



ARTICOLO ORIGINALE

ESPLORANDO IL SIGNIFICATO DEL SUICIDIO NEI GIOVANI GAY, LESBICHE E BISESSUALI ITALIANI

Alessandro Buffoli¹, Erminia Colucci²

ISSN: 2283-8961

Abstract

Studi epidemiologici internazionali dimostrano che la popolazione lesbica, gay e bisessuale è ad alto rischio di comportamenti suicidari. L'obiettivo di questo studio è comprendere il punto di vista dei giovani non eterosessuali in merito a questa problematica, al fine di ottenerne una migliore comprensione e raccogliere spunti in merito alla prevenzione. Metodo: 720 partecipanti italiani (605 maschi e 115 femmine), di età compresa tra i 18-24 anni e che identificano se stessi come omosessuali o bisessuali, hanno risposto ad un questionario on-line. Risultati: I dati emersi dal questionario semi-strutturato sono stati comparati per genere, provenienza geografica ed orientamento sessuale. Più dell'80% del campione ha riferito d'aver avuto pensieri suicidari nel corso della vita e circa il 20% ha riferito uno o più tentativi di suicidio. Tra le principali strategie di prevenzione suggerite sia da maschi che da femmine figura la promozione al cambiamento nei comportamenti sociali (es. leggi contro la discriminazione) e la modificazione degli stereotipi (es. educazione in ambito scolastico riguardo all'orientamento sessuale). Conclusioni: I dati confermano quanto presente in letteratura riguardo l'alto rischio d'ideazione e comportamento suicidario per la popolazione omosessuale e che la motivazione preponderante sia di natura relazionale, in particolar modo

¹ Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano alessandro.buffoli@unicatt.it

² Centre for International Mental Health, University of Melbourne, Australia

la solitudine. Non sono emerse differenze significative tra i sessi e tra gli orientamenti, permettendo di ipotizzare che i bisessuali condividano gli stessi fattori di rischio della popolazione omosessuale.

International epidemiological studies demonstrate that lesbian, gay and bisexual people are at high risk of suicidal behavior. The aim of this study was to explore non-heterosexual youngsters' perspectives about this issue, in order to improve the understanding of this phenomenon and gather suggestions about prevention. Method: 720 Italian participants (605 males and 115 females), 18-24 years old who identified themselves as lesbian, gay or bisexual answered to an on-line survey hosted on an internet website. Data collected through the semi-structured survey were compared for gender, geographical provenience and sexual orientation. More than 80% of the sample reported to have thought about suicide in their lifetime and approximately 20% attempted reported one or more suicide attempts. Among the main prevention strategies suggested by both males and females were the promotion of changes in society's behaviors and norms (e.g. laws against discrimination) and stereotypes and attitudes (e.g. education at school about sexual orientation). Conclusions: These results confirm existing evidence about the high suicidal risk among homosexual populations, and that the most important reasons are at the interpersonal level, in particular loneliness and isolation. There was no significant differences among genders and sexual orientations, which implies for instance that bisexuals share the same risk factors of homosexuals.

INTRODUZIONE

La ricerca ha da tempo individuato una maggiore frequenza di comportamenti suicidari nella popolazione lesbica, gay e bisessuale (LGB) rispetto alla popolazione generale (ad esempio Bell & Weindberg, 1978; Remafedi, Farrow e Deisher, 1991; D'Augelli & Hershberger, 1993; Fergusson, Horwood e Beautrais, 1999; Kulkin, Chauvin e Percle, 2000), in concomitanza con altre problematiche quali l'abuso di sostanze (ad esempio Remafedi, 1987; Rotheram-Borus, Rosario et al., 1994), disturbi della condotta alimentare (Siever, 1994), fughe da casa e prostituzione (Savin-Williams, 1994).

L'ideazione suicidaria, soprattutto quando severa e pervasiva, è considerata un predittore del comportamento suicidario. Dalle recenti meta-analisi di studi con gruppo di controllo di King e collaboratori (2008) e di Marshal e collaboratori (2011), è emersa una maggiore presenza d'ideazione suicidaria tra le persone LGB rispetto

alla popolazione eterosessuale.

Le meta-analisi citate confermavano anche la maggiore presenza di tentativi di suicidio nella popolazione non eterosessuale. King (2008) ha concluso che maschi GB hanno tentato il suicidio, nel corso della vita, quattro volte più dei maschi eterosessuali, mentre il corrispettivo valore delle femmine LB è doppio rispetto a quello delle femmine eterosessuali. Anche la meta-analisi di Marshal, focalizzata su popolazione adolescente, rilevava maggiori tassi di condotte suicidarie nella popolazione LGB rispetto a quella eterosessuale. La distinzione tra i sessi è stata possibile solamente in sei degli studi considerati ed è stata calcolata condensando i valori in un unico dato di comportamento suicidario.

Le statistiche ufficiali riguardanti il suicidio non raccolgono informazioni inerenti l'orientamento sessuale dei soggetti, pertanto non esistono dati certi riguardo al tasso di suicidio nella minoranza LGB. Per inferirli, si è fatto ricorso a varie metodologie. La più classica è quella dell'autopsia psicologica. Negli studi si ricorre a quanto riferito da amici e familiari, comportando una distorsione in negativo della numerosità del campione. Infatti, non tutte le persone omosessuali fanno "coming out", a maggior ragione se i soggetti sono giovani (Meyer, 2003). Solamente due studi (Shaffer et al. 1995; Renaud et al. 2010) hanno utilizzato come termine di confronto sia un gruppo di persone morte per suicidio che un gruppo di controllo vivente. Il primo è stato effettuato nell'area metropolitana di New York, mentre il secondo in Canada, nello Stato del Quebec. In entrambi, apparentemente, si rileva che non ci sia differenza tra il campione LGB e quello eterosessuale. Questo dato è in contrasto con quanto ipotizzabile in base alla maggiore presenza d'ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio che caratterizza la popolazione LGB. Considerando poi che il tentativo è il più importante predittore di un futuro suicidio, questo dato risulta ancor più sorprendente. Plöderl e collaboratori (2013) hanno però messo in luce come entrambi gli studi mostrassero problemi d'interpretazione statistica. L'autopsia psicologica non è però l'unica metodologia utilizzata. Con la progressiva introduzione nell'ordinamento giuridico delle unioni omosessuali, in alcuni stati è già stato possibile effettuare studi che considerassero questo parametro. In particolare, la Danimarca possiede registri statistici longitudinali attraverso i quali si possono comparare, a partire dal 1994, i suicidi avvenuti in persone single, sposate con persone del proprio sesso e sposate con persone dell'altro sesso. Qin, Agerbo e Mortensen (2003) hanno rilevato che le persone con esperienza di unioni omosessuali erano 3-4 volte più di coloro che

avevano avuto unioni eterosessuali.

