come negli adolescenti e nei giovani adulti i tassi di suicidio risultino essere, generalmente, da due a quattro volte più elevati nei maschi rispetto alle femmine, mentre i tentativi di suicidio si osservano con una frequenza da tre a nove volte maggiore nelle femmine (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Miranda-Mendizabal e colleghi (2019) rilevano disparità significative anche nelle fasi di massima esposizione al rischio: se nelle femmine la criticità maggiore si manifesta proprio durante l'adolescenza, nei maschi il rischio mostra una crescita che prosegue per tutta l'età adulta.

Le differenze di genere nel comportamento suicidario sembrano essere legate, almeno in parte, alle differenze riguardanti problemi emotivi e comportamentali. Nei maschi, i più elevati tassi di suicidio concreto sono stati associati a una maggiore frequenza di disturbi esternalizzanti, come disturbo della condotta, abuso di sostanze e comportamenti devianti. Nelle femmine, invece, si osserva più spesso la presenza di disturbi internalizzanti, quali ansia e disturbi dell'umore, che possono favorire l'insorgenza di pensieri e comportamenti suicidari. In questa prospettiva, le differenze di genere non sembrano dipendere da un singolo fattore, ma da modalità differenti con cui vulnerabilità psicologiche e comportamentali si esprimono nei due sessi (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Anche per quanto riguarda le modalità si notano delle differenze: mentre nelle femmine l'avvelenamento da droghe è il metodo più utilizzato, per i maschi i tentativi sono più violenti e letali, tramite mezzi come armi da fuoco, gas di scarico delle auto, asfissia da impiccagione e la precipitazione al suolo (X.-Q. Liu & Wang, 2024).

Le differenze di genere nel comportamento suicidario possono essere comprese anche alla luce delle diverse modalità di ricerca di aiuto e di gestione della sofferenza emotiva. Le ragazze, infatti, sembrano mostrare una maggiore propensione ad aprirsi rispetto le proprie difficoltà emotive e a riconoscere più facilmente familiari, amici e professionisti come possibili fonti di supporto (Beautrais, 2003). Questo aspetto assume particolare rilievo se si considera l'elevata prevalenza di disturbi mentali tra i giovani che muoiono per suicidio: il contatto con il sistema sanitario e, più in generale, la disponibilità a chiedere aiuto compongono un importante fattore protettivo, contribuendo a ridurre il rischio suicidario nelle femmine. Al contrario, nei maschi adolescenti e giovani adulti si osserva più frequentemente una minore inclinazione alla richiesta di aiuto, talvolta legata all'adesione a modelli tradizionali di mascolinità che scoraggiano

l'espressione della vulnerabilità emotiva. Tale tendenza può inoltre intrecciarsi con livelli più elevati di impulsività, aggressività e intenzionalità suicidaria, così come con strategie di coping maggiormente evitanti, che rendono più difficile affrontare in modo adattivo i problemi emotivi e comportamentali (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Anche in riferimento ai fattori di rischio troviamo differenze tra maschie e femmine. Per queste ultime i principali elementi di vulnerabilità riguardano abusi e violenze, difficoltà relazionali e interpersonali, gravidanze inaspettate e precedenti tentativi (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Se, invece, ci riferiamo ai giovani maschi, l'accesso facilitato ai mezzi letali, la separazione dei genitori e l'abuso di droghe, oltre che il tentativo precedente, ricoprono la maggioranza delle motivazioni che spingono all'atto (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Oltre alle differenze tra generi assegnati alla nascita è fondamentale integrare nell'analisi il ruolo dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. Si tratta di un tema centrale nel dibattito scientifico contemporaneo, dato che numerosi studi documentano una maggiore vulnerabilità alle condotte suicidarie in quegli adolescenti che si identificano in minoranze sessuali o di genere rispetto ai loro coetanei cisgender ed eterosessuali. Il report redatto da Hua e colleghi (2023) riporta livelli più alti di ideazione suicidaria tra i giovani omosessuali e bisessuali (46,8%) rispetto ai coetanei eterosessuali (14,5 %), con particolare riferimento ad dinamiche ambientali non supportive e di vittimizzazione.

Le minoranze sessuali riportano due picchi principali di suicidi tentati, tra i 18 e i 20 anni per entrambi i sessi, e tra i 30 e 35 anni, in particolare per gli uomini (Wang et al., 2022). In Europa, uno studio ha riportato che il rischio di ideazione suicidaria tra gli adolescenti (15/16 anni) di minoranze di genere era da 4 a 6 volte superiore rispetto agli eterosessuali (Arnarsson et al., 2015).

Le cause principali che influiscono su questi dati sono principalmente legate all'ambiente sociale, sia per i pregiudizi su grande scala a livello sociale, sia per le difficoltà relazionali con i pari e i familiari (Wang et al., 2022). Anche internet e i social media hanno avuto un ruolo cruciale negli ultimi anni: il cyberbullismo aumenta notevolmente le probabilità di suicidio nei giovani che appartengono a cosiddette minoranze sessuali. Questi elementi creano nell'adolescente sentimenti di pressione e inadeguatezza, scarso rendimento scolastico ed elevate possibilità di peggiorare la salute mentale.

Le motivazioni maggiormente riportate e che contribuiscono all'incremento di quadri depressivi e del rischio suicidario, sono riconducibili allo stress da minoranza derivante dalle

interazioni sociali ostili e alla percezione di onerosità interpersonale, ovvero la sensazione di “essere un peso” per gli altri (X.-Q. Liu & Wang, 2024).

Negli ultimi decenni si registrano comunque segnali di miglioramento, anche grazie a una crescente attenzione istituzionale e sociale verso i diritti e il benessere delle minoranze sessuali e di genere, allo sviluppo di programmi di prevenzione e intervento nelle scuole e a una maggiore sensibilizzazione sui temi dell’inclusione e della salute mentale (Wang et al., 2022).

4.1.2 *Tratti temperamentali*

La relazione tra caratteristiche individuali di personalità e temperamento e il rischio suicidario ha ricevuto crescente attenzione nella letteratura degli ultimi decenni. Un aumento di evidenze ha permesso di individuare come determinati tratti, in particolare il nevroticismo, l'impulsività, l'aggressività e la disregolazione emotiva, siano associati in modo sistematico all'ideazione suicidaria, ai tentativi di suicidio e all'autolesionismo non suicidario in adolescenza (Gifuni et al., 2023).

L'impulsività è un tratto significativo sia in relazione ai tentativi che all'ideazione suicidaria, principalmente nella sottodimensione associata alla tendenza a reagire impulsivamente agli eventi con alti livelli di arousal. Mentre la disregolazione emotiva sembra mediare la relazione tra ideazione suicidaria e tratti impulsivi, il passaggio dall'impulsività a veri e propri agiti suicidari appare maggiormente riconducibile ad uno scarso controllo inibitorio (Gifuni et al., 2023).

Il nevroticismo è strettamente correlato a problemi di salute mentale, tra cui il comportamento suicidario stesso. Questo tratto è un noto predittore di disturbi internalizzanti e di pattern emotivo-comportamentali negativi, tendenti ad ansia, umore depresso, insicurezza e perfezionismo clinico. (Mota et al., 2024).

Inoltre, la revisione sistematica di Mota e colleghi (2024) evidenzia un'associazione significativa anche tra l'apertura all'esperienza e il comportamento suicidario; tale legame sembrerebbe mediato dalla tendenza di questi soggetti a vivere emozioni particolarmente intense. In questo contesto, il ricorso a comportamenti autolesivi in età adolescenziale emerge frequentemente come una strategia di regolazione, messa in atto con l'intento di alleviare stati emotivi o pensieri vissuti come intollerabili.

Tali tratti temperamentali, pur essendo qui analizzati singolarmente, trovano la loro massima espressione clinica all'interno dei disturbi di personalità, i quali saranno oggetto di una trattazione specifica e approfondita nei paragrafi successivi di questo capitolo.

4.1.3 Comportamenti autolesivi pregressi

Tra i fattori di rischio esaminati nella letteratura longitudinale sul suicidio, i comportamenti autolesivi pregressi rappresentano sistematicamente la categoria predittiva più robusta. Franklin e colleghi (2017) nella loro metanalisi di studi condotti nell'arco di cinquant'anni di ricerca, hanno identificato questa categoria, che comprende l'ideazione suicidaria pregressa, l'NSSI, il tentativo di suicidio pregresso e l'autolesionismo deliberato, come la più forte tra le categorie analizzate, sia per la predizione dell'ideazione suicidaria che per la predizione del tentativo di suicidio.

La pericolosità specifica del tentativo pregresso nell'adolescenza è documentata da diversi studi longitudinali dedicati a questa fascia d'età. Goldston e colleghi (2015) in uno studio longitudinale condotto su adolescenti ricoverati per disturbi psichiatrici e seguiti fino all'età adulta per un periodo di oltre 13 anni, hanno documentato un fenomeno di particolare gravità definito "escalation": all'aumentare del numero di tentativi di suicidio, si osservava un progressivo incremento sia dell'intenzionalità letale che della letalità oggettiva dei metodi utilizzati. Questo dato suggerisce che il tentativo pregresso è un agente attivo che modifica la traiettoria suicidaria dell'individuo, rendendo ogni episodio successivo potenzialmente più pericoloso del precedente.

A livello teorico, la pericolosità specifica del tentativo pregresso trova una spiegazione articolata nella Teoria Interpersonale del Suicidio elaborata da Joiner (2005). Secondo questa teoria, il suicidio richiede sia il desiderio di morire, prodotto dalla compresenza di un senso di appartenenza frustrata e di un senso di essere un peso per gli altri, che la cosiddetta capacità acquisita, ovvero la capacità effettiva di agire contro l'istinto di sopravvivenza. Tale capacità si sviluppa attraverso la ripetuta esposizione a esperienze dolorose e provocatorie, che determinano una progressiva assuefazione alla paura e al dolore associati al suicidio. Il tentativo pregresso rappresenta la fonte più diretta e potente di questa capacità acquisita, e ciò è particolarmente rilevante in adolescenza: l'adolescente che ha già effettuato un tentativo ha abbassato la soglia che separa il desiderio di morire dall'azione, rendendo i tentativi successivi strutturalmente più pericolosi. Gli adolescenti che mettono in atto NSSI o tentativi di suicidio

sono significativamente più propensi a impegnarsi in futuri comportamenti suicidari, in particolare nei primi mesi successivi ad un tentativo (B.-P. Liu et al., 2022).

Complessivamente, questi dati delineano un quadro in cui il tentativo pregresso in adolescenza non è semplicemente uno tra i tanti fattori di rischio, ma un evento trasformativo che modifica in modo duraturo la traiettoria suicidaria dell'individuo. Attraverso meccanismi di assuefazione psicofisiologica, riduzione della paura della morte, aumento della tolleranza al dolore e consolidamento di schemi cognitivi disfunzionali, ogni tentativo precedente rende il successivo più probabile, più intenzionale e più letale.

4.1.4 *Eventi di vita*

Le esperienze infantili avverse sono fortemente associate a comportamenti suicidari negli adolescenti. Esse includono diversi eventi come pericoli effettivi per la salute fisica, la sopravvivenza e la traiettoria di sviluppo dell'individuo, costituita da abusi fisici ed emotivi e disfunzioni familiari (Pu et al., 2025).

Le conseguenze di questi traumi sono sentimenti di sconfitta e disperazione, rabbia e irritabilità, sensi di colpa e sfiducia, che, uniti alle diverse ricerche fatte in questo ambito, compongono l'insieme dei processi prossimali ai comportamenti suicidi (Panagioti et al., 2015).

Se protratti a lungo questi eventi rischiano di provocare cambiamenti psicologici e neurobiologici come, disregolazione stress-risposta e regolazione emotiva compromessa. In questo modo, gli eventi avversi illustrano come le difficoltà relazionali si trasformano in vulnerabilità individuali che aumentano il rischio di suicidio (Baldini et al., 2025).

4.2 Fattori socioculturali

La letteratura ha evidenziato negli anni una forte correlazione tra i fattori socioculturali e il rischio suicidario negli adolescenti. Baldini e colleghi (2025) hanno individuato come la provenienza da famiglie a basso reddito aumenti la probabilità di avvertire stress cronico, instabilità abitativa e un limitato accesso a risorse educative e sanitarie. L'accesso alle strutture sanitarie, specialmente ai servizi di salute mentale, è determinante nella prevenzione del suicidio; di conseguenza, nelle aree svantaggiate, le limitazioni nell'accesso generano disagi legati sia alla carenza di professionisti e alle lunghe tempistiche, sia alle difficoltà finanziarie che le famiglie stesse si trovano ad affrontare (Baldini et al., 2025).

Le comunità che, oltre ad avere ingenti difficoltà economiche, presentano alti tassi di disoccupazione e di criminalità configurano un ambiente disadattivo in cui l'adolescente sperimenta fin dalla giovane età modelli comportamentali che compromettono uno sviluppo equilibrato (Baldini et al., 2025). Spaccio, abuso di sostanze, comportamenti criminali ed esposizione a dinamiche sociali problematiche aumenterebbero sentimenti di disperazione, di stress e diminuirebbero sviluppi positivi; anche l'esposizione, di conseguenza, a comportamenti suicidari, maggiormente presenti in queste comunità, sarebbe a sua volta un fattore di rischio da non sottovalutare (Dupéré et al., 2009).

Anche a livello globale è possibile notare queste disparità: paesi con elevata povertà registrano tassi più elevati di suicidio. In uno studio condotto da Van Meter e colleghi (2023), le isole del Pacifico meridionale hanno registrato un tasso di ideazione suicida e un tasso di tentativi di suicidio elevato, a conferma dell'ipotesi socioeconomica. Queste isole si contraddistinguevano per significativi cambiamenti sociali, nonché alti tassi di povertà, disoccupazione e sfollamento. Anche in Europa vi sono differenze significative tra i paesi meno avanzati e con tassi maggiori di povertà, come Estonia, Lituania, Kirghizistan, Moldavia e Uzbekistan, rispetto agli altri paesi dell'Europa Occidentale. Allo stesso modo, i Paesi africani e sudamericani registrano alti tassi di suicidi e di tentativi (Van Meter et al., 2023)

In contrasto con la tendenza appena mostrata, vi è il caso degli Stati Uniti, dove, nonostante il reddito elevato, emerge uno dei tassi più elevati, con un costante aumento dagli anni '90 fino ad oggi.

4.2.1 Minoranze etniche

Questa tendenza contraria legata agli Stati Uniti si può ricondurre ad un altro fattore importante: le minoranze etniche e culturali. Liu, X. Q. e colleghi (2024) hanno infatti notato che specifici gruppi etnici, come gli indiani d'America non ispanici o gli individui nativi dell'Alaska, mostrano tassi più alti e in aumento, rispetto agli individui bianchi che, invece, mostrano un leggero declino.

In generale, si possono rilevare diversità etniche significative anche nei comportamenti suicidali negli adolescenti. Minoranze, come neri, asiatici e provenienti dalle isole del Pacifico, hanno il più alto rischio di suicidio durante l'adolescenza e la prima età adulta (Liu, X. Q. et al., 2024). Essi spesso si scontrano con barriere culturali sia per l'accesso ai servizi di salute mentale, sia per successivi trattamenti inadeguati. Molti adolescenti a rischio non hanno la

possibilità di accedere tempestivamente a cure e servizi di qualità che eviterebbero risvolti tragici.

A questi problemi di natura sanitaria, se ne associano altri legati alla stigmatizzazione, ossia un processo sociale attraverso il quale una persona viene svalutata o screditata a causa di determinate caratteristiche o attributi. Questo processo altera le aspettative e gli atteggiamenti della società nei confronti dell'individuo, contribuendo a una sua progressiva svalutazione sociale e personale (Goffman, 2009). La stigmatizzazione comporta reazioni ed emozioni negative nei giovani provocando effetti dannosi diretti e indiretti. I conseguenti stati di vergogna, umiliazione e discriminazione peggiorano la salute mentale e aumentano l'esposizione a tutte le patologie che inficiano sull'adeguato sviluppo dell'adolescente (Corrigan, 2004). I ritardi nella richiesta di cura, la scarsa aderenza ai trattamenti e il timore associato allo stigma possono ulteriormente compromettere la richiesta di cura con un conseguente aumento della mortalità.

4.3 Fattori di rischio psicologici

Il periodo compreso tra l'adolescenza e la prima età adulta, che si estende dai 14 fino ai 20 anni, rappresenta un periodo dello sviluppo caratterizzato da profondi cambiamenti e trasformazioni significative. In questa fase gli individui sperimentano nuove opportunità di crescita e autonomia, affrontando l'ingresso in una nuova fase della vita e intraprendendo numerosi tentativi di definire il proprio percorso personale. Parallelamente a questo processo di sviluppo, tuttavia, gli adolescenti si trovano ad affrontare importanti cambiamenti psicologici, transizioni identitarie e di ruolo, oltre a richieste sempre più complesse provenienti dal contesto familiare, scolastico e sociale (X.-Q. Liu & Wang, 2024).

Tali trasformazioni possono essere accompagnate da elevati livelli di disagio psicologico e, in alcuni casi, da condizioni di sofferenza emotiva che possono favorire l'insorgenza di disturbi mentali, tra cui ansia, depressione e disturbi psichiatrici come disturbo bipolare e disturbi del comportamento alimentare. Queste condizioni sono fortemente associate a un aumento del rischio di comportamenti suicidari e vengono considerate dalla letteratura tra i principali fattori (Nock et al., 2010). Diversi studi indicano inoltre che gli individui affetti da disturbi psichiatrici rappresentano la maggioranza dei casi di suicidio e dei tentativi, con una prevalenza stimata almeno dieci volte superiore rispetto a quella osservata nella popolazione generale (X.-Q. Liu & Wang, 2024).

4.3.1 *Depressione*

I quadri psicopatologici rappresentano il fattore di rischio maggiormente studiato e analizzato per il comportamento suicidario.

Tra essi sicuramente quello più esplorato è il disturbo depressivo maggiore e in generale i disturbi dell'umore (Richardson et al., 2024). I disturbi depressivi si caratterizzano per la presenza di tristezza persistente, senso di vuoto e/o umore irritabile, spesso accompagnati da perdita di interesse o piacere e da un generale disinvestimento dalle attività quotidiane (American Psychiatric Association, 2023).

La letteratura evidenzia diversità legate al genere: nelle femmine la depressione tende a manifestarsi più precocemente, si associa più sovente a una peggiore qualità della vita e presenta tassi più elevati di comorbidità con i disturbi d'ansia rispetto ai maschi.

In parallelo, alcuni studi hanno esplorato possibili contributi biologici a tali differenze, considerando sia la diversa composizione cromosomica, sia i meccanismi di espressione genica legati ai cromosomi sessuali. In particolare, è stato ipotizzato che il patrimonio cromosomico possa influenzare, almeno in parte, lo sviluppo e il funzionamento di circuiti corticali e limbici coinvolti nella regolazione emotiva, con potenziali implicazioni per ansia e depressione; tuttavia, le evidenze in questo ambito restano ancora non definitive e richiedono ulteriori approfondimenti (Richardson et al., 2024).

Al di là degli aspetti biologici, la revisione sottolinea che anche i percorsi caratterizzati da suicidalità possono differire tra i sessi: pur potendo condividere esperienze avverse simili, maschi e femmine sembrano presentare pattern di vulnerabilità in parte diversi. In sintesi, nei maschi il rischio può essere più frequentemente associato a dimensioni esternalizzanti, come impulsività e condotte problematiche, mentre nelle femmine tende a emergere maggiormente in relazione a sintomi interiorizzanti, quali depressione e stress interpersonale (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Alla depressione si associa spesso la disperazione come diretta mediatrice tra i tipici sintomi depressivi e il passaggio ai tentativi di suicidio (Gómez-Tabares et al., 2025). Quando parliamo di disperazione si assume come quadro di riferimento uno stato d'animo privo di speranza, e di conseguenza oppresso da un grave sconcerto e abbattimento morale.

Horwitz et al. (2017) hanno dimostrato come la mancanza di aspettative positive verso il futuro rappresenti un predittore significativo di depressione e di successivi comportamenti suicidari negli adolescenti ad alto rischio, anche controllando i livelli iniziali di depressione e ideazione

suicidaria. Questi risultati suggeriscono che non è tanto la presenza di aspettative negative quanto piuttosto l'assenza di prospettive positive a contribuire al mantenimento della disperazione e all'aumento del rischio suicidario.

In quanto entrambi disturbi dell'umore, depressione e disturbo bipolare condividono una profonda vulnerabilità suicidaria. Il disturbo bipolare è collegato a comportamenti suicidari in adolescenza a causa di difficoltà comportamentali ed emotive e alla presenza di sintomi depressivi e ansiosi (Barbeito et al., 2021). Questi pazienti presentano una marcata instabilità dell'umore, caratterizzata dall'alternanza tra fasi depressivi e fasi maniacali o ipomaniacali. Il rischio suicidario risulta particolarmente elevato in quanto, l'ideazione suicidaria tende a svilupparsi durante le fasi depressive più severe; successivamente, il passaggio a uno stato di iperattivazione tipico della fase maniacale può favorire l'aumento dell'energia e della spinta all'azione, facilitando così la messa in atto di comportamenti suicidari (Barbeito et al., 2021).

4.3.2 Ansia

Anche l'ansia e, in generale, l'emotività a valenza negativa, ha un ruolo rilevante rispetto all'esordio e al mantenimento di ideazione e comportamenti suicidari. Questo pattern emotivo è tra i più comuni nell'infanzia e nell'adolescenza, con un aumento progressivo con l'aumentare dell'età (Richardson et al., 2024).

La persistenza di questa emotività negativa e l'aumento della labilità possono compromettere gravemente i sistemi di elaborazione delle minacce, i sistemi di regolazione delle emozioni e le richieste di risorse cognitive e neurali, causando risvolti negativi nella vita di tutti i giorni. A livelli estremi queste emozioni provocano disturbi psichiatrici e ideazioni suicidarie che l'adolescente farà fatica a debellare del tutto (Lewis et al., 2026).

