



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

SCUOLA DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

**Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia**

Tesi di Laurea

**ESPLORAZIONE DELLA TEORIA INTERPERSONALE DEL  
SUICIDIO ATTRAVERSO METODI DI RICERCA  
QUALITATIVA: EFFETTI DELLO STRESS PROLUNGATO SU  
UN CAMPIONE DI STUDENTI UNIVERSITARI ITALIANI**

Relatore

**Chiar.ma prof. Carla Maria GRAMAGLIA**

Candidato

**Alessandro CELLINO**

Matricola

**20019401**

Anno Accademico 2022/2023

# **1 IL SUICIDIO** 3

## **1.1\_INTRODUZIONE** 3

### **1.1.1\_DEFINIZIONE E TERMINOLOGIA** 3

### **1.1.2\_EPIDEMIOLOGIA** 6

## **1.2\_FATTORI DI RISCHIO** 7

## **1.3\_TEORIA INTERPERSONALE-PSICOLOGICA DEL SUICIDIO** 13

### **1.3.1\_PERCEIVED BURDENSOMENESS** 14

### **1.3.2\_THWARTED BELONGINGNESS** 15

### **1.3.3.ACQUIRED CAPABILITY** 16

# **2 OBIETTIVI** 17

# **3 MATERIALI E METODI** 18

## **3.1 DISEGNO DELLO STUDIO** 18

## **3.2 CAMPIONE** 18

## **3.3 STRUMENTI** 19

<b>3.4 ANALISI DEI DATI</b>	<b>25</b>
-----------------------------	-----------

---

<b>4 RISULTATI</b>	<b>27</b>
--------------------	-----------

---

<b>4.1 ANALISI SOCIODEMOGRAFICA</b>	<b>27</b>
-------------------------------------	-----------

---

<b>4.2 ANALISI TEMATICA DEI CONTESTI ELEMENTARI</b>	<b>28</b>
---	-----------

---

<b>4.3 ANALISI DI SPECIFICITÀ</b>	<b>33</b>
-----------------------------------	-----------

---

<b>4.4 ANALISI DI CORRISPONDENZA</b>	<b>33</b>
--------------------------------------	-----------

---

<b>5 DISCUSSIONE</b>	<b>35</b>
----------------------	-----------

---

<b>6 CONCLUSIONI</b>	<b>40</b>
----------------------	-----------

---

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>42</b>
---------------------	-----------

---

# 1 IL SUICIDIO

## 1.1 Introduzione

Il suicidio è un fenomeno largamente diffuso che annualmente interessa più di 700.000 persone nel mondo (WHO, 2023). Si stima che una ogni 100 morti avvenga per suicidio, con particolare rilevanza nell'adolescenza e nel sesso maschile; in questi dati non vengono considerati i gesti suicidari non letali, che comprendono suicidi mancati e tentativi anticonservativi, così come l'ideazione suicidaria attiva o passiva che non si traduce in un vero e proprio gesto suicidario (WHO, One in 100 deaths is by suicide, 2021).

Il suicidio, nonostante possa essere osservabile in associazione a patologie psichiatriche, non è necessariamente indice di psicopatologia, ma è un fenomeno complesso che necessita di essere studiato con un approccio multidisciplinare di carattere clinico, sociologico, filosofico, religioso, umano.

### 1.1.1 Definizione e Terminologia

Secondo il WHO (World Health Organization) il suicidio è un atto di esito fatale pianificato e realizzato dalla stessa vittima nella piena consapevolezza del risultato finale (WHO, 1998); secondo Emile Durkheim, padre della sociologia, si chiama suicidio ogni caso di morte che risulti direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo, compiuto dalla vittima stessa consapevole di produrre questo risultato (Il suicidio, 1897). Secondo Shneidman il suicidio è causato dallo psychache (dolore psichico) e, considerando che il dolore psicologico è correlato ai bisogni psicologici, l'atto suicidario è visto come un atto regolativo più che adattativo, ossia avrebbe la funzione di regolare e alleviare il dolore determinato dalla frustrazione, dal blocco o dal contrasto di certi bisogni psicologici riferiti dalla vittima, che vengono giudicati indispensabili per continuare a vivere (Shneidman, 1993). La

definizione deve comunque essere considerata come uno strumento per proporre una teoria e non per la formulazione della teoria stessa; questo perché la definizione si limita a descrivere gli elementi che potrebbero costituire i componenti della teoria in questione (Maris, 2000).