Per un approfondimento dello stato dell'arte sui comportamenti suicidari nelle minoranze sessuali, si segnala il recente lavoro di Buffoli e Colucci (in press.)

La presente ricerca si pone come obiettivo di realizzare uno studio su un campione di giovani omosessuali e bisessuali italiani, ottenendo la collaborazione di partecipanti provenienti da tutto il territorio nazionale. Inoltre, intende seguire il suggerimento di Kulkin, Chauvin e Percle (2000) includendo cioè il sesso femminile e la popolazione bisessuale, entrambe popolazioni generalmente escluse dalle ricerche su omosessualità e suicidio. L'indagine ha la finalità di rilevare la frequenza di comportamenti predittori di suicidio, di comprensione delle motivazioni sottostanti gli agiti suicidari e di indagare possibili strategie preventive.

METODO

La ricerca è stata condotta attraverso la messa online di un questionario contenente domande a risposta chiusa (ottenendo quindi dati quantificabili) e domande a risposta aperta (analizzate qualitativamente). Il questionario utilizzato era una versione modificata di Colucci (2013), con l'introduzione di domande relative all'omosessualità. Il reclutamento dei partecipanti, tutti volontari, è avvenuta fra aprile e luglio del 2006 per il primo studio. Tale reclutamento è avvenuto pubblicizzando l'esistenza della ricerca attraverso vari canali, utilizzando il campionamento "snowball", attraverso la creazione di thread in forum a tematica omosessuale reperiti tramite motore di ricerca e soprattutto grazie alla pubblicazione di articoli riguardanti la ricerca da parte dei siti italiani di cultura LGBT. Il campione è composto da 720 soggetti, di cui 84% maschi (M) e 16% femmine (F). Questa discrepanza conferma quanto affermato in letteratura sul maggior numero di soggetti omosessuali (O) o bisessuali (B) nella popolazione maschile (ad es. Hyde, 1994). All'interno di ciascun sesso si evidenzia la preponderante presenza di omosessuali rispetto ai bisessuali (81.7% di O fra M e 67% di O fra F). Tutti i soggetti sono nati e residenti in Italia e la quasi totalità ha riportato di avere entrambi i genitori nati anch'essi in Italia (maschi 98%, femmine 94.8%). Il maggior numero dei soggetti coinvolti era residente nel Nord Italia (47,4% del campione totale, mentre dal Centro e dal Sud, rispettivamente, sono pervenute il restante 21,8% e 30,8% delle risposte). Come riscontrato da altre

ricerche sul LGB e utilizzanti prevalentemente un campionamento online (ad es. Lelleri “Modi Di”, 2006), ciò sarebbe dovuto alla migrazione di popolazione omo e bisessuale verso il Nord in età giovanile e studentesca, oltre che dalla più nutrita presenza di reti e servizi per la comunità LGBT in quelle aree.

Alla domanda se si ritenevano persone spirituali/religiose, il 39.9% del campione si definiva tale, senza differenze significative per genere o orientamento sessuale (40.8% di M e 33.9% di F, 39.4% di O e 40.9% di B). La maggioranza di costoro (70%) si definisce cattolico mentre il 9.8% dichiara di seguire una propria autonoma forma di spiritualità; un altro 7.3% si rifà al neopaganesimo (in particolar modo alla Wicca) e il 6.3% aderisce a forme religiose cristiane ma non cattoliche. Le altre due categorie rappresentate nel campione sono quella buddista (3.5%) e la categoria “Altro” (3.1%) che comprende forme religiose fra loro diverse ma che non potevano essere accomunate alle altre emerse (es. ebraismo, animismo, reiki).

RISULTATI

Epidemiologia

È stata valutata la dimensione epidemiologica dell’ideazione, della pianificazione e del tentativo di suicidio, unitamente alla presenza di atti di autolesionismo. I dati sono riportati nella Tabella I. Non si sono rilevate differenze statisticamente significative tra gli orientamenti omosessuale e bisessuale in nessun’area. All’opposto, quando le analisi sono state ripetute distinguendo per sesso, le differenze erano significative in tutte le voci, ad eccezione dell’ideazione (pianificazione, $p < .05$; autolesionimo, $p < .001$; tentativo, $p < .001$).

Tabella I

Ideazione, pianificazione, autolesionismo, tentativo di suicidio per sesso e orientamento sessuale

	Ideazione %	Pianificazione %	Autolesionismo %	Tentativo %
Maschi	82.5	35.2	32.9	17.7
Femmine	84.3	47.0	61.7	32.2
Omosessuali	83.2	36.8	35.7	18.1
Bisessuali	81.2	38.3	42.3	20.5

Sulla base delle risposte derivate da queste ultime quattro domande, ogni soggetto è stato collocato su di una scala di rischio suicidario, dove il limite inferiore (valore 0) indica il minor rischio (il soggetto non ha mai pensato al suicidio) e il limite superiore (valore 9) rappresenta la presenza di ideazione, pianificazione, autolesionismo e tentativi di suicidio recenti (meno di un anno fa). L'analisi ANOVA ha riportato significatività riguardo al sesso, indicando il rischio maggiore per le femmine (2.78 M vs 4.07 F, $p < .001$), oltre che per coloro che vivono in centri abitati di piccole dimensioni nel sud Italia (Tabella II).

