



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISSPA)

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino (DSDB)
Direttore Prof. Baraldi

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea magistrale

Autolesionismo in età evolutiva: studio epidemiologico-clinico di pazienti ricoverati in Neuropsichiatria Infantile ospedaliera

Self-harm in developmental age: epidemiological-clinical study of patients
hospitalized in Child Neuropsychiatry

Relatrice

Prof.ssa Gatta Michela

Correlatrice

Dott.ssa Raffagnato Alessia

Laureanda:
Bellò Paola Chiara

Matricola:
2048476

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

RIASSUNTO	3
1. INTRODUZIONE	7
1.1 Autolesionismo	7
1.1.1 Classificazione dei comportamenti autolesivi.....	7
1.1.2 Comorbidità	8
1.2 Ideazione suicidaria e azione suicidaria.....	8
1.2.1 Classificazione diagnostica	8
1.2.2 Three-Step Theory of Suicide.....	9
1.2.3 Epidemiologia e fattori di rischio.....	10
1.3 Autolesività non suicidaria.....	12
1.3.1 Classificazione diagnostica	12
1.3.2 Modalità e sedi corporee.....	13
1.3.3 Funzioni dell'autolesività non suicidaria.....	13
1.3.4 Epidemiologia e fattori di rischio.....	14
1.4 Relazione tra autolesionismo non suicidario e comportamenti suicidari.....	16
1.5 Trattamento.....	17
2. STUDIO CLINICO	18
2.1 Scopo dello studio.....	18
2.2 Obiettivi di ricerca.....	18
3. MATERIALI E METODI	19
3.1 Partecipanti.....	19
3.2 Variabili dello studio.....	19
3.3.1 Variabili socio demografiche.....	20
3.3.2 Variabili cliniche.....	20
3.3 Materiale testale.....	23
3.4 Procedura.....	25

4. ANALISI STATISTICHE.....	27
5. RISULTATI.....	29
5.1 Analisi descrittiva del campione.....	29
5.1.1 Caratteristiche sociodemografiche	29
5.1.2 Caratteristiche cliniche.....	29
5.1.3 Caratteristiche dell'autolesionismo	31
5.2 Confronto tra gruppi: Tentato suicidio.....	32
5.2.1 Variabili sociodemografiche e cliniche.....	32
5.2.2 Analisi del materiale testale.....	36
5.2.3 Analisi di regressione.....	39
5.3 Confronto tra gruppi: Autolesionismo non suicidario e tentato suicidio.....	40
5.3.1 Variabili sociodemografiche e cliniche.....	40
5.3.2 Analisi del materiale testale.....	44
5.3.3 Analisi di regressione.....	48
6. DISCUSSIONE.....	50
6.1 Discussione risultati.....	50
6.2 Limiti della ricerca e prospettive future.....	56
7. CONCLUSIONI.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	60

RIASSUNTO

SCOPO DELLO STUDIO

Lo studio si prefigge di aggiungere conoscenze sul tema dell'autolesionismo in età evolutiva, con particolare riferimento agli aspetti che caratterizzano i comportamenti suicidari, differenziati in ideazione anticonservativa e tentato suicidio, e quelli non suicidari.

A tal fine ci si propone di analizzare un campione di adolescenti ricoverati da gennaio 2015 a dicembre 2023 presso la U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, centro di riferimento regionale per l'accoglienza e la gestione di minori con patologie psichiatrica anche in fase acuta, con problematiche di autolesionismo suicidario e non suicidario. Gli obiettivi specifici sono:

1. Descrivere il campione secondo le caratteristiche sociodemografiche, psicopatologiche e clinico-sintomatologiche riferite a coloro che presentano autolesionismo non suicidario e/o ideazione suicidaria e/o tentato suicidio.
2. Caratterizzare coloro che agiscono, rispetto a chi non lo fa, l'ideazione suicidaria, ricercando associazioni statisticamente significative tra variabili (sociodemografiche, psicopatologiche e clinico- sintomatologiche) e presenza di ideazione associata o meno a tentato suicidio.
3. Prendendo in considerazione il sottocampione formato da coloro che presentano autolesionismo non suicidario, caratterizzare coloro che mettono in atto un tentativo di suicidio, rispetto a chi non lo fa, ricercando associazioni statisticamente significative tra le variabili e presenza di ideazione associata o meno all'agito anticonservativo.

MATERIALI E METODI

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale retrospettivo. Il campione considerato è composto da pazienti di età compresa tra 8 e 18 anni, ricoverati presso i letti della U.O.C. Neuropsichiatria Infantile del dipartimento Pediatrico di Padova tra gennaio 2015 e dicembre 2023, che presentassero autolesionismo, come motivo di ricovero oppure emerso dalla raccolta anamnestica. I dati di ogni paziente sono stati acquisiti tramite revisione delle cartelle cliniche cartacee e del sistema operativo informatico di

archiviazione e consultazione dati utilizzato dall' AO di Padova previo consenso del paziente.

Le variabili raccolte sono di tipo sociodemografico, e clinico. Inoltre, sono stati considerati i seguenti materiali testali: YSR 11-18, CDI-2, BIS-11, TAS-20.

RISULTATI

Il campione è risultato composto principalmente da ragazze con età compresa fra 9 e 18 anni. È emerso un aumento dei ricoveri registrati tra il periodo pre-covid (2015-2019) e post covid (2020-2023) e la maggior parte ha avuto accesso mediante il Pronto Soccorso. A livello di contesto familiare si è registrata un'alta frequenza di conflittualità intrafamiliari e familiarità psichiatrica. Invece rispetto il contesto sociale si sono riscontrati problemi relativi alla socializzazione e a livello scolastico per più della metà dei pazienti. La diagnosi primaria maggiormente associata alla presenza di autolesionismo nel campione è risultata essere una sindrome di tipo affettivo (50,8%). Le indicazioni post-dimissione più frequenti rispetto la psicopatologia considerata sono una politerapia farmacologica e una presa in carico da parte della NPI distrettuale.

Relativamente alle variabili dell'autolesionismo si è rilevato che la maggior parte riporta ideazione suicidaria (85,9%) e il 41,2% ha il tentato suicidio. La modalità più frequente è l'ingestione incongrua di farmaci o sostanze (55,5%). Il 74,6% ha riportato autolesionismo non suicidario, la maggior parte con frequenza abituale e localizzato in una sola sede corporea. L'agito autolesivo risiede per il 48,7% dei casi nella ricerca di sollievo e l'età media del primo agito rilevata è fra i 13 e i 14 anni.

Dalle analisi statistiche del secondo obiettivo emergono le tendenze evidenziate nel primo obiettivo rispetto il contesto familiare e sociale. Il tasso dei ricoveri nel periodo post-covid (43,2%) è risultato più elevato rispetto gli anni antecedenti (38,3%). Risulta significativa la presenza di familiarità psichiatrica in associazione a un tentativo di suicidio. Rispetto la socializzazione, il ritiro sociale si è confermato un fattore di rischio importante per l'agito anticonservativo. Al contrario, la presenza di una patologia cronica è risultata un fattore protettivo statisticamente significativo.

A livello clinico è emersa un'associazione statisticamente significativa tra il tentato suicidio e la presenza di una sindrome affettiva. Un'ulteriore variabile significativa è l'ideazione suicidaria. Non sono emerse associazioni con la presenza di autolesionismo

non suicidario. Dal materiale testale emerge che coloro che mettono in atto un tentato suicidio abbiano una psicopatologia associata nel polo esternalizzante con scarso autocontrollo e rispetto delle regole. Inoltre, si riscontra un'associazione con il disturbo della condotta e impulsività da non pianificazione.

Nel terzo obiettivo di ricerca si sono riscontrate problematiche familiari e sociali in linea con le analisi precedenti. Il tasso di ricovero per coloro che presentavano sia autolesionismo non suicidario che tentato suicidio nel periodo post-covid è del 45,5%. Nel periodo pre-covid il tasso registrato è del 35,5%. Rispetto il contesto familiare sono emerse delle significatività relative alla presenza di genitori sposati e alla disoccupazione paterna. Essi sono stati rilevati come fattori di rischio per l'agito anticonservativo associato all'autolesionismo non suicidario. A livello sociale si è riconfermato come fattore influente il ritiro sociale, riportato dal 46,0% dei pazienti con tentato suicidio. Sono emerse significatività statistiche con la diagnosi primaria nell'area delle sindromi affettive, la presenza di ideazione suicidaria e l'indicazione di una politerapia farmacologica alla dimissione. La presenza di una patologia cronica è risultata un fattore protettivo statisticamente rilevante.

Dai dati relativi al materiale testale si evidenzia un profilo psicopatologico caratterizzato da problemi esternalizzanti, impulsività, scarso rispetto delle regole e autocontrollo associato a disturbi della condotta e oppositivi-provocatori.

CONCLUSIONI

Considerata la rilevanza sanitaria e sociale del fenomeno dell'autolesionismo in età evolutiva sarebbe opportuno sviluppare degli interventi relativi alla prevenzione primaria e secondaria che coinvolgano il contesto sociale e familiare. A livello di trattamento il lavoro potrebbe concentrarsi sull'implementazione di strategie per la regolazione emotiva e comportamentale che vadano a sostituirsi a strategie disadattive quali agiti autolesivi/anticonservativi.

1. INTRODUZIONE

1.1 AUTOLESIONISMO

I comportamenti autolesivi sono definiti come tutti quei comportamenti messi in atto intenzionalmente e con la consapevolezza che gli stessi possano causare o causeranno nel soggetto un danno, sia esso fisico o psicologico (Nock, 2010).

È necessario distinguere tra autolesività suicidaria e autolesività non suicidaria. Nella prima è presente l'ideazione suicidaria, mentre nella seconda il comportamento è messo in atto senza che vi sia la volontà di raggiungere la morte.

La problematica principale legata a questa classificazione è che si basa sulla quantificazione dell'intenzione del soggetto rispetto l'atto autolesivo. In clinica un qualsiasi livello di ideazione suicidaria definibile come "non assente" è ascrivibile all'interno dell'autolesionismo suicidario.

L'adolescenza è una fase di sviluppo in cui è presente maggiore intensità emotiva e reattiva, disregolazione e difficoltà nell'autocontrollo. È un periodo cruciale e i giovani vengono posti di fronte a molte sfide significative, fondamentali per la costruzione dell'identità e della propria indipendenza (De Luca et al., 2023). È probabile che a questa d'età possano essere sperimentate forti emozioni negative associate a disagio psicologico.

1.1.1 Classificazione dei comportamenti autolesivi

Viene proposta la seguente classificazione dei comportamenti autolesivi (Nock, 2010) (Immagine 1):

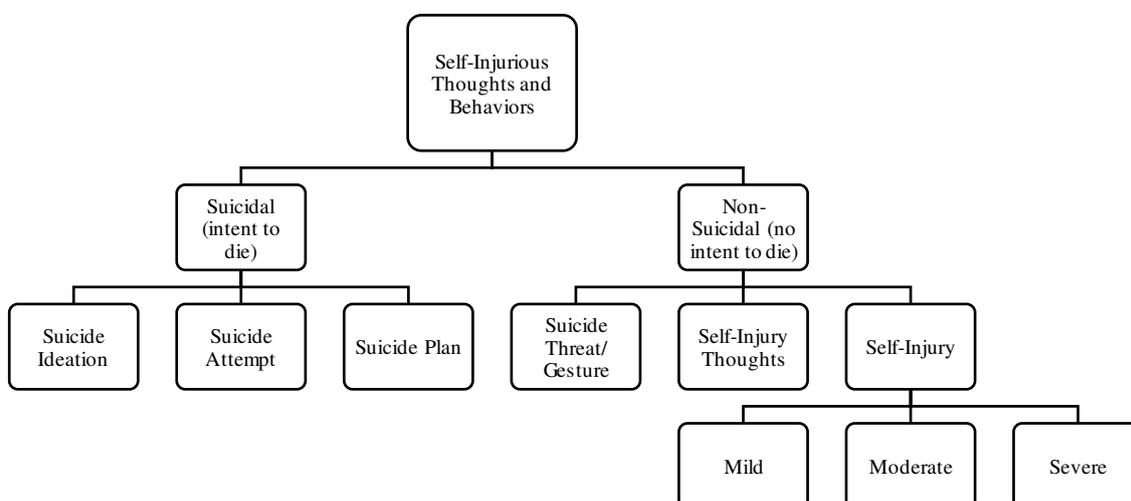


Immagine 1: Classificazione comportamenti autolesivi

1.1.2 Comorbidità

In uno studio precedente sui ricoverati all'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale-Università di Padova emerge come il 41% dei ricoverati da gennaio 2013 a dicembre 2019 abbia avuto accesso a seguito di ideazione suicidaria, tentato suicidio o autolesionismo non suicidario.

L'autolesionismo suicidario all'interno del DSM-5 è associato a una varietà di psicopatologie, i più comuni risultano essere il disturbo bipolare, il disturbo depressivo maggiore e la schizofrenia.

Rispetto l'autolesionismo non suicidario, emerge come la maggior parte degli adolescenti con agiti presentasse sufficienti elementi clinici per porre una diagnosi nell'area internalizzante, esternalizzante o legato all'uso di sostanze, nello specifico: il 51,7% rispetto problematiche di tipo internalizzante; il 62,9% nei disturbi esternalizzanti; infine, il 58,9% rispetto l'abuso di sostanze (Nock et al. 2006).

L'autolesionismo non suicidario sembra inoltre correlato in particolare con disturbi del comportamento alimentare (Claes, et al 2003), depressione (Hilt, et al 2008), alessitimia e impulsività (Gatta, et al. 2016). In origine, la condizione era studiata nel contesto del disturbo borderline di personalità, ma successivamente è stato evidenziato come l'autolesionismo non suicidario fosse più comune tra le popolazioni non cliniche (Gratz et al., 2011). Ad oggi è più comune considerarlo come un sintomo psicopatologico trasversale e non specifico di molte condizioni cliniche e piuttosto che una categoria diagnostica discreta sarebbe utile inquadrarlo in termini funzionali (Lingiardi & McWilliams, 2020).

1.2 IDEAZIONE E AZIONE SUICIDARIA

1.2.1 Classificazione diagnostica

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) identifica il disturbo da comportamento suicidario.

- Negli ultimi 24 mesi l'individuo ha compiuto un tentativo di suicidio. Un tentativo di suicidio è una sequenza di comportamenti intrapresa volontariamente da parte dell'individuo che, al momento dell'avvio, si aspettava che il complesso delle sue azioni l'avrebbe condotto alla morte;

- Il gesto non soddisfa i criteri per l'autolesività non suicidaria, cioè non comprende atti di autolesività della superficie cutanea compiuti per indurre sollievo da uno stato emotivo o cognitivo negativo o per raggiungere uno stato d'animo positivo;
- La diagnosi non è applicata all'ideazione suicidaria o alle azioni preparatorie;
- Il gesto non ha avuto inizio in un momento di delirio o confusione;
- Il gesto non è stato messo in atto esclusivamente per un obiettivo politico o religioso.