Anche l'ansia crea una disparità a carico della suicidalità espressa da maschi e femmine: le femmine presentano il doppio delle probabilità di sviluppare un disturbo d'ansia, e i sintomi tendono ad essere più gravi. Infatti, le ragazze tendono a riportare livelli più elevati di ansia rispetto ai coetanei maschi, con maggiori sintomi somatici e maggiore sensibilità alle minacce percepite (McLean et al., 2011). Inoltre, le adolescenti mostrano più frequentemente sintomi interiorizzanti e una maggiore reattività agli stress quotidiani, soprattutto di natura interpersonale. Queste caratteristiche possono contribuire ad aumentare il rischio di ideazione suicidaria e di altri comportamenti autolesivi (Richardson et al., 2024).

Studi longitudinali confermano come elevati livelli di ansia, soprattutto in comorbidità con sintomi depressivi e difficoltà nelle relazioni con pari e insegnanti, possono delineare traiettorie di sviluppo caratterizzate da una maggiore vulnerabilità alla suicidalità durante l'adolescenza (Richardson et al., 2024).

Tra i disturbi d'ansia maggiormente frequenti all'interno del quadro suicidale, vi è il disturbo da ansia sociale. Quest'ultimo è caratterizzato da una marcata e intensa paura o ansia relativa a situazioni sociali in cui l'individuo può essere esposto al giudizio altrui; accanto a questo si inserisce il timore che la manifestazione di ansia provocata dal contesto sarà valutata negativamente (American Psychiatric Association, 2023).

Questo disturbo si sviluppa tipicamente in questa fase dello sviluppo ed è associato ad un carente funzionamento sociale, ad uno scarso rendimento scolastico e a sintomi depressivi (Chiu et al., 2025).

Le relazioni interpersonali sono fondamentali durante l'adolescenza e questo disturbo può indurre il giovane ad evitare le situazioni sociali. Inoltre, anche qualora gli adolescenti con elevati livelli di ansia sociale riuscissero ad interagire con i coetanei, potrebbero però mostrare comportamenti per ricercare la sicurezza e strategie di evitamento, che spesso pregiudicano le relazioni interpersonali (Chiu et al., 2025). Questo quadro può rendere gli adolescenti ansiosi più vulnerabili alla ricezione di riscontri negativi da parte dei pari o all'esperienza di episodi di rifiuto sociale. Tali vissuti possono associarsi all'insorgenza di sentimenti di inutilità e disperazione, spesso accompagnati dalla percezione di non essere sufficientemente adeguati. Queste dinamiche tendono a erodere il senso di appartenenza e la gratificazione nelle relazioni, favorendo condotte di evitamento (Epkins & Heckler, 2011).

Nel tempo, tali dinamiche possono associarsi a sintomi depressivi che, oltre a mantenere l'ansia sociale, rafforzano la convinzione di essere un peso per gli altri e non riuscire a integrarsi nel contesto sociale. Secondo la Teoria interpersonale del suicidio (T. Joiner, 2005), queste percezioni di appartenenza frustrata e di peso percepito rappresentano importanti fattori cognitivi associati all'ideazione suicidaria. Inoltre, quando la paura del giudizio sociale negativo porta a evitare stabilmente le situazioni sociali, tali sintomi depressivi e difficoltà relazionali possono persistere nel tempo, aumentando la vulnerabilità alla suicidalità (Massing-Schaffer et al., 2022).

4.3.3 Disturbi psichiatrici

Le patologie psichiatriche hanno avuto sempre una grande rilevanza nello studio del comportamento suicidario in adolescenza. Tra essi, oltre ai disturbi depressivi e d'ansia, i più studiati e associati sono i disturbi di personalità borderline, i disturbi da stress post-traumatico, la schizofrenia, il disturbo della condotta e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Gili et al., 2019).

I disturbi di personalità, in particolare quelli appartenenti al cluster B, rappresentano un importante fattore di rischio per lo sviluppo e la progressione di comportamenti suicidari in adolescenza (Moselli et al., 2023). Diversi studi hanno evidenziato come un esordio precoce di queste condizioni possa compromettere un adeguato sviluppo psicologico e relazionale dell'individuo, aumentando nel tempo la probabilità di ideazione e tentativi di suicidio.

Tra i disturbi del cluster B, il disturbo borderline di personalità risulta particolarmente associato al comportamento suicidario. Nello studio di Moselli e colleghi (2023) è emerso come questo disturbo eserciti un'influenza incrementale sui tentativi di suicidio in adolescenza, pur non mostrando lo stesso effetto sull'ideazione suicidaria. Il disturbo borderline si configura come un predittore stabile nel tempo per i tentativi, indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio. In adolescenza, i tratti che sembrano contribuire maggiormente a tale vulnerabilità includono labilità affettiva, impulsività, aggressività e difficoltà nella costruzione dell'identità personale.

Anche il disturbo di personalità narcisistico è stato associato a un aumento del rischio suicidario. In particolare, è stato osservato un legame significativo con un numero maggiore di tentativi di suicidio, suggerendo un ruolo predittivo di questo disturbo. In tali casi, la suicidalità sembra essere collegata alla particolare forma di deregolazione emotiva che segue le cosiddette "ferite narcisistiche", le quali possono generare intensi vissuti di rabbia e aggressività (Moselli et al., 2023).

Studi psicopatologici e genetici suggeriscono inoltre l'esistenza di uno sfondo endofenotipico condiviso tra il disturbo borderline e quello narcisistico, caratterizzato principalmente da deregolazione emotiva e tendenza all'ostilità. La combinazione di questi elementi può costituire un potente predittore della vulnerabilità ai comportamenti suicidari (Moselli et al., 2023).

Il trauma psicologico, e più in generale l'esposizione a eventi di vita avversi, rappresentano una dimensione rilevante nella comprensione della vulnerabilità alla suicidalità in età evolutiva (Panagioti et al., 2015). Il disturbo da stress post-traumatico include traumi di diversi tipi, ma

quelli che più incidono in adolescenza sono abusi fisici, sessuali ed emotivi e l'abbandono, i quali, portano a gravi disturbi emotivi, cognitivi e sociali.

Una ricerca condotta da Panagioti e colleghi (2015) ha mostrato come gli adolescenti con disturbo da stress post-traumatico presentavano livelli maggiori di rischio suicidario rispetto ai disturbi che notoriamente in letteratura erano maggiormente associati come, ad esempio, il disturbo depressivo maggiore e la schizofrenia.

I disturbi dello spettro della schizofrenia, in particolare, sono stati ampiamente indagati in letteratura in relazione all'elevata vulnerabilità suicidaria. I disturbi psicotici, tra i quali annoveriamo FEP (*first-episode psychosis*), schizofrenia, disturbo delirante e disturbo schizoaffettivo compaiono, quasi sempre, per la prima volta in età adolescenziale o giovane adulta, tra i 15 e i 24 anni (Messias et al., 2007). Proprio per questo, le fasi prodromiche incidono gravemente sulla salute psicologica e sociale del giovane aumentando i rischi di ideazione e atti suicidari. Diversi studi hanno dimostrato che il rischio maggiore si verifica nelle fasi iniziali in cui sono maggiormente presenti sintomi depressivi e sintomi negativi caratterizzati da deficit o perdita delle normali capacità di esprimere emozioni (Ventriglio et al., 2016; Coentre et al., 2017). Al contrario, altri studi sottolineano come la presenza di sintomi positivi come allucinazioni attive e deliri aumentino il rischio suicidario a causa di un pattern emotivo dominato da aggressività e impulsività (Hor & Taylor, 2010).

Il disturbo della condotta è un disturbo prevalente dei bambini e adolescenti che comporta una mancanza di controllo comportamentale, e che induce il giovane ad una violazione delle regole e ad atti aggressivi (American Psychiatric Association, 2023). Questo disturbo aumenta il rischio di abuso di sostanze e criminalità in età adulta (Wei et al., 2016). Lo studio longitudinale di Wei e colleghi (2016) rivela una notevole associazione tra questo disturbo e il suicidio, dovuto anche alla peculiare disregolazione emotiva che compromette il controllo degli impulsi.

Anche i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione incidono gravemente sull'ideazione e sul comportamento suicidale. All'interno di questa categoria rientrano diversi disturbi, come l'anoressia nervosa, la bulimia, il binge eating e altri disturbi alimentari senza specificazione. Uno studio condotto in Inghilterra da Hercus e colleghi (2024) ha dimostrato che i pazienti affetti da disturbo alimentare deceduti per suicidio erano mediamente più giovani e più frequentemente di sesso femminile rispetto a coloro con altri disturbi mentali. Inoltre, i fattori di rischio tradizionalmente associati al suicidio, come l'isolamento sociale, apparivano meno frequenti in all'interno di questo insieme di disturbi. Al contrario, i pazienti con disturbi

alimentari si distinguevano per una maggiore complessità clinica, caratterizzata dalla presenza di una storia di autolesionismo, comorbidità psichiatriche e una più lunga durata del disturbo (Hercus et al., 2024). Le cause di queste difficoltà sono spesso riconducibili all'associazione con esperienze di abuso infantile e traumi precoci, che evidenziano come questi eventi modellino la psicopatologia (Pratile et al., 2025).

4.3.4 Abuso di sostanze

La relazione tra abuso di sostanze e comportamenti suicidari rappresenta uno dei nessi empiricamente più robusti e clinicamente più rilevanti nella letteratura sul rischio suicidario giovanile. L'adolescenza segna il periodo iniziale dell'utilizzo di sostanze, caratterizzato da un forte consumo episodico di alcol e droghe che raggiunge il suo picco tra i 18 e i 25 anni. La difficoltà adolescenziale nel gestire l'utilizzo di queste sostanze rischia di indurre ad un utilizzo problematico e, ad un successivo un disturbo da uso di sostanze che graverebbe sulla salute mentale del giovane (Rioux et al., 2021).

Nella metanalisi di Franklin et al. (2017) i disturbi psicopatologici esternalizzanti, che includono l'abuso di sostanze connesso a impulsività, comportamenti antisociali e storia pregressa di incarcerazione, figura tra le cinque categorie di fattori di rischio più studiate in assoluto.

La portata epidemiologica di questa associazione in adolescenza è documentata da una serie di studi e revisioni (Esposito-Smythers & Spirito, 2004; Oliveira Gracini et al., 2024; Rioux et al., 2021). Nella letteratura sul suicidio adolescenziale, i tassi di disturbi da uso di alcol e altre sostanze tra gli adolescenti deceduti per suicidio oscillano tra il 27% e il 50%, con un'associazione a un aumento del rischio di suicidio di 6-8,5 volte; tra gli adolescenti che hanno tentato il suicidio, i tassi di disturbi da uso di sostanze oscillano tra il 12% e il 50%, con un'associazione a un aumento di 3-4 volte della probabilità di tentativo di suicidio (Esposito-Smythers & Spirito, 2004). Questi dati collocano l'abuso di sostanze in una posizione di assoluto rilievo tra i fattori di rischio per la suicidalità adolescenziale, seconda solo ai comportamenti autolesivi pregressi.

Un elemento di particolare importanza è che questa associazione era specifica per i comportamenti suicidari concreti, pianificazione e tentativo, piuttosto che per l'ideazione,

suggerendo che l'abuso di sostanze abbassi la soglia che separa l'ideazione dall'azione (Esposito-Smythers & Spirito, 2004)

Hufford (2001) ha chiarito che l'intossicazione alcolica può funzionare come fattore di rischio prossimale per il comportamento suicidario tra i giovani in difficoltà causando aggressività, distorsione cognitiva e disinibizione. Questo pattern emotivo può sia facilitare l'ideazione suicidaria sia aumentare la probabilità di agire impulsivamente su tali pensieri; mentre l'uso cronico di sostanze può fungere da fattore di rischio distale aumentando lo stress e influenzando negativamente la psicopatologia attuale.

La ricerca presenta quattro differenti ipotesi per chiarire l'associazione tra i disturbi da sostanze e i comportamenti suicidari. La prima, l'*ipotesi del disturbo psichiatrico secondario*, postula che i disturbi da uso di sostanze portino al suicidio attraverso una serie di meccanismi tra loro interconnessi: l'aumento del disagio psicologico e dell'impulsività, la riduzione delle strategie di coping efficaci e delle capacità di problem-solving, l'insorgenza di stati depressivi indotti dalla sostanza stessa, il deterioramento della qualità delle relazioni sociali e il peggioramento delle prestazioni scolastiche o lavorative. La seconda, altresì definita *ipotesi del disturbo da uso di sostanze secondario*, sostiene sia la suicidalità a precedere e favorire l'insorgenza dei disturbi da uso di sostanze, attraverso l'utilizzo di sostanze come strategia per fronteggiare il distress emotivo, o attraverso la ricerca di accettazione sociale da parte dei pari. La terza, *ipotesi bidirezionale*, propone associazioni transazionali e reciproche tra disturbi da uso di sostanze e suicidalità, in cui ciascuno dei due fenomeni aumenta la vulnerabilità dell'individuo all'altro in un processo dinamico e circolare. La quarta e ultima, *ipotesi del fattore comune*, rintraccia variabili esterne che sarebbero comuni a entrambi i fenomeni e ne spiegherebbero la compresenza senza che l'uno causi direttamente l'altro (Rioux et al., 2021).

L'abuso di sostanze, sia in modo acuto che cronico nel tempo, può concorrere alla riduzione della percezione di paura e sentimenti di dolore, in particolare se usato per contrastare sentimenti di disperazione e affettività negative (Govender et al., 2023). Secondo lo studio trasversale effettuato Govender e colleghi (2023), l'uso frequente di una o più sostanze durante le scuole superiori creava effetti a cascata che aumentavano il rischio di comportamenti suicidari in età adulta. Rilevarono come le sostanze influissero negativamente nello sviluppo normale del cervello, ripercuotendosi a livello scolastico e a livello relazionale. Allo stesso modo, gli adolescenti con frequente utilizzo di alcolici mostrarono processi decisionali deficitari e maggiormente rischiosi, uniti a prestazioni peggiori su attenzione, memoria di

lavoro e altre abilità cognitive (Govender et al., 2023). Sarebbero proprio i processi decisionali rischiosi a favorire l'impulsività e frequenti comportamenti suicidari.

4.4 Patologie mediche

La presenza di condizioni mediche croniche, acute, neurologiche o funzionali, modifica in modo significativo il profilo di rischio suicidario dell'adolescente attraverso meccanismi che includono il dolore fisico, la compromissione funzionale, la disregolazione neurobiologica, l'isolamento sociale e la frequente comorbidità con psicopatologia depressiva e ansiosa.

Rogers e colleghi (2021) hanno tentato di spiegare come l'associazione tra patologia organica e rischio suicidario possa essere mediata da tre categorie di meccanismi: quelli cognitivo-affettivi, come la perdita di speranza, rimuginio e sensazione di essere un peso; quelli interpersonali, dominati dall'isolamento ed esclusione sociale; e infine i fattori legati direttamente alla malattia, quali il dolore cronico, la disabilità funzionale e lo stigma associato alla diagnosi.

L'insorgenza di una patologia cronica rende l'adolescenza ancora più critica, costringendo i giovani a gestire i normali compiti evolutivi e le sfide aggiuntive derivanti dallo stato di salute. Lo stress che ne deriva è significativo, poiché le rigorose esigenze terapeutiche si scontrano frequentemente con il bisogno di autonomia e socializzazione tipico di questa fase della vita. Secondo Iannucci e Nierenberg (2022) tale conflitto può alterare le traiettorie di crescita, favorendo l'emergere di disagi psicosociali alimentati dalla costante interazione tra l'individuo, la malattia e l'ambiente circostante. La presente revisione fornisce prove sostanziali di una correlazione tra sintomatologia suicidaria e patologie croniche. Nello specifico, l'associazione emerge in un ampio spettro di condizioni, che spaziano dal dolore cronico alle malattie respiratorie, includendo inoltre patologie allergiche, epilessia, diabete, tumori e sindromi cefalalgiche croniche (Iannucci & Nierenberg, 2022).

4.5 Fattori relazionali

4.5.1 *Contesto familiare*

Tra i fattori di rischio ambientali e relazionali per la suicidalità in adolescenza, il contesto familiare occupa una posizione di assoluto rilievo, insieme ad abusi sessuali e ad abbandono

dei minori. La mancanza di coesione, sicurezza, cura, affetto, sostegno e comunicazione denotano un fattore critico per il comportamento suicidario in questa fascia d'età (Prades-Caballero et al., 2025). La disfunzione familiare indica specificamente un insieme di eventi familiari avversi incontrati durante i propri anni giovanili, che possono comprendere esperienze negative derivanti dal divorzio o dal lutto dei genitori, l'esposizione a conflitti e violenze domestiche, l'abuso di sostanze e i disturbi psicologici all'interno della famiglia (Pu et al., 2025). La metanalisi di Pu e colleghi (2025) rivela inoltre che gli adolescenti cresciuti in un ambiente familiare disfunzionale presentavano un rischio suicidario 1.93 volte maggiore di coloro che avevano un funzionamento familiare definito nella norma.

Una revisione sistematica e metanalisi redatta da Bratu e colleghi (2025) dimostra che la psicopatologia dei genitori espone gli adolescenti ad un rischio di suicidio circa tre volte più elevato, con effetti coerenti sia per il comportamento suicidario che per una più ampia morbilità psichiatrica.

Inoltre, la presenza di comportamenti suicidari all'interno del nucleo familiare è annoverata tra i principali fattori di rischio per ideazione e comportamenti suicidari. Proprio la presenza di questi comportamenti in una fase dello sviluppo così delicata crea modelli comportamentali intrinseci che influenzano il futuro pattern temperamentale, portando a percepire il suicidio come possibile soluzione (Pu., 2025).

Lo stile genitoriale rappresenta una dimensione cruciale nella comprensione del rischio suicidario in adolescenza. La letteratura, a partire dalla classificazione originaria di Baumrind (1968) che distingue gli stili autorevole, autoritario e permissivo, successivamente integrata da Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983) con l'aggiunta dello stile negligente (Fig.4), ha documentato associazioni differenziate tra ciascuno stile educativo e la vulnerabilità suicidaria.

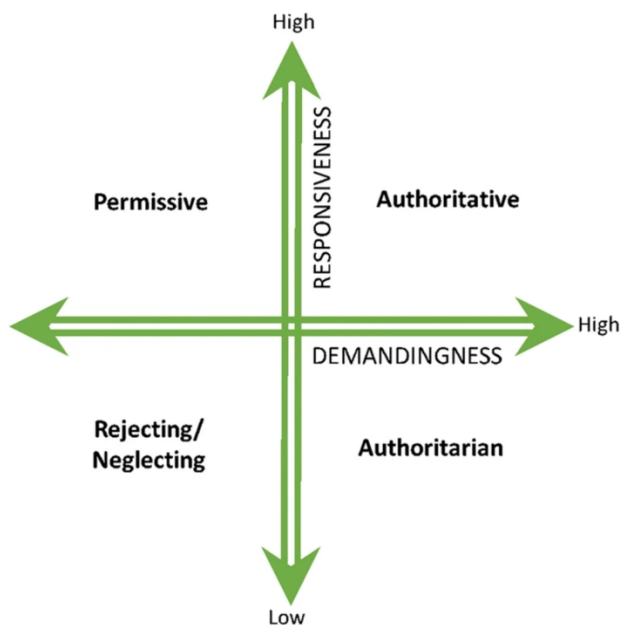


Fig 4. Stili genitoriali (Baumrind, 1968; Maccoby, E. E., & Martin, J. A. 1983)

Tra gli stili esaminati, quello autoritario risulta il più frequentemente associato a un aumento dei comportamenti suicidari nei giovani, sebbene emergano anche risultati discordanti. Prove più limitate indicano un ruolo analogo per la genitorialità permissiva, dominante e flessibile. Ulteriori fattori di rischio includono l'incoerenza genitoriale, la negligenza, la crescita con una madre single e l'iperprotezione (Arafat et al., 2022).

Particolarmente rilevante è la natura non lineare del coinvolgimento genitoriale: livelli moderati di supporto esercitano un effetto protettivo, mentre una supervisione eccessiva può compromettere lo sviluppo dell'autonomia e dell'autoefficacia, con ricadute negative sul benessere psicologico. Anche la genitorialità permissiva, in particolare quella paterna, può contribuire allo sviluppo di ideazione suicidaria, verosimilmente attraverso un indebolimento del legame affettivo e della qualità dell'attaccamento (Agbaria et al., 2021)

Nel complesso, i risultati indicano che fattori come il calore affettivo, la coerenza educativa e un adeguato grado di autonomia concessa al figlio sono elementi centrali nella prevenzione del rischio suicidario adolescenziale (Alvarez-Subiela et al., 2022; Arafat et al., 2022)

4.5.2 *Relazione con i pari*

L'adolescenza è un periodo evolutivo caratterizzato da una spiccata sensibilità alle esperienze con i pari, che acquisiscono un peso relazionale e identitario progressivamente maggiore

rispetto a quello della famiglia. La ricerca ha documentato in modo sistematico che le esperienze negative nel gruppo dei pari, l'esclusione, il rifiuto o il bullismo aumentano significativamente il rischio di ideazione e condotte suicidarie (Baldini et al., 2025).

Tra questi, il bullismo risulta essere l'esperienza maggiormente collegata a pensieri suicidari, provocando nelle vittime umiliazione cronica, terrore, esclusione sociale, isolamento e sentimenti di disperazione. A questo si accompagna, nell'era digitale, il cyberbullismo, in cui la vittima è esposta a maggiori rischi dovuti alla diffusione di materiale sui social media. Il cyberbullismo è associato ad elevati livelli di ansia, depressione e comportamenti suicidari. Bullismo e cyberbullismo rappresentano fattori di stress relazionali e sociali, in quanto coinvolgono direttamente le interazioni tra pari e le esperienze di rifiuto (Baldini et al., 2025). La metanalisi condotta da Baldini e colleghi (2025) inoltre sottolinea come coloro che sono contemporaneamente vittime e autori di bullismo, siano la categoria maggiormente a rischio.

La revisione sistematica e sintesi narrativa di Bilello e colleghi (2024) sottolinea un duplice ruolo dei pari, come fonte di rischio attraverso la modellazione di comportamenti maladattivi e come fonte di protezione attraverso il supporto emotivo, rendendo la dimensione relazionale particolarmente complessa.