Tabella II

Rischio suicidario per provenienza geografica

Centro abitato	Provenienza	Media del rischio
Grande (>50.000 ab.)	Nord	3.11
	Centro	2.41
	Sud	2.50
Medio (10.000 - 50.000 ab.)	Nord	3.31
	Centro	3.05
	Sud	3.28
Piccolo (<10.000 ab.)	Nord	2.64
	Centro	3.24
	Sud	4.11

Comparando il rischio suicidario tra i partecipanti che si erano definiti persone religiosi/spirituali e coloro che non lo erano, non sono emerse differenze significative (con un punteggio di 2,91 per gli spirituali e di 3,03 per coloro che non lo erano).

Indagando l'esposizione al tentativo di suicidio, si evidenzia che il 36.3% dei soggetti totali conoscevano qualcuno che aveva tentato di togliersi la vita. Analizzando per sesso, si rileva che nei maschi questo contatto (per un totale di 33.1% dei soggetti) è avvenuto in famiglia nel 6.8% dei casi, mentre all'esterno per il 27.8% (naturalmente queste categorie non sono mutualmente escludentisi). Per quanto riguarda il campione femminile, l'esposizione è avvenuta per il 4.3% in famiglia e per il 52.2% al di fuori, per un totale di soggetti esposti pari al 53.0%.

L'esposizione al decesso per suicidio coinvolge il 19% del campione generale, mentre riguarda il 16.5% dei M e il 32.2% delle F. All'interno di questi due gruppi si individua rispettivamente il 3.8% e il 6.1% di esposizione avvenuta all'interno della cerchia familiare, mentre il 13.1% e il 27.0% (sempre rispettivamente M e F) ha avuto

un contatto esterno. Instaurando un confronto fra l'esposizione al tentato suicidio e la scala di rischio non si registrano correlazioni significative, come tra l'esposizione al suicidio e l'esposizione al tentato suicidio.

Motivazioni al tentato suicidio ed al suicidio

Una parte del questionario indagava le ragioni che può avere un soggetto per tentare il suicidio. Erano presentate 7 motivazioni, valutabili su scala Likert a 5 livelli (con attribuzione di valori numerici da 0 - meno importante - a 4 - più importante).

Non ci sono differenze significative fra le medie per sesso, ad eccezione del secondo item ("far notare agli altri quanto sono grandi i suoi problemi") che dai maschi viene ritenuta la seconda motivazione più probabile fra tutte (media di 2.44), mentre le ragazze attribuiscono ad esso un punteggio inferiore ($p < 0.5$). Analizzato per orientamento sessuale, il campione presenta una significatività al quarto item, che è ritenuto più probabile dai bisessuali ("perché lui/lei è mentalmente malato/a"). Di seguito sono riportate le medie parziali per genere e per orientamento (Tabella III).

Tabella III

Ragioni del tentato suicidio per sesso ed orientamento

	Tot.	Maschi	Femmine	ANOVA	Omosessuali	Bisessuali	ANOVA
Forzare gli altri a fare ciò che vuole	1.09	1.08	1.10	F(1)=.010 p=ns	1.05	1.21	F(1)= 2.622 p=ns
Far notare agli altri quanto sono grandi i suoi problemi	2.40	2.44	2.16	F(1)= 5.483 p<.05	2.39	2.40	F(1)= .006 p=ns
Perché lui/lei vuol morire	2.04	2.05	2.00	F(1)= .133 p=ns	2.04	2.03	F(1)= .007 p=ns
Perché lui/lei è mentalmente malato	0.97	0.98	0.95	F(1)= .079 p=ns	0.93	1.12	F(1)= 4.050 p<.05
Per ricevere attenzione	2.32	2.31	2.40	F(1)= .519 p=ns	2.33	2.28	F(1)= .191 p=ns
Per ottenere supporto emotivo dagli altri	2.35	2.35	2.34	F(1)= .006 p=ns	2.36	2.30	F(1)= .356 p=ns
Per fuggire dai problemi	3.03	3.05	2.91	F(1)= 1.588 p=ns	3.02	3.07	F(1)= .232 p=ns

Analizzando queste risposte per provenienza geografica, dimensione del centro abitato ed essere una persona religiosa/spirituale non emergono differenze statisticamente significative se non per “forzare gli altri a fare ciò che vuole” (1.19 Nord, 1.02 Centro, .97 Sud $F(2)= 3.265$ $p<.05$, .95 Grande, 1.08 Medio, 1.029 Piccolo $F(2)= 5.556$ $p<.01$, 1.19 non spirituale vs. 1.02 spirituale, $F(1)= 4.524$ $p<.05$).

Si è esplorato se le persone con almeno un tentativo di suicidio mostravano differenze per queste domande comparate con persone che invece non avevano mai tentato di togliersi la vita. La sola differenza riscontrata era inerente al desiderio di morire: coloro che hanno cercato di uccidersi ritengono che il tentativo di suicidio manifesti una reale intenzione di togliersi la vita rispetto ai loro coetanei (2.35 vs. 1.96, $F(1)= 9.960$ $p<.01$).

Nella domanda successiva veniva chiesto di ordinare in base all'importanza, dalla posizione 1 (più importante) alla 15 (meno importante), un numero equivalente di motivazioni che possono spingere un giovane al suicidio. Le medie sono riportate nella Tabella IV.