È inoltre necessario specificare se:

- Corrente: non più di 12 mesi dall'ultimo tentativo;
- In remissione precoce: 12-24 mesi dall'ultimo tentativo.

All'interno della suicidalità si trovano molti elementi. Prima fra tutti è l'ideazione suicidaria che comprende pensieri passivi, pensieri generici e senza un reale pianificazione. Tali pensieri possono diventare ricorrenti e pervasivi, fino a portare a una reale pianificazione del gesto autolesivo. Dall'ideazione si giunge poi ad atti preparatori finalizzati a un tentativo di suicidio, fino a giungere a un suicidio fallito o interrotto. Il tutto può culminare con un tentativo di suicidio o con un suicidio completo.

Ulteriori specificazioni vengono poste rispetto alla violenza del metodo seguito: in genere un'overdose di sostanze è considerata un metodo non violento; defenestrazione e ferite da arma da fuoco sono invece classificate come violente.

1.2.2 Three-Step Theory of Suicide

Per spiegare il rapporto tra ideazione suicidaria e tentato suicidio, Klonsky e May hanno elaborato la Three-Step Theory of Suicide. Essa prevede la presenza di tre fasi che portano l'individuo con ideazione ad agire.

- a. Al primo step vi è l'insieme di dolore e disperazione che sono alla base dell'ideazione suicidaria.
- b. Al secondo step, la socializzazione impedisce il rafforzamento dell'idea del suicidio in soggetti a rischio. Il ruolo primario della socializzazione è di proteggere l'individuo dall'ideazione suicidaria in soggetti ad alto rischio.
- c. Infine, un tentativo di suicidio sarà possibile solo in presenza di mezzi e capacità.

La teoria si pone all'interno del "ideation-to-action" framework (Immagine 2).

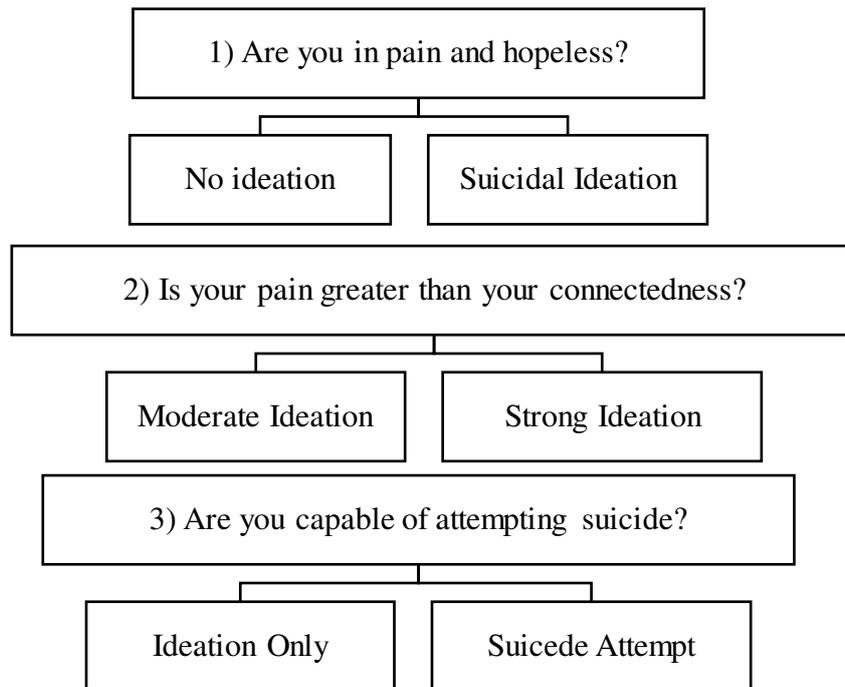


Immagine 2: Three-Step Theory of Suicide

1.2.3 Epidemiologia e fattori di rischio

Il suicidio è la quarta causa di morte tra i giovani (15-29 anni) in tutto il mondo e per questo è un problema rilevante per sanità pubblica (WHO, 2019). In Italia nell'anno 2021 (ultimo anno per il quale sono disponibili attualmente i dati), secondo i dati ISTAT dell'indagine sulle cause di morte, si sono registrati 529 casi di suicidio nella popolazione tra i 15 e i 34.

Il tasso di tentato suicidio nella popolazione europea in età adolescenziale è del 10,5% (Kokkevi et al., 2012). In Italia, nell'anno 2017, il tasso rilevato era del 5,9% (Osservatorio Nazionale Adolescenti). Rispetto l'ideazione suicidaria, emerge come il 15-33% della popolazione in età adolescenziale ne abbia avuto esperienza (Nock et al., 2013). In Europa invece, il tasso registrato è del 7,4% (Kokkevi et al., 2012).

L'età evolutiva è un periodo caratterizzato da molti cambiamenti sia a livello fisico che psicologico, il tutto accompagnato da aspettative e pressioni sociali esercitate dai genitori e dai pari. Inoltre, in questa fase è spesso richiesto agli adolescenti di prendere importanti decisioni rispetto il loro futuro, come ad esempio rispetto la scuola, il gruppo di amici o la propria identità. L'età più a rischio per la suicidalità risulta essere quindi la tarda adolescenza (Nock et al., 2008). Inoltre, sembra emergere un maggior prevalenza di

ideazione anticonservativa e tentato suicidio nel genere femminile. I maschi invece sembrano giungere con maggior frequenza un suicidio completo (McLoughlin et al., 2015).

I fattori di rischio possono essere considerati come elementi che minano l'accesso a risorse di supporto e ostacolano al raggiungimento di obiettivi. In letteratura vengono identificati una serie di fattori di rischio che possono portare a un comportamento anticonservativo (Bilsen, 2018). Tra questi si trovano:

- Disturbi mentali: dalla letteratura emerge che il suicidio è strettamente legato alla presenza di disturbi mentali. Essi, infatti, contribuiscono tra il 47 e il 74% al rischio di suicidio. Tra i diversi disturbi mentali si evidenziano:
 - Disturbi affettivi
 - Abuso di sostanze: in particolar modo l'abuso di alcool
 - Disturbi di personalità: in particolare i disturbi di personalità borderline e antisociale
 - Disturbi del comportamento alimentare
 - Schizofrenia
 - Disturbi ansiosi

In generale la comorbidità tra i disturbi mentali contribuisce ad aumentare il rischio di suicidio.

- Precedente tentativo di suicidio: circa il 25-33% dei casi di suicidio sono stati associati a un precedente tentativo.
- Caratteristiche personali: impulsività, difficoltà nel gestire le emozioni, scarsità di strategie di problem-solving, pensiero rigido e dicotomico. Questi fattori causano molto spesso senso di inefficacia e insicurezza che può sfociare in rabbia e comportamenti aggressivi.
- Fattori familiari: la storia di disturbi mentali di un membro diretto della famiglia (soprattutto dispetto la depressione l'abuso di sostanze) è uno dei principali fattori. Inoltre, si può trovare scarsa comunicazione tra i membri, clima conflittuale, violenza domestica e divorzio.
- Eventi specifici: lutti, rigetto dal gruppo dei pari, difficoltà scolastiche, bullismo e cyberbullismo, abuso mentale, fisico e sessuale.
- Imitazione: esposizione a modelli a cui potersi ispirare.

1.3 AUTOLESIVITÀ NON SUICIDARIA

1.3.1 Classificazione diagnostica

Fino a una decina di anni fa l'autolesionismo non suicidario era considerato tra i "sintomi speciali o sindromi non altrimenti specificate" rispetto il disturbo borderline di personalità. Dal 2013 l'autolesionismo è stato inserito tra i disturbi psichiatrici del Manuale Diagnostico e Statistico (DSM-5) come entità patologica indipendente all'interno della Sezione III.

L'autolesività non suicidaria viene definita come la distruzione volontaria della superficie corporea in mancanza di intento anticonservativo. I criteri presenti nel DSM-5 sono:

- A. Nell'ultimo anno 5 o più episodi autolesivi tali da indurre sanguinamento, lividi o dolore, senza intento anticonservativo;
- B. Nell'atto autolesivo sono implicate una o più delle seguenti aspettative:
 - 1. Ottenere sollievo da uno stato emotivo o cognitivo;
 - 2. Risolvere una difficoltà interpersonale;
 - 3. Indurre uno stato positivo.
- C. L'autolesionismo intenzionale è associato ad almeno uno dei seguenti criteri:
 - 1. Difficoltà interpersonali, stati d'animo o pensieri negativi, che si verificano nel periodo immediatamente precedente all'atto autolesivo;
 - 2. Prima di compiere l'atto autolesivo, presenza di un momento di preoccupazione per il comportamento previsto, difficile da controllare;
 - 3. Frequenti pensieri legati all'autolesionismo, anche quando non viene attuato.
- D. Il comportamento non è socialmente autorizzato, e non si limita a lesioni da grattamento od onicofagia.
- E. Il comportamento, o le sue conseguenze, causa interferenze clinicamente significative nelle relazioni interpersonali, accademiche, o in altre aree importanti del funzionamento.
- F. Il comportamento non si verifica esclusivamente durante episodi psicotici, deliranti, da intossicazione di sostanze stupefacenti o in astinenza dalle stesse.

In soggetti con disturbi del neurosviluppo, il comportamento autolesivo non è riconducibile ad un modello di stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio spiegato da altro disturbo mentale o condizione medica.

1.3.2 Modalità e sedi corporee

La modalità più utilizzata per l'autolesionismo non suicidario è il self-cutting. Altre modalità meno comuni sono il self-hitting, self-banging, self-burning o altri danni causati da morsi o incisioni. A livello di sede corporea interessata, si trovano con maggior frequenza gli arti superiori. Altre zone interessate sono:

- Superficie anteriore della gamba;
- Anche;
- Addome;
- Superficie mediale e laterale della gamba.

Nella maggior parte dei pazienti viene coinvolta una sola sede corporea. Il numero di sedi in cui viene praticato self-cutting sembra essere contribuire nella valutazione della gravità dei sintomi psichiatrici presenti (Laukkanen et al., 2013).

Inoltre, sembrano emergere delle differenze di genere rispetto la modalità. Le ragazze sembrano infatti utilizzare maggiormente il self-cutting mentre i maschi sembrano prediligere il self-burning (Claes L. et al., 2007).

1.3.3 Funzioni dell'autolesività non suicidaria

Diverse teorie che tentano di spiegare la funzionalità del comportamento autolesivo non suicidario. Tra queste si evidenziano:

1. Four Function: in un prospettiva funzionale vengono identificate diverse modalità con cui si rinforza il comportamento in maniera positiva o negativa, rispetto una dimensione interpersonale o intrapersonale. (Tabella 1)

Rinforzo	Intrapersonale	Interpersonale
Positivo	Aumento di stati cognitivi o affettivi desiderati (benessere, appagamento)	Aumento di eventi sociali desiderati (attenzione, supporto)
Negativo	Eliminazione di stati cognitivi o affettivi avversi (diminuzione della tensione)	Eliminazione di eventi sociali avversi (interrompere una lite tra i genitori)

Tabella 1: Teoria delle Four Function dell'autolesionismo suicidario

2. Social Learning: in adolescenza la decisione di mettere in atto un comportamento autolesivo è influenzata anche dai modelli che hanno osservato e appreso anche dai gruppi dei coetanei (Nock, 2010). In questo possono intervenire anche i media che possono rappresentare un mezzo attraverso cui sono esposti a tali contenuti.
3. Self Punishment: lo scopo punitivo dell'atto è una tra le prime motivazioni che portano all'atto (Sadeh et al., 2014). Nei pazienti con autolesionismo è stata osservata una maggiore tendenza all'autocritica e di autocolpevolizzazione.
4. Social Signaling: attraverso il comportamento autolesivo, l'individuo esprime il proprio disagio. Questo avviene come esito di un processo dove la comunicazione verbale ha fallito, richiedendo un mezzo comunicativo di tipo fisico-comportamentale (Nock, 2010).
5. Teoria dell'analgesia: dalla letteratura emerge come coloro che mettono atto comportamenti autolesivi riportino una percezione minore del dolore. Tale effetto è stato associato a un maggior livello di oppioidi endogeni oppure a una predisposizione genetica del soggetto. Secondo la teoria del "*Pain Offset Relief*" (Franklin et al., 2013) il ricorso al dolore fisico è funzionale a una riduzione del dolore emozionale in quanto la cessazione dell'atto comporterebbe di per sé una sensazione di sollievo.

1.3.4 Epidemiologia e fattori di rischio

L'autolesionismo è stato riconosciuto come un problema significativo soprattutto tra gli adolescenti considerata l'alta incidenza del fenomeno (Hawton et al., 2012) e la gravità delle conseguenze cognitive ed emotive sullo sviluppo. Alcuni studi hanno rilevato che circa il 23% degli adolescenti ha riportato almeno un episodio di autolesionismo non suicidario (Gillies et al., 2018). L'età di esordio è riscontrata essere attorno ai 12-14 anni e da studi recenti è emerso che raggiunge un picco tra i 15 e i 17 anni e diminuisce nella prima età adulta (Plener et al., 2015).

Negli ultimi anni si è visto un aumento degli accessi in Pronto Soccorso per autolesionismo non suicidario in età evolutiva e da numerosi studi si evince che il comportamento autolesivo sia più frequente nel genere femminile, nella fascia dei 14-16 anni, proveniente da famiglie ad alto reddito (Zanus C., et al. 2017).

In letteratura l'autolesionismo non suicidario è identificato come una forma disadattiva di regolazione emotiva (Mancinelli et al., 2022). Può essere infatti considerato come una

strategia di coping disattiva per gestire stati emotivi negativi o regolarne l'insorgenza. Inoltre, può essere interpretato come una forma di comunicazione della propria sofferenza (Liu et al., 2016).

Alcuni fattori cruciali per l'emersione di comportamenti autolesivi riguardano sia l'ambito interpersonale che intrapersonale (De Luca et al., 2023). Tra i fattori di rischio evidenziati in letteratura per l'autolesionismo non suicidario si trovano (Fox et al., 2015):

- Fattori demografici:
 - Genere femminile;
 - Adolescenza;
 - Disoccupazione;
 - Vivere da soli;
- Fattori familiari:
 - Conflittualità intrafamiliari;
 - Genitori separati;
 - Problemi di salute familiari;
 - Disturbi mentali di uno o entrambi i genitori;
- Abuso e maltrattamento in infanzia:
 - Abuso sessuale;
 - Maltrattamenti e negligenza fisica;
 - Maltrattamento e negligenza emotiva;
- Disturbi mentali:
 - Disturbi d'ansia;
 - Disturbi dell'umore;
 - Aggressività e comportamenti esternalizzanti estremi;
 - Disturbi alimentari;
 - Abuso di sostanze;
 - Comportamenti internalizzanti estremi;
 - Disturbi di personalità del Cluster C;
- Comportamento suicidario e NSSI:
 - Precedenti episodi di NSSI;
 - Precedente storia di ideazione anticonservativa e tentato suicidio;
 - Esperienza di comportamento autolesivo tra i pari.

