

Valutazione del rischio di autolesionismo e/o suicidio tra una popolazione di adolescenti: revisione della letteratura

Antonino Calabrò¹, Giulia Valente², Lorenzo Bardone³, Federica Ilari⁴, Roberto Lupo⁵

¹Infermiere SPDC ASL Biella

²Infermiera Libero Professionista ASL Biella

³Infermiere coordinatore infermiere, ASL Biella

⁴Infermiere coordinatore infermiere, ASL Biella

⁵Infermiere, ASL Lecce

Corrispondenza: anto.cala76@gmail.com

INTRODUZIONE

Secondo World Health Organization (WHO) (Plat S. et al.1992) l'autolesionismo è un comportamento non fatale, intenzionale, volto a danneggiare sé stessi; che non prevede l'intervento di altre persone ed è finalizzato ad apportare, mediante le conseguenze fisiche attese, dei cambiamenti. Il "Self-Harm" dunque consiste nel farsi male volontariamente ma senza un'intenzione suicidaria, cosciente o dichiarata (Hawton K. et al 2012). Esistono quindi due differenti categorie diagnostiche: l'autolesionismo non suicidario (ANS) ed il tentativo di suicidio (TS) come stabilisce il nuovo DSMV-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association 2013). Molte possono essere le cause che spingono un adolescente a farsi del male come fattori socio-ambientali, culturali e sociali, psicologici e relazionali, educativo-affettivi (Favazzara A.R. e Rosenthal R.J. 1993) (Khemiri I. et al. 2016). Spesso viene anche associato ad altri tipi di comportamenti autodistruttivi, come le problematiche alimentari e l'abuso di alcol o di sostanze (Murray et al. 2011) (Cerutti R. et al. 2011).

Anche se non esiste una correlazione certa "causa-effetto" fra i due fenomeni, si è comunque verificato che alcune tipologie di autolesionismo possono portare al suicidio con maggiore probabilità rispetto ad altre (Haw C. et al. 2015). Secondo la World Health Organisation (WHO) il suicidio e la morte accidentale da autolesionismo sono la terza causa di mortalità con una stima di 67000 morti (WHO 2015). Un'indagine condotta dalla Società Italiana di Pediatria (Società Italiana di Pediatria 2017), ha evidenziato che 8 adolescenti su 10 hanno sperimentato disagio emotivo e il 15% episodi di autolesionismo. Nonostante sia un problema frequente, se ne parla poco e spesso non si è a conoscenza del vero significato che tale comportamento può avere per il soggetto che lo compie. Di conseguenza, anche la valutazione del rischio, la prevenzione e le cure sanitarie che vengono fornite ai pazienti possono non essere sufficientemente tempestive e mirate (McHale J., Felton A. 2011).

Nonostante sia un problema frequente, se ne è parlato troppo poco di questa patologia precedentemente. Ad oggi gli studi condotti sono in aumento, dato che si è dimostrato che è un fenomeno di rilevanza sociale (WHO 2015). Di conseguenza, anche la valutazione del rischio, per la prevenzione e le cure devono essere sufficientemente tempestive e mirate. La valutazione testistica ci viene in aiuto in merito: studi condotti in altri paesi (Lescano C.M. et al. 2007)(Sansone R.A. et al. 1998)stanno dando buoni risultati in merito alla efficacia predittiva, la forza di tali strumenti e che possono essere usati da più professionisti sanitari, adeguatamente formati (McAllister M. et al. 2002, 2002; Tkaczyk J.M.e Edelson A. 2009).

Obiettivo del seguente studio è quello di evidenziare l'efficacia di strumenti atti a valutare il rischio di autolesionismo e/o suicidio nella popolazione di adolescenti (età compresa tra 12 e 19 anni), attraverso una revisione narrativa.

MATERIALI E METODI

Per condurre la revisione è stato delineato precedentemente un quesito di ricerca utilizzando la metodologia PIO (P: Popolazione di adolescenti (dai 12 ai 19 anni); I: individuazione di strumenti per la valutazione del rischio di autolesionismo e suicidio; O prevenzione degli atti di autolesionismo).