Tabella IV

Ragioni del suicidio per sesso ed orientamento

	Tot.	Maschi	Femmine	ANOVA	Omosessuali	Bisessuali	ANOVA
Problemi finanziari	9.27	9.36	8.77	$F(1)=1.746$ $p=ns$	9.31	9.10	$F(1)=.272$ $p=ns$
Malattia incurabile	5.74	5.68	6.07	$F(1)=.910$ $p=ns$	5.71	5.87	$F(1)=.196$ $p=ns$
Vendetta/punire qualcuno	11.14	11.16	11.06	$F(1)=.083$ $p=ns$	11.22	10.85	$F(1)=.958$ $p=ns$
Disturbo mentale/depressione/disturbo d'ansia	4.50	4.58	4.09	$F(1)=1.785$ $p=ns$	4.45	4.70	$F(1)=.550$ $p=ns$
Infertilità o gravidanza illegittima	9.91	9.95	9.71	$F(1)=.359$ $p=ns$	9.93	9.85	$F(1)=.043$ $p=ns$
Solitudine/ problemi interpersonali	2.91	2.94	9.74	$F(1)=.596$ $p=ns$	2.80	3.34	$F(1)=5.420$ $p<.05$
Decisione razione ad un problema irrisolvibile	6.19	6.24	5.89	$F(1)=.629$ $p=ns$	6.06	6.67	$F(1)=2.277$ $p=ns$
Codardia/ personalità debole	7.71	7.69	7.82	$F(1)=.075$ $p=ns$	7.54	8.35	$F(1)=3.494$ $p=ns$
Difficoltà familiari (es. Genitori separati, assenza di legami familiari)	6.03	6.06	5.86	$F(1)=.247$ $p=ns$	5.99	6.17	$F(1)=.257$ $p=ns$
Per proteggere l'onore proprio/della famiglia	11.54	11.47	11.91	$F(1)=1.103$ $p=ns$	11.52	11.65	$F(1)=.126$ $p=ns$

	Tot.	Maschi	Femmine	ANOVA	Omosessuali	Bisessuali	ANOVA
Abuso fisico o sessuale	6.30	6.50	5.25	F(1)=10.139 p<.01	6.26	6.44	F(1)=.237 p=ns
Fallimento in amore	6.10	6.30	5.08	F(1)=9.222 p<.01	5.99	6.54	F(1)=2.343 p=ns
Essere bocciato/ insuccesso scolastico	9.62	9.67	6.37	F(1)=.488 p=ns	9.58	9.77	F(1)=.234 p=ns
Morte di una persona cara	7.63	7.75	7.02	F(1)=2.832 p=ns	7.64	7.58	F(1)=.029 p=ns
Orientamento sessuale	4.91	4.78	5.60	F(1)=4.050 p<.05	4.71	5.66	F(1)=6.670 p=.01

Anche in questo caso, emergono differenze tra chi si dichiara religioso/spirituale e chi non lo è. Infatti, i primi vedono il fallimento in amore (media=5.58 vs. 6.44, $F(1)=8.166$, $p<.01$), la morte di una persona cara (media=7.16 vs. 7.94, $F(1)=5.873$, $p<.05$) e la protezione dell'onore (10.91 vs. 11.97, $F(1)=11.655$, $p=.001$) come ragioni più importanti per il suicidio rispetto a chi non si dichiara religioso/spirituale. Non si sono rilevate differenze di opinione tra differenti provenienze geografiche.

Come nella domanda precedente, si è indagato se coloro che hanno tentato il suicidio riportassero ragioni differenti dagli altri coetanei. È emerso che essi tendono a valutare come più serie le seguenti ragioni: infertilità o gravidanza illegittima (9.22 vs. 10.08, $F(1)=5.749$ $p<.05$), decisione razionale ad un problema irrisolvibile (4.81 vs. 6.53, $F(1)=18.059$ $p<.0001$), abuso fisico o sessuale (5.48 vs. 6.50, $F(1)=8.155$ $p<.01$), fallimento in amore (5.06 vs. 6.36, $F(1)=12.563$ $p<.0001$).

Ai partecipanti è stato anche chiesto di descrivere che cosa intendano con le parole "tentato suicidio" e "suicidio" e di descrivere, prima, un giovane che ha compiuto un tentativo di suicidio, poi, uno che si è tolto la vita³.

I dati raccolti hanno mostrato che le definizioni di queste realtà variano molto tra i soggetti, in particolare per le parole "tentato suicidio", che spesso hanno provocato definizioni confuse o poco chiare. I partecipanti, in larga maggioranza, hanno definito il tentativo di suicidio in modo generico, come un tentativo di uccidere se stessi, spesso specificando che tale tentativo non ha raggiunto lo scopo. In particolare, circa la metà dei soggetti ha fornito dettagli inerenti l'intenzionalità, la letalità o le ragioni per cui il tentativo è fallito. Più specificamente, il 32% ha specificato che il soggetto

³ Le domande poste erano, rispettivamente "Cosa intendi con tentato suicidio?", "Quali parole useresti per descrivere una persona giovane che ha fatto un tentativo di suicidio?", "Cosa intendi con suicidio?" e "Quali parole useresti per descrivere una persona giovane che si è suicidata?"

intendesse realmente morire, mentre il 19,7% ha fornito la ragione opposta, ovvero che non ci fosse una reale intenzione suicidaria. A volte, però, entrambe queste ipotesi (l'intenzione o no di morire) erano menzionate insieme. Un certo numero di partecipanti ha anche indicato le ragioni del fallimento del tentativo, generalmente riferendosi a qualche causa esterna (ad es., il suicida viene trovato e salvato, oppure che il metodo usato non ha funzionato), oppure ad un cambio di idea da parte del suicida, che potrebbe ripensarci o non aver il coraggio di portare fino in fondo il gesto. Pochi partecipanti (7,8%) hanno riferito di credere che il tentato suicidio sia un modo per ricevere attenzione.

Il suicidio è stato generalmente definito come “togliersi la vita” o “uccidersi”, ma spesso la descrizione è stata ambigua. Per esempio, alcuni partecipanti hanno risposto come alla domanda inerente il tentativo di suicidio o, in alcuni casi, è stato definito come la volontà di morire. Pochi hanno suggerito la possibilità di intenderlo in un modo ampio, arrivando ad affermare che è la manifestazione esteriore di una morte interiore. Circa la metà dei partecipanti ha fornito alcuni dettagli, solitamente aggiungendo le ragioni del gesto e, alcuni, l'obiettivo dell'atto. Alcuni hanno menzionato l'esistenza di problematiche specifiche, ad esempio psicologiche, al fatto che non riescono ad affrontare i problemi o che vedono il suicidio come l'ultima opzione. Un soggetto ha dichiarato che l'eutanasia è un suicidio. Molto raramente, i partecipanti hanno dato giudizi negativi sulla persona, preferendo di solito affermare che il suicidio non è la risposta giusta.