Infine, uno degli aspetti più clinicamente rilevanti riguarda il fenomeno del contagio suicidario, ovvero la trasmissione del comportamento suicidario all'interno delle reti di pari. Una revisione sistematica condotta su 59 studi sostiene come, non solo il contatto con amici intimi, ma anche venire a contatto con coetanei appartenenti al medesimo contesto sociale che hanno tentato o portato a termine il suicidio, aumenti significativamente il rischio di ideazione e comportamenti suicidari (Gavan et al., 2026; Insel & Gould, 2008)

Tuttavia, la letteratura suggerisce che l'esposizione al suicidio non produca effetti univoci. Miklin e colleghi (2019) mostrano infatti come tale esperienza possa aumentare la vulnerabilità suicidaria in alcuni individui, ma rappresentare per altri, l'effetto opposto. In particolare, il significato attribuito alla perdita sembra giocare un ruolo cruciale: alcuni soggetti arrivano a percepire il suicidio come una possibile soluzione per fronteggiare il dolore psicologico; altri, invece, osservando le profonde conseguenze emotive lasciate sui familiari e sui pari, sviluppano una maggiore avversione verso il gesto suicidario e una più forte determinazione a non metterlo in atto.

Questi risultati evidenziano come il contagio suicidario non dipenda esclusivamente dall'esposizione all'evento in sé, ma anche dai processi di identificazione, dal contesto relazionale e dal significato soggettivo attribuito all'esperienza (Miklin et al., 2019).

4.5.3 *Contesto scolastico*

La scuola, dopo la famiglia, rappresenta il contesto sociale e relazionale più influente e significativo nella vita dell'adolescente. Questo ambiente può assumere un ruolo significativo a diversi livelli: possono sostenere lo sviluppo dell'identità degli studenti (ontosistema), offrire contesti sicuri e inclusivi in cui apprendere e crescere (microsistema), promuovere collaborazioni tra scuola, famiglia e comunità a supporto dello sviluppo individuale (mesosistema), e, infine, inserirsi in comunità più ampie in grado di garantire sicurezza e risorse adeguate (macrosistema) (Marraccini et al., 2022).

In ambito psicopatologico può influire sia positivamente, creando un luogo in cui l'adolescente può sviluppare le capacità adatte a fronteggiare il futuro, fornendo relazioni di supporto con gli adulti e un ambiente emotivamente sicuro, sia negativamente, se fonte di esperienze di insicurezza, esclusione o scarsa connessione.

Secondo la letteratura un forte senso di appartenenza al contesto scolastico è associato ad un miglior recupero da sintomi psicopatologici; al contrario, esperienze negative come esperienze di bullismo e difficoltà accademiche possono aumentare ideazione e comportamenti suicidari (Marraccini et al., 2022).

In particolare, lo studio condotto da Arango e colleghi (2024) evidenzia come la connessione scolastica, a differenza di quella tra pari e di quella familiare, sia l'unico dominio specifico di connessione associato a un minor numero di tentativi di suicidio. Inoltre, gli autori ne sottolineano il ruolo di fattore protettivo, capace di ridurre l'uso di sostanze, promuovere l'attività fisica e migliorare le strategie di coping.

Al contrario, la mancanza di connessione e l'esclusione o discriminazione rischiano di deteriorare il senso di appartenenza, aumentando la percezione di insicurezza dell'ambiente scolastico e il rischio di ideazione suicidaria (Marraccini & Brier, 2017).

4.6 Fattori di rischio genetici

La suicidalità è un fenomeno complesso e multifattoriale in cui anche i fattori genetici svolgono un ruolo significativo, interagendo dinamicamente con le variabili individuali, psicologiche e

relazionali già descritte. La ricerca degli ultimi decenni ha compiuto progressi sostanziali nell'identificazione dei meccanismi sottostanti la vulnerabilità suicidaria, con approcci diversificati: studi su gemelli e famiglie, studi di adozione, studi di associazione genome-wide (GWAS) e ricerche sui meccanismi neurobiologici ed epigenetici.

Nonostante l'elevata eterogeneità riscontrata tra i pazienti adolescenti possa rendere complessa l'identificazione di un sistema genetico univoco, il modello scientifico oggi più accreditato è quello poligenico. Secondo tale prospettiva, la vulnerabilità non è determinata da un singolo gene, ma dall'interazione di una vasta rete di varianti genetiche, ognuna delle quali contribuisce in minima parte a influenzare la predisposizione complessiva al rischio (Mirkovic et al., 2016). In tal senso, gli studi sulle adozioni hanno fornito prove fondamentali, dimostrando un rischio di suicidio significativamente più elevato per gli individui biologicamente correlati a soggetti con storie di comportamento suicidario, indipendentemente dall'ambiente familiare adottivo (Mirkovic et al., 2016).

Un contributo innovativo in questo campo è offerto dallo studio di Gillespie e colleghi (2025), condotto su una vasta coorte di giovani gemelli. I risultati indicano che la componente genetica esercita un'influenza significativamente maggiore sui pensieri e sui comportamenti suicidari rispetto a quanto avvenga per il disturbo depressivo maggiore. Un dato di particolare rilievo, emerso proprio grazie all'analisi dei modelli gemellari, riguarda la forte coerenza interna alle condotte suicidarie: i legami genetici tra ideazione, pianificazione e tentativo risultano infatti eccezionalmente forti. Nello specifico, la sovrapposizione quasi totale riscontrata tra la pianificazione e il tentativo suggerisce che queste due fasi condividano la stessa vulnerabilità biologica.

Un contributo fondamentale alla comprensione delle basi biologiche del comportamento suicidario proviene dai GWAS. I GWAS hanno permesso di mappare questa vulnerabilità a livello molecolare. Questa metodica analizza il DNA di migliaia di individui per identificare varianti genetiche comuni associate a un tratto specifico (Bush & Moore, 2012)

In questo ambito, la vasta metanalisi pubblicata da Docherty et al. (2023) sull'*American Journal of Psychiatry* ha permesso di identificare 12 loci genici associati in modo significativo al tentativo di suicidio. Tra i geni specifici mappati in questi loci figurano DRD2 (recettore della dopamina D2, legato al controllo degli impulsi), SLC6A9 (modulatore dell'eccitabilità

neuronale), *FURIN* (associato a disturbi del neurosviluppo), *NLGN1* (fondamentale per la plasticità sinaptica), *SOX5*, *PDE4B* (essenziale per la risposta allo stress) e *CACNG2*.

I risultati di questa ricerca evidenziano come il rischio genetico per il suicidio sia strettamente intrecciato a fattori di salute specifici. In particolare, lo studio suggerisce che le varianti genetiche legate al tentativo di suicidio (come quelle nei geni *FES* e *TIAF1* identificate tramite analisi di randomizzazione mendeliana) si sovrappongono a tratti relativi alla gestione del dolore cronico, al fumo di sigaretta e ai disturbi del sonno, supportando l'idea che il comportamento suicidario possieda una propria firma biologica parzialmente indipendente dalle diagnosi psichiatriche tradizionali (Docherty et al., 2023).

CAPITOLO 5 – Basi neurologiche

5.1 Strutture cerebrali

La corteccia frontale e prefrontale occupa un ruolo centrale nel comportamento suicidario, in quanto regola processi fondamentali come la cognizione, la risposta allo stress e il controllo degli impulsi (Wisłowska-Stanek et al., 2021). Nei soggetti con una storia di tentativi di suicidio sono stati rilevati pattern alterati di attivazione delle aree prefrontali, associati a difficoltà nel processo decisionale, nella valutazione del rischio e nel giudizio sociale. Studi di neuroimaging funzionale hanno confermato il ruolo della disfunzione della corteccia prefrontale, sia ventrale che dorsale, nella fisiopatologia del suicidio, in particolare nella risposta a stimoli emotivi ed edonici (Schmaal et al., 2020; Wisłowska-Stanek et al., 2021). Mentre studi di risonanza magnetica strutturale hanno evidenziato una riduzione del volume della materia grigia e della densità neuronale nella corteccia prefrontale ventrale, accompagnata da volumi ippocampali inferiori rispetto ai controlli psichiatrici (Orsolini et al., 2020; Schmaal et al., 2020).

Una struttura implicata nel periodo adolescenziale è la corteccia cingolata anteriore, coinvolta nell'elaborazione degli stimoli emotivi e nel pensiero auto-riferito. Rispetto ai soggetti depressi che non hanno tentato il suicidio, chi ha effettuato un tentativo mostra una maggiore attivazione di questa regione in risposta a volti emotivamente espressivi, suggerendo un'elaborazione degli stimoli affettivi qualitativamente diversa (Lewis et al., 2020; Sudol & Mann, 2017).

A ciò si aggiunge una ridotta attivazione della corteccia orbitofrontale durante scelte rischiose, coerente con un processo decisionale alterato, e una connettività funzionale anomala del sistema frontolimbico a riposo, rilevata in pazienti con disturbo bipolare e ad alto rischio suicidario (Sudol & Mann, 2017).

5.2 Sistema serotoninergico

La serotonina o 5-idrossitriptamina (5-HT) è una monoammina sintetizzata dall'enzima triptofano idrossilasi che limita la velocità (TPH1 e TPH2) dall'amminoacido triptofano (Walther et al., 2003). È un neurotrasmettitore implicato in molteplici funzioni del sistema nervoso tra cui umore, sonno, sessualità, empatia, funzioni cognitive e appetito (Vargas-Medrano et al., 2020).

Il sistema serotoninergico è uno dei correlati biologici più studiati e associati al comportamento suicidario in adolescenza. Diversi studi post-mortem evidenziano una riduzione della densità di

trasportatori di serotonina (SERT) in regioni cerebrali implicate nella regolazione emotiva e nel controllo decisionale, come la corteccia prefrontale ventrolaterale e il mesencefalo (Oquendo et al., 2014; Wisłowska-Stanek et al., 2021). La neuroinfiammazione, attivando la via della chinurenina, causa l'esaurimento di serotonina e di melatonina. Di conseguenza, livelli ridotti di serotonina sono associati ad aggressività e impulsività e a vari disturbi psichiatrici come disturbi d'ansia e disturbi depressivi, ricorrenti nei giovani con comportamento suicidario (Sadkowski et al., 2013).

5.3 L'asse HPA e il cortisolo

L'asse HPA (asse ipotalamo-ipofisi-surrene) è il principale sistema neuroendocrino che regola e gestisce la risposta del corpo allo stress, compresa la modulazione di specifici livelli di neurotrasmettitori nel cervello (Berardelli et al., 2020). L'asse HPA costituisce una componente centrale del quadro suicidario adolescenziale, con studi post-mortem che documentano la sua attivazione cronica nelle vittime, compresa ipertrofia surrenalica e livelli elevati di CRH nelle regioni corticolimbiche (Vatrál et al., 2026).

A questo proposito, numerosi studi hanno dimostrato come l'iperattivazione dell'asse HPA possa rappresentare un significativo predittore del rischio suicidario, anche indipendentemente dalla presenza di altri disturbi psichiatrici (Berardelli et al., 2020; Ventriglio et al., 2015).

Le evidenze cliniche rimarcano risultati eterogenei nelle popolazioni giovanili. Alcuni studi hanno riscontrato livelli elevati di cortisolo associati ai tentativi di suicidio, mentre altri hanno evidenziato una risposta attenuata del cortisolo allo stress, suggerendo o un'iperattivazione acuta o un'attenuazione cronica in risposta a situazioni stressanti (Oquendo et al., 2014; Sporniak & Szewczuk-Bogusławska, 2025; Wisłowska-Stanek et al., 2021).

In particolare, livelli elevati di cortisolo sono stati osservati nei soggetti con storia di tentativi di suicidio, soprattutto in presenza di depressione e tentativi multipli (Genis-Mendoza et al., 2022). Al contrario, altre ricerche hanno rilevato una ridotta produzione di cortisolo antecedente i tentativi di suicidio, associata a minore sensibilità dei recettori dei glucocorticoidi e a un aumento dei marker infiammatori (Melhem et al., 2017).

Nel complesso, tali dati suggeriscono che sia l'iperattività sia l'ipocortisolismo possano rappresentare manifestazioni di una risposta allo stress disfunzionale. Negli adolescenti, queste alterazioni sembrano associate a difficoltà nella regolazione emotiva, aumentando la vulnerabilità al comportamento suicidario (Braquehais et al., 2012).

Infine, un ulteriore dato rilevante emerso dalla letteratura riguarda il legame tra esperienze traumatiche precoci, alterazioni dell'asse HPA e aumento del rischio di comportamento suicidario. Diversi studi sulla popolazione generale, hanno infatti evidenziato che i soggetti esposti a eventi traumatici o forme di maltrattamento durante l'infanzia presentano modificazioni nel funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, associate a una maggiore vulnerabilità suicidaria. Sebbene il ruolo del maltrattamento infantile nel rischio di suicidio sia ampiamente documentato, i meccanismi sottostanti a tale associazione non sono ancora del tutto chiari (Berardelli et al., 2020).

5.4 Plasticità neuronale

La neuroplasticità indica la capacità del cervello di modificare la propria struttura e le proprie connessioni sinaptiche in risposta all'esperienza, all'apprendimento e agli stress ambientali. È un processo fondamentale durante l'adolescenza, periodo in cui il cervello è particolarmente plastico e quindi sia più capace di adattarsi, sia più vulnerabile agli effetti negativi di fattori avversi (Steinberg, 2005). Al centro di questi meccanismi si trova il Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF), una proteina che supporta la sopravvivenza dei neuroni, ne promuove la crescita e regola la plasticità sinaptica (Vatrál et al., 2026).

Nei soggetti con comportamento suicidario questa capacità risulta compromessa a più livelli. Sul piano strutturale, studi post-mortem hanno documentato un assottigliamento della corteccia prefrontale dorsolaterale, una riduzione dei neuroni nell'ippocampo e un volume ridotto dell'ippocampo destro, alterazioni interpretate come il risultato di una neurogenesi ridotta o di una perdita neuronale accelerata (Navarro et al., 2023; Oquendo et al., 2014). Sul piano molecolare, il deficit di BDNF, riscontrato nel cervello e nel sangue periferico di individui con comportamenti suicidari, è considerato una conseguenza dell'iperattività dell'asse HPA e della sovrastimolazione glutammatergica indotta dall'infiammazione. Questi processi risultano neurotossici e si ritiene siano alla base dei deficit cognitivi nell'apprendimento e nella memoria spesso osservati in coloro che tentano il suicidio (Dobbertin et al., 2023; Vatrál et al., 2026)

CAPITOLO 6 – Strumenti di valutazione

6.1 Colloquio clinico

Il colloquio clinico costituisce la base imprescindibile di ogni valutazione del rischio suicidario in adolescenza. Al fine di ottenere una valutazione ottimale, l'andamento e la modalità di conduzione del colloquio offrono uno strumento determinante sull'esito della stessa. Utilizzare un ambiente sicuro, confortevole e protetto da distrazioni o dinamiche intimidatorie costituisce il prerequisito necessario affinché il soggetto possa sentirsi maggiormente al sicuro e predisposto a rivelare informazioni intime e dolorose. (Simon, 2002).

Sebbene l'interazione diretta con la persona rimanga il fulcro dell'indagine, il processo clinico può trarre un immenso beneficio dall'integrazione di elementi indiretti, come le informazioni condivise dal partner, dai familiari o dagli amici più stretti (Simon, 2004)

Nel contesto italiano, il riferimento istituzionale per la valutazione del rischio suicidario è costituito dalla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2008), elaborata con l'obiettivo di ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno dell'ospedale.

La Raccomandazione ministeriale sottolinea che l'anamnesi completa, condotta all'interno di un ambiente che favorisca davvero l'apertura del paziente, sia lo strumento principale per individuare i segnali di rischio da tenere sotto controllo. Tra gli elementi più rilevanti che il colloquio dovrebbe esplorare figurano la storia di precedenti gesti autolesivi o traumatici, le caratteristiche socio-culturali, le condizioni cliniche generali, esperienze di abuso e la rilevazione di segni particolari e specifici (Ministero della Salute, 2008).

6.2 Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

La Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) è un'intervista semi-strutturata in grado di valutare due domini principali, l'ideazione suicidaria e il comportamento suicidario (Posner et al., 2011). L'intervista indaga nello specifico quattro domini:

- la gravità dell'ideazione, valutata su scala ordinale a 5 punti (1=desiderare di essere morto; 5=intento suicida con piano)
- l'intensità dell'ideazione, che comprende 5 elementi valutati su scala ordinale a 5 punti: frequenza, durata, controllabilità, deterrenti e ragione dell'ideazione

- il comportamento suicidario, basato su una scala nominale che include tentativi effettivi, abortiti e interrotti, comportamento preparatorio e comportamento autolesivo non suicidario
- la letalità effettiva, valutata su una scala ordinale a 6 punti, che, se stimata a 0, viene considerata la letalità potenziale dei tentativi su una scala ordinale a 3 punti.

6.3 Beck Hopelessness Scale (BHS)

La Beck Hopelessness Scale (BHS) (Beck et al., 1974) è un questionario self-report composto da 20 item dicotomici (vero/falso), ideato per valutare il pessimismo, le aspettative negative verso il futuro e il calo motivazionale. All'interno del modello cognitivo, l'atteggiamento negativo rispetto al futuro rappresenta un costrutto teorico fondamentale per la comprensione e la valutazione del rischio suicidario (Beck et al., 1974).

6.4 Scale for Suicidal Ideation (SSI)

La Scale for Suicidal Ideation (SSI) (Beck et al., 1979) è un'intervista semi strutturata condotta dal clinico composta da 19 item per quantificare e valutare l'intenzione suicidaria. Essa valuta tre dimensioni dell'ideazione suicidaria: desiderio attivo di suicidio, piani specifici per il suicidio e desiderio passivo di morte. Lo strumento indaga l'intenzionalità e la pervasività dell'ideazione suicidaria (item 1-7), i deterrenti interni e il senso soggettivo di controllo sulle spinte suicidarie (item 8-10), le motivazioni sottostanti (item 11), e i dettagli e il livello di preparazione del piano (item 12-19). Ciascun item viene valutato su una scala a tre punti (da 0 a 2) dove 0 indica l'assenza del sintomo, 1 la presenza moderata e 2 la presenza grave (Beck et al., 1979).

6.5 Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST)

La Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST) (Orbach et al., 1991) è uno strumento composto da 30 item self-report che si distribuiscono su quattro sottoscale: attrazione verso la vita (AL), repulsione dalla vita (RL), attrazione verso la morte (AD) e repulsione dalla morte (RD). Questa scala è in grado di identificare sia la presenza di fattori di rischio (punteggi elevati in RL) sia la presenza di fattori protettivi (punteggi elevati in AL).

CAPITOLO 7 – Modelli teorici

La ricerca sul comportamento suicidario adolescenziale non dispone di un modello eziopatogenetico unificato, ma si è sviluppata attraverso una pluralità di prospettive teoriche, ciascuna focalizzata su differenti livelli di analisi. Le principali teorie sul suicidio hanno cercato di spiegare quali fattori di stress e i relativi fattori di rischio spieghino lo sviluppo di questa sintomatologia e come essi facilitino l'emergere di pensieri e comportamenti suicidari (Kirshenbaum et al., 2024)

Il sociologo Émile Durkheim (1897) fu il primo a teorizzare in modo scientifico e sistematico il fenomeno suicidario. Nella sua opera *Le suicide* (Durkheim, 1897), Durkheim si propone di dimostrare che il suicidio costituisce un fatto sociale governato da regolarità statistiche stabili nel tempo, spiegabili attraverso il grado di integrazione e regolazione che la società esercita sui propri membri. Il costrutto centrale del modello è quello di anomia: una condizione di deregolazione normativa che si manifesta nei momenti di rapido cambiamento sociale (economico, tecnologico, culturale), quando le norme collettive perdono la capacità di orientare le aspirazioni e i comportamenti individuali.

Roy Baumeister (1990) ha proposto un modello processuale in sei fasi, secondo cui il suicidio rappresenterebbe il tentativo estremo di sottrarsi ad una consapevolezza di inadeguatezza del sé, generata da una discrepanza tra aspettative e realtà. Il processo prevede una progressiva decostruzione cognitiva, in cui l'individuo restringe la propria visione futura al presente immediato, evita il pensiero astratto, e sperimenta uno stato di vuoto emotivo. Il risultato di questo processo è una ridotta razionalità e inibizione che rendono accettabili e invitanti misure drastiche come il suicidio (Baumeister, 1990).

Edwin Shneidman, considerato il padre della suicidologia moderna, ha introdotto il costrutto di *psychache* (Shneidman, 1993) per descrivere un dolore psicologico così intenso da risultare intollerabile per l'individuo. Secondo questo modello, il suicidio non sarebbe la conseguenza diretta di un disturbo psichiatrico, ma l'esito di una frustrazione e negazione continue dei bisogni psicologici fondamentali: appartenenza, controllo, evitamento della vergogna o dell'umiliazione, mantenimento di relazioni significative e accettazione. Quando tale frustrazione supera la soglia di tolleranza individuale, il suicidio viene percepito come l'unica via di risoluzione di un dolore altrimenti ingestibile. Shneidman aggiunge la concettualizzazione del suicidio come risultato di una negoziazione interiore. Il processo si

sviluppa attraverso una ripetuta valutazione e rifiuto dell'ideazione suicidaria, finché l'assenza e il fallimento di strategie risolutive non inducono a prendere in considerazione la possibilità di metterlo in atto. In tale condizione, il suicidio viene progressivamente razionalizzato, pianificato e selezionato come unica e inevitabile opzione di fuga dal dolore. Tra i modelli contemporanei più influenti, la *Interpersonal Theory of Suicide* (T. Joiner, 2005; Orden et al., 2010) ricopre un ruolo fondamentale. Questo modello identifica tre componenti necessarie, le prime due correlate all'ideazione suicidaria, e la terza correlata alla capacità:

- *Thwarted belongingness* (appartenenza ostacolata): la percezione di isolamento sociale e di assenza di relazioni significative reciproche;
- *Perceived burdensomeness* (onerosità percepita): la convinzione di costituire un peso per gli altri, spesso accompagnata dalla credenza che la propria morte produrrebbe un beneficio per le altre persone;
- *Acquired capability* (capacità acquisita): la riduzione della paura della morte e l'aumento della tolleranza al dolore fisico, sviluppati attraverso l'esposizione ripetuta a esperienze dolorose o pericolose (autolesionismo, esposizione alla violenza, tentativi pregressi).