È stata condotta una revisione della letteratura (dal 1/5/2017 Al 31/9/2017) consultando banche biomediche *Cinahl*, *Medline*, *Pubmed* con l'utilizzo di termini MeSH "nurse" "ANS" "Self-harm" "Self-injury" "personality disorder" "deliberate self-harm" "suicide" "harm-reduction" "cutting-burning-branding", "Suicide prevention strategies" combinandoli con gli operatori booleani OR e AND. Per la selezione degli articoli, sono stati valutati i titoli, gli *abstract* e, nel caso il contenuto di questi risultasse pertinente allo studio, si è reperito il testo completo. Gli articoli ottenuti sono stati verificati da due valutatori indipendenti, al fine di identificare i report pertinenti. Successivamente sono stati analizzati i relativi *full-text* con il medesimo criterio. Inoltre gli articoli sono stati valutati attraverso le *check-list* "Critical Appraisal Skills Programme" (CASP). Ultima revisione 20/08/2019.

I criteri di inclusione

Sono stati inclusi tutti gli studi primari in lingua italiana, inglese, tedesca e considerati gli articoli a partire dal 1° gennaio 2004 riguardanti gli adolescenti (età compresa tra 12 e 19 anni) non ricoverati.

I criteri di esclusione

Sono stati esclusi tutti gli articoli di revisione e gli studi relativi a popolazione adulta e anziana.

RISULTATI

Sono stati reperiti 153 report totali. Dopo la lettura del titolo e dell'*abstract* sono stati selezionati 13 articoli con *full texts*; 10 sono stati ritenuti non pertinenti e 3 articoli sono stati ritenuti idonei allo studio. Dai 3 articoli inclusi sono stati raccolti i seguenti dati: autore, anno di pubblicazione, quantità e tipologia di pazienti, valutazione dei parametri studiati, obiettivi e risultati (Tabella1).

Tabella 1 – Sinossi degli articoli

Autore e anno	Tipo di studio	Popolazione	Obiettivo	Intervento	Risultati
Troister T, Madeleine T, et al. (2015)	Studio randomizzato controllato	N= 7522 studenti tra i 15 e i 19 anni (5381 femmine, 1784 maschi e 357 non specificati)	Identificare tramite la somministrazione di tre scale di valutazione (<i>Beck Depression Inventory-II</i> , <i>Beck Hopelessness scale</i> , <i>Psychache scale</i>), la loro efficacia ed i fattori che portano all'ideazione del suicidio negli adolescenti	<p>Gruppo 1: somministra <i>Beck Depression Inventory-II</i>, prima scala di valutazione.</p> <p>Gruppo 2: somministra <i>Beck Hopelessness scale</i>, seconda scala di valutazione.</p> <p>Gruppo 3: somministra <i>Psychache scale</i>, terza scala di valutazione.</p>	I risultati dei tre gruppi non differiscono significativamente l'uno dall'altro, se non per una maggiore accuratezza predittiva della BDI-II e della PAS rispetto alla BHS. I fattori presi in esame sono: la presenza di depressione, autolesionismo e pensieri suicidari già esistenti. Si considerano gli aspetti somatici e cognitivi, la visione negativa di sé, del presente e del futuro ed il grado di disperazione. Si analizza inoltre la tendenza all'isolamento e la presenza di ulteriori comportamenti atipici.

Plener Paul L, Straub J, et al. (2012)	Studio clinico controllato randomizzato	N= 670 studenti tra i 12 e i 16 anni	Identificare tramite la somministrazione di due scale di valutazione: <i>Self-harm Behavior Questionnaire</i> (SHBQ) e <i>Ottawa Self-injury inventory</i> (OSI), il rischio di suicidio correlato ai possibili fattori scatenanti negli adolescenti.	Gruppo 1: somministrazione della SHBQ ad un campione Gruppo 2: somministrazione della OSI allo stesso campione preso in precedenza	I risultati del primo gruppo, che tiene in considerazione l'autolesionismo e le minacce di suicidio, hanno rilevato la presenza di possibili fattori di rischio riguardanti l'intera vita di una persona, segnalando un tentativo di suicidio e autolesionismo in passato. I risultati del secondo gruppo, che si concentra sui dettagli del comportamento autoaggressivo e sulla sua rilevazione, non sono ancora stati pubblicati ma si riferiscono a chi ha manifestato pensieri suicidi nel corso degli ultimi mesi o dell'ultimo anno.
Muehlenkamp J, et al. (2004)	Studio randomizzato controllato	N= 390 studenti (176 maschi, 214 femmine) di età media 16,27 anni. I caucasici rappresentano il 62,2%, gli afroamericani il 15,2%, gli spagnoli il 7,7% ed il 14,9% è formato da studenti di altre etnie	Identificare il rischio di autolesionismo e/o suicidio tramite la somministrazione di due scale di valutazione: <i>Multi-Attitude Suicide Tendency Scale</i> (MAST), <i>Self-Harmful Behavior Scale</i> (SHB)	Gruppo 1: somministrazione della MAST ad un campione di studenti Gruppo 2: somministrazione della SHB allo stesso campione preso in precedenza	I risultati della prima scala di valutazione che tratta 4 aspetti: attrazione alla vita, attrazione alla morte, repulsione alla vita e repulsione alla morte, hanno dimostrato che la MAST può essere un valido strumento per distinguere gli adolescenti con istinti suicidi e non. I risultati della seconda scala di valutazione, che si concentra sull'autolesionismo classificandone anche le varie modalità in base al tipo di lacerazioni autoinflitte, permettono di comprendere quali sono le correlazioni principali tra questi gesti ed il pensiero suicida.