1.4 RELAZIONE TRA AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO E COMPORTAMENTI SUICIDARI

L'autolesionismo non suicidario, come già esplicitato precedentemente, viene differenziato dal comportamento suicidario sulla base dell'intenzione dell'atto. Nel tentato suicidio prevale la volontà di porre fine al proprio stato di coscienza, mentre negli atti di autolesionismo non suicidario vi è l'intenzione di sopperire al dolore psicologico attraverso il dolore fisico (Halicka et al., 2018). Altra differenza identificata è la letalità delle metodiche (Andover et al., 2010):

- Nell'autolesionismo non suicidario si trovano modalità a ridotta letalità (tagli e graffi);
- Nell'autolesionismo suicidario invece vi sono modalità più violente e ad alta mortalità (caduta dall'alto, avvelenamento).

Attraverso studi su campioni clinici di adolescenti si trova che gli agiti autolesionisti non suicidari sono significativamente più frequenti rispetto il comportamento suicidario (Nock, et al., 2006). Si evidenzia anche come queste due forme di comportamento vengano spesso ritrovate sullo stesso paziente.

Uno studio longitudinale su un campione di adolescenti con depressione maggiore ha identificato come l'autolesionismo non suicidario sia un fattore predittivo di un tentato suicidio (Wilkinson et al., 2011). Da una metanalisi (Victor e Klonsky, 2014) emerge come dopo l'ideazione suicidaria, i più forti elementi predittivi rispetto un comportamento suicidario, siano la frequenza di agiti autolesivi non suicidari, il numero di metodiche utilizzate e la mancanza di speranza.

Esistono diverse teorie che provano a spiegare il passaggio dall'autolesionismo non suicidario a un comportamento suicidario. La "*Gateway Theory*" prevede che i due comportamenti siano i due estremi di un continuum: l'autolesionismo non suicidario precederebbe l'emergere di un comportamento suicidario (Hamza et al., 2012).

Una teoria alternativa è la "*Third Variable Theory*" che prevede che la relazione tra i due comportamenti sia mediata da una terza variabile come ad esempio: fattori biologici sottostanti, fattori di rischio condivisi o presenza di disturbi psichiatrici.

Ulteriore spiegazione viene data dalla "*Joiner's Theory of Acquired Capability for Suicide*". Secondo questa prospettiva, l'individuo con ideazione suicidaria deve

raggiungere la capacità acquisita al suicidio, ovvero superare la paura e il dolore rispetto l'agito anticonservativo. In tale senso, il comportamento autolesivo non suicidario rappresenta il mezzo attraverso il quale viene acquisita la desensibilizzazione.

1.5 TRATTAMENTO

Nel trattamento dell'autolesionismo suicidario vi deve essere: il trattamento della psicopatologia comorbidita, l'intervento su componenti cognitive e abilità sociali e l'attivazione di programmi di psicoeducazione.

Nell'autolesionismo suicidario si attua la strategia di prevenzione del suicidio abbassando il rischio immediato e cercando di prevenire le ricadute. È necessario svolgere un'analisi dei fattori di rischio responsabili del crollo (Steele, 2007). Le terapie più diffusamente applicate fanno riferimento all'approccio cognitivo comportamentale (CBT, DBT). In generale l'obiettivo della terapie si pone al superamento della crisi e a un'implementazione delle capacità adattive del soggetto. È inoltre consigliabile un supporto di tipo farmacologico.

Rispetto l'autolesionismo non suicidario invece le indicazioni prevedono l'attivazione di una psicoterapia (preferibilmente CBT, DBT e mentalizzazione) in associazione alla terapia farmacologica. Inoltre, alcuni studi hanno evidenziato come il comportamento autolesivo (nello specifico il self-cutting) sia associato alla presenza di alessitimia, difficoltà relazionali e impulsività per cui gli interventi di prevenzione primaria e secondaria dovrebbero mirare alla psicoeducazione all'affettività, all'autocontrollo e alle abilità sociali (Gatta et al. 2019).

2. STUDIO CLINICO

2.1 SCOPO DELLO STUDIO

Il presente studio si prefigge lo scopo di aggiungere conoscenze sul tema dell'autolesionismo in età evolutiva, facendo particolare riferimento agli aspetti di suicidalità, differenziati in ideazione suicidaria e tentato suicidio, e a quelli non suicidari. A tale scopo viene analizzato un campione di adolescenti ricoverati da gennaio 2015 a dicembre 2023 presso la U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, centro di riferimento regionale per l'accoglienza e la gestione di minori con patologie psichiatriche anche in fase acuta, con problematiche di autolesionismo suicidario e non suicidario.

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale retrospettivo. I dati sono stati raccolti attraverso la revisione di cartelle cliniche cartacee e tramite il sistema operativo informatico di archiviazione e consultazione dei dati utilizzato dall'AO di Padova, previo consenso informato del paziente.

Tutti i dati sono stati trattati in anonimato nel rispetto dei principi della dichiarazione di Helsinki 2013 e a puri fini di studio.

2.2 OBIETTIVI DI RICERCA

La ricerca si pone i seguenti obiettivi specifici:

- I. Descrivere il campione secondo le caratteristiche sociodemografiche, psicopatologiche e clinico- sintomatologiche riferite a coloro che presentano autolesionismo non suicidario e/o ideazione suicidaria e/o tentato suicidio;
- II. Caratterizzare coloro che attuano un tentato suicidio, rispetto a chi non lo fa, ricercando associazioni statisticamente significative tra variabili (sociodemografiche, psicopatologiche e clinico- sintomatologiche) e presenza di ideazione associata o meno a tentato suicidio;
- III. Prendendo in considerazione il sottocampione formato da coloro che presentano autolesionismo non suicidario, caratterizzare coloro che mettono in atto un tentativo di suicidio, rispetto a chi non lo fa, ricercando associazioni statisticamente significative tra le variabili e presenza di ideazione associata o meno all'agito anticonservativo.

3. MATERIALI E METODI

3.1 PARTECIPANTI

Lo studio è stato svolto su pazienti di età compresa tra 9 e 18 anni che presentavano almeno un ricovero (degenza di almeno 24 ore) presso i letti della U.O.C. Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedale-Università di Padova tra gennaio 2015 e dicembre 2023.

Il criterio di inclusione nel campione è la presenza di autolesionismo (autolesionismo suicidario, autolesionismo non suicidario e ideazione anticonservativa) come motivo di ricovero oppure come dato ricavato dall'anamnesi. Sono estati esclusi tutti coloro che presentavano un'età maggiore di 18 anni e un periodo di ricovero in reparto inferiore alle 24 ore.

Tali informazioni sono state raccolte attraverso la revisione delle cartelle cliniche cartacee e dal sistema operativo informatico di archiviazione e consultazione dati utilizzato dall'AO di Padova, previo consenso del paziente.

Per la creazione finale del dataset si sono considerati i dati relativi al primo ricovero, segnalando come variabili l'eventuale presenza di recidiva e il numero di ricoveri totali successivi.

Il campione finale così selezionato comprende 311 pazienti.

3.2 VARIABILI DELLO STUDIO

3.2.1 Variabili sociodemografiche

Per ogni paziente sono stati considerati i seguenti dati sociodemografici:

- Data di nascita
- Sesso: F / M
- Età al momento del ricovero: calcolata in mesi
- Etnia: caucasica / latina / africana / asiatica / altro
- Immigrazione: nato in Italia / giunto in Italia successivamente
- Scolarità: materna / scuola primaria / scuola secondaria di primo grado / scuola secondaria di secondo grado

A livello familiare attraverso l'anamnesi e colloqui clinici sono stati raccolti i seguenti dati:

- Et  dei genitori
- Stato civile dei genitori: sposati / separati / vedovo/a / altro
- Titolo di studio dei genitori
- Occupazione dei genitori
- Numero di fratelli e/o sorelle
- Presenza di familiarit  psichiatrica
- Presenza di problemi di salute in famiglia
- Presenza di conflittualit  intrafamiliare

Per approfondire il contesto sociale e ambientale dei pazienti sono stati raccolti i seguenti dati:

- Presenza di problemi scolastici
- Socializzazione con i pari prima del ricovero (buona / difficile-conflittuale / ritiro sociale)
- Episodi di bullismo/cyberbullismo
- Presenza di eventi traumatici

3.2.2 Variabili cliniche

Rispetto l'ambito clinico sono stati raccolti i seguenti dati:

- Presenza di patologia cronica
- Abuso di device: assente (<3 ore al giorno) / presente (>3 ore al giorno)
- Uso/abuso di alcool
- Uso/abuso di sostanze
- Problematica alimentare: assente / attenzione-focalizzazione / disturbo del comportamento alimentare

Per quanto concerne le variabili relative al ricovero, sono state identificati:

- Motivo d'accesso:
 - Ideazione suicidaria / Tentato suicidio
 - Sintomi ansiosi
 - Disordini del comportamento alimentare
 - Agitazione psicomotoria / Aggressivit 
 - Sintomi funzionali
 - Sintomi psicotici

- Altro
- Modalità di ammissione:
 - Pronto Soccorso
 - Consulenza
 - Visita ambulatoriale
 - Programmato
 - Trasferimento da un altro reparto/ospedale
- Presenza di recidive di ricovero
- Numero totale di ricoveri effettuati nell'intervallo di tempo dello studio
- Durata del ricovero in giorni
- Precedenti richieste di aiuto o accessi ai servizi in ambito psicologico o psichiatrico

Un ulteriore dato raccolto riguarda la diagnosi primaria indicata per cui è stata utilizzata la codifica della *Internation Classification of Disease ICD-10* (Tabella 2).

Diagnosi	Codice ICD-10
Disturbi psicotici	F20 – F29
Sindromi affettive	F30 – F39
Disturbi d'ansia	F40 – F42
Sindromi e disturbi associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche	F50 – F59
Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio in infanzia e adolescenza, e disturbi di personalità	F90 – F98

Tabella 2: Diagnosi primaria e codici ICD-10

Allo stesso modo sono stati codificati eventuali disturbi presenti in comorbidità (seconde e terze diagnosi). Un'altra variabile raccolta era infatti riferita alla presenza o meno di comorbidità psichiatriche.

Per quanto concerne l'autolesionismo sono stati presi in considerazione i seguenti dati:

- Autolesionismo suicidario:
 - Ideazione anticonservativa: presente / assente
 - Tentato suicidio: presente / assente
 - Metodo del tentato suicidio: farmaci o sostanze / tagli / altro

- Autolesionismo non suicidario:
 - Presenza / assenza
 - Frequenza: occasionale (<5 volte/anno) / abituinario (>5 volte/anno)
 - Sede: una sede / più sedi
 - Motivazione: non nota / autopunirsi / trovare sollievo alle sofferenze / entrambe
 - Necessità di sutura

Infine, sono state raccolte le informazioni relative alla dimissione. Nello specifico:

- Servizi post-dimissione:
 - Presa in carico della Neuropsichiatria Infantile distrettuale
 - Servizio di semiresidenza o diurnato
 - Comunità residenziale (educativa, terapeutica, riabilitativa protetta CTRP o CER)
 - Privato (psicoterapia)
 - Centro specializzato DCA
 - Altro
- Terapia farmacologica:
 - Indicazione di farmacoterapia
 - Monoterapia / Politerapia
 - Combinazione di farmaci (Tabella 3)

Combinazione della terapia farmacologica	Codice
No terapia	0
Neurolettici	1
Neurolettici + Antidepressivi + Benzodiazepine + Stabilizzanti dell'umore	2
Stabilizzanti dell'umore	3
Antidepressivi	4
Benzodiazepine	5
Benzodiazepine + Neurolettici	6
Neurolettici + Stabilizzanti dell'umore	7
Neurolettici + Benzodiazepine + Stabilizzanti dell'umore	8
Neurolettici + Antidepressivi	9

Neurolettici + Benzodiazepine + Antidepressivi	10
Benzodiazepine + Antidepressivi	11
Neurolettici + Antidepressivi + Stabilizzanti dell'umore	12
Benzodiazepine + Stabilizzanti dell'umore	13
Antidepressivi + Stabilizzanti dell'umore	14

Tabella 3: Combinazione terapia farmacologica e codici categorizzazione

3.3 MATERIALE TESTALE

Il materiale testale standardizzato preso in considerazione è:

- *Youth Self-Report 11-18* (YSR)
- *Children's Depression Inventory 2* (CDI-2)
- *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20)
- *Barratt Impulsiviness Scale* (BIS-11)

Lo YSR 11-18 (Achenbach et al., 2001) è uno dei questionari più utilizzati per valutare i problemi comportamentali, emotivi e le competenze nell'età evolutiva. È una scala autosomministrata sviluppata da Achenbach e Rescorla che si struttura in due parti. Punteggi elevati denotano una maggiore compromissione sintomatologica e funzionale. La prima parte fa riferimento alle competenze sociali e al funzionamento adattivo ed è costituita di 20 item valutati su una scala ordinale a 4 punti. In questa sezione vengono individuate tre aree di competenza:

- Scala delle attività;
- Scala della socialità;
- Scala delle competenze totali.

La seconda parte invece indaga i problemi emotivi e comportamentali attraverso 118 item valutati su una scala ordinale a 3 punti. Dalle risposte di questa sezione viene ricavato invece un profilo psicologico/psicopatologico. Le varie problematiche vengono valutate nel range di normale, borderline o clinico in 8 scale sindromiche:

- Ansia e depressione
- Lamentele somatiche
- Ritiro e depressione
- Problemi sociali

- Problemi del pensiero
- Problemi di attenzione
- Comportamento delinquenziale
- Comportamenti aggressivi

Queste scale sono raggruppabili in 3 macrocategorie sindromiche:

1. Problemi internalizzanti: comprende problemi associati a conflitti interni, comportamenti e stati emotivi di ritiro, inibizione, tensione, vergogna, passività, preoccupazione, stati d'ansia e depressione;
2. Problemi esternalizzanti: comportamenti in cui si evidenzia un mancanza o incapacità del controllo, bullismo, rabbia, iperattività, distraibilità, comportamento antisociale, comportamento aggressivo e disadattamento nelle relazioni interpersonali;
3. Problemi né internalizzanti né esternalizzanti: come ad esempio problemi sociali, del pensiero, dell'attenzione e altre problematiche non inseribili all'interno delle precedenti scale.