Secondo Joiner, la concomitanza di appartenenza ostacolata e onerosità percepita genera l'ideazione suicidaria, ma è solo attraverso la presenza aggiuntiva della capacità acquisita che si render possibile e concreto il passaggio all'atto (Orden et al., 2010)

Il modello *Integrated Motivational-Volitional* (O'Connor & Kirtley, 2018) propone un'architettura a tre fasi sequenziali:

1. Fase pre-motivazionale, comprende i fattori biologici, genetici e cognitivi, le vulnerabilità contestuali e gli eventi di vita stressanti, che costituiscono i fattori di rischio su cui si innesta il processo suicidario e che influenzano le successive fasi.
2. Fase motivazionale, è la fase in cui si sviluppa l'ideazione e l'intento suicidario, attraverso un percorso che dalla sconfitta o umiliazione percepita, in assenza di vie di fuga, porta ad uno stato di intrappolamento. Questo sentimento di oppressione può essere sia interno, legato a sentimenti intimi dolorosi, sia esterno, riferito alla fuga da eventi o esperienze del mondo esterno. L'IMV specifica una serie di moderatori motivazionali che andranno a determinare se il senso di intrappolamento evolva o meno in ideazione suicidaria attiva.
3. Fase volitiva, è la fase che spiega il passaggio dall'ideazione al comportamento agito, attraverso variabili volitive specifiche quali l'accesso ai mezzi, la pianificazione,

l'esposizione al suicidio o al comportamento suicidario, la tolleranza al dolore fisico, il mancato timore per la morte e il precedente comportamento suicidario.

La teoria a tre fasi (3TS) di Klonsky e May (2015) si propone di distinguere, sia a livello di spiegazioni che di processi, lo sviluppo dell'ideazione suicidaria e il conseguente passaggio al comportamento. Essa propone tre fasi principali:

1. Sviluppo dell'ideazione suicidaria: emerge nel momento in cui il dolore fisico ed emotivo si combina con la disperazione e la perdita di visione futura.
2. Connessione: l'intensità dell'ideazione è modulata dal senso di connessione rivolto a persone, ma anche a ruoli, progetti di vita, interessi e scopi. Un elevato senso di connessione può impedire che il dolore si traduca in ideazione suicidaria intensa, fungendo da fattore di protezione; al contrario, se la connessione è assente o altamente ridotta, potrebbe accrescere il desiderio attivo.
3. Transizione dall'ideazione al tentativo: individua nella capacità di suicidio il fattore che determina se l'ideazione, una volta presente e intensa, si traduca in un tentativo. Questa teoria distingue tra capacità disposizionale (sensibilità al dolore o fobia del sangue su base genetica/temperamentale), acquisita (esposizione e abitudine ad esperienze dolorose) e pratica (concretezza come conoscenza dei metodi o accesso ai mezzi).

CAPITOLO 8 – Gli interventi terapeutici

La gestione clinica del rischio suicidario in adolescenza richiede un approccio integrato, che combini interventi psicoterapeutici mirati, supporto familiare e relazionale e, quando indicato, trattamenti farmacologici (Brent et al., 2013).

8.1 Psicoterapia e tecniche psicoterapeutiche

8.1.1 *Psicoterapia cognitivo-comportamentale*

La psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) è una delle terapie maggiormente utilizzate, che mostra una solida efficacia in adolescenza per i disturbi depressivi, la suicidalità e l'autolesionismo (Ougrin et al., 2015). Questo modello evidenzia come l'esposizione a eventi stressanti e avversi possa spingere l'adolescente a sviluppare distorsioni cognitive, come la tendenza a catastrofizzare, forti sensi di colpa e una visione negativa di sé e del proprio futuro. Quando il giovane non riesce a elaborare la situazione e a trovare strategie di risoluzione efficaci, subentra una sofferenza che può manifestarsi attraverso sintomi depressivi, rabbia e comportamenti disadattivi. A lungo termine, l'incapacità di intravedere una via d'uscita alimenta un profondo senso di disperazione, che può strutturarsi in veri e propri pensieri suicidari attivi. (Spirito et al., 2011).

L'approccio CBT si fonda innanzitutto su un'esplorazione collaborativa tra terapeuta e paziente, mirata a rilevare i pensieri automatici negativi e le credenze di fondo su cui si basa l'ideazione. In fase di concettualizzazione del caso, l'attenzione si concentra sul riconoscimento e sulla comprensione dei fattori scatenanti. Su questa base si avvia poi l'apprendimento di strumenti fondamentali per permettere all'adolescente di prevenire e gestire le future situazioni di crisi (Gonda et al., 2023).

Nello specifico, su questa base, è stato creato un protocollo specifico per la prevenzione del suicidio (CBT-SP). Il protocollo CBT-SP, sviluppato da Stanley e collaboratori (2009), è stato concepito specificamente come intervento di prevenzione delle ricadute in adolescenti che avevano già compiuto un tentativo di suicidio o soffrivano di depressione (B. Stanley et al., 2009). Il protocollo si basa sul modello diatesi-stress, intervenendo sul modo in cui l'adolescente reagisce agli eventi stressanti acuti che impattano sulla vulnerabilità biologica o traumatica di fondo. Attraverso un'analisi dettagliata della crisi, il terapeuta individua i deficit specifici del ragazzo per costruire una concettualizzazione del caso personalizzata e condivisa.

Il trattamento, che si sviluppa in circa sei mesi tra una fase acuta (12-16 sedute) e una di continuazione, integra tecniche della CBT classica (ristrutturazione cognitiva e problem-solving) e moduli della Dialectical Behavior Therapy (DBT) (tolleranza della sofferenza e mindfulness). Il protocollo include, inoltre, regolari sessioni e “check-in” familiari con l’obiettivo di risanare dinamiche relazionali disfunzionali, pressioni ambientali o contesti di abuso che alimentano il rischio suicidario (Stanley et al., 2009).

8.1.2 La Terapia Dialettico-Comportamentale per Adolescenti (DBT-A)

La DBT-A rappresenta uno dei trattamenti con il maggior supporto empirico per la riduzione dell'autolesionismo e dell'ideazione suicidaria nei giovani con disregolazione emotiva severa (Miller, 2017; Rathus & Miller, 2002). Il modello, originariamente sviluppato da Linehan (1993) per pazienti adulti con disturbo borderline di personalità, nasce dalla teoria biosociale, secondo cui il disturbo borderline di personalità e, più in generale la disregolazione emotiva grave, emerge dall'interazione tra una vulnerabilità biologica temperamentale all'intensità delle emozioni e un ambiente interpersonale invalidante, che non riconosce o minimizza sistematicamente gli stati emotivi del soggetto. La DBT-A si rivolge principalmente ad adolescenti con disregolazione emotiva pervasiva che si manifesta in comportamenti suicidari, autolesionismo non suicidario ripetuto, impulsività grave o tratti borderline di personalità emergenti (Rathus & Miller, 2002). Lo scopo primario del trattamento è quello di interrompere il ciclo disfunzionale in cui l'intensità emotiva insopportabile, attraverso l’acquisizione di strumenti terapeutici che permettano lo sviluppo di quattro competenze fondamentali: la consapevolezza, la tolleranza alla sofferenza, l’efficacia interpersonale e la regolazione delle emozioni (Kothgassner et al., s.d.; Miller AL, Linehan MM et al., 2017). Il modello si articola in quattro modalità di intervento integrate della durata di 16/24 settimane:

- Terapia individuale settimanale, in cui il terapeuta lavora con l'adolescente indagando i comportamenti a rischio per la vita, che interferiscono con la terapia, e che minano la qualità della vita, utilizzando il diario comportamentale e le analisi a catena degli episodi critici (Fleischhaker et al., 2011; Miller AL, Linehan MM et al., 2017)
- La seconda è il gruppo multifamiliare di addestramento alle abilità, in cui adolescenti e genitori partecipano congiuntamente per ridurre il pensiero dicotomico e migliorare la comunicazione genitore-figlio (Miller, 2015)

- La terza modalità è il coaching telefonico, che consente al paziente e ai caregiver di contattare il terapeuta per ricevere supporto nell'applicazione delle abilità in situazioni di crisi, con l'obiettivo di ridurre il ricorso a comportamenti autolesivi come strategia di coping (Miller et al., 2017)
- La quarta è la consultazione del team di trattamento, con la funzione di supervisione reciproca e prevenzione del burnout (Linehan, 1993).

8.1.3 La Terapia Familiare Basata sull'Attaccamento (ABFT)

La Attachment-Based Family Therapy (ABFT), sviluppata da Guy Diamond (2010), è un trattamento specificamente progettato per adolescenti con depressione e suicidalità che si fonda su un modello transazionale e sulla teoria dell'attaccamento, con l'obiettivo di migliorare e rafforzare la qualità dell'attaccamento tra l'adolescente e i suoi genitori. L'obiettivo centrale è ricostruire una relazione sicura che possa fungere da solido punto di riferimento per il ragazzo, offrendogli il supporto necessario per affrontare sia le normali tappe di crescita, sia i momenti di crisi acuta legati all'ideazione e al comportamento suicidario (G. Diamond et al., 2021; Ewing et al., 2015). Il presupposto teorico centrale è che la depressione e l'ideazione suicidaria in adolescenza possano essere correlate alla qualità dei legami interpersonali all'interno della famiglia. Dinamiche familiari come rotture relazionali tra genitore e figlio, esperienze di invalidazione, rifiuto o indisponibilità emotiva del caregiver, minano la fiducia dell'adolescente nella possibilità di ricevere supporto nei momenti di crisi, alimentando il rischio suicidario. L'obiettivo principale è pertanto gestire e riparare queste rotture di attaccamento ricostruendo una relazione genitore-figlio sufficientemente sicura da fungere da fattore protettivo).

Il protocollo si articola in sedute individuali con l'adolescente e sedute congiunte con i genitori, organizzate seguendo a cinque compiti terapeutici:

1. *Relational reframe*, reinterpretazione del problema presentato in chiave relazionale, tipicamente affrontato nelle prime sedute;
2. *Adolescent alliance*, finalizzata a costruire l'alleanza terapeutica con il giovane e ad aiutarlo ad articolare le rotture relazionali vissute con i genitori;
3. *Parent alliance*, in cui il terapeuta lavora separatamente con i caregiver per aumentare la loro disponibilità emotiva e la loro capacità di accogliere le emozioni del figlio;

4. *Repairing attachment*, in cui adolescente e genitori vengono invitati e guidati nell'affrontare conversazioni emotivamente intense finalizzate alla riparazione del legame;
5. *Promoting autonomy*, fase conclusiva orientata a sostenere lo sviluppo dell'indipendenza e della competenza personale del giovane (Diamond et al., 2014; Ewing et al., 2015)

8.1.4 La Terapia Basata sulla Mentalizzazione per Adolescenti (MBT-A)

La Mentalization-Based Treatment per Adolescenti (MBT-A) è un adattamento sviluppato nell'ambito della tradizione teorica di Fonagy e Bateman, che applica il costrutto di mentalizzazione (la capacità di comprendere il proprio comportamento e quello altrui in termini di stati mentali interni quali pensieri, emozioni e intenzioni) al trattamento di adolescenti con autolesionismo e tratti borderline emergenti (Rossouw & Fonagy, 2012). Questo modello si basa sul presupposto che i comportamenti autolesivi negli adolescenti nascano frequentemente in contesti di attivazione del sistema di attaccamento, nei quali la capacità di mentalizzare si disorganizza temporaneamente, rendendo il soggetto incapace di elaborare la sofferenza interpersonale e spingendolo verso comportamenti impulsivi come l'autolesionismo (Rossouw & Fonagy, 2012; Sharp & Rossouw, 2024). La mentalizzazione costituisce, quindi, il nucleo emotivo e sociale che permette all'individuo di costruire un'identità coerente e di vivere relazioni intime autentiche. Data la sua centralità nello sviluppo, diventa fondamentale sostenere e guidare questo processo durante tutta l'adolescenza (Sharp & Rossouw, 2024)

Il protocollo MBT-A combina sedute individuali settimanali con sessioni mensili di terapia familiare basata sulla mentalizzazione (MBT-F), per una durata complessiva di 12 mesi. Le sedute individuali seguono i principi dell'MBT classica: mentalizzazione esplicita degli episodi stressanti, lavoro sulla relazione terapeutica e riduzione della labilità emotiva attraverso la validazione. Le sessioni di MBT-F si propongono di migliorare la capacità dei genitori di mentalizzare le emozioni del figlio, riducendo i pattern di invalidazione che amplificano la disregolazione emotiva del giovane (Rossouw & Fonagy, 2012).

8.1.5 Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS)

La *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS) (Jobes, 2012) pone le sue fondamenta su un quadro terapeutico che enfatizza un processo unico di valutazione

collaborativa e pianificazione del trattamento tra il paziente e il medico. Al centro di questa cornice clinica e collaborativa si colloca l'uso del *Suicide Status Form* (SSF), un modulo versatile che accompagna ogni fase del percorso: dalla valutazione iniziale del rischio alla pianificazione dell'intervento, fino al monitoraggio e alla verifica degli esiti (Adrian et al., 2021; Jobes, 2012). Questo modulo viene compilato insieme da clinico e paziente, posti fianco a fianco, una disposizione fisica simbolicamente significativa che rompe la distanza tipica nella valutazione psichiatrica standard. La particolarità di questo protocollo è la possibilità dei diversi professionisti di applicare differenti approcci teorici, rendendolo più accessibile (Adrian et al., 2021; Jobes, 2012).

Il trattamento si articola in tre fasi. Nella fase iniziale, corrispondente alla prima sessione, viene completata la valutazione SSF, vengono identificati i *driver* (determinanti individuali della suicidalità) e viene costruito il piano di stabilizzazione. Nella fase intermedia ogni incontro si apre con la ricompilazione della versione interim del SSF per monitorare l'andamento dei costrutti centrali, mentre il lavoro clinico si concentra sul trattamento dei *driver* identificati, utilizzando le tecniche terapeutiche più appropriate al caso specifico. Nella fase conclusiva, la CAMS si ritiene clinicamente risolta quando il paziente mostra tre sessioni consecutive con bassi livelli di rischio complessivo, capacità di gestire autonomamente le ideazioni suicide e assenza di comportamenti suicidari (Adrian et al., 2021).

8.1.6 La Psicoterapia Interpersonale per Adolescenti (IPT-A)

La *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (IPT-A) è un adattamento del protocollo IPT per adulti, sviluppato specificamente per il trattamento della depressione adolescenziale, con un'attenzione crescente alla sua applicazione nei casi con ideazione suicidaria comorbida (Mufson et al., 2004). Il presupposto teorico è che vi sia una correlazione tra umore depresso e difficoltà nelle relazioni interpersonali: i conflitti relazionali possono deteriorarsi e mantenere la depressione, e la depressione a sua volta danneggia la qualità delle relazioni, generando un circolo vizioso che alimenta il rischio (Jacobson & Mufson, 2012). L'IPT-A si propone di interrompere questo ciclo aumentando la consapevolezza e la comprensione emotiva tramite lo sviluppo di abilità comunicative e problem solving alternando momenti di supporto clinico a tecniche didattiche e psicoeducative (Jacobson & Mufson, 2012). Il trattamento è strutturato in tre fasi per un totale di 12 sedute individuali settimanali con 1-3 sedute accessorie con i genitori (Brunstein-Klomek et al., 2007; Mufson, L et al., 2004):

- Nella fase iniziale il terapeuta si focalizza sulla diagnosi depressiva del paziente, identifica l'area di intervento e fornisce psicoeducazione sulla depressione, in più, valuta gli aspetti relazionali interpersonali attraverso un “*interpersonal inventory*”
- Nella fase intermedia vengono affrontati i problemi interpersonali identificati attraverso strategie specifiche quali l'analisi della comunicazione, tecniche esplorative, tecniche di cambiamento comportamentale e il role playing.
- Nella fase conclusiva il clinico individua e monitora i sintomi prodromici di eventuali futuri episodi depressivi consolidando le abilità acquisite e generalizzandole ai contesti futuri (Brunstein-Klomek et al., 2007)

Un adattamento specifico per i casi di autolesionismo non suicidario, l'IPT-ASI, è stato successivamente descritto da Jacobson e Mufson (2012), che hanno integrato nel protocollo strategie per aumentare la consapevolezza emotiva e ridurre il ricorso all'autolesionismo come strategia di regolazione interpersonale.

8.2 Trattamento farmacologico

Nel trattamento farmacologico del rischio suicidario in adolescenza è fondamentale chiarire che non esistono farmaci specificamente sviluppati e approvati per la suicidalità in quanto tale. L'approccio farmacologico al rischio suicidario in adolescenza agisce su tre livelli distinti: il trattamento delle condizioni psicopatologiche sottostanti più frequentemente associate alla suicidalità (depressione maggiore e il disturbo bipolare), la riduzione di sintomi che amplificano il rischio, quali l'impulsività, l'agitazione e l'insonnia, e la prevenzione della recidiva di comportamenti suicidari in popolazioni ad alto rischio (Amerio et al., 2026).

8.2.1 Antidepressivi

Il trattamento farmacologico della depressione maggiore in adolescenza, condizione fortemente associata al rischio suicidario, si basa principalmente sugli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). Sebbene sul disturbo depressivo maggiore abbiano noti effetti, sul rischio suicidario i risultati non sono accertati, creando talvolta, un aumento del rischio in soggetti con agitazione, rabbia e disforia, irritabilità, insonnia e disinibizione comportamentale (Gonda et al., 2023; Tondo & Baldessarini, 2016).

La metanalisi di Bridge e colleghi (2007) su 27 trial randomizzati controllati in età pediatrica ha concluso che i benefici degli antidepressivi superano i rischi legati alla suicidalità emergente

per tutte le indicazioni studiate. Il rapporto beneficio-rischio, però, varia in funzione della diagnosi, dell'età e delle condizioni dello studio, risultando più favorevole per i disturbi d'ansia e il disturbo ossessivo-compulsivo rispetto al disturbo depressivo maggiore (Bridge et al., 2007).

8.2.2 Litio

Il litio è il farmaco con le evidenze più consolidate per la prevenzione del suicidio in pazienti con disturbi dell'umore (Cipriani et al., 2013; Sesso et al., 2024). Esso riduce significativamente sia il rischio di comportamento suicidario sia quello autolesivo in pazienti con depressione unipolare e disturbo bipolare, con un effetto che sembra in parte riconducibile alla riduzione delle ricadute. I meccanismi ipotizzati per questo effetto anti-suicidario specifico includono la riduzione dell'aggressività e dell'impulsività, entrambe dimensioni rilevanti nella sintomatologia del comportamento suicidario (Cipriani et al., 2013). Nello specifico, per la fascia d'età adolescenziale, le prove disponibili supportano il litio come trattamento potenzialmente efficace per ridurre l'ideazione e i comportamenti suicidari nei giovani con disturbo bipolare, con risultati tuttavia non univoci tra gli studi inclusi (Sesso et al., 2024). Sebbene i benefici siano clinicamente rilevanti, essi dipendono da alcune considerazioni importanti. L'efficacia stabilita del litio nella stabilizzazione dell'umore si traduce in potenziali benefici nella riduzione della suicidalità, ma la sua capacità di prevenire il suicidio in modo specifico nelle popolazioni più giovani rimane meno certa rispetto a quanto documentato negli adulti (Sesso et al., 2024). Un elemento clinicamente critico è rappresentato dal ristretto indice terapeutico del litio: il disaggio tra efficace e tossico è ristretto, e gli adolescenti possono essere più sensibili alle fluttuazioni dei livelli ematici rispetto agli adulti, rendendo necessari controlli regolari che nella pratica quotidiana possono risultare gravosi (Sesso et al., 2024).

8.2.3 Ketamina ed esketamina

Un filone di ricerca più recente riguarda l'impiego della ketamina e del suo enantiomero esketamina come agenti ad azione rapida per la riduzione dell'ideazione suicidaria acuta, grazie al loro meccanismo d'azione come antagonisti del recettore NMDA del glutammato (Pardossi et al., 2024). A differenza degli antidepressivi convenzionali questi composti mostrano un effetto anti-suicidario tempestivo, potenzialmente utile nei contesti di crisi acuta in cui il fattore tempo risulta determinante. Diversi studi su adolescenti con disturbo depressivo maggiore

(MDD) e depressione resistente al trattamento (TRD) hanno mostrato miglioramenti rapidi e significativi sia sui sintomi depressivi che sull'ideazione suicidaria (Cullen et al., 2018; Dwyer et al., 2022; Zhou et al., 2024). La ketamina per via endovenosa si è rivelata efficace nei ragazzi non rispondenti ai farmaci tradizionali, inducendo miglioramenti clinici, tra cui sintomi anedonici, già entro 24 ore dalla somministrazione (Dwyer et al., 2022).

Allo stesso tempo, l'esketamina offre un'azione altrettanto rapida contro il rischio suicidario e la TRD il suo impiego come trattamento aggiuntivo risulta particolarmente promettente in ambito clinico grazie a una via di somministrazione non endovenosa (spray nasale), considerata più pratica e accettabile per la fase adolescenziale (DelBello et al., 2023)

8.2.4 Clozapina

La clozapina è l'unico farmaco ad aver ottenuto approvazione regolatoria specifica per la riduzione del rischio suicidario, un'indicazione concessa dalla FDA nel 2003 sulla base dei risultati dell'International Suicide Prevention Trial (Meltzer et al., 2003). Questo studio, condotto su 980 pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo ad alto rischio suicidario, ha confrontato clozapina e olanzapina in un follow-up di due anni, documentando che i pazienti trattati con clozapina mostravano una riduzione significativamente maggiore dei comportamenti suicidari (Meltzer et al., 2003)

Per quanto riguarda la popolazione adolescenziale, il suo utilizzo off-label ha mostrato benefici in adolescenti con schizofrenia, disturbo bipolare o disturbi dello spettro autistico, con riduzione dell'ideazione suicidaria e assenza di ulteriori tentativi (Lee & Tiefenthaler, 2024; Rachamalla et al., 2019). Il suo utilizzo in età evolutiva rimane limitato dal profilo di sicurezza, presenta effetti metabolici significativi e un carico di effetti avversi che ne rende l'impiego non sempre sicuro (Lee et al., 2023).

CAPITOLO 9 – Prevenzione

Per prevenzione si intende l'insieme delle attività volte a neutralizzare o mitigare il rischio di eventi indesiderati. Tali misure puntano in primo luogo a eliminare la fonte di pericolo, e, dove non sia realizzabile, si focalizzano sulla riduzione del rischio stesso, al fine di limitare la possibilità di danni (Chiesa et al., 2013).