DISCUSSIONE

La presente revisione ha l'obiettivo di valutare il rischio di autolesionismo e/o suicidio tra una popolazione di adolescenti attraverso l'analisi di alcuni strumenti presenti in letteratura. Dalla letteratura emerge che la previsione di tentativi autolesivi (ANS, TS) si dimostra una buona valutazione predittiva, a seconda dei soggetti esaminati. Il primo studio di Talia Troister et al. (2015) è uno studio randomizzato controllato su 390 studenti; si evidenziano punteggi non significativamente diversi l'uno dall'altro se non per una maggiore accuratezza predittiva della "Psychache Scale" (PAS) e della "Beck Depression Inventory-II" (BDI-II) rispetto alla "Beck Hopelessness Scale" (BHS). Per l'identificazione di coloro che possono avere idee suicidarie, le tre scale si equivalgono, per la previsione dei singoli tentativi di suicidio nella vita la PAS risulta avere una previsione maggiore rispetto la BHS e la BDI-II. L'identificazione e la previsione dei multipli tentativi di suicidio, la BHS si è dimostrata poco affidabile mentre la BDI-II e la PAS sono positive. Infine, valutando il rischio individuale con previsione di 12 mesi la PAS è risultata un ottimo strumento di valutazione, mentre la BDI-II e la BHS sono state valutate come moderatamente affidabili.

Il secondo studio di Plener Paul L. et al. (2012) è uno studio randomizzato controllato su un campione di 670 studentia i quali sono state somministrate due scale: la "Self-Harm Behavior Questionnaire" (SHBQ) che indaga di pensieri suicidi durante l'intera vita e la "Ottawa Self-injury Inventory" (OSI), che propone domande mirate su fattori temporali specifici. Entrambe le scale hanno dimostrato la loro efficacia e si è dimostrata prevalenza significativamente più alta di suicidio nelle ragazze che nei ragazzi.

Nel terzo studio Jennifer J. Et al. (2004), è uno studio randomizzato controllato su un campione di 390 studenti ai quali sono state somministrate due scale di valutazione. La "Multi-Attitude Suicide Tendency Scale" (MAST), che descrive l'attrazione alla vita (AL), l'attrazione alla morte (AD), la repulsione alla vita (RL) e la repulsione alla morte (RD).

La seconda scala è la "Self-Harmful Behavior Scale" (SHB), un questionario sull'autolesionismo. Le due scale sono state valutate positivamente poiché, mentre la prima (MAST) valuta e differenzia gli adolescenti con rischio di suicidio maggiore e minore in base al loro stato d'animo attuale, la seconda (SHB), valuta la correlazione tra autolesionismo e disagio dell'adolescente e il pensiero suicidario espresso dalla precedente scala.

CONCLUSIONI

I risultati della revisione suggeriscono come l'argomento presenti ancora forti ed importanti gap in letteratura. Si evince che l'autolesionismo e/o il suicidio sono due modi di esprimere il disagio adolescenziale che negli ultimi anni ha avuto un aumento costante e che tali strumenti possono essere un valido supporto ai sanitari, per formulare concrete strategie di valutazione e prevenzione del rischio di autolesionismo/suicidio negli adolescenti (Stone D. 2017).