Inoltre, vengono individuate 6 scale DSM-Oriented (DOS) volte a coprire i disturbi dell'età evolutiva attraverso la valutazione del grado di coerenza degli elementi inclusi nella scala con i corrispondenti criteri del DSM-5. Le scale sono:

- Problemi Affettivi
- Problemi d'Ansia
- Problemi Somatici
- Problemi di Attenzione e Iperattività
- Problemi Oppositivi Provocatori
- Problemi della Condotta

Dalla somma delle tre scale “Problemi Attentivi”, “Comportamento aggressivo” e “Ansioso/Depressivo” è stato calcolato il punteggio DERS, ovvero la disregolazione emotiva.

Il CDI-2 (Kovacs, 2018) è un questionario self-report sviluppato per effettuare l'assessment della sindrome depressiva. È specifico dell'età evolutiva (7 -17 anni) ed è composto da 28 item valutati su una scala di risposta Likert a 3 livelli (0-2). Vengono valutati problemi emotivi e problemi funzionali identificati nelle seguenti sottoscale:

- Umore negativo/sintomi fisici
- Autostima negativa

- Inefficacia
- Problemi interpersonali.

Un punteggio totale alto, nonostante rifletta un sentimento percepito di depressione nel paziente, non è sufficiente per fare inferenze diagnostiche rispetto la presenza di un disturbo.

La TAS-20 (Taylor, et al., 1992) è un questionario self-report sviluppato per valutare i tratti alessitimici. L'alessitimia è definita come un deficit cognitivo e affettivo nel riconoscimento e nell'espressione delle emozioni. È considerata un fattore di rischio trasversale a tutta la patologia somatica e mentale.

È costituita da 20 item su una scala di risposta Likert a 5 punti. Vengono valutate 3 dimensioni:

- Difficoltà nell'identificare i sentimenti;
- Difficoltà nel descrivere i sentimenti agli altri;
- Pensiero orientato all'esterno.

I punteggi ottenuti variano da un minimo di 20 a un massimo di 100. I cut-off clinici identificati sul punteggio totale sono:

- Punteggio inferiore a 51: profilo non alessitimico
- Punteggio tra 51 e 60: profilo borderline
- Punteggio superiore o uguale a 61: profilo alessitimico.

Il BIS-11 (Patton et al., 1995) è un questionario self-report usato per la valutazione dei tratti di impulsività. È composto da 30 item con una scala di risposta Likert a 4 punti (1-4) che analizzano:

- Impulsività attentiva: disattenzione ed instabilità cognitiva
- Impulsività motoria: instabilità motoria e mancanza di perseveranza
- Impulsività da non pianificazione: mancanza di auto-controllo e l'intolleranza alla complessità cognitiva.

Il punteggio totale varia da 30 a 120 ed offre una stima quantitativa dell'impulsività che deriva dalla somma dei tre fattori.

3.4 PROCEDURA

Lo studio svolto è di tipo osservazionale di coorte retrospettivo e si è basato sulla revisione di cartelle cliniche cartacee, report di colloqui neuropsichiatrici di pazienti e

genitori, lettere di dimissione, schede di segnalazione e relazioni cliniche di invio ai servizi territoriali.

I dati raccolti sono stati inseriti in un database creato utilizzando Microsoft Excel. La maggior parte delle variabili descrittive, principalmente quelle relative alle variabili socio-demografiche, sono state convertite in variabili numeriche. Per le analisi statistiche è stato utilizzato il software statistico SPSS.

4. ANALISI STATISTICHE

In fase di analisi sono state modificate le categorizzazioni di alcune variabili:

- La variabile “Stato civile dei genitori” è stata modificata da quattro categorie (sposati, separati, vedovo/a, altro) a due categorie (sposati, non sposati);
- La variabile “occupazione” sia della madre che del padre è stata modificata da quattro categorie (non noto, occupato/a, disoccupato/a, pensionato/a) a due categorie (occupato/a, non occupato/a);
- La variabile “Etnia” è stata modificata da cinque categorie (caucasica, latina, asiatica, africana, altro) a due categorie (caucasica, non caucasica);
- La variabile “Scolarità” è stata modificata da quattro categorie (materne, scuola primaria, scuola secondaria di primo grado, scuola secondaria di secondo grado) a tre categorie (materne/scuola primaria, scuola secondaria di primo grado, scuola secondaria di secondo grado).
- La variabile “Problematica alimentare” è stata modificata da tre categorie (assenza, attenzione/focalizzazione, DCA) a due categorie (assenza DCA, presenza DCA).

Tale scelta è stata dettata dal numero esiguo di dati in alcune categorie e per una semplificazione della analisi statistiche andando a prediligere suddivisioni dicotomiche delle variabili in esame.

Per l’analisi descrittiva dell’intero campione, ovvero il primo obiettivo di ricerca, sono stati calcolati frequenza, media, deviazione standard, massimo e minimo di ogni variabile raccolta.

Il secondo obiettivo di ricerca prevede il confronto tra coloro che presentano almeno un tentativo di suicidio e coloro che invece non agiscono in ottica anticonservativa.

A tal fine per le variabili categoriali sono state utilizzate le tavole di contingenza e il test del chi quadro per verificare le differenze tra le due popolazioni individuate. Successivamente, si è calcolata la media e la deviazione standard e sono stati utilizzati il t-test per campioni indipendenti rispetto alle seguenti variabili continue: età al momento del ricovero in mesi, numero totale di ricoveri, durata in giorni della degenza, età primo agito autolesivo, età della madre ed età del padre e numero di fratelli. Per analizzare le variabili relative alla testistica è stata svolta una MANOVA (*Multivariate Analysis of Variance*) per misure dello stesso test con N comune. Infine, è stata eseguita un’analisi

di regressione prendendo in considerazione le seguenti variabili: “Genitori sposati”, “Patologia cronica”, “Ideazione suicidaria”, “Diagnosi primaria ICD-10”, “Durata in giorni del ricovero”, “Mono/politerapia”.

Il terzo e ultimo obiettivo di ricerca prende in esame solo coloro che presentano autolesionismo non suicidario, suddivisi in due sottogruppi in base alla presenza o meno di un tentativo di suicidio.

Allo stesso modo dell’obiettivo precedente, per le variabili categoriali sono state utilizzate le tavole di contingenza e il test del chi quadro. Per le variabili continue si è calcolata la media, la deviazione standard e il t-test per campioni indipendenti: età al momento del ricovero in mesi, numero totale di ricoveri, durata in giorni del ricovero, numero di fratelli, età primo agito autolesivo, età della madre ed età del padre. La testistica è stata analizzata attraverso una MANOVA per misure dello stesso test con N comune. Anche in questo caso è stata svolta un’analisi di regressione che ha preso in esame le seguenti variabili: “Patologia cronica”, “Ideazione suicidaria” e “Diagnosi primaria ICD-10”.

5. RISULTATI

5.1 ANALISI DESCRITTIVA DEL CAMPIONE

5.1.1 Caratteristiche sociodemografiche

Nello studio sono stati inclusi 311 preadolescenti ricoverati presso la U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Il campione è composto di 252 femmine (81,0%) e 59 maschi (19%) di età compresa fra gli 8 e i 18 anni (M=14,7; DS=1,75).

Rispetto l'etnia, l'87,1% è risultato essere di etnia caucasica e l'85,5% risulta essere nato in Italia.

La maggior parte del campione ha un livello di scolarità pari alla scuola secondaria di secondo grado (66,2%), mentre l'altra fetta più rilevante è rappresentata da coloro che frequentano la scuola secondaria di primo grado (26,4%).

Relativamente alla composizione familiare è emerso come il 61,4% abbia i genitori sposati e che questi siano per la maggior parte lavoratori (tasso di occupazione della madre 54,3%; tasso di occupazione del padre 56,9%). L'età media dei genitori è risultata essere: 47 anni per la madre e 50 anni per il padre. Dei pazienti, la maggior parte (53,7%) ha un fratello, mentre il 19,6% è risultato essere figlio unico.

Il 56,3% del campione ha riportato la presenza di problemi familiari come, ad esempio, conflittualità tra i genitori o rivalità fraterna. Il 62,1% risulta avere familiarità psichiatrica mentre il 60,1% riporta altre patologie familiari.

Rispetto il contesto sociale, il 59,5% dichiara di aver avuto problemi scolastici prima dell'esordio della psicopatologia. La maggior parte (63,7%) riporta di non aver subito bullismo o cyberbullismo. A livello di socializzazione con i pari prima della diagnosi: il 40,8% riferisce una buona interazione; il 35% una relazione difficile o conflittuale; il 22,5% invece presenta un quadro di ritiro sociale.

Più della metà del campione (il 54%) ha descritto la presenza di almeno un evento traumatico.

5.1.2 Caratteristiche cliniche

La percentuale di ricoveri registrata negli anni pre-covid (2015-2019) ammonta al 41,2%, mentre negli anni post-covid (2020-2023) risulta essere il 58,8%. Nello stesso lasso temporale, ovvero 4 anni, sono stati registrati più ricoveri nel periodo post covid (128 pre-covid; 183 post covid).

Rispetto la modalità di accesso, il 67,5% (210 pazienti) sono i ricoveri mediante l'accesso al Pronto Soccorso. Il 58,8% del campione è stato ricoverato per presenza di autolesionismo (ideazione suicidaria, tentato suicidio e/o autolesionismo non suicidario) come motivazione principale. L'83,6% ha riportato di aver avuto accessi ai servizi e/o richieste di aiuto antecedenti al ricovero. La durata media della permanenza in ospedale è risultata essere 17,5 giorni, con un massimo di 105 giorni. Del totale, il 31,8% (99 pazienti) ha presentato una recidiva e quindi un successivo ricovero.

Il 32,8% dei pazienti presenta una patologia cronica. Rispetto i comportamenti di abuso il 31,8% presenta abuso nell'utilizzo dei device (più di 3 ore al giorno), il 13,8% nell'uso/abuso di alcool e il 12,5% nell'uso/abuso di sostanza.

Relativamente alle problematiche di tipo alimentare il 15,8% soddisfa i criteri per un disturbo del comportamento alimentare mentre il 22,5% ha riportato un'attenzione/focalizzazione sul cibo come aspetto subclinico.

Prendendo in considerazione solo la prima diagnosi, il campione risulta distribuito come riportato (Tabella 5):

Aree ICD-10	Frequenza	Percentuale
Disturbi psicotici (F20-F29)	22	7,1%
Sindromi affettive (F30-F39)	158	50,8%
Disturbi d'ansia (F40-42)	55	17,7%
Sindromi e disturbi associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche (F50-F59)	26	8,4%
Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio in infanzia e adolescenza, e disturbi di personalità (F90-F98)	25	8,0%
Altra diagnosi	9	2,9%

Tabella 5: Distribuzione del campione rispetto la prima diagnosi

Nella categoria "Altra diagnosi" sono compresi: disturbo dello spettro autistico, disturbo ossessivo compulsivo e disabilità intellettiva. Come si legge dalla tabella, la maggior parte dei pazienti (50,8%) ha come prima diagnosi una sindrome di tipo affettivo. Inoltre, il 71,1% ha riportato una comorbidità con almeno un altro disturbo psichiatrico. Nello specifico, tra coloro che presentavano una seconda diagnosi, il 46,5% ha riportato

comorbidità con un disturbo d'ansia. Lo stesso dato è emerso anche per la terza diagnosi anche se la maggior parte del campione (53,0%) non presenta una terza diagnosi.

Al 97,3% dei pazienti è stata indicata una terapia farmacologica alla dimissione e il 75,2% di queste era una politerapia. La politerapia più frequentemente consigliata (12,2%) consiste nella combinazione di neurolettici, benzodiazepine e stabilizzanti dell'umore. Per i servizi post dimissione, il campione si è distribuito come indicato di seguito (Tabella 6):

Servizi post-dimissione	Frequenza	Percentuale
Preso in carico c/o NPI distrettuale	176	58,1%
Servizio semi-residenza	14	4,6%
Comunità residenziale	23	7,6%
Privato	50	16,5%
Centro DCA	21	6,9%
Altro	19	6,3%

Tabella 6: Distribuzione del campione rispetto i servizi post-dimissione
Come espresso in tabella, al 58,1% dei pazienti è stata indicata una presa in carico dalla NPI distrettuale a seguito del ricovero.

5.1.3 Caratteristiche dell'autolesionismo

Relativamente all'autolesionismo suicidario l'85,9% del campione ha riportato di avere ideazione suicidaria, mentre il 41,2% ha effettivamente attuato un tentativo di suicidio. la modalità maggiormente utilizzata è l'ingestione incongrua di farmaci o sostanze (55,5%) (Tabella 7).

Metodo tentato suicidio	Frequenza	Percentuale
Farmaci/sostanze	71	55,5%
Tagli	10	7,8%
Altro	47	36,7%

Tabella 7: metodo agito anticonservativo

Nel 74,6% dei pazienti è stata riscontrata la presenza di autolesionismo non suicidario. Di questi il 47,8% con frequenza occasionale mentre il 49,1% con agiti abituali (>5 volte

all'anno). Dei 232 pazienti con autolesionismo non suicidario, il 43,5% è solito ledere una sola sede corporea (Tabella 8).

Localizzazione	Frequenza	Percentuale
Una sede	101	43,5%
Più sedi	92	39,7%
Non nota	39	16,8%

Tabella 8: Localizzazione dell'agito autolesivo

Nella maggior parte dei casi la motivazione del gesto risiede in una ricerca di sollievo (48,7%). L'età media per primo agito è risultata essere tra i 13 e i 14 anni. Solo il 4,5% dei casi ha richiesto una suturazione.

5.2 CONFRONTO TRA DUE GRUPPI: TENTATO SUICIDIO

Per indagare il secondo obiettivo di ricerca è stata svolta un'analisi correlazionale con lo scopo di analizzare le differenze tra coloro che presentano tentato suicidio e coloro che invece non agiscono. A questo scopo il campione è stato suddiviso in due gruppi:

- Gruppo TS: formato da 128 pazienti (41,2%), coloro che presentavano almeno un tentato suicidio;
- Gruppo No TS: formato da 183 pazienti (58,8%), coloro che non hanno mai attuato un tentativo di suicidio.

5.2.1 Variabili sociodemografiche e cliniche

Relativamente alla suddivisione pre e post covid, dai dati si evince che vi sia stato un leggero aumento dei ricoveri legati a un tentativo di suicidio (anche se non statisticamente significativo): nello specifico si passa dal 38,3% al 43,2%.