È stato inoltre chiesto, in due domande distinte, di descrivere un giovane che ha tentato di uccidersi e che si è tolto la vita. Queste domande hanno indagato se i partecipanti facevano riferimento a fattori intrapersonali (ad es., personalità, idee, emozioni), aspetti interpersonali (ad es., relazioni con altre persone), eventi situazionali (ad es., problemi ed eventi della vita, generici o specifici) o esprimevano opinioni negative verso la persona.

La maggioranza dei partecipanti ha usato risposte simili sia per il tentato suicidio che per il suicidio completato, a volte addirittura scrivendo “come nella risposta precedente”. Quasi tutti i soggetti hanno attribuito al comportamento suicidario una complessità di fattori. Questo è chiaro particolarmente in quei partecipanti che non hanno risposto alla domanda, preferendo espressioni come “dipende” o “ogni caso è diverso”. La maggior parte dei soggetti ha fatto riferimento, per entrambe le domande, sia a fattori interpersonali che intrapersonali, anche se quelli interpersonali sono stati

menzionati un po' più spesso. Infatti, i soggetti hanno descritto un giovane che tenta il suicidio come solo, incompreso, senza un posto nella società (più di un terzo delle risposte). L'attribuzione intrapersonale più citata è stata la disperazione/assenza di speranza e, meno, la sofferenza ed idee legate alla rappresentazione che la persona non veda altre alternative oltre al suicidio o che vede il problema come insuperabile, che non ha interesse o non trova un senso alla vita. Altre aggettivazioni molto impiegate per descrivere un giovane suicida sono la debolezza o fragilità, la tristezza, l'insicurezza, la confusione, l'insoddisfazione, la delusione e la paura. Il soggetto suicidario è stato descritto anche come affetto da una patologia psicologica (come la depressione, per circa il 10% delle risposte).

Raramente, sono state citate opinioni ed affermazioni negative riguardo la persona e l'atto. All'opposto, alcuni hanno espresso commenti positivi riguardo al soggetto suicidario, definendolo, ad esempio, forte e coraggioso. La sola categoria che viene citata quantitativamente in modo diverso nelle due risposte è il bisogno d'aiuto (solitamente di tipo emotivo, ma talvolta anche come un aiuto concreto per risolvere una situazione problematica). Questa categoria è stata citata più per descrivere coloro che tentano il suicidio (25,4%) rispetto a coloro che si sono uccisi (9,02%).

Prevenzione

Al fine di raccogliere informazioni anche in merito alla prevenzione, è stata posta la domanda: “Perché non ti suicideresti (o cosa ti fermerebbe dal farlo) anche se la tua vita fosse orribile?”. La tabella che segue (Tabella V) mostra i temi principali e secondari emersi dalle risposte dei partecipanti, accompagnati da citazioni esemplificative di ciascuna categoria di risposta. La presentazione in tabella segue l'ordine decrescente. Maschi e femmine hanno dato lo stesso tipo di ragioni con circa la stessa percentuale di frequenze. Le sole eccezioni sono state per il tema “progetti/significati”, riportato solo dai maschi, e dalla categoria “onore/amor proprio/non permettere a qualcuno-qualcosa di prendere il sopravvento su di me” citato quasi esclusivamente ancora dai maschi. Infine, alcuni partecipanti hanno affermato che non ci sarebbe nulla che li fermerebbe dall'uccidersi se la loro vita fosse orribile.

Tabella V

Ragioni per non suicidarsi

Temi principali	Principali sotto-temi	Esempi
Altri/persone care	Effetti sulle persone care e loro dolore	F61: <i>Il pensiero del dolore dei miei cari</i> M174: <i>La paura che darei un dolore alle persone che amo.</i>
	Essere amato (e contraccambiare)	M172: <i>Sapere che almeno alcune persone mi vogliono bene.</i> M496: <i>Mi fermerebbe una mano tesa.</i>
	Non specificato	M527: <i>Per la mia famiglia e le persone che mi amano</i>
Futuro e cambiamento	Speranza nel futuro/in un cambiamento	M160: <i>C'è sempre una soluzione per tutto</i> M207: <i>La speranza di trovare una via d'uscita</i>
	Curiosità per il futuro	F98: <i>La vita dà sorprese inaspettate e voglio coglierle</i> M517: <i>Non mi suiciderei solo per sapere chi diventerò, cosa farò</i>
Vita	Amore per la vita	F62: <i>Perchè voglio vivere, ho così tante cose da fare, da imparare.</i> M274: <i>Anche se la mia vita fosse orribile, io l'amerei comunque, come l'ho amata fino ad ora. La mia vita ora è orribile, io e la mia famiglia siamo ricoperti di debiti e pare impossibile recuperare, ma amo la vita, sono pazzo di lei.</i>
	La vita è degna di essere vissuta/non è mai così negativa	M603: <i>Perché non ne vale la pena, la vita deve essere vissuta finché non finisce da sola</i>
Progetti/significati		F88: <i>L'idea che c'è sempre qualcosa, in fondo, per cui vale la pena di lottare</i>
Atteggiamento verso la vita ed i problemi	Far fronte ai problemi	M58: <i>Io non mi suiciderei per sfidare questo mondo...per riuscire a vivere questa vita così difficile e tentare di affrontare tutti gli ostacoli...</i>
	Accettare gli alti e bassi/essere positivi	F46: <i>Perchè tutto scorre..tutto passa prima o poi</i>
Il suicidio non è una soluzione/l'unica soluzione		F113: <i>Perché non è una soluzione (...)</i>
Paura	Paura del dolore e della morte	M350: <i>Troppa paura della morte</i>
	Mancanza di coraggio	F32: <i>Credo per codardia</i>
Nulla		M363: <i>Niente, lo farei e basta</i>
Attributi positivi verso di sé (es, fiducia in se stessi)		M316: <i>Perchè credo in me stesso e nelle mie potenzialità sufficientemente da sperare di poter cambiare le cose</i>
Religione/Aldilà		M502: <i>Paura dell'inferno</i> F5: <i>Perché non so cosa mi aspetta dopo la morte</i>