In Italia (Regione Piemonte 2014), la presenza di alcune strutture come centri di salute mentale (CSM), la Neuropsichiatria Infantile, la Rete di Assistenza Psicologica, il Servizio alle Dipendenze, il Consultorio Giovani e il Consultorio Familiare garantisce prevenzione in ambito scolastico e sociale. Tali strutture, nelle loro componenti istituzionali, possono creare le condizioni perché si possano attuare politiche mirate ad affrontare ed individuare interventi legislativi, strutturali ed economici efficaci per contrastare il rischio di autolesionismo. Anche l'infermiere come parte integrante di questa rete e figura professionale che si occupa di prevenzione e cura, deve essere formato in modo specifico per affiancare al meglio questi giovani pazienti. In Italia pochi sono gli studi condotti attraverso una valutazione testistica. Anche se i test sono stati validati sono pochi i dati a nostra disposizione per avere una valutazione di efficacia rapportata al nostro contesto nazionale. Tale elaborazione può essere un valido spunto di riflessione per condurre studi futuri attraverso i servizi, sia come prevenzione che per la cura. La figura dell'infermiere, presente in tutti i *setting*, potrebbe supportare l'intero percorso del paziente adattando le proprie competenze allo specifico contesto. La carenza di studi in letteratura rispetto a tale tematica, e l'urgenza di approfondire e prevenire il rischio di autolesionismo, sostiene l'urgenza di creare dei percorsi di prevenzione, terapia e riabilitazione chiari ed il più possibile omogenei a livello nazionale.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association DSM-5 (2013) *Diagnostic & statistical manual of mental disorder*. 5° ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Dumon E. & Gwendolyn P. (2014) *Prevenzione del suicidio, intervento e post intervento. Uno strumento per le scuole*. EUREGENAS, Dipartimento di Ricerca sul Suicidio, Università di Gent.
- Favazza AR, Rosenthal RJ (1993) *Diagnostic issue in self-mutilation. Hospital and Community*. *Psychiatry*, 44, 134-139.
- Haw C, Casey D, Holmes J, Hawton K (2015) *Suicidal Intent and Method of Self-Harm: a large scale Study of Self-harm Patients presenting to a General Hospital*. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 45(6), 732-746.
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor R (2012) *Self-harm and suicide in adolescents*. *The Lancet*, 379(23), 2373-2382.
- Jennifer J Muehlenkamp, Peter M Gutierrez (2004) *An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (1), 12-23.
- Khemiri L, Jokinen J, Runeson B, Jayaram-Lindström N (2016) *Suicide Risk Associated with Experience of Violence and Impulsivity in Alcohol Dependent patients*. *Scientific reports*, 119(6).
- Lescano CM, Hadley WS, Beausoleil NI, et al. (2007) *A brief screening measure of adolescent risk behavior*. *Child Psychiatry Hum Dev*. 37, 325–336.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). *A study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm*. *International Journal of Nursing Practice*, 8(4), 184-190.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). *Nurses' attitudes towards clients who self-harm*. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586.
- McHale J. Felton A. (2010) *Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(8), 732-740.
- Murray RM, Kendler KP, McGuffin P, Wessley S, Castle DJ (2011). *Fondamenti di psichiatria*. 4° Edizione. Edizioni Medico Scientifiche: Torino. Pp: 456-463.
- Platt S., Bille-Brohe U, Kerkhof A, Schmitke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Lonquist J, Michel K (1992) *Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 97-104.
- Plener PL, Straub J, Kapusta ND, Fegert JM, Spröber N. (2012) *Assessment of suicidal ideation in adolescents: comparison of two instruments*. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie*, 61(1), 4-15.
- Regione Piemonte (2014) Sanità, Reti Cliniche, rete di Assistenza Psicologica – *La Rete di assistenza psicologica agli adolescenti*. Ottobre 2014.
- Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA (1998) *The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder*. *J Clin Psychol*. 54, 973–983.
- SIP Società Italiana di Pediatria, 73° Congresso Nazionale, Napoli 29 Maggio 2017.
- Stone D, Holland K, Bartholow B, Crosby A, Davis S, Wilkins N. (2017) *Preventing suicide: a technical Package of Policy, Programs and Practices*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and control – Division of violence prevention.
- Tkaczyk JM, Edelson A (2009) *School nurses: a bridge to suicide prevention* NASN Sch. Nurse, 24(3), 124-127.
- Troister T, D'Agata MT, Holden RR (2015) *Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates*. *Psychol Assess*, 27(4), 1500-6.
- WHO World Health Organisation, *World Health Statistics* 2015 Geneva.