Dalle analisi non si evidenziano differenze statisticamente significative rispetto al genere di chi compie un gesto anticonservativo. Lo stesso si riscontra anche per le variabili dell'etnia e dell'immigrazione. A livello di frequenze in campione risulta così distribuito (Tabella 9):

		TS	
		NO	SI
Covid	Pre-covid	79 (61,7%)	49 (38,3%)
	Post-covid	104 (56,8%)	79 (43,2%)
Genere	F	143 (56,7%)	109 (43,3%)
	M	40 (67,8%)	19 (32,2%)
Etnia	Caucasica	161 (59,4%)	110 (40,6%)
	Altro	22 (55,0%)	18 (45,0%)
Immigrazione	No	158 (59,4%)	108 (40,6%)
	Sì	25 (55,6%)	45 (44,4%)

Tabella 9: Variabili sociodemografiche nei due campioni

Analizzando i dati relativi al contesto familiare, non emergono differenze statisticamente significative rispetto i due campioni di riferimento. Si riscontra solo una lieve associazione con la variabile “familiarità psichiatrica” ($\chi^2=3,075$, $df=1$, $p=0,080$). In entrambi i gruppi circa la metà dei pazienti presenta familiarità per patologie psichiatriche.

Rispetto lo stato civile dei genitori emerge che il 43,5% di coloro che ha tentato il suicidio abbia i genitori sposati, mentre il 37,1% ricada nella categoria “altro”. Invece, per coloro che non presentano tentativi di suicidio, il 56,5% ha i genitori sposati.

		TS	
		SI	NO
Genitori sposati	SI	43,5%	56,5%
	NO	37,1%	62,9%
Familiarità psichiatrica	SI	45,1%	54,9%
	NO	34,8%	65,2%
Problemi intrafamiliari	SI	41,7%	58,3%
	NO	40,3%	59,7%
Altri problemi di salute in famiglia	SI	43,3%	56,7%
	NO	37,7%	62,3%

Tabella 10: Variabili relative al contesto familiare nei due campioni

Tra coloro che presentano conflittualità fra due o più membri del nucleo familiare, il 41,7% ha tentato il suicidio. Di coloro che invece negano la presenza di conflittualità intrafamiliare, il 40,3% mette in atto un agito anticonservativo.

Il 43,3% dei pazienti con almeno un tentato suicidio riferisce dei problemi di salute non psichiatrici in famiglia (Tabella 10).

Analizzando il campione rispetto la scolarità emerge che il 41,5% di coloro che frequentano la scuola secondaria di primo grado mette in atto un tentativo di suicidio. Relativamente alla scuola secondaria di secondo grado e la scuola primaria i tassi registrati sono del 40,8% e del 38,9%. Inoltre, meno della metà di coloro che attua un agito anticonservativo presenta problemi a livello scolastico o episodi di bullismo/cyberbullismo.

Rispetto la socializzazione con i pari si rileva che il 38,5% di coloro che presentano relazioni difficili o conflittuali presenta un tentativo di suicidio. Se invece il quadro è di ritiro sociale, il tasso aumenta fino al 45,7%.

Per quanto concerne la presenza di eventi traumatici, la percentuale di pazienti che ha agito in maniera anticonservativa è del 41,7%.

		TS	
		SI	NO
Scolarità	Materna/scuola primaria	7 (38,9%)	11(61,1%)
	Scuola secondaria 1° grado	34 (41,5%)	48 (58,5%)
	Scuola secondaria 2° grado	84 (40,8%)	122 (59,2%)
Problemi scolastici	SI	73 (39,5%)	112 (60,5%)
	NO	54 (43,5%)	70 (56,5%)
Bullismo/cyberbullismo	SI	46 (42,2%)	63 (57,8%)
	NO	80 (40,4%)	118 (59,6%)
Socializzazione con i pari	Buona	50 (39,4%)	77 (60,6%)
	Difficile/conflittuale	42 (38,5%)	67 (61,5%)
	Ritiro sociale	32 (45,7%)	38 (54,3%)
Eventi traumatici	SI	70 (41,7%)	98 (58,3%)
	NO	55 (40,4%)	81 (59,6%)

Tabella 11: Variabili relative al contesto sociale

In tutti e tre i comportamenti d'abuso presi in considerazione (device, alcol e sostanze) si evidenzia come il 41-42% dei soggetti abbia tentato il suicidio.

Emerge che il 32,7% di coloro che presentano un disturbo del comportamento alimentare metta in atto un tentato suicidio.

La presenza di patologia cronica è risultata statisticamente significativa ($\chi^2=5,952$, $df=1$, $p=0,015$): nello specifico l'agito anticonservativo sembra essere maggiormente associato all'assenza di una patologia cronica. Anche l'accesso al ricovero mediante pronto soccorso si è rilevato statisticamente significativo ($\chi^2=3,597$, $df=1$, $p=0,058$).

Non sono risultate significatività relativamente alle variabili "precedente accesso ai servizi" e "precedenti ricoveri". Il 40,4% che ha tentato il suicidio ha avuto accesso ai servizi in un periodo antecedente. Inoltre, il 37,9% presenta più di un ricovero.

Dalle analisi T-test per le variabili continue si evince che l'età media dei pazienti ricoverati con TS è di 14-15 anni, mentre la durata media della permanenza in ospedale è di 17 giorni. Per entrambi i campioni il numero medio di ricoveri si aggira tra 1-2. Il 42,0% dei pazienti che ha tentato il suicidio invece non presenta una recidiva successiva. Dalle analisi statistiche è emerso come una diagnosi nell'area delle sindromi affettive (aree ICD 10 F30-F39) sia significativamente associata al tentato suicidio ($\chi^2=21,265$, $df=5$, $p<0.001$) (Tabella 12). Relativamente a coloro che presentavano seconde e terze diagnosi, il dato più frequente di comorbidità in relazione all'agito anticonservativo è un disturbo d'ansia, nello specifico il 22,4% e il 7,3%.

		TS	
		SI	NO
Aree ICD-10	Disturbi psicotici (F20-F29)	7 (31,8%)	15 (68,2%)
	Sindromi affettive (F30-F39)	82 (51,9%)	76 (48,1)
	Disturbi d'ansia (F40-42)	17 (30,9%)	38 (69,1%)
	Sindromi e disturbi associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche (F50-F59)	3 (11,5%)	23 (88,5%)
	Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio in infanzia e adolescenza, e disturbi di personalità (F90-F98)	8 (32,0%)	17 (68,0%)
	Altra diagnosi	3 (33,3%)	6 (66,7%)

Tabella 12: Associazione tra tentato suicidio e aree ICD-10 della prima diagnosi. Un'ulteriore variabile risultata significativa è l'ideazione suicidaria ($\chi^2=21,760$, $df=1$, $p<0.001$): come prevedibile il tentato suicidio è associato alla presenza di ideazione suicidaria. Al contrario non sono emerse correlazioni con la presenza di autolesionismo

non suicidario. L'età media del primo agito autolesivo non suicidario per entrambi i gruppi considerati è di 13 anni.

Rispetto le indicazioni terapeutiche alla dimissione, non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa fra i due gruppi: in entrambi nella maggior parte dei casi è indicata una politerapia farmacologica. Il servizio post dimissione maggiormente consigliato è la presa in carico da parte della NPI distrettuale.

5.2.2 Analisi del materiale testale

Il questionario Youth Self-Report è stato compilato da 194 pazienti: 107 appartengono al gruppo No Tentato suicidio; 87 appartenenti al gruppo Tentato suicidio. Il confronto è stato fatto attraverso un'analisi descrittiva e una MANOVA per misure dello stesso test con N comune rispetto le sottoscale del questionario. Sono emerse delle differenze statisticamente significative nelle seguenti sottoscale: "Attività" (F=3,912, p=0.049), "No rispetto delle regole" (F=10,844, p=0.001), "Problemi esternalizzanti" (F=3,790, p=0.053), "Disturbo della condotta" (F=7,199, p=0.008). Il gruppo di pazienti con tentato suicidio presenta maggiori problemi psicopatologici di tipo esternalizzante, mancato del rispetto delle regole e disturbo della condotta (Tabella 13).

	TS	Media	DS	F	p
YSR_Actività	NO	36,64	10,564	3,912	0,049
	SI	34,01	7,144		
YSR_Competenze sociali	NO	36,53	9,320	1,849	0,175
	SI	34,79	8,262		
YSR_Competenze totali	NO	32,63	9,853	3,510	0,063
	SI	30,24	7,342		
YSR_Ansioso/depresso	NO	75,67	12,789	0,161	0,688
	SI	74,93	12,802		
YSR_Isolato/depresso	NO	73,10	12,948	1,458	0,229
	SI	75,44	13,911		
YSR_Lamentele somatiche	NO	64,18	9,569	0,048	0,827
	SI	64,46	8,049		
YSR_Problemi sociali	NO	66,75	8,884	0,066	0,798
	SI	66,40	9,887		
YSR_Problemi del pensiero	NO	68,53	11,435	0,055	0,814
	SI	68,91	10,552		

YSR_Problemi attentivi	NO	64,54	11,686	0,775	0,380
	SI	66,10	12,995		
YSR_No rispetto delle regole	NO	56,86	6,744	10,844	0,001
	SI	60,76	9,701		
YSR_Comportamento aggressivo	NO	59,58	8,444	0,740	0,391
	SI	60,69	9,512		
YSR_Problemi internalizzanti	NO	73,33	10,320	0,031	0,860
	SI	73,59	10,008		
YSR_Problemi esternalizzanti	NO	57,42	9,396	3,790	0,053
	SI	60,28	11,028		
YSR_Problemi totali	NO	67,76	9,146	1,139	0,287
	SI	69,20	9,565		
YSR_Disturbi affettivi	NO	75,79	11,962	2,391	0,124
	SI	78,39	11,210		
YSR_Disturbi d'ansia	NO	65,62	9,219	0,219	0,640
	SI	65,01	8,631		
YSR_Problemi somatici	NO	62,55	10,028	0,162	0,688
	SI	63,10	8,795		
YSR_ADHD	NO	59,50	7,529	0,249	0,618
	SI	60,09	8,865		
YSR_DOP	NO	59,25	8,066	1,790	0,182
	SI	60,94	9,526		
YSR_DC	NO	57,25	7,739	7,199	0,008
	SI	60,64	9,865		
YSR_OCP	NO	69,06	9,748	0,079	0,779
	SI	68,66	10,032		
YSR_PTS	NO	71,40	10,284	0,263	0,609
	SI	72,15	9,861		
YSR_Qualità Positive	NO	41,93	9,752	0,078	0,780
	SI	41,52	10,994		

Tabella 13: YSR – Risultati analisi descrittiva e Manova

Al fine di verificare la presenza di differenze nei due gruppi rispetto i sintomi depressivi sono state calcolate le statistiche descrittive e una MANOVA considerando il CDI-2 in tutte le sue sottoscale. Il questionario è stato compilato da 127 pazienti, 64 appartenenti

alla categoria No Tentato Suicidio e 63 appartenenti a quella Tentato Suicidio. In nessuna delle sottoscale è emerso un dato significativo.

Per studiare l'alessitimia invece è stata utilizzata TAS-20. Il questionario è stato compilato da 113 pazienti: 59 appartenenti al gruppo No Tentato suicidio e 54 appartenenti al gruppo Tentato suicidio. Anche in questo caso non si sono rilevate differenze nei due gruppi per nessuna della sottoscale.

Per il comportamento impulsivo si sono analizzati invece i due campioni rispetto i dati della BIS-11. Sono stati ricavati i dati per 106 pazienti: 49 appartenenti al gruppo No Tentato suicidio e 57 relativi al gruppo Tentato suicidio. Dalle analisi sono state rilevate differenze significative rispetto le seguenti sottoscale: "Autocontrollo" ($F=4,870$, $p=0.030$) e "Impulsività da non pianificazione" ($F=3,597$, $p=0.061$) (Tabella 14).

	TS	Media	DS	F	p
BIS 11_ Attenzione	NO	11,20	3,195	2,091	0,151
	SI	13,12	8,797		
BIS 11_ Impulsività motoria	NO	14,08	4,650	0,028	0,867
	SI	14,23	4,305		
BIS 11_ Autocontrollo	NO	14,06	4,023	4,780	0,030
	SI	15,74	3,787		
BIS 11_ Complessità cognitiva	NO	12,78	3,164	0,721	0,398
	SI	13,30	3,156		
BIS 11_ Perseveranza	NO	7,29	1,871	0,928	0,338
	SI	7,63	1,819		
BIS 11_ Instabilità cognitiva	NO	7,71	2,354	0,499	0,481
	SI	8,00	1,803		
BIS 11_ TOT impulsività attentiva	NO	18,94	3,738	1,175	0,281
	SI	19,89	5,108		
BIS 11_ TOT Impulsività motoria	NO	21,45	5,160	0,187	0,667
	SI	21,88	5,029		
BIS 11_ TOT impulsività da non pianificazione	NO	26,71	5,741	3,597	0,061
	SI	28,93	6,207		
BIS 11_ TOT	NO	67,10	11,431	1,503	0,223
	SI	70,16	13,860		

Tabella 14: BIS-11 – Risultati analisi descrittiva e Manova

5.2.3 Analisi di regressione

L'analisi di regressione eseguita ha preso in considerazione le seguenti variabili (Tabella 15):

- Patologia cronica;
- Ideazione suicidaria;
- Aree Diagnosi ICD-10 (1° Diagnosi).

Tali variabili sono risultate significative dalle analisi precedenti. L'indagine è stata svolta su un campione di 293 pazienti.

Dai risultati si evince che tutte le variabili, a eccezione della categoria "altra diagnosi", abbiano una significativa correlazione con un agito anticonservativo. I risultati vengono riportati di seguito (Tabella 16).

		Freq.	Codifica parametro				
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aree ICD-10 (codici)	F30-F39	158	,000	,000	,000	,000	,000
	F40-F42	55	1,000	,000	,000	,000	,000
	F50-F59	25	,000	1,000	,000	,000	,000
	F90-F98	24	,000	,000	1,000	,000	,000
	F20-F29	22	,000	,000	,000	1,000	,000
	Altra diagnosi	9	,000	,000	,000	,000	1,000
Ideazione suicidaria	NO	43	,000				
	SI	250	1,000				
Patologia cronica	NO	197	,000				
	SI	96	1,000				

Tabella 15: Frequenza e codifica delle variabili per l'analisi di regressione

	Exp (B)	Sig.
Patologia cronica	0,574	0,048
Ideazione suicidaria	6,735	<0,001
ICD-10 (F30-F39)		0,007
ICD-10 (F40-F42)	0,456	0,023
ICD-10 (F50-F59)	0,141	0,003
ICD-10 (F90-F98)	0,396	0,062
ICD-10 ((F20-F29)	0,385	0,053
Altra diagnosi	0,621	0,547

Tabella 16: Risultati analisi di regressione

5.3 CONFRONTO FRA DUE GRUPPI: AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO E TENTATO SUICIDIO

Per indagare il terzo obiettivo di ricerca si sono selezionati solo i pazienti che presentano autolesionismo non suicidario. Questo campione è stato poi suddiviso in due gruppi:

- Gruppo NSSI + TS: coloro che presentano autolesionismo non suicidario e almeno un tentativo di suicidio;
- Gruppo NSSI + No TS: coloro che presentano autolesionismo non suicidario e nessun tentativo di suicidio.