Infine, è stato chiesto di indicare possibili strategie di prevenzione del suicidio nella popolazione LGB. Le risposte si sono articolate soprattutto attorno al tema della riduzione dello stigma sociale, sia da parte dei maschi che delle femmine. La maggior parte di queste risposte in entrambi i gruppi è stata abbastanza generica, indicando la necessità di un cambio della società in termini di accettazione e non discriminazione (ad es., M63 *“La società dovrebbe cambiare, non essere prevenuta né giudicare”*). Pochi hanno dichiarato che non esistono strategie preventive particolari per la popolazione LGB, ma che valgono le stesse che possono essere dette per gli eterosessuali. Da molti, però, sono state fornite anche indicazioni su come operare questo cambiamento. In primo luogo, è emersa la necessità di scardinare gli stereotipi negativi inerenti l'omosessualità (ad es., che sia una malattia o una deviazione morale). Questo, secondo i partecipanti, può avvenire attraverso un'adeguata informazione che dovrebbe cominciare già nelle scuole. A questa, si dovrebbero affiancare campagne di sensibilizzazione specifiche, proporre modelli positivi di persone omosessuali sui vari media. È stato anche suggerito che una visione meno stereotipata da parte della collettività può essere facilitata dalle stesse persone LGB che, con il loro coming out, renderebbero quotidiano il contatto di molti con l'omosessualità. I partecipanti, inoltre, affermano che sarebbe importante un sostegno di carattere legislativo: l'introduzione di norme che equiparino le coppie omosessuali a quelle eterosessuali, unitamente a quelle orientate a punire le discriminazioni. Alcuni sottolineano come sarebbe importante limitare l'influsso delle religioni, in particolare di quella cattolica in Italia, sulla vita civile e sul modo di intendere l'omosessualità. È stato inoltre sottolineato il ruolo centrale della famiglia nell'accettazione e nel supporto al figlio non eterosessuale. In qualità di supporto a coloro che sperimentano sofferenze legate alla propria omosessualità, alcuni partecipanti hanno proposto la creazione di centri d'ascolto con personale preparato riguardo le tematiche dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. I centri di aggregazione e cultura omosessuale sono stati riconosciuti come risorsa possibile da alcuni, mentre altri hanno sottolineato atteggiamenti di un'“autogettizzazione” della comunità LGBT.

Tabella VI

Temi principali	Principali sotto-temi	Esempi
Informazione	Nella scuola	M236: <i>Parlare di omosessualità a scuola...(medie e superiori) e credo anche all'università... obbligatoriamente come educ[azione] civica.</i>
	Comunicazione sociale	M158: <i>Campagne MINISTERIALI di sensibilizzazione sulla "condizione" omosessuale, bisessuale e transgender finalizzate all'accettazione di tali ruoli nella nostra società</i>
	Ruolo dei media	F113: <i>Informare la gente sull'omosessualità, parlarne seriamente anche attraverso tv, radio, giornali, ma soprattutto parlarne con normalità, senza provocazioni... La gente ha paura di ciò che non conosce</i>
	Conoscenza diretta	M110: <i>Ancora più visibilità</i>
Legislazione	Coppie omoaffettive	M 421: <i>Legalizzare le unioni di fatto ad esempio sarebbe un ottimo segno di integrazione come coppie nella società</i>
	Anti-discriminazione	M7: <i>Leggi serie anti discriminazione</i>
Laicizzazione della società		M456: <i>Una società più laica</i>
Famiglie accoglienti		F72 <i>Educare le famiglie d'origine, insegnare loro ad allevare figli. Chiarire, prima del parto, che le possibilità di orientamento sessuale del nascituro possono essere varie e non necessariamente le stesse dei genitori</i>
Sostegno psicologico		F100: <i>La soluzione dello psicologo a scuola sembra l'unica possibile.</i> M152: <i>Creare punti d'ascolto con psicologi preparati</i>
Organizzazioni LGBT	Creazione di gruppi	M340: <i>Aumentare la rete di circoli gay</i>
	Meno "autoghetizzazione"	M86: <i>"Niente pride, centri a tema per ghetizzarsi o altre soluzioni pseudo-folkloristiche"</i>

DISCUSSIONE

I dati che forse spiccano maggiormente in questo studio sono le elevatissime percentuali di ideazione suicidaria e, seppure non con la stessa entità, di tentativo di suicidio rilevate in questo gruppo di soggetti. Questo, però, non sorprende alla luce della letteratura internazionale in merito alla popolazione LGB (Buffoli & Colucci, in press). Percentuali molto alte di ideazione suicidaria (anche se minori di circa 20 punti percentuali rispetto a quelli qui identificati nella popolazione LGB) sono state trovate, con lo stesso strumento e ugualmente in un campione di partecipanti volontari da Colucci (2013) in giovani italiani (18-24 anni d'età). La sproporzione tra la percentuali di ideazione e quelle di pianificazione e tentativo di suicidio riflette probabilmente una caratteristica della popolazione italiana: Colucci, infatti, ha confrontato il suo campione italiano con giovani in India e Australia, riscontrando che in questi ultimi non esisteva questa sproporzione. La ricercatrice, per spiegare tale dato, ha ipotizzato che l'alta ideazione suicidaria possa ascrivarsi almeno parzialmente all'uso frequente di espressioni riguardo al suicidio nel linguaggio colloquiale quotidiano, aspetto non presente nelle altre culture da lei studiate. Questo potrebbe aver favorito una certa 'normalizzazione' del pensare al suicidio. A conferma di una maggiore presenza di ideazione suicidaria per le persone LGB, inferibile dal confronto tra questo studio e quello appena citato di Colucci, sono i dati rilevati da Oliverio Ferraris e collaboratori (2009). Questi hanno realizzato uno studio con soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni, dei quali l'11% si definiva omosessuale o bisessuale. È emerso che il 65% dei maschi ed il 47% delle femmine non eterosessuali aveva seriamente pensato al suicidio, rispetto ai loro coetanei che riportavano percentuali, rispettivamente per sesso, di 25 e 31.