9.1 Modello a tre livelli

La letteratura internazionale organizza la prevenzione del suicidio secondo il modello a tre livelli mutuato dalla sanità pubblica:

- Prevenzione primaria, comprende tutti gli interventi rivolti alla popolazione generale finalizzati a ridurre l'incidenza dell'ideazione e dei comportamenti suicidari prima che si manifestino. Rientrano in questo livello: l'individuazione e la riduzione dell'accesso ai mezzi letali (farmaci, armi da fuoco, veleni, luoghi ad alto rischio), la formazione dei medici di medicina generale al riconoscimento precoce della depressione e del comportamento suicidario, la promozione delle competenze socio-emotive nei giovani, l'aumento di consapevolezza rispetto a queste tematiche e la comunicazione responsabile dei media sul tema del suicidio, per limitare il rischio di emulazione (Chiesa et al., 2013; Mann et al., 2005)
- Secondaria, intervenire su soggetti già identificati come a rischio, in fase iniziale o asintomatica, tramite programmi di screening e diagnosi precoce finalizzati a un intervento terapeutico tempestivo, in grado di interrompere l'evoluzione verso l'esito peggiore. I fattori di rischio possono essere valutati sia sulla base di fattori di predisposizione, come caratteristiche personali, diagnosi psichiatriche, età o sesso, sia sui fattori di potenziamento, come fattori ambientali, accesso ai mezzi o malattie fisiche. In ambito adolescenziale rientrano qui gli strumenti di assessment e i protocolli di individuazione precoce nei servizi di neuropsichiatria infantile (Ronzitti et al., 2013). L'intervento medico volto a ridurre il rischio di suicidio si articola su tre fronti principali: la modifica del contesto ambientale, il controllo degli agenti stressanti e la costruzione di una solida rete di supporto che passi attraverso la validazione del dolore del paziente e la proposta di reali alternative. La gestione clinica impone innanzitutto di stimare tempestivamente la gravità del rischio, classificandolo in imminente (entro 48 ore), a breve termine (giorni o settimane) o a lungo termine. I criteri che definiscono

l'intervento improrogabile includono l'esplicita volontà di morire, l'elaborazione di un piano concreto e la disponibilità del mezzo per attuarlo, a cui si accompagnano spesso manifestazioni psicotiche, come allucinazioni uditive imperative, sentimenti di totale disperazione e una visione radicalmente pessimistica del futuro. In presenza di questo quadro, il ricovero in ambiente protetto diventa spesso una scelta obbligata (Ronzitti et al., 2013)

- Terziaria, rivolta ai soggetti che hanno già messo in atto un tentativo di suicidio, con l'obiettivo di impedire e ridurre le recidive attraverso la presa in carico multidisciplinare (psicologica, psichiatrica, sociale), la costruzione di reti di supporto personalizzate e il coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico. La prevenzione terziaria comprende inoltre la *postvention*, ossia gli interventi rivolti ai sopravvissuti, familiari, amici, compagni di scuola, operatori coinvolti, con il duplice obiettivo di mitigare l'impatto traumatico della perdita e di prevenire il cosiddetto contagio, particolarmente rilevante nei contesti scolastici (Ronzitti et al., 2013)

9.2 Il programma Live Life

L'iniziativa *Live Life*, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nasce per supportare i diversi Paesi nella prevenzione del suicidio, offrendo linee guida strutturate per definire e implementare strategie nazionali organiche e complete (World Health Organization, 2021). I quattro interventi principali individuati da LIVE LIFE sono: la restrizione dell'accesso ai mezzi di suicidio, il potenziamento di un giornalismo responsabile nella copertura mediatica del suicidio, la promozione delle competenze di vita tra i giovani, e l'identificazione precoce, la valutazione, la gestione e il monitoraggio del rischio suicidario in ambito sanitario e non solo. Oltre agli interventi, LIVE LIFE individua sei pilastri principali che ne condizionano l'efficacia: analisi del contesto, collaborazione multisettoriale, sensibilizzazione, sviluppo di capacità, finanziamento, sorveglianza/monitoraggio e valutazione. L'OMS sottolinea che la prevenzione del suicidio richiede coordinamento e collaborazione tra settori diversi: sanità, istruzione, lavoro, agricoltura, impresa, giustizia, difesa, politica e media. (World Health Organization, 2021).

9.3 Prevenzione nelle scuole

Il progetto EUROGENAS ha come obiettivo generale contribuire alla prevenzione della suicidalità, intesa come ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e suicidio portato a termine, in Europa, attraverso lo sviluppo e l'implementazione di strategie di prevenzione a livello regionale, concepite come esempi di buona pratica replicabili a livello comunitario (Dumon & Portzky, 2014). Questo progetto sostiene che, affinché la prevenzione al suicidio sia efficace, è importante che venga inserita all'interno del contesto scolastico coinvolgendo studenti, insegnanti, personale scolastico e ambiente scolastico nel suo insieme. Sono state individuate quattro strategie principali:

- Sviluppare una politica di promozione della salute a scuola, investendo sulla salute mentale, favorendo la sicurezza scolastica e contrastando il bullismo, offrendo sostegno agli insegnanti e coinvolgendo i familiari o servizi di salute mentale
- Sviluppare programmi di prevenzione nelle scuole, come formazioni psico-educative, programmi per lo sviluppo delle competenze, formazione per insegnanti e personale scolastico e programmi di screening
- Presentare particolare attenzione a studenti o personale scolastico più vulnerabili,
- Limitare l'accesso ai mezzi (Dumon & Portzky, 2014)

Il SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) è uno studio multicentrico randomizzato controllato a cluster, in collaborazione con il centro OMS per la prevenzione del suicidio (Wasserman et al., 2012). Lo studio ha coinvolto 11.110 studenti reclutati in 168 scuole di dieci paesi dell'Unione Europea, tra cui l'Italia, rendendolo il primo trial randomizzato controllato europeo e multi-paese sulla prevenzione dei comportamenti suicidari specificamente in età adolescenziale. Le scuole sono state assegnate in modo randomizzato a uno di tre diversi programmi di intervento, confrontati tra loro e con un gruppo di controllo: il QPR (*Question, Persuade, and Refer*), un modulo di formazione gatekeeper rivolto a insegnanti e personale scolastico, pensato per rafforzare la capacità degli adulti di riferimento di individuare i segnali di rischio; un programma di sensibilizzazione rivolto direttamente agli studenti, di breve durata (5 ore distribuite su 4 settimane), orientato ad aumentare la consapevolezza su depressione, ansia e comportamenti suicidari e a rafforzare le competenze di coping; e il ProfScreen, un intervento di screening condotto da professionisti sanitari, con successivo invio ai servizi per gli studenti individuati come a rischio.

Questo studio permette un confronto diretto tra un intervento rivolto agli adulti, uno universale rivolto all'intera popolazione studentesca e uno selettivo basato su screening individuale, offrendo così grande affidabilità per la tripartizione primaria/secondaria dei livelli di prevenzione applicata al contesto scolastico europeo (Carli et al., 2013; Wasserman et al., 2012).

9.4 PostVention

Il termine *postvention*, coniato da Edwin Shneidman (1973), identifica nella suicidologia tre pilastri temporali fondamentali: *prevention*, *intervention* e *postvention* (Shneidman, 1973). Con questo termine si indica l'insieme degli interventi rivolti a coloro che sono rimasti coinvolti direttamente o indirettamente in un suicidio già avvenuto, i cosiddetti *survivors*. L'obiettivo principale è quello di sostenerli nell'elaborazione del lutto e prevenire ulteriori conseguenze negative. Shneidman stesso sosteneva che una società sviluppata dovrebbe fornire di routine un'assistenza psicologica post-evento ai *survivors* per suicidio, definendo la *postvention* una prevenzione per il futuro e per le nuove generazioni (Maple et al., 2019; Shneidman, 1973). Nella tripartizione a tre livelli discussa nei paragrafi precedenti, la *postvention* rientra nella prevenzione terziaria, pur avendo assunto negli ultimi decenni una autonomia concettuale e operativa da essere trattata in letteratura come una disciplina a sé stante.

Questo pilastro diviene fondamentale su diversi piani. Sul piano clinico-assistenziale, la *postvention* risponde al bisogno di supporto di persone esposte al lutto da suicidio, che presenta caratteristiche di sofferenza, rabbia e senso di colpa più impattanti rispetto ad altri tipi di lutto, con un rischio aumentato di disturbi mentali come depressione, stress post-traumatico, comportamenti suicidari e disturbi dell'umore (Cerel et al., 2013). Sul piano preventivo, l'esposizione a un suicidio costituisce essa stessa un fattore di rischio per chi “sopravvive”, specialmente in contesti di forte identificazione come quello scolastico, tanto da rendere la *postvention* una forma indiretta di prevenzione futura (Andriessen, 2009).

9.4.1 Survivor

Il termine *survivor* indica l'esperienza di continuare a vivere in condizioni avverse a seguito della morte per suicidio di una persona cara (Andriessen, 2009). Jordan e McIntosh (2011) definiscono il *suicide survivor* come "*qualcuno che sperimenta un alto livello di sofferenza psicologica, fisica e/o sociale percepita per un periodo di tempo considerevole dopo*

l'esposizione al suicidio di un'altra persona", includendo chiunque abbia una relazione con il defunto (non solo i parenti, ma anche amici, clinici, ecc.).

Gli autori propongono un modello teorico concentrico a continuum della *suicide survivorship*, in cui ogni categoria successiva è un sottoinsieme della precedente (FIG. 5).

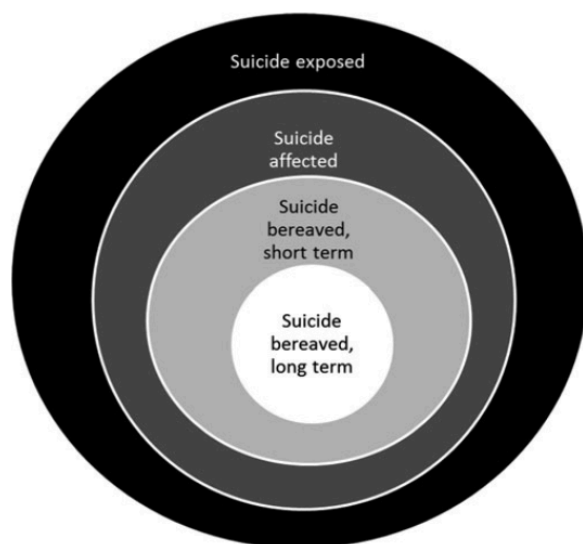


Fig 5. Modello del survivorship (Cerel et al., 2014)

Per capire come un suicidio influenzi chi resta, gli esperti propongono di non generalizzare, ma di guardare all'impatto psicologico come a quattro cerchi concentrici, dal coinvolgimento più superficiale al trauma più profondo. Nel cerchio più esterno ci sono tutte le persone esposte (*suicide expose*): conoscenti, vicini di casa, colleghi di altri reparti o studenti della stessa scuola. Pur colpiti dalla notizia, la loro reazione emotiva è passeggera e non richiede terapie, bensì una corretta informazione e prevenzione a livello sociale. Subito dopo troviamo le persone colpite (*suicide affected*), in cui subentra una sofferenza psicologica reale, anche senza un legame affettivo. Ne fanno parte i soccorritori, chi scopre il corpo o chi ha già fragilità personali che si riacutizzano a causa dello shock e possono manifestare ansia o stress post-traumatico che richiedono bisogno di un primo supporto. Più al centro c'è chi vive un lutto a breve termine (*suicide bereaved, short term*), ovvero gli affetti più stretti: familiari, partner e amici intimi. Per loro la perdita mina la stabilità emotiva, per cui nei primi mesi la vulnerabilità è massima, ed è fondamentale un aiuto psicologico immediato per gestire la crisi iniziale. Infine, il nucleo è rappresentato dal lutto a lungo termine (*suicide bereaved, long term*), riguardante la rete sociale di familiari e amici intimi per cui il dolore, a distanza di mesi o anni, non si attenua ma si cronicizza. Bloccati da sensi di colpa, depressione e ansia costante, faticano a dare un senso all'accaduto e hanno bisogno di una psicoterapia specialistica e prolungata (Cerel et al., 2014).

9.4.2 Protocollo operativo

Il contesto scolastico presenta caratteristiche che rendono la postvention particolarmente delicata, per cui il suicidio di un compagno di classe può innescare reazioni diffuse in un ambiente fortemente comunitario, coinvolgendo simultaneamente un numero elevato di persone (Dumon & Portzky, 2014). Per questo motivo, il progetto europeo EUREGENAS (Dumon & Portzky, 2014) ha dedicato una sezione specifica del proprio toolkit scolastico al postvention, individuando principi guida quali la necessità di un piano di crisi predisposto in anticipo (Fig.6).

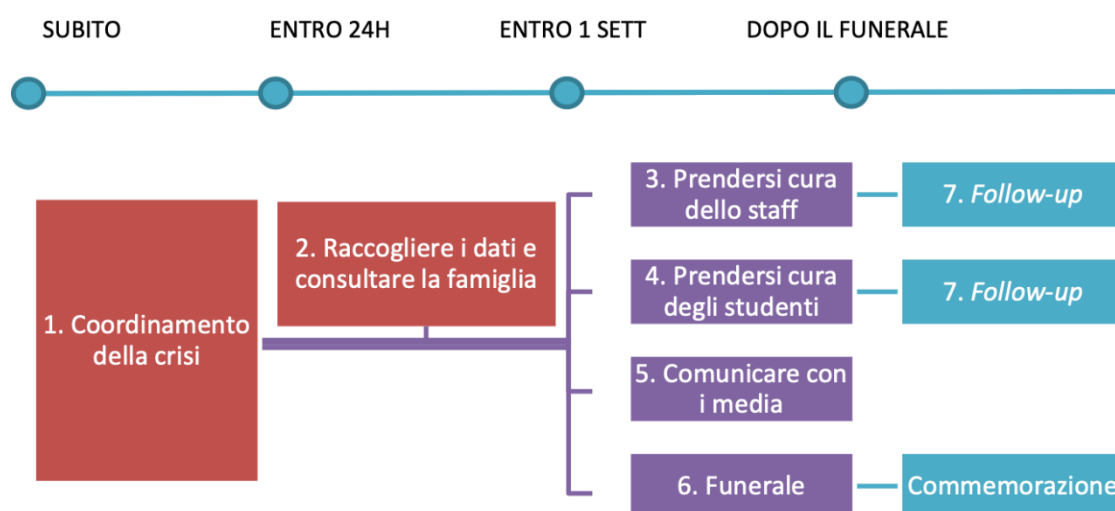


Fig 6. Prevenzione del suicidio Intervento e post-intervento. Uno strumento per le scuole (Dumon & Portzky, 2014)

1. Coordinamento della crisi. Il dirigente scolastico attiva la squadra di crisi (dirigente, insegnanti, consulenti, personale amministrativo), valutando il supporto di esperti esterni, come professionisti o enti specializzati che garantiscano e gestiscano la gestione della crisi.
2. Raccolta delle informazioni e consultazione della famiglia La scuola verifica la causa ufficiale del decesso con la famiglia e le autorità competenti prima di comunicare qualunque informazione, cercando di tenere sotto controllo le voci che potrebbero dilagare tra le persone. Qualora la famiglia preferisse non rendere pubblica la natura suicidaria, va comunque individuato un referente di fiducia che la possa incentivare a parlare con gli studenti per gestire la crisi e le conseguenze.
3. Prendersi cura del personale scolastico. Va convocato al più presto un incontro con tutto il personale per comunicare i fatti accertati e i canali di supporto disponibili interni o esterni che siano.

4. Prendersi cura degli studenti. Gli insegnanti aprono un dibattito in classe, offrendo spazio all'espressione emotiva e individuando eventuali studenti a rischio (in primis gli amici più stretti della vittima, ma anche i compagni con cui questa aveva avuto conflitti irrisolti), con l'obiettivo di permettere l'elaborazione del lutto ed evitare il cosiddetto "contagio". Allo stesso modo, in questa fase tutti i genitori vengono informati per iscritto dei rischi e delle modalità di supporto.
5. Comunicazione con i media. Si designa un portavoce autorizzato, istruito a seguire le linee guida internazionali sulla prevenzione al suicidio, cercando di evitare dettagli sul metodo ed enfasi drammatica, con riferimenti sempre presenti ai servizi di supporto.
6. Funerale e commemorazione. La scuola facilita la partecipazione ai funerali secondo la volontà della famiglia, mantenendo un equilibrio tra il rispetto del lutto collettivo e la necessità di non glorificare il gesto, trattando ogni decesso con modalità commemorative coerenti indipendentemente dalla causa. Un ruolo rilevante viene svolto dai social network, attraverso cui la scuola può condividere chat sicure e basate sulla prevenzione, per garantire sostegno e individuare potenziali soggetti a rischio. A questo si aggiunge la definizione di norme e linee guida per la condivisione in rete di quanto accaduto.
7. Follow-up e valutazione. La squadra di crisi mantiene il monitoraggio nel medio-lungo periodo, valuta l'efficacia della risposta e aggiorna il piano di crisi per il futuro.

PARTE 2

1. Obiettivi

Esplorare le caratteristiche cliniche e psicologiche associate alla suicidalità in un campione di adolescenti ricoverati in un setting neuropsichiatrico, con particolare attenzione al ruolo della hopelessness e ai fattori protettivi legati alle reasons for living.

Il primo obiettivo si prefigge di descrivere la frequenza e le caratteristiche della suicidalità nel campione clinico attraverso la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). In particolare, verranno descritte la presenza e gravità dell'ideazione suicidaria, la presenza di comportamenti suicidari lifetime e negli ultimi 3 mesi, e le caratteristiche cliniche della suicidalità nel periodo precedente il ricovero.

Come secondo obiettivo, verrà valutata l'associazione tra la gravità della suicidalità, l'hopelessness e i motivi per vivere. L'obiettivo è esplorare se una maggiore gravità dell'ideazione suicidaria e la presenza di comportamento suicidario recente siano associate rispettivamente a maggiori livelli di disperazione (hopelessness) e minori fattori protettivi individuali (reasons for living).

Infine, si procederà a confrontare i livelli di hopelessness e reasons for living tra adolescenti con e senza comportamento suicidario recente. L'obiettivo è verificare se la presenza di comportamento suicidario negli ultimi 3 mesi identifichi un profilo psicologico caratterizzato da maggiore hopelessness e minori reasons for living.

2. Materiali e metodi

2.1 Strumenti di valutazione del suicidio

2.1.1 Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

La C-SSRS è probabilmente lo strumento di riferimento internazionale per la valutazione strutturata del rischio suicidario, distinguendo in modo sistematico ideazione e comportamento (Posner et al., 2011).

La C-SSRS è un'intervista semi-strutturata che valuta quattro costrutti: l'ideazione, intensità dell'ideazione, comportamento e letalità.

La sottoscala dell'ideazione suicidaria valuta come periodo di riferimento sia l'intera vita sia l'ultimo mese su scala si/no ed è composta da:

1. Desiderio di essere morto/a (*Hai fatto dei pensieri sull'essere morto/a o su come sarebbe essere morto/a? Hai desiderato di essere morto/a o di poterti addormentare e non svegliarti più?*);
2. Pensieri suicidari attivi non specifici (*Hai pensato di fare qualcosa per non essere più vivo/a? Hai mai pensato di ucciderti?*);
3. Ideazione suicidaria attiva con qualsiasi metodo (nessun piano) senza l'intenzione di agire (*Hai pensato a come lo faresti o a come metteresti fine alla tua vita (ucciderti)? A che cosa hai pensato?*);
4. Ideazione suicidaria attiva con qualche intenzione di agire, senza un piano specifico (*Quando hai pensato a come faresti a mettere fine alla tua vita (o a ucciderti), hai pensato che fosse qualcosa che avresti potuto fare veramente?*);
5. Ideazione suicidaria attiva con un piano specifico e con intenzione (*Hai mai deciso come o quando faresti in modo da non essere più vivo/a/ti uccideresti? Hai mai pianificato (pensato nei dettagli a) come farlo? Qual era il tuo piano?*)

La sottoscala di intensità dell'ideazione è costituita da 5 item:

- Frequenza (*Quante volte ha avuto questi pensieri?*), su scala nominale a 5 punti (1=Meno di una volta a settimana; 5=Molte volte al giorno)
- Durata (*Quando ha questi pensieri quanto durano?*); su scala a 5 punti (1=Passeggeri/ pochi secondi o pochi minuti; 5=Più di 8 ore/ persistenti o continui)
- Controllabilità (*Se avesse voluto / vuole, sarebbe riuscito / riesce a smettere di pensare ad uccidersi o a voler morire?*), su scala a 5 punti (1=Riesce a controllare i pensieri; 5=Non riesce a controllare i pensieri)
- Deterrenti (*Ci sono delle cose-qualcuno o qualcosa che le hanno impedito di voler morire o di mettere in atto pensieri suicidari?*), su scala a 5 punti (1=I deterrenti le hanno certamente impedito di tentare il suicidio; 5=I deterrenti non gliel'hanno certamente impedito)
- Motivi dell'ideazione (*Che tipo di motivi aveva per pensare di voler morire o uccidersi?*) su scala a 5 punti (1=Esclusivamente per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare reazione da parte degli altri; 5=Esclusivamente per mettere fine al dolore)

La sottoscala del comportamento suicidario valuta quattro costrutti in riferimento al corso intero della vita e nello specifico negli ultimi 3 mesi:

- Tentativi concreti o autolesionismo non suicidario (*“Ha tentato il suicidio? Ha fatto nulla per farsi del male? Ha fatto qualcosa di pericoloso che avrebbe potuto causare la sua morte?”*)
- Tentativi interrotti (*“Le è mai capitato di iniziare a fare qualcosa per mettere fine alla sua vita, ma qualcuno glielo ha impedito prima che lei potesse farlo veramente?”*)
- Tentativi falliti (*“Le è mai capitato di iniziare a fare qualcosa per mettere fine alla sua vita e di essersi fermato/a prima di averlo fatto veramente?”*)
- Comportamenti o atti preparatori (*Ha fatto qualche cosa per mettere in atto un tentativo di suicidio o per prepararsi a uccidersi?*)

Infine, l'ultima sottoscala valuta l'effettiva letalità da 0 (danni fisici lievi) a 5 (morte) e la letalità potenziale da 0 (comportamento che difficilmente causerà lesioni) a 2 (comportamento che può comportare la morte)

2.1.2 Beck Hopelessness Scale (BHS)

La BHS misura l'*hopelessness*, ossia la mancanza di speranza e ottimismo, intesa come sistema di aspettative negative riguardo a sé e al proprio futuro, costruito identificato in letteratura come uno dei predittori più robusti di ideazione e comportamento suicidario (Beck et al., 1974). È uno strumento self report formato da 20 affermazioni con formato di risposta vero/falso; per la chiave di risposta di *hopelessness* nove item sono falso e undici vero; il punteggio totale varia da 0 a 20, con soglie che distinguono *hopelessness* assente/minima (0-3), lieve (4-8), moderata (9-14) e severa (15-20). Sul piano fattoriale la scala viene tradizionalmente descritta come articolata su tre componenti: affettiva, motivazionale e cognitiva. Le affermazioni riguardano alle aspettative sul futuro (es. prospettive lavorative, relazionali, di realizzazione personale), formulate sia in senso di rassegnazione sia di residua fiducia, per controbilanciare l'acquiescenza di risposta (es. *Vedo il futuro con speranza ed entusiasmo; Non mi aspetto di ottenere ciò che voglio veramente; Posso aspettarmi che arrivino bei tempi, piuttosto che bui*)

2.1.3 Reasons for Living Inventory (RFL)

L'RFL è uno strumento self-report che, al contrario degli altri precedentemente descritti, valuta le credenze e gli impegni adattivi che fungono da fattori protettivi rispetto al comportamento suicidario, fornendo così una prospettiva differente nella valutazione psicopatologica tradizionale (Linehan et al., 1983). È composto da 48 item organizzati in sei sottoscale:

1. Convinzioni di sopravvivenza e coping (*“La vita è tutto quello che ho ed è meglio di niente”*);
2. Responsabilità verso la famiglia (*“Ho una responsabilità e un impegno nei confronti della mia famiglia”*);
3. Preoccupazioni nei confronti dei figli (*“Non sarebbe giusto che altri si prendessero cura dei miei figli”*);
4. Paura della morte (*“Ho paura di andare all’inferno”*);
5. Paura della disapprovazione sociale
6. Obiezioni morali (*“Penso che soltanto Dio abbia il diritto di porre fine alla mia vita”*).