Il campione così selezionato è composto di 232 pazienti. Le frequenze dei sottogruppi sono riportate di seguito (Tabella 17).

		TS		
		NO	SI	Totale
NSSI	NO	46	33	79
	SI	137	95	232

Tabella 17: Frequenze NSSI e TS

5.3.1 Variabili sociodemografiche e cliniche

Rispetto alla variabile “Covid” si evince come vi sia stato un aumento dei pazienti che presentavano sia autolesionismo non suicidario che tentato suicidio: si è passati dal 35% al 45,5%.

Non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi rispetto a genere, etnia e immigrazione. Le frequenze sono riportate di seguito (Tabella 18).

		NSSI	
		TS NO	TS SI
Covid	Pre-covid	65 (65,0%)	35 (35,0%)
	Post-covid	72 (54,5%)	60 (45,5%)
Genere	F	122 (58,7%)	86 (41,3%)
	M	15 (62,5%)	9 (37,5%)
Etnia	Caucasica	125 (59,8%)	84 (40,2%)
	Altro	12 (52,2%)	11 (47,8%)
Immigrazione	No	121 (59,3%)	83 (40,7%)
	Sì	16 (57,1%)	12 (42,9%)

Tabella 18: Variabili sociodemografiche

Dall'analisi delle variabili riferite al contesto familiare emergono due associazioni significative. La prima riguarda la variabile "Genitori sposati" ($\chi^2= 4,654$, $df=1$, $p=0,031$): risulta più probabile un tentativo di suicidio in un quadro di autolesionismo non suicidario se i genitori sono sposati. L'età media per entrambi i genitori è risultata essere 50-51 anni.

		NSSI	
		NO TS	SI TS
Genitori sposati	SI	79 (54,1%)	67 (45,9%)
	NO	57 (68,7%)	26 (31,3%)
Familiarità psichiatrica	SI	82 (55,0%)	67 (45,0%)
	NO	51 (66,2%)	26 (33,8%)
Problemi intrafamiliari	SI	79 (60,8%)	51 (39,2%)
	NO	58 (57,4%)	43 (42,6%)
Problemi di salute in famiglia	SI	83 (59,7%)	56 (40,3%)
	NO	53 (58,2%)	38 (41,8%)
Occupazione madre	SI	75 (61,0%)	48 (39,0%)
	NO	14 (56,0%)	11 (44,0%)
Occupazione padre	SI	76 (56,7%)	58 (43,3%)
	NO	12 (80,0%)	3 (20,0%)

Tabella 19: Variabili del contesto familiare

La seconda associazione è rispetto l'occupazione del padre ($\chi^2=3,025$, $df=1$, $p=0,082$): è più probabile che venga messo in atto un tentato suicidio nel sottogruppo dell'autolesionismo non suicidario nel caso in cui il padre sia disoccupato. Non emergono differenze statisticamente significative tra i due campioni rispetto le altre variabili (Tabella 19).

Rispetto il campione in esame emerge che 39,2% di coloro che riportano conflittualità all'interno del nucleo familiare mette in atto un agito anticonservativo. La percentuale di pazienti autolesionisti che invece non riporta problematiche familiari è del 42,6%.

Il tasso di tentato suicidio, nel sottogruppo dell'autolesionismo non suicidario, è del 45,0% nel caso in cui sia presente una familiarità psichiatrica. Il tasso scende a 33,8% nel caso in cui non vi sia alcuna familiarità. Il tasso rimane invece pressoché invariato rispetto alla presenza / assenza di altri problemi di salute nel contesto familiare (40-41%).

Prendendo in considerazione le variabili relative al contesto sociale, non si evidenzia alcuna differenza statistica tra i due gruppi. Rispetto la composizione del campione si trova che la maggior parte frequenta la scuola secondaria di secondo grado e di questi il 38,9% abbia avuto un tentativo di suicidio associato ad autolesionismo non suicidario. Il valore sale al 44,3% per i pazienti della scuola secondaria di primo grado.

Di coloro che hanno avuto un agito anticonservativo, il 41,9% ha riportato delle problematiche scolastiche. Il 42,4% ha invece dichiarato di aver subito bullismo/cyberbullismo. Rispetto la socializzazione con i pari, il tentato suicidio in un quadro di autolesionismo non suicidario è risultato maggiormente presente associato a ritiro sociale, ovvero il 46,0% dei casi. Il 39,5% ha invece riportato di avere difficoltà generali o relazioni conflittuali.

Il 39,7% di coloro che hanno dichiarato di aver vissuto degli eventi traumatici nel sottogruppo dell'autolesionismo non suicidario ha avuto un agito anticonservativo (Tabella 20).

		NSSI	
		TS SI	TS NO
Scolarità	Materna/scuola primaria	4 (44,4%)	5 (55,6%)
	Scuola secondaria 1° grado	27 (44,3%)	34 (55,7%)
	Scuola secondaria 2° grado	61 (38,9%)	96 (61,1%)
Problemi scolastici	SI	57 (41,9%)	79 (58,1%)
	NO	37 (39,4%)	57 (60,6%)
Bullismo/cyberbullismo	SI	36 (42,4%)	49 (57,6%)
	NO	57 (39,9%)	86 (60,1%)
Socializzazioni e con i pari	Buona	38 (38,8%)	60 (61,2%)
	Difficile/conflittuale	32 (39,5%)	49 (60,5%)
	Ritiro sociale	23 (46,0%)	27 (54,0%)
Eventi traumatici	SI	48 (39,7%)	73 (60,3%)
	NO	44 (41,9)	61 (58,1%)

Tabella 20: Variabili relative al contesto sociale

Relativamente ai tre comportamenti di abuso considerati, le percentuali di pazienti con autolesionismo non suicidario che poi agiscono in maniera anticonservativa sono rispettivamente: 40,5% con abuso di device; 41,7% con uso/abuso d'alcol; 41,9% con uso/abuso di sostanze.

Il 28,2% di coloro che ha messo in atto un tentativo di suicidio, presenta anche un disturbo del comportamento alimentare.

Una differenza che è risultata significativa fra i due gruppi riguarda la presenza di patologia cronica ($\chi^2=5,683$, $df=1$, $p=0,017$): è più probabile che un individuo con autolesionismo non suicidario, presenti anche un agito anticonservativo in assenza di una patologia cronica.

È risultata significatività l'associazione con la modalità di accesso al ricovero attraverso il Pronto Soccorso ($\chi^2=3,370$, $df=1$, $p=0,066$). Il 45,6% degli ingressi in Pronto Soccorso rilevati presentava un tentato suicidio. Inoltre, sempre in riferimento al secondo gruppo (NSSI + TS), il 36,0% dei pazienti presentava almeno un ulteriore ricovero e il 41,9% un precedente accesso ai servizi.

Per entrambi i gruppi l'età media di ricovero è di 14-15. La durata del ricovero è risultata maggiore nel caso di assenza di tentato suicidio, con una media di 23 giorni.

Anche in questo caso, è emersa una differenza statisticamente significativa rispetto la diagnosi primaria ($\chi^2=25,789$, $df=5$, $p<0,001$), nello specifico relativamente alla sindromi affettive (ICD-10 F30-39) (Tabella 21).

		NSSI	
		TS SI	TS NO
Aree	Disturbi psicotici (F20-F29)	3 (20,0%)	12 (80,0%)
ICD-10	Sindromi affettive (F30-F39)	66 (52,4%)	60 (47,6%)
	Disturbi d'ansia (F40-42)	11 (29,7%)	26 (70,3%)
	Sindromi e disturbi associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche (F50-F59)	0 (0%)	19 (100,0%)
	Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio in infanzia e adolescenza, e disturbi di personalità (F90-F98)	7 (36,8%)	12 (63,2%)
	Altra diagnosi	1 (20,0%)	4 (80,0%)

Tabella 21: Associazione con diagnosi primaria

Dalle analisi è emersa una significatività relativa all'ideazione suicidaria ($\chi^2=25,192$, $df=1$, $p<0,001$): l'autolesionismo non suicidario in combinazione con un tentato suicidio è risultato associato alla presenza di ideazione suicidaria. L'età al primo agito autolesivo non suicidario nel campione è mediamente di 13 anni.

Nelle indicazioni alla dimissione in entrambi i gruppi per la maggior parte dei casi è stata consigliata una politerapia farmacologica. Rispetto la variabile della mono/politerapia è risultata una differenza significativa ($\chi^2=4,365$, $df=1$, $p=0,037$): nel caso di tentativo di suicidio è risultato più probabile ritrovare una politerapia come indicazione terapeutica alla dimissione. Il servizio post dimissione maggiormente consigliato è la presa in carico da parte della NPI distrettuale per entrambi i gruppi.

5.3.2 Analisi del materiale testale

Il questionario Youth Self-Report (YSR) è stato compilato da 153 pazienti: 85 appartengono al gruppo NSSI + NO TS; 68 appartenenti al gruppo NSSI + TS. Il confronto è stato fatto attraverso un'analisi descrittiva e una MANOVA per misure dello stesso test per N comune. I due gruppi sono risultati significativamente differenti nelle

seguenti sottoscale: “Attività” (F=5,532, p=0.020), “Competenze totali” (F=4,081, p=0.045) “No rispetto delle regole” (F=9,347, p=0.003), “Problemi esternalizzanti” (F=4,485, p=0.028), “Disturbo della condotta” (F=4,480, p=0.036), “Disturbo oppositivo provocatorio” (F=5,836, p=0.017) (Tabella 22).

	TS	Media	DS	F	p
YSR_Actività	NO	37,33	10,520	5,532	0,020
	SI	33,81	7,212		
YSR_Competenze sociali	NO	36,62	9,534	1,764	0,186
	SI	34,68	8,305		
YSR_Competenze totali	NO	33,06	10,009	4,081	0,045
	SI	30,13	7,287		
YSR_Ansioso/depresso	NO	76,41	12,691	0,425	0,515
	SI	75,04	13,135		
YSR_Isolato/depresso	NO	72,18	12,909	2,589	0,110
	SI	75,72	14,289		
YSR_Lamentele somatiche	NO	64,64	9,693	0,039	0,845
	SI	64,35	7,645		
YSR_Problemi sociali	NO	66,84	8,381	0,008	0,931
	SI	66,71	9,975		
YSR_Problemi del pensiero	NO	69,49	10,744	0,012	0,912
	SI	69,69	11,065		
YSR_Problemi attentivi	NO	64,46	10,667	2,189	0,141
	SI	67,32	13,286		
YSR_No rispetto delle regole	NO	57,02	7,020	9,347	0,003
	SI	61,21	9,876		
YSR_Comportamento aggressivo	NO	59,65	8,549	1,867	0,174
	SI	61,66	9,667		
YSR_Problemi internalizzanti	NO	73,81	10,366	0,007	0,936
	SI	73,68	10,238		
YSR_Problemi esternalizzanti	NO	57,59	9,612	4,495	0,028
	SI	61,25	10,836		
YSR_Problemi totali	NO	68,28	8,680	1,165	0,282
	SI	69,90	9,803		
YSR_Disturbi affettivi	NO	76,31	11,586	2,518	0,115

	SI	79,25	11,171		
YSR_Disturbi d'ansia	NO	65,49	9,081	0,366	0,546
	SI	64,62	8,689		
YSR_Problemi somatici	NO	63,36	10,313	0,139	0,710
	SI	62,79	8,121		
YSR_ADHD	NO	59,68	7,019	0,701	0,404
	SI	60,76	8,971		
YSR_DOP	NO	59,16	8,143	4,480	0,036
	SI	62,18	9,447		
YSR_DC	NO	57,55	8,073	5,836	0,017
	SI	61,07	9,956		
YSR_OCP	NO	69,51	9,115	0,140	0,709
	SI	68,91	10,515		
YSR_PTS	NO	71,49	9,813	0,285	0,595
	SI	72,37	10,373		
YSR_Qualità Positive	NO	41,66	9,516	0,004	0,950
	SI	41,76	11,432		

Tabella 22: YSR – Risultati analisi descrittiva e Manova

Successivamente sono state svolte le stesse analisi per il CDI-2. Il questionario è stato compilato da 93 pazienti: 44 appartenenti al gruppo NSSI + NO TS; 49 appartenenti al gruppo NSSI + TS. È emersa un'associazione significativa solo per la sottoscala “Umore negativo/Sintomi fisici” ($F=5,461$, $p=0,022$) (Tabella 23).

	TS	Media	DS	F	p
CDI 2 _ TOT	NO	71,57	14,872	2,354	0,128
	SI	75,92	12,460		
CDI 2 _ Problemi emotivi	NO	71,39	15,111	3,117	0,081
	SI	76,59	13,323		
CDI 2 _ Umore negativo/sintomi fisici	NO	64,68	16,677	5,461	0,022
	SI	72,04	13,664		
CDI 2 _ Autostima negativa	NO	69,70	15,859	3,137	0,080
	SI	75,04	13,177		
CDI 2 _ Problemi funzionali	NO	74,48	16,314	0,432	0,512
	SI	76,43	12,186		

CDI 2 _ Inefficacia	NO	66,66	15,864	0,979	0,325
	SI	69,65	13,302		
CDI 2 _ Problemi interpersonali	NO	66,93	16,514	1,660	0,201
	SI	71,10	14,703		

Tabella 23: CDI-2 – Risultati analisi descrittiva e Manova

Il questionario della TAS-20 è stato compilato da 99 pazienti: 53 appartenenti al gruppo NSSI + NO TS; 46 appartenenti al gruppo NSSI + TS. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi per nessuna delle sottoscale del test.

In ultima analisi è stato preso in considerazione il questionario della BIS-11. Il campione comprende dati per 89 pazienti: 42 appartenenti al gruppo NSSI + NO TS; 47 appartenenti al gruppo NSSI + TS. Sono emerse due significatività rispettivamente nelle sottoscale “Autocontrollo” (F=4,375, p=0,039) e “TOT Impulsività da non pianificazione” (F=4,137, p=0,045) (Tabella 24).