Prendendo in esame i pochi studi riguardanti il tentativo di suicidio nella condizione omosessuale in Italia (Pietrantonio, 1999; Barbagli & Colombo, 2001; Oliverio Ferraris et al. 2009), si ottengono dati apparentemente discordanti. Dallo studio di Pietrantonio (1999), sui soli maschi gay adolescenti, è emersa una percentuale superiore rispetto a quanto rilevato in questa ricerca (26% vs. 17,7%), ma in entrambe la frequenza del fenomeno viene segnalata come nettamente superiore a quanto indicato (6% sia per M che per F) da Barbagli e Colombo (2001). La discrepanza tra quest'ultimo dato e quello delle altre due ricerche consiste probabilmente nella formulazione dell'item⁴ che indagava il comportamento e l'ideazione suicidaria legati esplicitamente alla

⁴ “Ti è capitato di pensare o tentare di suicidarti per ragioni in qualche modo connesse alla tua omosessualità?”

condizione omosessuale. In questo studio si è scelto di non porre questa specificazione in quanto ritenuta riduttiva per varie ragioni. In primo luogo si vincola la risposta alla piena consapevolezza delle dinamiche interne che l'individuo ha di se stesso in quel momento e alla rilettura e ristrutturazione nel tempo del proprio vissuto. In secondo luogo nel questionario utilizzato in questa ricerca è offerta la possibilità di esplicitare in modo discorsivo le ragioni sottostanti gli atti di suicidio e tentativo di suicidio, permettendo di valutare in modo più sofisticato le relazioni tra fattori intrapsichici e dati comportamentali.

La differenza, seppur di minore rilevanza rispetto a quella appena descritta, tra i dati di questa ricerca e quelli ottenuti da Pietrantonio, può essere ricondotta alle differenze fra campioni (il secondo parzialmente composto da popolazione clinica, mentre questo studio si basa su soggetti non clinici).

Si conferma la tendenza ampiamente indicata in letteratura (Schmidtke, 1996; Grunbaum et al., 2002; Gould et al. 2003) di una maggiore propensione del sesso femminile ai tentativi di suicidio. Elemento di interesse è la concordanza delle risposte fornite da omosessuali e bisessuali. Parrebbe che questi ultimi condividano il *minority stress* che interessa la popolazione omosessuale. Una spiegazione possibile è che i bisessuali debbano, al pari degli omosessuali, percorrere un altrettanto complesso e doloroso cammino di auto-accettazione: il fatto che lo stigma introiettato non riguardi la totalità delle pulsioni erotiche sperimentate dal soggetto, non pare costituire un elemento di protezione. Un'altra spiegazione possibile e complementare alla precedente è che durante il percorso di auto-accettazione molti si considerino bisessuali prima di ammettere a se stessi di provare principalmente attrazione verso altri appartenenti al proprio sesso (Barbagli & Colombo, 2001). Non avendo strumenti per accertare se la bisessualità di questi partecipanti sia una fase transitoria oppure una condizione stabile, non si può che ipotizzare la presenza di entrambe queste condizioni. Essendo questi i primi studi in Italia che considerano la realtà bisessuale, tendenzialmente trascurata anche a livello internazionale, non si possono trarre conclusioni certe: si può solo sperare di offrire spunti per ulteriori studi.

La ricerca ha individuato nella spiritualità un fattore solitamente protettivo per la salute mentale in generale, ma anche più specificamente per quanto riguarda il comportamento suicidario (Colucci & Martin, 2008; Colucci, 2013). Per quanto riguarda le persone non eterosessuali la relazione è meno lineare, in quanto molte religioni vedono nella pratica dell'omosessualità una forma di peccato. Una conferma

in questo senso viene dal lavoro di Smith e Horne (2007), nel quale emerge come le persone LGBT che professano una religione giudeo-cristiana riportino un maggior numero di conflitti di fede rispetto a coloro che professano religioni neo-pagane. Recentemente, Kralovec e collaboratori (2014) hanno mostrato come nella popolazione LGB austriaca l'essere religiosi fosse associato a più alti livelli di omofobia interiorizzata, correlando però con minori tentativi di suicidio. Come affermato, in questa ricerca tale ruolo protettivo della religiosità non è emerso, suggerendo una sostanziale irrilevanza di questa dimensione in termini di rischio suicidario. Alla luce di quanto inferibile in base alle domande a risposta aperta, il rapporto con la religiosità cattolica si profila, almeno per alcuni intervistati, come particolarmente conflittuale. Sarebbe quindi interessante un approfondimento ulteriore, di tipo qualitativo, del ruolo svolto dalla spiritualità nelle persone LGB in Italia, paese fortemente connotato culturalmente da una religione che condanna aspramente la non eterosessualità.

Riguardo le ragioni per il tentato suicidio ed il suicidio, i dati ottenuti mostrano una generale concordanza con quelli riscontrati da Colucci (2013) per il campione italiano. Secondo i partecipanti a queste due ricerche, i principali motivi che inducono un giovane a tentare il suicidio sono, da un lato, la volontà di fuggire i problemi, dall'altro, vi sono obiettivi comunicativi: attirare l'attenzione e mostrare agli altri quanto grandi siano i problemi che si stanno affrontando. Le principali ragioni che inducono al suicidio, in entrambi gli studi, sono in primo luogo la solitudine ed i problemi interpersonali, seguiti dalla presenza di disturbi mentali o da malattie incurabili. Nella presente ricerca si è introdotto un item ulteriore inerente l'orientamento sessuale, che ha raggiunto il secondo posto per importanza tra le ragioni che possono motivare il suicidio.

Anche in questo caso, in linea con quelli ottenuti da Colucci (2012) per il campione italiano della sua ricerca, i partecipanti hanno manifestato generalmente un atteggiamento non giudicante e, relativamente spesso, empatico. Questo si è mostrato evidente nel tentativo di molti di comprendere il punto di vista emotivo e cognitivo del soggetto suicidario. Anche i bisogni di quest'ultimo sono stati considerati con un atteggiamento empatico e non giudicante.