Ogni item è valutato su una scala a 6 punti da 1 (per niente importante) a 6 (estremamente importante), con punteggio totale che aumenta all'aumentare delle ragioni per vivere riportate dal soggetto.

2.1.4 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

La BPRS è un'intervista semi strutturata costituita da 18 item che valutano un ampio spettro di sintomi psichiatrici: preoccupazioni somatiche, ansia, ritiro emotivo, disorganizzazione concettuale, sentimenti di colpa, tensione, manierismi, grandiosità, umore depresso, ostilità, sospettosità, comportamento allucinatorio, rallentamento motorio, non collaborazione, contenuto insolito del pensiero, appiattimento affettivo, eccitamento e disorientamento (Overall & Gorham, 1962, 1988). Gli item sono valutati su scala da 1 (*assente*) a 7 (*estremamente grave*), con punteggio totale compreso tra 18 e 126; nella versione originale del 1962 gli item erano 16, portati a 18 nella revisione del 1988 con l'aggiunta di eccitamento e disorientamento. La valutazione del clinico si basa in parte sull'osservazione diretta del comportamento durante il colloquio e in parte sul resoconto verbale del paziente riguardo al proprio stato mentale nelle settimane precedenti. La BPRS presente domande guida come *“Si è sentito/a molto preoccupato/a, oppure apprensivo/a, teso/a, ansioso/a, allarmato/a durante...(periodo di*

riserimento)?”, “Le capita raramente o spesso, ad esempio, più giorni alla settimana, di... (utilizzare le parole del paziente)? Per quanto tempo durante il giorno?”.

2.2 Partecipanti

Il campione analizzato nel presente studio è composto da 39 soggetti, tra cui 6 di sesso maschile e 33 di sesso femminile, con un'età compresa tra i 13 e i 18 anni. I partecipanti sono stati reclutati in regime ambulatoriale, Day Hospital o di ricovero presso l'Unità di Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Istituto Neurologico Nazionale IRCSS-Casimiro Mondino di Pavia e presso la struttura residenziale terapeutica per adolescenti Mondino Community Care-Torre della Rocchetta tra settembre 2025 e luglio 2026 (10 mesi complessivi).

2.3 Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il software Jamovi (versione 2.6.44). La distribuzione delle variabili continue è stata valutata mediante il test di normalità di Shapiro–Wilk e l'ispezione dei parametri descrittivi. Considerata la dimensione campionaria ridotta e la presenza di distribuzioni non normali per alcune variabili cliniche, sono stati utilizzati test non parametrici.

Le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e psicopatologiche del campione sono state descritte mediante statistiche descrittive. Le variabili continue sono state riportate come medie e deviazioni standard (DS), mentre le variabili categoriche sono state riportate come frequenze assolute e percentuali.

Per esplorare le associazioni dimensionali tra suicidalità, hopelessness e reasons for living sono state condotte correlazioni bivariate mediante coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ). In particolare, sono state analizzate le associazioni tra:

- gravità dell'ideazione suicidaria nell'ultimo mese valutata tramite C-SSRS;
- presenza di comportamento suicidario negli ultimi 3 mesi alla C-SSRS;
- hopelessness (Beck Hopelessness Scale, BHS);
- reasons for living (RFL media).

Per confrontare i livelli di hopelessness e reasons for living tra pazienti con e senza comportamento suicidario recente, è stato utilizzato il test U di Mann–Whitney. Il comportamento suicidario recente è stato definito come presenza di almeno un comportamento

suicidario riportato negli ultimi 3 mesi alla C-SSRS (inclusi tentativi concreti, tentativi interrotti e/o tentativi falliti).

La dimensione dell'effetto per il confronto tra gruppi è stata stimata mediante correlazione biseriale di rango (rank-biserial correlation, r_b). Il livello di significatività statistica è stato fissato a $p < 0.05$ (due code).

3. Risultati

Caratteristiche del campione

Il campione era costituito da 39 adolescenti ricoverati in un setting neuropsichiatrico. L'età media era di $15,72 \pm 1,25$ anni (range 13,10–17,96), con prevalenza del sesso femminile (85%).

La valutazione della suicidalità tramite C-SSRS ha evidenziato una frequente presenza di fenomeni suicidari: 18 partecipanti (46%) riportavano almeno un comportamento suicidario nel corso della vita e 16 (41%) un comportamento suicidario negli ultimi 3 mesi. La gravità media dell'ideazione suicidaria nell'ultimo mese era pari a $2,82 \pm 2,09$. Figura 4 mostra la distribuzione e la frequenza della severità dell'ideazione suicidaria nel corso della vita e nell'ultimo mese.

Il livello medio di psicopatologia generale valutato mediante BPRS totale era $46,79 \pm 10,26$. Il punteggio medio alla Beck Hopelessness Scale era $12,00 \pm 6,76$, mentre il punteggio medio della Reasons for Living Scale era $2,88 \pm 0,98$. La Tabella 1 mostra le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e psicometriche del campione.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e psicometriche del campione (N = 39)

Variabile	N	Valore
Caratteristiche sociodemografiche		
Età (anni), media $\pm$ DS	38	$15,72 \pm 1,25$
Genere femminile, n (%)	39	33 (85%)
SES score, media $\pm$ DS	24	$33,50 \pm 15,60$
Caratteristiche cliniche		
Relazioni sociali problematiche in adolescenza, n (%)	37	18 (49%)
Rendimento scolastico, mediana (range)	37	2 (0–4)
Condotte a rischio, n (%)	37	25 (69%)

Psicoterapia individuale precedente al ricovero, n (%)	38	26 (68%)
Durata psicoterapia precedente (mesi), media $\pm$ DS	38	7,68 (13,30)
Diagnosi psicopatologiche		
Disturbi depressivi, n (%)	35	22 (63%)
Disturbi d'ansia, n (%)	34	12 (35%)
Disturbi della nutrizione e alimentazione, n (%)	35	19 (54%)
Disturbi del sonno, n (%)	35	16 (46%)
Disturbi di personalità, n (%)	35	7 (20%)
Disturbi correlati a trauma/stress, n (%)	35	5 (14%)
Trattamento farmacologico		
Antipsicotico, n (%)	37	17 (46%)
Antidepressivo, n (%)	37	16 (43%)
Benzodiazepine, n (%)	37	15 (41%)
Stabilizzatori dell'umore, n (%)	37	4 (11%)
Omega-3/integratori, n (%)	37	20 (54%)
Sintomi psicopatologici		
BPRS totale, media $\pm$ DS	38	46,79 $\pm$ 10,26
Hopelessness (BHS), media $\pm$ DS	37	12,00 $\pm$ 6,76
Reasons for Living (RFL mean), media $\pm$ DS	38	2,88 $\pm$ 0,98
Suicidalità (C-SSRS)		
Severity ideazione lifetime, media $\pm$ DS	39	3,26 $\pm$ 1,87
Severity ideazione ultimo mese, media $\pm$ DS	39	2,82 $\pm$ 2,09
Comportamento suicidario lifetime, n (%)	39	18 (46%)
Comportamento suicidario ultimi 3 mesi, n (%)	39	16 (41%)
Tentativo concreto lifetime, n (%)	36	16 (44%)
Tentativo concreto ultimi 3 mesi, n (%)	36	14 (39%)

Nota: i valori sono riportati come media $\pm$ deviazione standard per variabili continue normalmente distribuite e n (%) per variabili categoriche. Il numero di osservazioni valide (N) varia in presenza di dati mancanti.

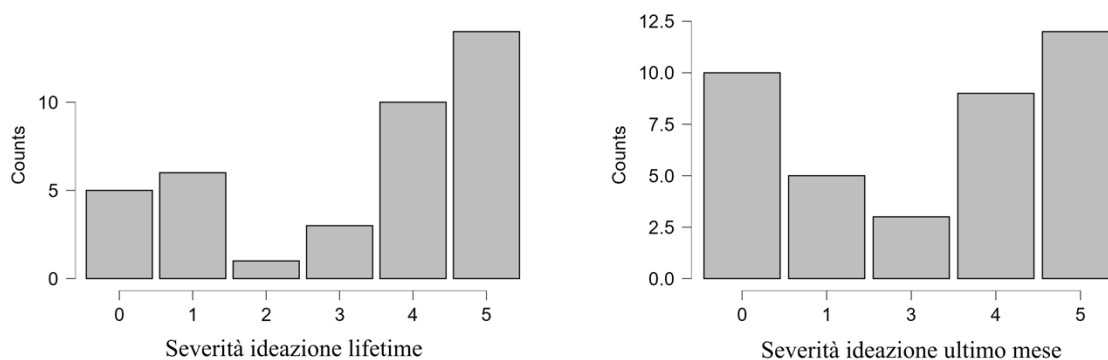


Figura 4. Severità dell'ideazione suicidaria nel corso della vita e nell'ultimo mese

Tabella 2. Frequenza di severity ideazione nell'ultimo mese (C-SSRS)

SEVERITY IDEAZIONE - ultimo mese (valore da 1 a 5)	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
0	10	25.6%	25.6%
1	5	12.8%	38.5%
3	3	7.7%	46.2%
4	9	23.1%	69.2%
5	12	30.8%	100.0%

Tabella 3. Frequenza di severity ideazione nel corso della vita (C-SSRS)

SEVERITY IDEAZIONE - nel corso della vita (valore da 1 a 5)	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
0	5	12.8%	12.8%
1	6	15.4%	28.2%
2	1	2.6%	30.8%
3	3	7.7%	38.5%
4	10	25.6%	64.1%
5	14	35.9%	100.0%

Correlazioni tra suicidalità, hopelessness e reasons for living

Le correlazioni di Spearman hanno evidenziato una significativa associazione positiva tra gravità dell'ideazione suicidaria nell'ultimo mese e presenza di comportamento suicidario negli ultimi 3 mesi ($\rho = .597, p < .001$).

La severity ideativa è risultata inoltre positivamente correlata ai livelli di hopelessness ($\rho = .537, p < .001$) e negativamente associata al punteggio medio alle Reasons for Living ($\rho = -.473, p = .003$).

Analogamente, il comportamento suicidario recente è risultato associato a maggiori livelli di hopelessness ($\rho = .485, p = .002$) e a minori reasons for living ($\rho = -.350, p = .031$).

Infine, hopelessness e reasons for living hanno mostrato una forte correlazione inversa ($\rho = -.862, p < .001$). In Tabella 2 e nella Figura 5 sono riportate le correlazioni.

Tabella 4. Correlazioni di Spearman tra indicatori di suicidalità, hopelessness e reasons for living

Variabile	1	2	3	4
1. Severity ideazione suicidaria ultimo mese (C-SSRS)	—			
2. Comportamento suicidario ultimi 3 mesi (C-SSRS)	0.597***	—		
3. Hopelessness (BHS totale)	0.537***	0.485**	—	
4. Reasons for Living (RFL media)	-0.473**	-0.350*	-0.862***	—

Nota. Sono riportati i coefficienti rho di Spearman. Significatività: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

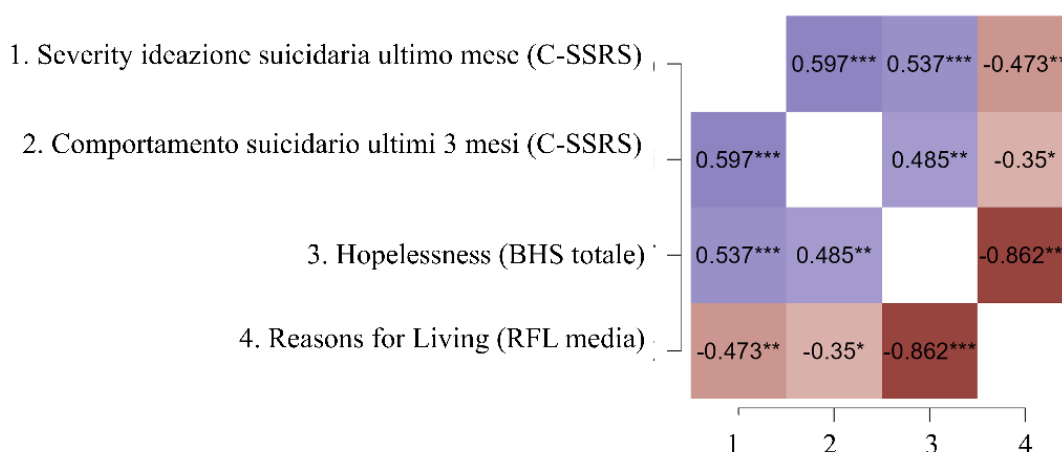


Figura 5. Heatmap delle correlazioni di Spearman tra indicatori di suicidalità, hopelessness e reasons for living

Confronto tra pazienti con e senza comportamento suicidario recente

Il confronto mediante test U di Mann–Whitney ha mostrato differenze significative nei livelli di hopelessness tra i pazienti con e senza comportamento suicidario negli ultimi 3 mesi, come mostrato in Tabella 3 e Figura 3.

I pazienti con comportamento suicidario recente presentavano punteggi significativamente più elevati alla Beck Hopelessness Scale rispetto ai pazienti senza comportamento suicidario (mediana = 17 vs 9; $U = 73.50$; $p = 0.004$; $r_b = 0.56$).

Al contrario, i pazienti con comportamento suicidario recente presentavano livelli significativamente inferiori di reasons for living rispetto ai pazienti senza comportamento suicidario (mediana = 2.13 vs 3.44; $U = 104.00$; $p = 0.034$; $r_b = -0.41$).

Tabella 5. Confronto dei punteggi psicologici in funzione della presenza di comportamento suicidario negli ultimi 3 mesi (C-SSRS)

Variabile	Nessun suicidario (n = 21–22)	comportamento suicidario (n = 16)	U	p	r_b
BHS totale	9.29 (DS=6.41)	15.56 (DS=5.56)	73.50	.004	0.56
RFL media	3.15 (DS=0.96)	2.51 (DS=0.92)	104.00	.034	-0.41

Nota. Il comportamento suicidario è stato definito come la presenza di qualsiasi comportamento suicidario (concreto, interrotto e/o fallito) riportato alla C-SSRS negli ultimi 3 mesi. r_b = correlazione biseriale di rango.

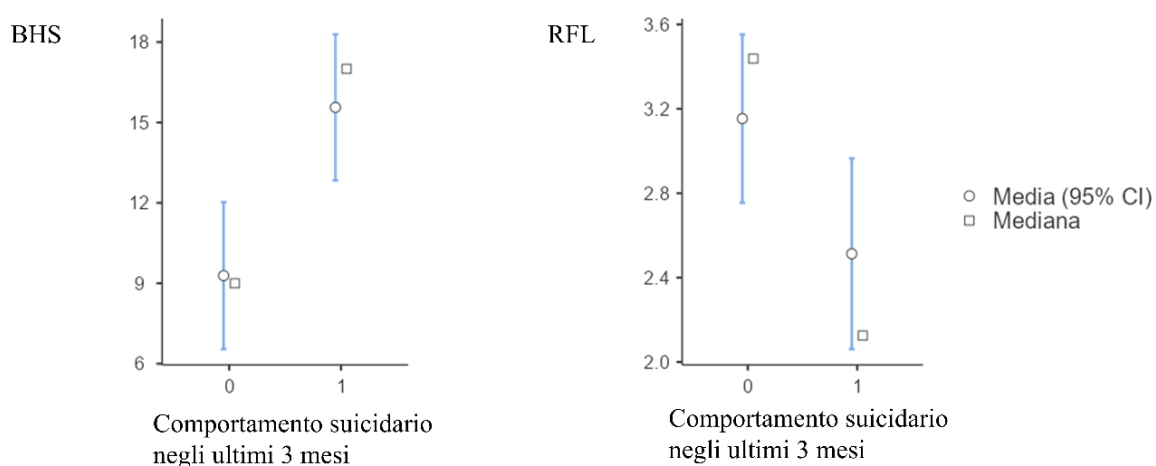


Figura 6. Differenze nei punteggi BHS e RFL tra i gruppi con e senza comportamento suicidario. (0 senza, 1 con)

4. Discussione

Il presente studio si proponeva di analizzare le caratteristiche cliniche e psicologiche associate alla suicidalità in un campione di adolescenti ricoverati in un setting neuropsichiatrico, con riferimento specifico all'hopelessness e ai fattori protettivi. Il nostro campione era composto da 39 adolescenti, di cui 33 di sesso femminile (85%) e 6 di sesso maschile (15%), con un'età media di $15,72 \pm 1,25$ anni, reclutati presso i servizi di neuropsichiatria infantile e la struttura residenziale del Mondino di Pavia. A livello clinico, il campione era caratterizzato da un'ampia comorbidità psicopatologica, tra cui, principalmente, disturbi depressivi (63%), disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (54%), disturbi del sonno (46%) e disturbi d'ansia (35%), indagati attraverso la BPRS. Nel complesso, i risultati ottenuti mostrano un quadro generale in cui la suicidalità nel periodo adolescenziale è caratterizzata dall'intreccio di uno stato di disperazione e di perdita di speranza, a cui si associa una parallela visione deficitaria delle motivazioni concrete a vivere.

In relazione al primo obiettivo, l'utilizzo della C-SSRS ha consentito di analizzare la suicidalità considerando non soltanto la presenza dell'ideazione, ma anche il relativo livello di gravità e la presenza di comportamenti suicidari. Dall'analisi dei dati emerge una frequente presenza di azioni suicidarie (Tabella 1.): quasi la metà degli adolescenti ricoverati riportava almeno un comportamento suicidario nel corso della vita (46%), mentre il 41% riferiva un comportamento suicidario negli ultimi tre mesi. Inoltre, il 44% riferiva un tentativo concreto nel corso della vita, mentre il 39% ne riferiva uno negli ultimi 3 mesi. La frequenza particolarmente elevata di comportamento suicidario recente appare coerente con la natura del setting di reclutamento (un servizio di neuropsichiatria infantile che accoglie casi a elevata gravità clinica e psicopatologica) e sottolinea la rilevanza della suicidalità, quale dimensione da considerare nella valutazione clinica di questa popolazione. A conferma di quanto riportato in letteratura, infatti, la suicidalità si inserisce frequentemente all'interno di quadri psicopatologici complessi. Anche il nostro campione è caratterizzato da un'elevata presenza di comorbidità con differenti diagnosi psicopatologiche.

Oltre alla frequenza dei fenomeni suicidari, risulta rilevante considerare anche la gravità dell'ideazione suicidaria riportata dai partecipanti. Come illustrato nella Figura 4, la distribuzione dei livelli di severity evidenzia una variabilità nella gravità dell'ideazione, sia considerando il corso della vita sia il periodo più prossimo al ricovero. La severity media dell'ideazione suicidaria nell'ultimo mese è risultata pari a $2,82 \pm 2,09$, mentre quella lifetime

è risultata pari a $3,26 \pm 1,87$. La distribuzione dei punteggi evidenzia quindi, una significativa eterogeneità all'interno del campione, con la presenza di differenti livelli di gravità dell'ideazione suicidaria. È tuttavia interessante osservare come, sia considerando l'ideazione nel corso della vita (35%, 14 pazienti) sia quella riferita all'ultimo mese (30%, 12 pazienti), il livello di severity pari a 5 risulti quello maggiormente rappresentato nel campione (Tabella 2 e 3). In questa prospettiva, diviene particolarmente rilevante l'associazione positiva osservata tra la gravità dell'ideazione suicidaria nell'ultimo mese e la presenza di comportamento suicidario negli ultimi tre mesi ($p=.597$, $p < .001$). Seppur significativa, questa correlazione mette in risalto quanto affermato dai modelli teorici precedentemente citati, secondo cui ideazione e comportamento costituiscono fasi distinte del processo suicidario, governate da meccanismi in parte indipendenti (Klonsky & May, 2015). Il passaggio all'azione negli adolescenti non dipende solo dalla gravità dei pensieri, ma anche dai tratti di personalità, dal vissuto personale e dal quadro psicopatologico, pertanto, possono verificarsi comportamenti a rischio anche di fronte a un'ideazione ritenuta lieve, e viceversa (Kirshenbaum et al., 2024)

I nostri risultati sembrano supportare quanto già osservato in precedenti studi, nei quali venivano delineati i principali fattori di rischio. Nel presente studio, condotte a rischio, tra cui abuso di sostanze, comportamenti autolesivi e tentativi precedenti, e relazioni sociali problematiche risultano essere le caratteristiche cliniche maggiormente rilevanti per l'azione suicidaria con una presenza rispettivamente del 69% e del 49% (Tabella 1). Tali evidenze sono in linea con quanto riportato da Coci et al., (2022), in cui allo stesso modo hanno rilevato una elevata frequenza di relazioni sociali problematiche e di comportamenti autolesivi nella propria popolazione di adolescenti con ideazione e tentativi suicidari. Le relazioni sociali in adolescenza ricoprono un ruolo cruciale nel definire l'identità personale, nel bisogno di approvazione e nella ricerca di autonomia (Baldini et al., 2025). In questa prospettiva, dinamiche relazionali avverse, quali esclusione, rifiuto e bullismo, possono contribuire ad aumentare la vulnerabilità allo sviluppo di sintomatologia suicidaria. Allo stesso modo, la presenza di condotte a rischio rappresenta un ulteriore elemento di vulnerabilità e può riflettere la propensione a comportamenti impulsivi e disinibiti, clinicamente rilevanti nel contesto della suicidalità adolescenziale (Gifuni et al., 2023). Secondo Joiner (2005), infatti, l'esposizione ripetuta a queste condotte, in particolar modo i comportamenti autolesivi e i tentativi pregressi, andrebbe a creare quella che definisce *acquired capability* (capacità acquisita), la quale ridurrebbe progressivamente la paura della morte e aumenterebbe la tolleranza al dolore, rendendo così concreto e possibile il passaggio all'atto.