	TS	Media	DS	F	p
BIS 11_ Attenzione	NO	11,19	3,225	0,151	0,138
	SI	13,51	9,569		
BIS 11_ Impulsività motoria	NO	13,71	4,369	0,867	0,461
	SI	14,43	4,666		
BIS 11_ Autocontrollo	NO	13,95	4,018	4,375	0,039
	SI	15,72	3,960		
BIS 11_ Complessità cognitiva	NO	12,71	3,047	1,582	0,212
	SI	13,55	3,222		
BIS 11_ Perseveranza	NO	7,31	1,854	0,806	0,372
	SI	7,66	1,821		
BIS 11_ Instabilità cognitiva	NO	7,86	2,425	0,493	0,485
	SI	8,17	1,761		
BIS 11_ TOT impulsività attentiva	NO	19,07	3,665	1,098	0,298
	SI	20,11	5,382		
BIS 11_ TOT Impulsività motoria	NO	21,12	5,052	0,785	0,378
	SI	22,11	5,418		
BIS 11_ TOT impulsività da non pianificazione	NO	26,52	5,588	4,137	0,045
	SI	29,15	6,484		
BIS 11_ TOT	NO	66,71	10,872	2,029	0,158
	SI	70,70	14,945		

Tabella 24: BIS-11 – Risultati analisi descrittive e Manova

5.3.3 Analisi di regressione

L'analisi di regressione eseguita ha preso in considerazione le seguenti variabili (Tabella 25):

- Genitori sposati;
- Patologia cronica;
- Ideazione suicidaria;
- Area prima diagnosi ICD-10;
- Durata ricovero in giorni;
- Mono/politerapia.

Tali variabili erano risultate significative nelle analisi precedenti del campione. L'analisi ha preso in considerazione un gruppo di 232 pazienti ma i dati erano disponibili per 208 casi.

			Codifica parametro				
		Freq.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aree ICD-10 (codici)	F30-F39	123	,000	,000	,000	,000	,000
	F40-F42	32	1,000	,000	,000	,000	,000
	F50-F59	18	,000	1,000	,000	,000	,000
	F90-F98	16	,000	,000	1,000	,000	,000
	F20-F29	15	,000	,000	,000	1,000	,000
	Altra diagnosi	4	,000	,000	,000	,000	1,000
Ideazione suicidaria	NO	131	,000				
	SI	77	1,000				
Patologia cronica	NO	38	,000				
	SI	170	1,000				
Mono/politerapia	Mono	52	,000				
	Poli	156	1,000				
Genitori sposati	NO	73	,000				
	SI	135	1,000				

Tabella 25: Frequenza e codifica delle variabili

Dai risultati emerge che le variabili “Genitori sposati”, “Patologia cronica”, “ideazione suicidaria” e “Area prima diagnosi ICD-10” mostrano una significativa correlazione con un tentativo di suicidio in un quadro di autolesionismo non suicidario. I risultati sono riportati di seguito (Tabella 26).

	Exp (B)	Sig.
Genitori sposati	2,277	0,021
Patologia cronica	0,498	0,047
Ideazione suicidaria	7,751	0,002
Mono/politerapia	1,601	0,263
Durata ricovero	0,993	0,535
ICD-10 (F30-F39)		0,454
ICD-10 (F40-F42)	0,592	0,255
ICD-10 (F50-F59)	0,000	0,998
ICD-10 (F90-F98)	0,555	0,363
ICD-10 ((F20-F29)	0,278	0,070
Altra diagnosi	0,000	0,999

Tabella 26: Risultati analisi regressione

6. DISCUSSIONE

6.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'autolesionismo ha forti conseguenze sullo sviluppo emotivo e cognitivo negli adolescenti. Il presente studio si è posto l'obiettivo di ampliare la conoscenza rispetto tale fenomeno per capirne i correlati e le strategie di intervento utilizzate analizzando un campione di adolescenti che sono stati ricoverati presso la U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedale-Università di Padova da gennaio 2015 a dicembre 2023.

La ricerca ha preso in considerazione variabili socio-demografiche, cliniche e derivanti da materiali testali per approfondire specifici scopi.

I tre obiettivi indagati riguardano: un'analisi descrittiva per identificare le caratteristiche generali del campione individuato; un confronto fra coloro che presentano almeno un tentativo di suicidio e coloro che non hanno agito (con solo autolesionismo non suicidario e/o ideazione suicidaria); all'interno della sottopopolazione che presenta autolesionismo non suicidario; un confronto, fra coloro che attuano un tentativo di suicidio e coloro che invece non hanno agito in maniera anticonservativa.

Primo obiettivo: attraverso l'analisi descrittiva del campione, l'autolesionismo è risultato prevalente nella popolazione femminile con insorgenza rilevata intorno all'età media di 15 anni. Ricerche precedenti hanno verificato un'età di insorgenza media della psicopatologia inferiore (12-13 anni) (Nock et al., 2013).

Dai risultati emerge un quadro familiare e sociale caratterizzato da numerosi elementi di rischio associati all'autolesionismo. A livello di contesto familiare viene rilevata la presenza di conflittualità e familiarità psichiatrica nella maggior parte del campione. A livello sociale sono emerse problematiche di tipo scolastico e di relazione con i pari.

Analizzando le variabili cliniche, emerge che la maggior parte dei pazienti ha avuto accesso al ricovero attraverso il Pronto Soccorso, indicando un'alta severità della psicopatologia al momento della presa in carico; inoltre, la maggior parte presenta precedenti accessi ai servizi, noto fattore di rischio per i ricoveri ospedalieri (Laanani, et al., 2020).

È stato riscontrato un aumento dei ricoveri confrontando il periodo pre e post covid. Tale risultato è in linea con dati emersi in altri studi svolti nel contesto italiano (Borraccino, et al., 2022). Il periodo della pandemia può aver portato a un intensificarsi dei fattori di

rischio legati al contesto familiare e sociale. Alcuni studi hanno registrato alti livelli di disagio psicologico da parte dei genitori legati allo stress economico, all'isolamento sociale e alle richieste di cura da parte dei figli (Marchetti, et al., 2020) che possono aver esacerbato le tensioni e conflittualità intrafamiliari. Inoltre, le misure restrittive e le difficoltà legate alla didattica a distanza possono aver incrementato il disagio psicologico sperimentato dagli adolescenti e di conseguenza lo sviluppo di tendenze autolesive e anticonservative come espressione di tale vissuto e tentativo disadattivo di gestione della sofferenza psichica.

A livello psicopatologico, le sindromi affettive sono risultate la diagnosi primaria più frequentemente associata all'autolesionismo, dato che risulta in linea con studi precedenti (Nock, et al., 2006). Inoltre, più della metà del campione in esame ha presentato comorbidità con un altro disturbo psicopatologico.

Rispetto le variabili riferite dell'autolesionismo suicidario, la modalità più frequente utilizzata nel tentativo di suicidio è risultata essere l'assunzione incongrua di farmaci, dato che viene confermato dalla letteratura precedente (Zanus, et al., 2017). Inoltre, la maggior parte dei pazienti ha riportato ideazione suicidaria. I pazienti con autolesionismo non suicidario hanno mostrato la tendenza a ledere una sola sede corporea in modo abituale (> 5 episodi/anno) con il fine di ricercare sollievo alla sofferenza, confermando studi precedenti (Laukkanen et al., 2013).

Alla dimissione, l'indicazione più frequente di trattamento nel campione è risultata essere una politerapia farmacologica (principalmente benzodiazepine, stabilizzanti dell'umore e neurolettici) e una presa in carico da parte della Neuropsichiatria Infantile a livello territoriale-distrettuale.

In sintesi, i risultati emersi indicano in generale una significativa vulnerabilità interpersonale e intrapersonale nei soggetti con autolesionismo. Vi sono molteplici dei fattori di rischio noti per la psicopatologia e l'età maggiormente a rischio sembra essere quella della adolescenza, soprattutto per le forme più severe.

Secondo obiettivo di ricerca: si sono confrontati due gruppi formati sulla base della presenza o assenza di almeno un tentativo di suicidio. Nel confronto del periodo pre e post covid è stato registrato un aumento dei ricoveri per tentato suicidio, legato probabilmente all'intensificazione dei fattori di stress legati al contesto e alla psicopatologia sottostante come discusso sopra.

In linea con i risultati di questa ricerca, l'ideazione suicidaria e il tentato suicidio in letteratura sono sempre stati ritrovati maggiormente associati al genere femminile (McLoughlin et al., 2015). Anche l'età media di insorgenza dell'autolesionismo suicidario identificata in diversi studi risulta essere nella fascia di anni risultata nel presente lavoro (14-15 anni).

Dalle analisi emerge che coloro che mettono in atto un tentativo di suicidio vivano in un contesto familiare caratterizzato da conflittualità familiari e con problemi di salute non psichiatrici. È risultata significativa la presenza di familiarità psichiatrica. Essa, infatti, è largamente identificata come fattore di rischio rispetto il comportamento suicidario (Bilsen, 2018).

Le sindromi affettive sono risultate significativamente associate al tentativo di suicidio, così come sottolineato da studi precedenti (Nock, 2010).

Relativamente alle analisi descrittive, l'ideazione suicidaria è risultata significativamente associata con tentato suicidio: la presenza di ideazione anticonservativa sembra dunque essere il fattore determinante dell'agito suicidario.

Un aspetto importante che si riscontra dalle analisi svolte sul materiale testale riguarda le turbe del comportamento. In particolare, emerge che coloro che mettono in atto un tentato suicidio abbiano una psicopatologia associata nel polo esternalizzante con scarso autocontrollo e rispetto delle regole. Inoltre, si riscontra un'associazione con il disturbo della condotta e impulsività da non pianificazione.

Questi aspetti vanno a corroborare ricerche precedenti che hanno analizzato l'adolescenza come periodo vulnerabile per l'insorgenza di psicopatologie (De Luca et al., 2023). La fascia d'età analizzata è caratterizzata da una difficoltà generale nella regolazione delle emozioni e del comportamento che può sfociare in strategie disadattive, tra cui il gesto suicidario.

Infine, dall'analisi di regressione vengono confermate le ipotesi precedenti. Il tentato suicidio è correlato con una diagnosi nell'area delle sindromi affettive e la presenza di ideazione suicidaria. È interessante notare che la presenza di una patologia cronica sia risultata un fattore protettivo che dimezza la probabilità che si verifichi un tentato suicidio. Una ipotesi interpretativa è che chi soffre di una patologia cronica è maggiormente seguito e monitorato sia dai familiari sia dai professionisti della salute.

Terzo obiettivo di ricerca: confronto all'interno dell'autolesionismo non suicidario fra coloro che hanno e non hanno agito in senso anticonservativo. Come dalle analisi precedenti il tasso di tentato suicidio è risultato in aumento rispetto al periodo pre-covid. È stata riscontrata una prevalenza del gesto anticonservativo nel genere femminile, mentre l'età media del primo agito non suicidario è risultata essere attorno ai 13 anni, dato in linea con ricerche precedenti (Gillies et al., 2018).

Dall'analisi del contesto familiare si riscontra frequente la presenza di problemi intrafamiliari e ad un'alta prevalenza di familiarità psichiatrica. Inoltre, è emersa statisticamente significativa l'associazione tra il tentato suicidio e lo stato civile "sposati/conviventi" dei genitori. È possibile che questo dato sia legato a una maggiore presenza di conflittualità tra i genitori a cui il giovane assiste. Dalla letteratura (Gatta, et al., 2017) si osserva che una maggiore disfunzionalità nelle dinamiche familiari è legata a un aumento di problematiche esternalizzanti sia nei genitori che negli adolescenti. Nello specifico, i problemi sono relativi a difficoltà di sintonizzazione, condivisione affettiva e difficoltà di autoregolazione. Le condotte esternalizzate possono essere un tentativo di comunicazione disfunzionale dell'adolescente rispetto al contesto in cui è inserito.

Si è rilevato che la disoccupazione paterna è associata a una maggiore probabilità che l'adolescente metta in atto un tentativo di suicidio. Essa può essere indice di un quadro socio-economico familiare disagiato e/o a maggiori difficoltà all'interno del nucleo familiare.

Rispetto al contesto sociale si è trovato un elevato tasso di ritiro sociale tra coloro che mettevano in atto un agito anticonservativo. Il dato conferma le teorizzazioni sulla suicidalità che identificano una buona socializzazione come un fattore protettivo rispetto all'agito anticonservativo (Klonsky, et al., 2015).

Nell'ambito clinico è emerso che la presenza di tentato suicidio sia associata significativamente a un disturbo nell'area delle sindromi affettive, corroborando ipotesi di studi precedenti (Nock, 2006). Anche la modalità d'accesso è risultata significativamente diversa tra i due gruppi: l'agito anticonservativo è associato all'ingresso previo accesso al Pronto Soccorso.

Un'altra variabile risultata statisticamente associata è la presenza di patologia cronica: è più probabile che un individuo con autolesionismo non suicidario presenti anche un agito anticonservativo in assenza di una patologia cronica. Il risultato si pone in contraddizione

rispetto studi precedenti che hanno individuato la presenza di una patologia cronica come fattore di rischio rispetto l'agito anticonservativo (Tang, et al., 2006; Trinanes, et al., 2015). Si può ipotizzare che la presenza di tale condizione sia associata a un precoce accesso ai servizi e a un monitoraggio nel tempo che possono contribuire a ridurre il rischio di sviluppare autolesionismo suicidario. Futuri lavori potrebbero analizzare l'associazione tra le due variabili per indagarne i correlati.

Come prevedibile l'ideazione suicidaria è risultata associata al tentativo di suicidio anche nel sottocampione dell'autolesionismo non suicidario; quest'ultima è risultata essere l'elemento predittivo principale rispetto un agito anticonservativo.

Relativamente al trattamento, è significativa l'indicazione di una politerapia farmacologica post-dimissione. Questo dato è comprensibile alla luce del fatto che si tratta di pazienti con una grave severità del disagio psicopatologico. Analizzando il materiale testale si confermano le ipotesi di altri studi che inquadrano l'adolescenza come un periodo di disregolazione emotiva e comportamentale. Dai dati emerge un profilo caratterizzato da problemi esternalizzanti, impulsività, scarso rispetto delle regole e autocontrollo associato a disturbi della condotta e oppositivi-provocatori. Sia l'autolesionismo che il tentato suicidio sono strategie disadattive per gestire la sofferenza psicopatologica. In adolescenza a livello emotivo si sperimentano maggiori fluttuazioni negli stati emotivi ed esperienze emotive più intense rispetto ad altre fasce d'età come infanzia o età adulta (Tottenham et al., 2011). Allo stesso tempo è anche un periodo critico per lo sviluppo di competenze emozionali (Silvers, 2022). Nel momento in cui l'adolescente è inserito in un contesto che non favorisce la crescita e la messa in pratica di strategie adattive funzionali, è probabile che la gestione del disagio passi attraverso l'azione, in questo caso di tipo autolesivo.