Contrariamente alla ricerca di Colucci (2013), le ragioni che tratterrebbero dall'uccidersi (anche se la vita fosse orribile) partecipanti di questo studio sono principalmente di natura interpersonale. Vengono citati i familiari e le persone care, il

dolore che verrebbe causato loro e il fatto che possano essere una risorsa per affrontare le difficoltà. Vengono solo in seconda battuta l'amore per la vita e la consapevolezza degli alti e bassi che essa comporta, che nello studio di Colucci erano i più citati.

Infine, peculiare di questa ricerca e che, a nostra conoscenza, non trova riscontri in ambito nazionale, è stata la richiesta di identificare delle strategie di prevenzione il suicidio tra i giovani LGB. Il nodo problematico che indurrebbe al suicidio questa specifica popolazione è, secondo i partecipanti, la mancanza di accettazione della realtà omosessuale, dal nucleo familiare alla società nel suo complesso. Le persone non eterosessuali, dunque, sperimenterebbero quello che è stato definito “minority stress” (Meyer, 2003; Lingiardi, 2007) e, congruentemente, i soggetti che hanno partecipato a questa ricerca hanno ipotizzato una serie di azioni volte a ridurlo, principalmente attraverso la lotta alla disinformazione.

Nonostante i pochi dati a disposizione indichino una richiesta di attenzione particolare da parte degli studiosi, la ricerca ha toccato solo in superficie il legame tra condotte suicidarie e lesbiche, gay e bisessuali. Se questo è vero nel panorama internazionale, la comprensione del fenomeno è ancora più carente in ambito italiano. Negli ultimi decenni la società si è aperta sempre più all'inclusione nei confronti delle persone LGBT, ma rimane tutt'oggi molta strada da percorrere. E' pertanto necessario contribuire alla sensibilizzazione di clinici e studiosi nei confronti di questa tematica, affinché siano individuate e messe in atto strategie sempre più efficaci di riduzione del rischio.

Bibliografia

Barbagli M, Colombo A. *Omosessuali moderni – gay e lesbiche in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2001

Bell A.P., & Weinberg M.S. *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women*. New York, Simon and Schuster, 1978

Buffoli A. & Colucci E. Rischio di suicidio nelle minoranze sessuali. In: Girardi G. e Pompili M. (Eds.), *Manuale di suicidologia*, Pisa, Pacini Editore (in stampa)

Colucci E. Cultural Meaning(s) of suicide: a cross-cultural study. In: Colucci E, Lester D (Eds.) *Suicide and culture: understanding the context*, Göttingen, Hogrefe Publishing, pp.93-196, 2013

Colucci E. & Martin G. *Religion and Spirituality Along the Suicidal Path*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 229-244, 2008

D'Augelli A.R., & Hershberger S.L. Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, 21, 421-448, 1993.

Fergusson D.M., Horwood L.J. & Beautrais, A.L. Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People? *Archive of General Psychiatry*, 56 (10), 876-880, 1999.

Gould, M.S., Shaffer, D., & Greenberg, T. The epidemiology of youth suicide. In: King R. & Apter A. (Eds.) *Suicide in Children and Adolescents (1-40)*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2003.

Grunbaum, J., Kann, L., Kinchen, S.A., et al. *Youth risk behavior surveillance – United States, 2001. 2002.*
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm>

King M., Semlyen J., Tai S.S., et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70, 2008.

Kralovec K., Fartacek C., Fartacek R., et al. Religion and suicide risk in lesbian, gay

and bisexual austrians. *Journal of Religion and Health*, 53 (2). 413-423, 2014

Kulkin H.S., Chauvin E.A. & Percle, G.A. Suicide among gay and lesbian adolescents and young adults: a review of the literature. *Journal of Homosexuality*, 40(1), 1-29, 2000.

Lelleri R. Report finale del progetto: Survey nazionale su stato di salute, comportamenti protettivi e percezione del rischio HIV nella popolazione omobisessuale. 2006 www.salutegay.it/modidi/risultati_della_ricerca/report_finale.pdf.

Lingiardi V. *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*. Milano, Il Saggiatore, 2007

Marshal M.P., Dietz L.J. & Friedman M.S. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49,115–123, 2011

Meyer I.H. Prejudice, social stress, and mental health in LGB populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697, 2003

Oliverio Ferraris A, Rusticelli A, Stevani J et al. *Chiamarsi fuori. Ragazzi che non vogliono più vivere*. Firenze, Giunti, 2009

Pietrantoni L. Il tentato suicidio negli adolescenti omosessuali. *Minerva Psichiatrica*, 40, 75-80, 1999

Plöderl. M., Wagenmakers. E.J., Tremblay. P, et al. Suicide risk and sexual orientation: a critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 715-727, 2013

Qin P., Agerbo E., & Mortensen P.B. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772, 2003

Remafedi G. Adolescent Homosexuality: Psychosocial and medical implications. *Pediatrics*, 79(3), 331-337, 1987

Remafedi G., Farrow J.A., & Deisher R.W. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 87(6), 869-875, 1991

Renaud J., Berlim M.T., Begolli M. et al. Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: an exploratory study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(1), 29-34, 2010

Rotheram-Borus M.J., Rosario M., Meyer-Bahlburg H.F.L. et al. Sexual and substance use acts of gay and bisexual male adolescents in New York City. *Journal of Sex Research*, 31, 47-57, 1994

Savin-Williams R. Verbal and physical abuse as stressor in the lives of lesbian, gay and bisexual youth: associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 261-269, 1994

Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327– 338, 1996

Shaffer D., Fisher P., Hicks P.H. et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(suppl.), 64-71, 1995

Siever M.D. Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability and body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 252-60, 1994

Smith B. & Horne S. Gay, lesbian, bisexual and transgendered (GLBT) experiences with Earth-spirited faith. *Journal of Homosexuality*, 52(3-4), 235-248, 2007