Il secondo obiettivo dello studio era volto ad approfondire la relazione tra la gravità della suicidalità e alcune dimensioni psicologiche potenzialmente rilevanti, con particolare attenzione alla hopelessness, individuata tramite il test psicometrico BHS e alle reasons for living, individuate tramite il RFL. I risultati hanno mostrato un'associazione tra maggiore gravità della suicidalità, più elevati livelli di hopelessness e minori reasons for living (Fig.5).

La gravità dell'ideazione suicidaria nell'ultimo mese ha mostrato una correlazione positiva e significativa con livelli di hopelessness ($p=.537, p<.001$). Tale associazione si lega a quanto riportato in letteratura, suggerendo come all'aumentare della gravità dell'ideazione suicidaria, tendono ad aumentare anche i livelli di disperazione percepita.

Analogamente, è emersa un'associazione significativa tra la presenza di comportamento suicidario negli ultimi tre mesi e maggiori livelli di hopelessness ($p = .485, p = .002$). La convergenza di questi due risultati suggerisce quindi che la hopelessness non sia associata esclusivamente alla dimensione ideativa della suicidalità, ma anche alla presenza di comportamenti suicidari recenti. La mancanza di aspettative positive verso il futuro, caratterizzata da difficoltà nell'individuare possibilità di cambiamento o di miglioramento della propria condizione, difatti, contribuisce al mantenimento di sintomi depressivi e all'aumento del rischio suicidario (Horwitz et al., 2017).

Le reasons for living hanno mostrato, al contrario, un'associazione negativa con la gravità della suicidalità (Fig.5). La gravità dell'ideazione suicidaria nell'ultimo mese e il comportamento suicidario degli ultimi tre mesi hanno evidenziato una correlazione negativa rispetto al punteggio medio della Reasons for Living Scale ($p = -.473, p=.003$; $p = -.350, p = .031$), indicando che livelli più elevati di ideazione suicidaria si associno a una minore presenza di motivi e ragioni per continuare a vivere. La presenza ridotta di fattori protettivi, tra cui il senso di responsabilità verso la famiglia, le convinzioni di coping e la paura della disapprovazione o della morte, sembra dunque configurarsi come una diretta componente di vulnerabilità (Linehan et al., 1983). Questo dato evidenzia l'utilità di prendere in considerazione non solo i fattori di rischio, ma anche le risorse protettive individuali, coerentemente con l'impostazione dei trattamenti che valorizzano le ragioni per vivere tra gli obiettivi terapeutici centrali, come avviene nella CAMS e nella DBT-A.

La correlazione con maggiore significatività negativa, però, è presente tra i livelli di hopelessness e le reasons for living ($p = -.862, p < .001$). Gli adolescenti con alti livelli di

disperazione risultano caratterizzati contemporaneamente da minori ragioni di vita, tali per cui si può ipotizzare che queste due dimensioni rappresentino componenti rilevanti nella caratterizzazione psicologica della suicidalità. Esse sembrano riflettere l'orientamento negativo verso il futuro del paziente con ideazione suicidaria, che, in situazioni di estremo dolore mentale sembra vacillare e venire meno. In modo coerente, il modello IMV di O'Connor e Kirtley (2018) colloca la disperazione e la riduzione delle ragioni di vita all'interno della fase motivazionale, nella quale si sviluppa l'ideazione attiva, e che, in presenza di variabili volitive, può portare al comportamento agito.

Il terzo obiettivo ha permesso di approfondire ulteriormente queste associazioni attraverso il confronto tra gli adolescenti con e senza comportamento suicidario negli ultimi tre mesi. I risultati hanno evidenziato differenze significative sia nei livelli di hopelessness sia nelle reasons for living, definendo due profili psicologici opposti. In particolare, come presentato nella tabella 5, gli adolescenti con comportamento suicidario recente hanno riportato livelli significativamente più elevati di hopelessness rispetto a quelli senza comportamento suicidario recente, con punteggi mediani rispettivamente pari a 17 e 9 ($p = .004$; $r_p = .56$). Questo dato rafforza quanto affermato fino ad ora, permettendo un confronto diretto con un gruppo senza comportamento suicidario, a dimostrazione della rilevanza e predittività della hopelessness all'interno del quadro suicidale

Al contrario, gli adolescenti con comportamento suicidario recente hanno ottenuto punteggi significativamente inferiori alla Reasons for Living Scale rispetto agli adolescenti senza comportamento suicidario recente, con valori mediani pari rispettivamente a 2,13 e 3,44 ($p = .034$; $r_p = -.41$). La minore disponibilità di reasons for living nel gruppo con comportamento suicidario recente appare coerente con l'ipotesi secondo cui l'impoverimento delle risorse orientate al mantenimento della vita possa rappresentare un elemento di vulnerabilità nel passaggio dall'ideazione al comportamento suicidario.

Quest'ultima analisi supporta dunque quanto emerso nelle correlazioni precedenti, dimostrando, attraverso le differenze tra i due campioni, un pattern ben definito potenzialmente associabile a una maggiore vulnerabilità suicidaria.

Un altro dato che emerge dal confronto tra adolescenti con e senza comportamento suicidario recente è la differenza secondo cui la hopelessness discrimina i due gruppi con un effect size maggiore ($r_p = .56$) rispetto alle reasons for living ($r_p = -.41$). Si potrebbe ipotizzare che la hopelessness rifletta più da vicino la gravità psicologica attuale del paziente, rappresentata dal comportamento suicidario recente, mentre le reasons for living rimangano più stabili anche nei

momenti di crisi acuta. Questa ipotesi, tuttavia, non può essere verificata dal presente disegno trasversale e meriterebbe un approfondimento tramite studi longitudinali.

Nel complesso, i risultati documentano quindi che la comprensione della suicidalità in adolescenza necessita una prospettiva multidimensionale, in grado di integrare sia gli elementi di vulnerabilità sia i fattori protettivi dell'individuo, talvolta tralasciati o trascurati. Nello specifico, la presenza concomitante di maggiore hopelessness e di una minore disponibilità di reasons for living sembra caratterizzare gli adolescenti maggiormente esposti alla suicidalità, sottolineando la validità clinica di entrambe le dimensioni nella valutazione del rischio suicidario e nel futuro trattamento.

5. Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcuni limiti da tenere in considerazione nell'analisi dei risultati.

Un primo limite riguarda il campione ridotto di 39 adolescenti, che, per quanto adeguato a un disegno di ricerca, limita la generalizzabilità dei risultati e riduce la potenza statistica, aumentando il rischio di non rilevare associazioni o differenze realmente esistenti e rendendo meno precise le stime degli effetti osservati. A ciò si aggiunge il setting di reclutamento neuropsichiatrico che limita l'estensione dei risultati all'intera popolazione adolescenziale.

Un secondo limite può essere rappresentato dalla composizione stessa del campione, sbilanciato notevolmente verso il genere femminile (85%). Questa differenza potrebbe riflettere l'utenza dei servizi neuropsichiatrici più che la reale distribuzione del quadro suicidale negli adolescenti, e non consente un'analisi approfondita delle caratteristiche maschili, talvolta differenti, come ritrovato in letteratura.

Un ulteriore limite è dato dalla natura trasversale dello studio che non permette di stabilire le relazioni causali e temporali tra le diverse variabili presenti. Le analisi condotte su hopelessness e reasons for living, rintracciate all'interno dello studio, infatti, non consentono di determinare se tali dimensioni precedano l'emergere del comportamento suicidario o ne rappresentino, almeno in parte, una conseguenza.

6. Punti di forza

Il presente studio ha evidenziato diversi punti di forza.

In primo luogo, sebbene la numerosità ridotta del campione rappresenti un limite nella generalizzazione all'intera popolazione adolescenziale, essa assume rilevanza se considerata in relazione alla specificità del quadro psicopatologico e della fascia d'età indagata. Il campione,

infatti, composto da 39 adolescenti ricoverati in un setting neuropsichiatrico, costituisce una quantità cospicua nei confronti di una popolazione clinica difficilmente reclutabile.

In secondo luogo, la ricerca ha utilizzato un approccio integrato per la valutazione della suicidalità, unendo fattori di rischio indagati tramite la BHS e fattori protettivi tramite la RFL, con l'obiettivo di superare l'impostazione tradizionale centrata sui soli fattori di rischio. A queste due dimensioni si aggiunge un'ampia analisi della suicidalità, grazie all'utilizzo della Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), che ha permesso di distinguere la severity dell'ideazione suicidaria, il comportamento suicidario e i tentativi concreti, separati in recenti e lifetime.

Un ulteriore punto di forza riguarda proprio la scelta degli strumenti di valutazione standardizzati (C-SSRS, BHS, RFL e BPRS), validati e ampiamente riconosciuti a livello internazionale, che garantisce una valutazione solida e strutturata delle dimensioni considerate e la comparabilità con altri studi condotti.

Infine, la distinzione tra adolescenti con o senza comportamenti suicidari ha permesso di delineare un profilo psicologico chiaro e specifico, utile per orientare la valutazione clinica e l'individuazione delle aree psicologiche da approfondire nel trattamento.

7. Direzioni future

La ricerca proposta apre a diverse prospettive per la ricerca futura e per la stesura di una impostazione clinica valida all'interno del quadro suicidario. Per aumentare la potenza statistica e la generalizzabilità sarebbe utile condurre studi su campioni più ampi e bilanciati per genere, per verificare se le osservazioni qui associate si mantengano equivalenti anche nei maschi, per i quali il campione non garantiva un'analisi adeguata. Anche l'inclusione di un gruppo di controllo non clinico permetterebbe di contestualizzare meglio l'entità delle associazioni osservate rispetto alla popolazione generale. Allo stesso modo, in riferimento al limite costituito dal disegno di ricerca trasversale, diviene necessaria l'adozione di un disegno longitudinale, che permetta sia di chiarire la sequenza temporale delle associazioni osservate, sia di verificare se hopelessness e reasons for living possano assumere un ruolo antecedente e rilevante rispetto allo sviluppo della suicidalità. Infine, l'identificazione di profili caratterizzati da maggiore hopelessness e minori reasons for living potrebbe avere rilevanza clinica, orientando valutazioni del rischio maggiormente integrate e interventi volti non solo alla riduzione dei fattori di vulnerabilità, ma anche al potenziamento delle risorse e delle motivazioni orientate alla vita.

Bibliografia

- Adrian, M., Blossom, J. B., Chu, P. V., Jobes, D., & McCauley, E. (2021). Collaborative Assessment and Management of Suicidality for Teens: A Promising Frontline Intervention for Addressing Adolescent Suicidality. *Practice innovations (Washington, D.C.)*, 7(2), 154–167. <https://doi.org/10.1037/pri0000156>
- Agbaria, Q., Mahamid, F., & Veronese, G. (2021). The Association Between Attachment Patterns and Parenting Styles With Emotion Regulation Among Palestinian Preschoolers. *Sage Open*, 11(1), 2158244021989624. <https://doi.org/10.1177/2158244021989624>
- Alvarez-Subiela, X., Castellano-Tejedor, C., Villar-Cabeza, F., Vila-Grifoll, M., & Palao-Vidal, D. (2022). Family Factors Related to Suicidal Behavior in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9892. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169892>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. Revisione del testo (DSM-5-TR)* (quinta edizione rev.). Raffaello Cortina.
- Amerio, A., Venturini, E., Capanna, M., Ploner, L., Schiavetti, I., Costanza, A., Clausi, M., Bertuccio, P., Odone, A., Minnis, H., Gajwani, R., de Filippis, R., De Fazio, P., Amore, M., Aguglia, A., & Serafini, G. (2026). Exploring the effects of pharmacological treatments on suicidality in children and adolescents: A structured review of the literature and narrative synthesis. *eClinicalMedicine*, 91, 103748. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103748>
- Amundsen, D. W. (1989). Suicide and Early Christian Values. In B. A. Brody (A c. Di), *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes* (pp. 77–153). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-015-7838-7_4

- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43–47.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Arafat, S. M. Y., Menon, V., Mogane, D., & Kabir, R. (2022). Parenting Style and Suicidal Behavior: A Focused Review. *Mental Illness*, 2022, 2138650.
<https://doi.org/10.1155/2022/2138650>
- Arango, A., Brent, D., Grupp-Phelan, J., Barney, B. J., Spirito, A., Mroczkowski, M. M., Sheno, R., Mahabee-Gittens, M., Casper, T. C., & King, C. (2024). Social Connectedness and Adolescent Suicide Risk. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 65(6), 785–797. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13908>
- Arnarsson, A., Sveinbjornsdottir, S., Thorsteinsson, E. B., & Bjarnason, T. (2015). Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: A population-based study in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(5), 497–505.
<https://doi.org/10.1177/1403494815585402>
- Baldini, V., Gnazzo, M., Varallo, G., Di Vincenzo, M., Scorza, M., Franceschini, C., De Ronchi, D., Fiorillo, A., & Plazzi, G. (2025). A comprehensive approach to adolescent suicide prevention: Insights from a narrative review perspective. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1612067>
- Barbeito, S., Vega, P., Sánchez-Gutiérrez, T., Becerra, J. A., González-Pinto, A., & Calvo, A. (2021). A systematic review of suicide and suicide attempts in adolescents with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 235, 80–90.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.029>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.
<https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. Authoritative parental control. *Adolescence*, 3(11), 255–272.

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American journal of Psychiatry*, 142(5), 559–563.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Berardelli, I., Serafini, G., Cortese, N., Fiaschè, F., O'Connor, R. C., & Pompili, M. (2020). The Involvement of Hypothalamus–Pituitary–Adrenal (HPA) Axis in Suicide Risk. *Brain Sciences*, 10(9), 653. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090653>
- Bertuccio, P., Amerio, A., Grande, E., La Vecchia, C., Costanza, A., Aguglia, A., Berardelli, I., Serafini, G., Amore, M., Pompili, M., & others. (2024). Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: An analysis of data from the WHO mortality database. *EClinicalMedicine*, 70.
- Bilello, D., Townsend, E., Broome, M. R., Armstrong, G., & Burnett Heyes, S. (2024). Friendships and peer relationships and self-harm ideation and behaviour among young people: A systematic review and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, 11(8), 633–657. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00170-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00170-6)
- Braquehais, M. D., Picouto, M. D., Casas, M., & Sher, L. (2012). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction as a neurobiological correlate of emotion dysregulation in adolescent suicide. *World Journal of Pediatrics: WJP*, 8(3), 197–206. <https://doi.org/10.1007/s12519-012-0358-0>

- Bratu, E. A., Moroianu, L.-A., Isailă, O.-M., Pleșea-Condratovici, C., Avram, O.-E., & Drima, E. (2025). Parental Mental Health and Suicidal Behavior as Predictors of Adolescent Suicidal Ideation and Attempts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19), 6860. <https://doi.org/10.3390/jcm14196860>
- Brent, D. A., McMakin, D. L., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., & Douaihy, A. B. (2013). Protecting Adolescents From Self-Harm: A Critical Review of Intervention Studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 10.1016/j.jaac.2013.09.009. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.009>
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., Ren, L., & Brent, D. A. (2007). Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMA*, 297(15), 1683–1696. <https://doi.org/10.1001/jama.297.15.1683>
- Brunstein-Klomek, A., Zalsman, G., & Mufson, L. (2007). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT-A)*. 44(1).
- Bush, W. S., & Moore, J. H. (2012). Chapter 11: Genome-Wide Association Studies. *PLoS Computational Biology*, 8(12), e1002822. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1002822>
- Carli, V., Wasserman, C., Wasserman, D., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Keresztény, A., Iosue, M., Mars, U., Musa, G., ... Hoven, C. W. (2013). The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): Methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*, 13(1), 479. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-479>

- Cerel, J., Maple, M., Aldrich, R., & van de Venne, J. (2013). Exposure to suicide and identification as survivor. Results from a random-digit dial survey. *Crisis*, 34(6), 413–419. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000220>
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The Continuum of “Survivorship”: Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 591–600. <https://doi.org/10.1111/sltb.12093>
- Chiesa, M., Ronzitti, S., Ornaghi, A., Romanato, S., Giampieri, E., & Clerici, M. (2013). Prevenzione primaria. In *Il suicidio oggi: Implicazioni sociali e psicopatologiche* (pp. 235–239). Springer Milan. https://doi.org/10.1007/978-88-470-2715-2_26
- Chiu, K., Stringaris, A., & Leigh, E. (2025). Social anxiety symptoms and their relationship with suicidal ideation and depressive symptoms in adolescents: A prospective study. *JCPP Advances*, 5(1), e12249. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12249>
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f3646. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3646>
- Coci, C., Invernizzi, R., Capone, L., Casini, E., Orlandi, M., Galli, P., Rossi, I., Martinelli, O., Borgatti, R., & Mensi, M. M. (2022). Psychological and behavioral characterization of suicide ideators and suicide attempters in adolescence. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1009460. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1009460>
- Coentre, R., Talina, M. C., Góis, C., & Figueira, M. L. (2017). Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: A comprehensive systematic review. *Psychiatry Research*, 253, 240–248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.010>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

- Cullen, K. R., Amatya, P., Roback, M. G., Albott, C. S., Westlund Schreiner, M., Ren, Y., Eberly, L. E., Carstedt, P., Samikoglu, A., Gunlicks-Stoessel, M., Reigstad, K., Horek, N., Tye, S., Lim, K. O., & Klimes-Dougan, B. (2018). Intravenous Ketamine for Adolescents with Treatment-Resistant Depression: An Open-Label Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(7), 437–444.
<https://doi.org/10.1089/cap.2018.0030>
- Cusack, C. M. (2018). Self-Murder, Sin, and Crime: Religion and Suicide in the Middle Ages. *Journal of Religion and Violence*, 6(2), 206–224.
- DelBello, M. P., Kosik-Gonzalez, C., Fu, D.-J., Chen, L. (Nancy), Lane, R., Drevets, W. C., Moreno, C., & Canuso, C. M. (2023). Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Adolescents With MDD at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Psychoactive-Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(10), S319–S320. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.09.513>
- Diamond, G., Diamond, G. M., & Levy, S. (2021). Attachment-Based Family Therapy: Theory, Clinical Model, Outcomes, and Process Research. *Journal of affective disorders*, 294, 286–295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.005>
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents* (pp. viii, 282). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14296-000>
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.002>

Dobbertin, M., Blair, K. S., Carollo, E., Blair, J. R., Dominguez, A., & Bajaj, S. (2023).

Neuroimaging alterations of the suicidal brain and its relevance to practice: An updated review of MRI studies. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1083244.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1083244>

Docherty, A. R., Mullins, N., Ashley-Koch, A. E., Qin, X., Coleman, J. R. I., Shabalin, A., Kang, J., Murnyak, B., Wendt, F., Adams, M., Campos, A. I., DiBlasi, E., Fullerton, J. M., Kranzler, H. R., Bakian, A. V., Monson, E. T., Rentería, M. E., Walss-Bass, C., Andreassen, O. A., ... Ruderfer, D. M. (2023). GWAS Meta-Analysis of Suicide Attempt: Identification of 12 Genome-Wide Significant Loci and Implication of Genetic Risks for Specific Health Factors. *The American journal of psychiatry, 180*(10), 723–738. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21121266>

Dumon, E., & Portzky, G. (2014). *School-based suicide prevention, intervention and postvention*.

Dupéré, V., Leventhal, T., & Lacourse, É. (2009). Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychological Medicine, 39*(8), 1295–1306. <https://doi.org/10.1017/S003329170800456X>

Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology*. Routledge.

Dwyer, J. B., Landeros-Weisenberger, A., Johnson, J. A., Londono Tobon, A., Flores, J. M., Nasir, M., Couloures, K., Sanacora, G., & Bloch, M. H. (2022). Efficacy of Intravenous Ketamine in Adolescent Treatment-Resistant Depression: A Randomized Midazolam-Controlled Trial. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry, 20*(2), 241–251. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.22020004>

Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating Etiological Models of Social Anxiety and Depression in Youth: Evidence for a Cumulative Interpersonal Risk Model. *Clinical*

Child and Family Psychology Review, 14(4), 329–376.

<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0101-8>

Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent Substance Use and Suicidal Behavior: A Review With Implications for Treatment Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(s1), 77S-88S.

<https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000127417.99752.87>

Esquirol, E. (con un contributo di Wellcome Library). (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris : J.B. Baillière. http://archive.org/details/b33287612_0001

Ewing, E. S. K., Diamond, G., & Levy, S. (2015). Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: Theory, clinical model and empirical support. *Attachment & Human Development*, 17(2), 136–156.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1006384>

Ferngren, G. B. (1989). The ethics of suicide in the Renaissance and Reformation. In *Suicide and euthanasia: Historical and contemporary themes* (pp. 155–181). Springer.

Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011).

Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3.