Dall'analisi di regressione sono state confermate le significatività delle variabili "Genitori sposati", "Patologia cronica", "Ideazione suicidaria" e il dato relativo alla diagnosi primaria. Nella sottopopolazione dell'autolesionismo non suicidario si conferma la correlazione del tentato suicidio con ideazione suicidaria e patologia cronica. L'agito anticonservativo è risultato sette volte più probabile nel caso sia presente ideazione suicidaria. Al contrario, se presente una patologia cronica, il rischio viene dimezzato. Avere i genitori sposati invece rientra nei fattori di rischio rendendo il gesto autolesivo

due volte più probabile. A livello di diagnosi primaria il tentato suicidio in associazione all'autolesionismo non suicidario è correlato alle sindromi di tipo affettivo.

In sintesi, i risultati del presente studio evidenziano l'influenza che il contesto ha nello sviluppo dell'autolesionismo in età evolutiva. I fattori di rischio, come già sottolineato precedentemente, si riscontrano sia a livello interpersonale che intrapersonale, perciò, l'intervento sia nel momento critico che in ottica preventiva dovrebbe coinvolgere anche il nucleo familiare e sociale.

Relativamente al contesto sociale, i problemi a livello scolastico e di relazione con i pari si sono rivelati dei fattori fondamentali. La socializzazione è uno dei modi attraverso cui l'individuo forma la propria identità e nell'adolescenza è uno dei compiti di sviluppo principali. La pandemia ha sicuramente incrementato la difficoltà nel creare relazioni significative esterne al nucleo familiare. Potrebbero essere utili delle strategie di intervento che mirino al rafforzamento della rete sociale attorno a questi pazienti per limitare il ritiro sociale nel quale spesso si trovano.

Come emerso da numerosi studi, l'ideazione suicidaria è l'elemento principale che aumenta in maniera significativa la probabilità di agito autolesivo. La strategia di intervento dovrebbe concentrarsi su tale aspetto con lo scopo di prevenire gesti suicidari o ricadute successive. Potrebbero essere integrate delle tecniche che esplorino e quantifichino l'ideazione suicidaria negli adolescenti a rischio. Un questionario ampiamente utilizzato a questo scopo è il *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*, attraverso il quale è possibile effettuare un pre-screening relativamente i comportamenti suicidari.

I sintomi esternalizzanti si sono confermati come elementi fortemente determinanti in coloro che presentano autolesionismo (Gatta et. Al., 2016). A livello di trattamento e di prevenzione dovrebbero essere integrate strategie volte a rafforzare le capacità di regolazione degli impulsi e delle emozioni. Le condotte autolesive sono legate per la maggior parte a una ricerca di sollievo dalla sofferenza e per questo sarebbero auspicabili delle tecniche di intervento che spingano all'elaborazione di tale vissuto e alla ricerca di un modo più adattivo e funzionale per gestirle. A tal proposito, negli ultimi anni sono stati svolti degli studi che hanno analizzato la prosocialità come fattore protettivo rispetto i comportamenti autolesivi (Chan et al., 2016). Essa, infatti, sostiene il benessere

dell'adolescente e pone uno sguardo anche sul senso di appartenenza sperimentato dall'individuo.

È necessario sottolineare che nonostante le difficoltà legate alla regolazione emotiva siano una componente legata all'autolesionismo, non sono sufficienti per spiegare l'utilizzo di tale strategia disadattiva. L'autolesionismo è un fenomeno complesso che vede il concatenarsi di diversi aspetti e considerata l'importanza sanitaria e sociale è necessario svolgere ulteriori studi per ampliarne la conoscenza.

6.2 LIMITI DELLA RICERCA E PROSPETTIVE FUTURE

I risultati del presente studio devono essere considerati alla luce di alcune limitazioni. In primo luogo, la ricerca si è concentrata su un campione specifico relativo a un singolo contesto, la U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile di Padova. Sarebbe opportuno ampliare il campione di riferimento anche ad altre realtà italiane simili per ricercare associazioni significative.

Non è stato possibile ricavare le variabili prese in considerazione di tutti i pazienti. Nel sistema informatico da cui sono state ricavate le informazioni, c'erano dei dati mancanti. Da questo ne deriva anche un ulteriore limite: infatti, le analisi svolte sui materiali testali in qualche caso consideravano una bassa numerosità campionaria.

Come ulteriore limite si può considerare il fatto che le variabili dei test siano tutte misurazioni self-report e quindi la presenza di bias derivati dall'autosomministrazione. Studi futuri potrebbero indagare le stesse variabili attraverso un metodo differente di raccolta dati.

Rispetto al campione, si è presa in esame una specifica fascia d'età, perciò, ricerche future potrebbero prendere in considerazione anche lo studio di differenti fasi di vita (come, ad esempio, la prima età adulta) per analizzarne le caratteristiche e porre lo studio in un'ottica longitudinale. Si potrebbero così analizzare l'efficacia dei trattamenti a lungo termine, verificando i fattori che portano a ricadute successive.

Infine, futuri studi potrebbero prendere in analisi campioni di adolescenti che presentano autolesionismo ma che non hanno necessitato di un ricovero. Tali forme di disagio psicopatologico sarebbero meno severe e si potrebbero indagare aspetti del fenomeno in maniera preventiva e studiare il legame con l'ideazione suicidaria. In questo modo si

potrebbero pianificare e attuare interventi preventivi e supportivi maggiormente efficaci che coinvolgano anche il contesto sociale e familiare.

7. CONCLUSIONI

Il presente studio si propone di ampliare le conoscenze relative al tema dell'autolesionismo in età evolutiva prendendo in esame un campione di adolescenti ricoverati presso la U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedale-Università di Padova da gennaio 2015 a dicembre 2023. A tal fine sono stati delineati tre obiettivi specifici di ricerca: un'analisi descrittiva del campione in esame; un confronto fra coloro che presentavano almeno un tentato suicidio e coloro che non lo presentavano; un confronto, all'interno della sottopopolazione dei pazienti con autolesionismo non suicidario, fra coloro che avevano tentato il suicidio e coloro che non riportavano tale agito. Lo studio ha preso in considerazione variabili socio-demografiche, cliniche e relative a materiali testali ricavate dalle cartelle cartacee dei pazienti e dal sistema operativo informatico di archiviazione e consultazione dati utilizzato dall'AO di Padova previo consenso del paziente.

In sintesi, dalla presente ricerca, emerge che i fattori maggiormente rilevanti a livello clinico del fenomeno dell'autolesionismo, sia suicidario che non suicidario, siano i sintomi esternalizzanti e la difficoltà del controllo degli impulsi. Viene riscontrato scarso autocontrollo e rispetto delle regole avvalorando le ipotesi che associano l'autolesionismo in adolescenza con deficit relativi alla regolazione emotiva e comportamentale.

Vengono riconosciuti numerosi fattori di rischio relativi al contesto familiare e sociale. Nello specifico, le difficoltà all'interno del nucleo familiare, come ad esempio un'alta conflittualità tra i membri, sono risultate cruciali rispetto l'attuazione di un agito anticonservativo. Nel contesto più ampio, la presenza di ritiro sociale, episodi di bullismo/cyberbullismo e problemi a livello scolastico sono elementi chiave nello sviluppo del fenomeno.

La pandemia da Covid-19 ha esacerbato le condizioni di rischio portando a un'incidenza maggiore del fenomeno nella fascia d'età considerata rispetto agli anni antecedenti. L'incremento dei fattori di rischio e la mancanza di supporto ricevuto dal contesto sociale e dai servizi hanno contribuito a sviluppare metodi disadattivi di tipo autolesivo/anticonservativo per la gestione dei vissuti emotivi. Studi longitudinali futuri potrebbero indagare le conseguenze a lungo termine della pandemia rispetto il fenomeno dell'autolesionismo.

I risultati possono fornire le basi per sviluppare interventi preventivi che agiscano sulla capacità degli adolescenti di regolazione degli impulsi fornendo strategie di regolazioni più adattive. La strutturazione di essi deve necessariamente comprendere il nucleo familiare e il contesto sociale per aumentarne l'efficacia. L'autolesionismo infatti è un fenomeno complesso e trasversale a tutti gli ambiti di vita dell'adolescente. A livello familiare è possibile lavorare sulla disfunzionalità nella qualità delle interazioni e della comunicazione. Mentre, la scuola, come evidenziato dalla letteratura (Muehlenkamp et al., 2010), dovrebbe essere in prima linea per la prevenzione all'autolesionismo in quanto fonte primaria di socializzazione e di sviluppo dell'identità per gli adolescenti.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T. (2001). Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile. Burlington (VT): Department of Psychiatry, University of Vermont.

Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry research*, 178(1), 101-105.

Bilsen J (2018) Suicide and Youth: Risk Factors. *Front. Psychiatry* 9:540. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00540

Borraccino, M., Elisabetta, P., & Destino, L. (2022). Presentazione 1: L'autolesionismo non suicidario in adolescenza. Una Review della letteratura per una prospettiva futura. *Libro degli*, 36.

Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Corcoran P, Cosmanm D, Haring C, Iosuec M, Kahn JP, Keeley H, Meszaros G, Nemes B, Podlogar T, Postuvan V, Saiz PA, Sisask M, Tubiana A, Varnik A, Wasserman D. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Apr;55(4):337-48. doi: 10.1111/jcpp.12166. Epub 2013 Nov 12. PMID: 24215434.

Carretti V, La Barbera D, Craparo G. La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). In: Carretti V, La Barbera D (eds). *Alessitimia: valutazione e trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, 2005.

Claes, L., Vandereycken, W. and Vertommen, H. (2003), Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 11: 379-396. <https://doi.org/10.1002/erv.510>

Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers Individ Dif* 2007; 42: 611-21

Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., ... & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277-283.

De Luca, L., Pastore, M., Palladino, B. E., Reime, B., Warth, P., & Menesini, E. (2023). The development of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 339, 648–659. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.091>

DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5th ed). (2014). R. Cortina.

Franklin, J. C., Lee, K. M., Hanna, E. K., & Prinstein, M. J. (2013). Feeling worse to feel better: Pain-offset relief simultaneously stimulates positive affect and reduces negative affect. *Psychological Science*, 24(4), 521-529.

Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K.H., Nock, M.K. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*. 2015 Dec; 42:156-67. doi: 10.1016/j.cpr.2015.09.002. Epub 2015 Sep 12. PMID: 26416295; PMCID: PMC4772426.

Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., Spoto, A., & Battistella, P. A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2307-2317

Gatta, M., Miscioscia, M., Sisti, M., Comis, I., & Battistella, P. A. (2017a). Interactive family dynamics and non-suicidal self-injury in psychiatric adolescent patients: A single case study. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00046>

Gatta, M., Sudati, L., Sisti, M., Miscioscia, M., Calloni, V., & Simonelli, A. (2017b). Il ruolo delle interazioni familiari nell'espressione del disagio psichico in adolescenza: Uno studio preliminare. In *Psicologia Clinica dello Sviluppo* (Vol. 21, Issue 3, pp. 397–417). <https://doi.org/10.1449/88500>

Gatta, M., Spoto, A., Miscioscia, M., Valentini, P., Donadel, M. E., Del Col, L., ... & Ferruzza, E. (2019). Emozioni, comportamenti e relazioni: uno studio caso-controllo sul self-cutting in adolescenza. *Rivista di Psichiatria*, 54(4), 175-182.

Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., & Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American* 88

- Gratz, K. L., Hepworth, C., Tull, M. T., Paulson, A., Clarke, S., Remington, B., & Lejuez, C. W. (2011). An experimental investigation of emotional willingness and physical pain tolerance in deliberate self-harm: The moderating role of interpersonal distress. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 63–74. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.009>
- Halicka, J., & Kiejna, A. (2018). Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*, 27(2), 257-261.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*, 32(6), 482-495.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 63–71. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.63>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (A c. Di). (2020). *Manuale diagnostico psicodinamico: PDM-2* ([2.] ed. riveduta e corretta). R. Cortina.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- 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.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current opinion in psychology*, 22, 38-43.
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 381-389.

Kovacs, M. (2018). Children's Depression Inventory (2nd ed.) Multi-Health System. North Tonawanda NY.

Laanani, M., Imbaud, C., Tuppin, P., Poulalhon, C., Jollant, F., Coste, J., & Rey, G. (2020). Contacts with health services during the year prior to suicide death and prevalent conditions a nationwide study. *Journal of affective disorders*, 274, 174-182.

Laukkanen, E, Rissanen M, Tolmunen T, Kylmä J, Hintikka J. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22: 501-10.

Liu, R. T., Cheek, S. M., & Nestor, B. A. (2016). Non-suicidal self-injury and life stress: A systematic meta-analysis and theoretical elaboration. *Clinical Psychology Review*, 47, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.005>

Mancinelli, E., Ruocco, E., Napolitano, S., & Salcuni, S. (2022). A network analysis on self-harming and problematic smartphone use – The role of self-control, internalizing and externalizing problems in a sample of self-harming adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152285. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152285>

McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Perspective. *Psychopathology*, 47(4), 207–219. <https://doi.org/10.1159/000358097>

McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(10), 765-780.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133.

Nock, M. K. (2010) Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*; 6: 339-63. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258. PMID: 20192787.

Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology*, 115(3), 616.

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140–146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry, 70*(3), 300-310.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology, 51*(6), 768-774.
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 2*(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3> *Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57*(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Sadeh, N., et al. (2014). Functions of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents and Young Adults with Borderline Personality Disorder Symptoms. *Psychiatry Research*, vol. 216, issue 2, pp. 217–222, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.018>.
- Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology, 44*, 258-263.
- Steele, M. M., & Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents, part 1: etiology and risk factors. *Canadian journal of psychiatry, 52*(6), 21S.
- Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine, 36*(5), 575-586.
- Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R. M., & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of psychosomatic research, 36*(5), 417-424.
- Tottenham, N., Hare, T. A., & Casey, B. J. (2011). Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood. *Frontiers in psychology, 2*, 2250.

Trinanes, Y., González-Villar, A., Gómez-Perretta, C., & Carrillo-de-la-Peña, M. T. (2015). Suicidality in chronic pain: predictors of suicidal ideation in fibromyalgia. *Pain Practice*, 15(4), 323-332.

Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(4), 282-297.

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American journal of psychiatry*, 168(5), 495-501.

Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European child & adolescent psychiatry*, 20, 103-108.

World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates.

Zanus C., Battistutta S., Aliverti R., Montico M., Cremaschi S., Ronfani L., et al. (2017) Adolescent Admissions to Emergency Departments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *PLoS ONE* 12(1): e0170979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170979>
<http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=33576>