<https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Frey, R. (1999). Hume on suicide. *The Journal of medicine and philosophy*, 24(4), 336–351.

- Fusé, T. (1980). Suicide and culture in Japan: A study of seppuku as an institutionalized form of suicide. *Social Psychiatry, 15*(2), 57–63. <https://doi.org/10.1007/BF00578069>
- Gavan, L., van der Spek, N., Bergers, N., Breedvelt, J. J. F., Hellegers, F., Bosmans, G., & Bockting, C. (2026). Is suicidality contagious? The social transmission of suicidal thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry, 147*, 152691. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2026.152691>
- Genis-Mendoza, A. D., Dionisio-García, D. M., Gonzalez-Castro, T. B., Tovilla-Zaráte, C. A., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., Castillo-Avila, R. G., & Nicolini, H. (2022). Increased Levels of Cortisol in Individuals With Suicide Attempt and Its Relation With the Number of Suicide Attempts and Depression. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 912021. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912021>
- Gifuni, A. J., Spodenkiewicz, M., Laurent, G., MacNeil, S., Jollant, F., & Renaud, J. (2023). Symptoms characteristics of personality disorders associated with suicidal ideation and behaviors in a clinical sample of adolescents with a depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1269744>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., A, M.-M., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders, 245*, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Gillespie, N. A., Su, M.-H., Lannoy, S., Stephenson, M., Rentería, M. E., Ceja, Z., Hickie, I. B., Martin, N. G., & Edwards, A. C. (2025). Genetic Overlap Between DSM-IV Major Depressive Disorder and Suicidal Behaviors: Evidence from Polygenic Risk Scores in

- Young Adult Twins. *Behavior Genetics*, 55(6), 423–437.
<https://doi.org/10.1007/s10519-025-10234-0>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Heilbron, N., Doyle, O., Weller, B., & Sapyta, J. (2015). Suicide Attempts in a Longitudinal Sample of Adolescents Followed Through Adulthood: Evidence of Escalation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(2), 253–264. <https://doi.org/10.1037/a0038657>
- Gómez-Tabares, A. S., Arango-Tobón, O. E., Núñez, C., & Zapata Lesmes, G. A. (s.d.). The Effect of Depression and Hopelessness on Suicidal Risk in Young People: The Mediating Role of Impulsivity. *Clinical Psychology in Europe*, 7(2), e11331.
<https://doi.org/10.32872/cpe.11331>
- Gonda, X., Dome, P., Serafini, G., & Pompili, M. (2023). How to save a life: From neurobiological underpinnings to psychopharmacotherapies in the prevention of suicide. *Pharmacology & Therapeutics*, 244, 108390.
<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2023.108390>
- Govender, T., Yu, J., Vidal-Ribas, P., Gilman, S. E., & Haynie, D. L. (2023). Adolescent Substance Use Patterns and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors in Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 84(6), 892–901.
<https://doi.org/10.15288/jsad.22-00407>
- Hasking, P., & Boyes, M. (2018). Cutting Words: A Commentary on Language and Stigma in the Context of Nonsuicidal Self-Injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(11), 829. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000899>

- Hawton, K., Harriss, L., & Zahl, D. (2006). Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11583 deliberate self-harm patients. *Psychological Medicine*, 36(3), 397–405. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006914>
- Hercus, C., Baird, A., Ibrahim, S., Turnbull, P., Appleby, L., Singh, U., & Kapur, N. (2024). Suicide in individuals with eating disorders who had sought mental health treatment in England: A national retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 11(8), 592–600. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00143-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00143-3)
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4_suppl), 81–90. <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>
- Horwitz, A. G., Berona, J., Czyz, E. K., Yeguez, C. E., & King, C. A. (2017). Positive and Negative Expectations of Hopelessness as Longitudinal Predictors of Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior in High-Risk Adolescents. *Suicide & life-threatening behavior*, 47(2), 168–176. <https://doi.org/10.1111/sltb.12273>
- Hua, L. L., Lee, J., Rahmandar, M. H., Sigel, E. J., COMMITTEE ON ADOLESCENCE, & COUNCIL ON INJURY, V., AND POISON PREVENTION. (2023). Suicide and Suicide Risk in Adolescents. *Pediatrics*, 153(1), e2023064800. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800>
- Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 797–811. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00070-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00070-2)
- Iannucci, J., & Nierenberg, B. (2022). Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic illness: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 64, 101581. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101581>

- Iijima, Y., Katsuragawa, T., & Shimada, H. (2025). Nonsuicidal self-injury (NSSI) functions moderate the relationship between NSSI-specific cognitions and NSSI maintenance. *Cogent Psychology*, 12. <https://doi.org/10.1080/23311908.2025.2520074>
- Insel, B. J., & Gould, M. S. (2008). Impact of Modeling on Adolescent Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 293–316. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.007>
- Jacobson, C. M., & Mufson, L. (2012). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents adapted for self-injury (IPT-ASI): Rationale, overview, and case summary. *American Journal of Psychotherapy*, 66(4), 349–374. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.4.349>
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An Evolving Evidence-Based Clinical Approach to Suicidal Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640–653. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide* (p. 276). Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287–314. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>
- Jordan, J., & McIntosh. (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*.
- Jouanna, J., & Eijk, P. J. van der. (2012). *Greek medicine from Hippocrates to Galen: Selected papers*. Brill.
- Kirshenbaum, J. S., Pagliaccio, D., Bitran, A., Xu, E., & Auerbach, R. P. (2024). Why do adolescents attempt suicide? Insights from leading ideation-to-action suicide theories:

- a systematic review. *Translational Psychiatry*, 14(1), 266.
<https://doi.org/10.1038/s41398-024-02914-y>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (s.d.). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Lee, K. C., & Tiefenthaler, C. M. (2024). A narrative review of advances in pharmacotherapy for depression and suicidal behavior in youth within the era of heightened social media. *Pediatric Medicine*, 7(0). <https://doi.org/10.21037/pm-23-23>
- Lewis, C. P., Klimes-Dougan, B., Croarkin, P. E., & Cullen, K. R. (2026). Understanding the emergence of suicidal thoughts and behaviors in adolescence from a brain and behavioral developmental perspective. *Neuropsychopharmacology*, 51(1), 259–272.
- Lewis, C. P., Port, J. D., Blacker, C. J., Sonmez, A. I., Seewoo, B. J., Leffler, J. M., Frye, M. A., & Croarkin, P. E. (2020). Altered anterior cingulate glutamatergic metabolism in depressed adolescents with current suicidal ideation. *Translational Psychiatry*, 10(1), 119. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0792-z>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276–286.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>

- Liu, B.-P., Jia, C.-X., Qin, P., Zhang, Y.-Y., Yu, Y.-K., Luo, X., & Li, S.-X. (2022). Associating factors of suicide and repetition following self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *eClinicalMedicine*, 49, 101461.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101461>
- Liu, X.-Q., & Wang, X. (2024). Adolescent suicide risk factors and the integration of social-emotional skills in school-based prevention programs. *World Journal of Psychiatry*, 14(4), 494–506. <https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i4.494>
- Lykouras, L., Poulakou-Rebelakou, E., Tsiamis, C., & Ploumpidis, D. (2013). Suicidal behaviour in the ancient Greek and Roman world. *Asian journal of psychiatry*, 6(6), 548–551.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). *Socialization in the Context of the Family Parent-Child Interaction*. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development (pp. 1-101)*. New York Wiley. - References—Scientific Research Publishing. (s.d.-a). Recuperato 5 aprile 2026, da <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1468894>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies A Systematic Review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074.
<https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mann, J. J., Arango, V., Marzuk, P. M., Theccanat, S., & Reis, D. (1989). Evidence for the 5-HT hypothesis of suicide a review of post-mortem studies. *The British Journal of Psychiatry*, 155(S8), 7–14.

- Maple, M., Poštuvan, V., & McDonnell, S. (2019). Progress in postvention: A call to a focused future to support those exposed to suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(6), 379–382. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000620>
- Marraccini, M. E., & Brier, Z. M. F. (2017). School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *School psychology quarterly : the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, 32(1), 5–21. <https://doi.org/10.1037/spq0000192>
- Marraccini, M. E., Pittleman, C., Griffard, M., Tow, A. C., Vanderburg, J. L., & Cruz, C. M. (2022). Adolescent, parent, and provider perspectives on school-related influences of mental health in adolescents with suicide-related thoughts and behaviors. *Journal of school psychology*, 93, 98–118. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.07.001>
- Massing-Schaffer, M., Nesi, J., Telzer, E. H., Lindquist, K. A., & Prinstein, M. J. (2022). Adolescent Peer Experiences and Prospective Suicidal Ideation: The Protective Role of Online-Only Friendships. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 51(1), 49–60. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1750019>
- May, A. M., Pachkowski, M. C., & Klonsky, E. D. (2020). Motivations for suicide: Converging evidence from clinical and community samples. *Journal of psychiatric research*, 123, 171–177.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>

- Melhem, N. M., Munroe, S., Marsland, A., Gray, K., Brent, D., Porta, G., Douaihy, A., Laudenslager, M. L., DiPietro, F., Diler, R., Driscoll, H., & Gopalan, P. (2017). Blunted HPA axis activity prior to suicide attempt and increased inflammation in attempters. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 284–294.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.01.001>
- Meltzer, H. Y., Alphs, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., Bourgeois, M., Chouinard, G., Islam, M. Z., Kane, J., Krishnan, R., Lindenmayer, J.-P., Potkin, S., & InterSePT Study Group. (2003). Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 82–91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>
- Melzer, L., Forkmann, T., & Teismann, T. (2024). Suicide crisis syndrome: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(3), 556–574.
- Messias, E. L., Chen, C.-Y., & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatric Clinics of North America, Schizophrenia: A Complex Disease Necessitating Complex Care*, 30(3), 323–338.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.007>
- Miklin, S., Mueller, A. S., Abrutyn, S., & Ordonez, K. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Social Science & Medicine*, 233, 21–27.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.019>
- Miller AL, Linehan MM, Linehan MM, & Rathus JH. (2017). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Miller, J. H. R., A. L. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. The Guilford Press.

Ministero della Salute. (2008, marzo). *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.*

Raccomandazione n. 4.

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf

Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I.,

Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A.,

Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., &

Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young

adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International*

Journal of Public Health, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>

Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M.-A., Frebourg, T., Cohen, D., & Gerardin, P. (2016).

Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years,

Progress, Limitations, and Future Directions. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 158.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00158>

Moselli, M., Casini, M. P., Frattini, C., & Williams, R. (2023). Suicidality and Personality

Pathology in Adolescence: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human*

Development, 54(2), 290–311. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01239-x>

Mota, M. S. S. da, Ulguim, H. B., Jansen, K., Cardoso, T. de A., & Souza, L. D. de M. (2024).

Are big five personality traits associated to suicidal behaviour in adolescents? A

systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 347, 115–123.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.002>

Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal*

psychotherapy for depressed adolescents (2^a ed.). Guilford Press.

Navarro, D., Marín-Mayor, M., Gasparyan, A., García-Gutiérrez, M. S., Rubio, G., &

Manzanares, J. (2023). Molecular Changes Associated with Suicide. *International*

Journal of Molecular Sciences, 24(23), 16726. <https://doi.org/10.3390/ijms242316726>

- Nock, M., Hwang, I., Sampson, N., & Kessler, R. (2010). Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(8), 868–876. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85.
- Oliveira Gracini, C. L. de, Nascimento, G. G., Vidigal, M. T. C., Oliveira, M. N. de, Herval, Á. M., Blumenberg, C., Vieira, W. A., Lima, R. R., & Paranhos, L. R. (2024). Suicide ideation and psychotropic recreational drug use by adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sao Paulo Medical Journal = Revista Paulista De Medicina*, 142(4), e2022641. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2022.0641.R2.23012024>
- Oquendo, M. A., Sullivan, G. M., Sudol, K., Baca-Garcia, E., Stanley, B. H., Sublette, M. E., & Mann, J. J. (2014). Toward a Biosignature for Suicide. *The American journal of psychiatry*, 171(12), 1259–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020194>
- Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 398–404. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.398>
- Orden, K. A. V., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Thomas E Joiner, J. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S.,

- Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression: From Research to Clinics. *Psychiatry Investigation*, 17(3), 207–221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799–812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull*, 24(1), 97–99.
- Palm, M. M., Elzinga, E., Middelkoop, L., Kok, A. A., Kølves, K., Beekman, A. T., & van Veen, S. M. (2025). Persistent suicidality: A systematic scoping review of the literature. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100996.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Triantafyllou, K., & Tarrier, N. (2015). Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(4), 525–537. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0978-x>
- Pardossi, S., Fagiolini, A., Scheggi, S., & Cuomo, A. (2024). A Systematic Review on Ketamine and Esketamine for Treatment-Resistant Depression and Suicidality in Adolescents: A New Hope? *Children*, 11(7), 801. <https://doi.org/10.3390/children11070801>
- Pierre, J. M. (2015). Culturally sanctioned suicide: Euthanasia, seppuku, and terrorist martyrdom. *World Journal of Psychiatry*, 5(1), 4–14. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.4>

- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J.-J., & Carbonell, Á. (2025). Factors Associated with Suicidal Behavior in Adolescents: An Umbrella Review Using the Socio-Ecological Model. *Community Mental Health Journal*, 61(4), 612–628. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01368-2>
- Pratile, D. C., Orlandi, M., & Mensi, M. M. (2025a). Body as expression of psychiatric distress: Insights from restrictive eating disorders, non-suicidal self-injuries, and suicide attempts. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1552907>
- Pratile, D. C., Orlandi, M., & Mensi, M. M. (2025b). Body as expression of psychiatric distress: Insights from restrictive eating disorders, non-suicidal self-injuries, and suicide attempts. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1552907>
- Pu, M., Guo, L., Cheng, P., Gao, Q., & Zhu, H. (2025). Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 370, 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.025>
- Rachamallu, V., Elbertson, B. W., Vutam, E., & Aligeti, M. (2019). Off-Label Use of Clozapine in Children and Adolescents-A Literature Review. *American Journal of Therapeutics*, 26(3), e406–e416. <https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000000894>

- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157.
<https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Richardson, R., Connell, T., Foster, M., Blamires, J., Keshoor, S., Moir, C., & Zeng, I. S. (2024). Risk and Protective Factors of Self-harm and Suicidality in Adolescents: An Umbrella Review with Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(6), 1301–1322. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>
- Rioux, C., Huet, A.-S., Castellanos-Ryan, N., Fortier, L., Blanc, M. L., Hamaoui, S., Geoffroy, M.-C., Renaud, J., & Séguin, J. R. (2021). Substance use disorders and suicidality in youth: A systematic review and meta-analysis with a focus on the direction of the association. *PLOS ONE*, 16(8), e0255799.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255799>
- Rogers, M. L., Joiner, T. E., & Shahar, G. (2021). Suicidality in Chronic Illness: An Overview of Cognitive–Affective and Interpersonal Factors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 137–148. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09749-x>
- Ronningstam, E., Schechter, M., Herbstman, B., & Goldbalatt, M. (2024). Chronic suicidal ideations: A risk or a protection. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 27(3), 764.
- Ronzitti, S., Ornaghi, A., Chiesa, M., Romanato, S., Giampieri, E., & Clerici, M. (2013). Prevenzione secondaria e terziaria. In E. Giampieri & M. Clerici (A c. Di), *Il suicidio oggi: Implicazioni sociali e psicopatologiche* (pp. 241–252). Springer Milan.
https://doi.org/10.1007/978-88-470-2715-2_27
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child*

- and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Sadath, A., Kavalidou, K., McMahon, E., Malone, K., & McLoughlin, A. (2024). Associations between humiliation, shame, self-harm and suicidality among adolescents and young adults: A systematic review. *PLoS one*, 19(2), e0292691.
- Sadkowski, M., Dennis, B., Clayden, R. C., ElSheikh, W., Rangarajan, S., DeJesus, J., & Samaan, Z. (2013). The role of the serotonergic system in suicidal behavior. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1699–1716.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S50300>
- Schmaal, L., van Harmelen, A.-L., Chatzi, V., Lippard, E. T. C., Toenders, Y. J., Averill, L. A., Mazure, C. M., & Blumberg, H. P. (2020). Imaging suicidal thoughts and behaviors: A comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies. *Molecular Psychiatry*, 25(2), 408–427. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0587-x>
- Sesso, G., Bargnesi, F., Olzi, F., Mutti, G., Berloff, S., Viglione, V., Fantozzi, P., Tolomei, G., Guccione, F., Milone, A., & Masi, G. (2024). Efficacy and Safety of Lithium for Suicide and Suicide-Related Behaviors in Youth: A Review of the Literature. *Brain Sciences*, 14(11), 1139. <https://doi.org/10.3390/brainsci14111139>
- Sharp, C., & Rossouw, T. (2024). Mentalization-Based Treatment for Adolescents (MBT-A). *Psychodynamic Psychiatry*, 52(4), 542–562.
<https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.542>
- Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of man*.
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 181(3), 145–147.
- Shneidman Edwin S. (1996). *Suicide on my mind*. Oxford University Press.

- Simon I. Robert. (2004). *Assessing and managing suicide risk: Guidelines for clinically based risk management*.
- Simon, R. (2002). Suicide risk assessment: What is the standard of care? *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 340–344.
- Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20(2), 191–204. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.012>
- Sporniak, B., & Szewczuk-Bogusławska, M. (2025). Do Cortisol Levels Play a Role in Suicidal Behaviors and Non-Suicidal Self-Injuries in Children and Adolescents?—A Narrative Review. *Brain Sciences*, 15(3), 287. <https://doi.org/10.3390/brainsci15030287>
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
- Stanley, I. H., Rufino, K. A., Rogers, M. L., Ellis, T. E., & Joiner, T. E. (2016). Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD): A confirmatory factor analysis with 1442 psychiatric inpatients. *Journal of psychiatric research*, 80, 97–104.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Sudol, K., & Mann, J. J. (2017). Biomarkers of Suicide Attempt Behavior: Towards a Biological Model of Risk. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 31. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0781-y>

- Teismann, T., Brailovskaia, J., Robison, M., & Joiner, T. E. (2023). Self-burdensomeness, other-burdensomeness, and suicidal ideation. *Behaviour research and therapy*, 169, 104388. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104388>
- Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2016). Suicidal Behavior in Mood Disorders: Response to Pharmacological Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 18(9), 88. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0715-0>
- Toro, G. V., Arias, P., de la Torre-Luque, A., Singer, J. B., & Lagunas, N. (2025). Depression, anxiety, and suicide among adolescents: Sex differences and future perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 14(10), 3446.
- Van Meter, A. R., Knowles, E. A., & Mintz, E. H. (2023). Systematic Review and Meta-analysis: International Prevalence of Suicidal Ideation and Attempt in Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(9), 973–986. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.867>
- Vargas-Medrano, J., Diaz-Pacheco, V., Castaneda, C., Miranda-Arango, M., Longhurst, M. O., Martin, S. L., Ghumman, U., Mangadu, T., Chheda, S., Thompson, P. M., & Gadad, B. S. (2020). Psychological and neurobiological aspects of suicide in adolescents: Current outlooks. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 7, 100124. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100124>
- Vatrál, M., Jurík, J., Katrenčíková, B., Muchová, J., Ďuračková, Z., & Trebatická, J. (2026). Biological Risk Factors for Suicidal Behavior in Children and Adolescents: A Narrative Review. *Children*, 13(3), 356. <https://doi.org/10.3390/children13030356>
- Ventriglio, A., Gentile, A., Baldessarini, R. J., & Bellomo, A. (2015). Early-life stress and psychiatric disorders: Epidemiology, neurobiology and innovative pharmacological targets. *Current Pharmaceutical Design*, 21(11), 1379–1387. <https://doi.org/10.2174/1381612821666150105121244>

- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00116>
- Walther, D. J., Peter, J.-U., Bashammakh, S., Hörtnagl, H., Voits, M., Fink, H., & Bader, M. (2003). Synthesis of serotonin by a second tryptophan hydroxylase isoform. *Science*, 299(5603), 76. <https://doi.org/10.1126/science.1078197>
- Wang, X., Gan, Q., Zhou, J., Cosquer, M., Falissard, B., Corruble, E., Joussetme, C., & Gressier, F. (2022). *A systematic review of the factors associated with suicide attempts among sexual-minority adolescents*. <https://doi.org/10.1101/2022.01.19.22269164>
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Farkas, L., Feldman, D., Fischer, G., Graber, N., Haring, C., Herta, D. C., Iosue, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., ... Poštuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: Lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(1), 776. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-776>
- Wei, H.-T., Lan, W.-H., Hsu, J.-W., Bai, Y.-M., Huang, K.-L., Su, T.-P., Li, C.-T., Lin, W.-C., Chen, T.-J., & Chen, M.-H. (2016). Risk of Suicide Attempt among Adolescents with Conduct Disorder: A Longitudinal Follow-up Study. *The Journal of Pediatrics*, 177, 292–296. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.06.057>
- What is Self-Injury*. (s.d.). ISSS. Recuperato 28 aprile 2026, da <https://www.itriples.org/aboutnssi/what-is-self-injury>
- Wiśłowska-Stanek, A., Kołosowska, K., & Maciejak, P. (2021a). Neurobiological Basis of Increased Risk for Suicidal Behaviour. *Cells*, 10(10), 2519. <https://doi.org/10.3390/cells10102519>

- Wiśłowska-Stanek, A., Kołosowska, K., & Maciejak, P. (2021b). Neurobiological Basis of Increased Risk for Suicidal Behaviour. *Cells*, 10(10), 2519.
<https://doi.org/10.3390/cells10102519>
- World Health Organization. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. World Health Organization.
- Xu, H., & Zhang, W. (2025). Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Disability in Adolescents. In *The Palgrave Encyclopedia of Disability* (pp. 1–12). Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-40858-8_131-1
- Yakeley, J., & Burbridge-James, W. (2018). Approcci psicodinamici al suicidio e all’autolesionismo. *BJPsych Advances*, 24(1), 37–45.
<https://doi.org/10.1192/bja.2017.6>
- Zhou, Y., Lan, X., Wang, C., Zhang, F., Liu, H., Fu, L., Li, W., Ye, Y., Hu, Z., Chao, Z., & Ning, Y. (2024). Effect of Repeated Intravenous Esketamine on Adolescents With Major Depressive Disorder and Suicidal Ideation: A Randomized Active-Placebo-Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 63(5), 507–518. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.05.031>