Relativamente a suicidio e comportamento suicidario non letale (non-fatal suicidal behaviour, NFSB), comprendente il tentato suicidio e l'ideazione suicidaria, da un punto di vista terminologico vi è una certa eterogeneità, evidenziata dal fatto che negli ultimi decenni sono state riscontrate 26 diverse definizioni, molte delle quali incongruenti, in 29 diversi articoli o libri (Goodfellow et al., 2019). Questa variabilità sottolinea una certa difficoltà nell'individuazione degli aspetti da definire, oltre ad un conflitto tra nomenclatura, intesa come un insieme di termini comunemente compresi e logicamente definiti, e classificazione, che, basandosi sulla nomenclatura, raggruppa i suddetti termini in modo sistematico in gruppi o categorie (Nock et al., 2014).

Nonostante la già citata eterogeneità nella letteratura, quattro elementi chiave sembrano coprire la stragrande maggioranza dei concetti alla base delle definizioni: l'azione, la consapevolezza di un possibile esito fatale, l'intenzione e l'esito; gli ultimi due sono gli elementi più concordi delle definizioni di suicidio (Goodfellow et al., 2019; Nock et al., 2014).

Secondo Beck la nomenclatura deve aiutare sia il clinico che il ricercatore, ed essere utile sia nella diagnosi che nella prognosi, deve essere breve, semplice, facilmente accettabile, codificabile e adattabile a programmi di studio di varie dimensioni (Patrick W. O'Carroll MD, Fall 1996); secondo altri autori la nomenclatura è un insieme di termini comunemente compresi e logicamente definiti, che definiscono i fenomeni clinici di base del suicidio e dei comportamenti ad esso correlati e si basano su un insieme logico e minimo di elementi utili e necessari (Patrick W. O'Carroll MD, Fall 1996).

Un efficiente schema di classificazione è caratterizzato da completezza, da una disposizione sistematica degli elementi in gruppi o categorie con sottocategorie ordinate, validità scientifica, esaustività, accuratezza sufficiente per la ricerca o la pratica clinica, e un insieme di regole chiare e non ambigue per l'assegnazione di ciascun elemento a una posizione definita nello schema di classificazione (Goodfellow et al., 2018).

Le problematiche relative alla nomenclatura riguardano anche l'ideazione suicidaria (SI), per il fatto che questa tende a presentarsi in modo fluttuante. Così come non esistono vittime tipiche del suicidio, non esistono nemmeno pensieri e ideazioni suicidarie tipiche, poiché, essendo questo un fenomeno eterogeneo, varia in intensità, carattere e durata, e di conseguenza è necessario valutarne l'intensità (e la fluttuazione dell'intensità), il modello, la natura e l'impatto che tale intento comporta sul singolo individuo (Harmer et al., 2023).

In riferimento al non-fatal suicidal behaviour, i tentativi di suicidio sono definiti come l'impegno in comportamenti potenzialmente autolesionistici con almeno qualche intento di morire, mentre l'ideazione suicidaria è il pensiero di attuare comportamenti intesi a porre fine alla propria vita (Donath et al., 2019). L'ideazione suicidaria può essere attiva o passiva: quella attiva si osserva nel momento in cui si rileva un'effettiva e consapevole volontà di autoinfliggersi lesioni, con il desiderio che la morte si verifichi come conseguenza dell'azione. L'ideazione suicidaria passiva è definibile come un desiderio generale di morire, senza tuttavia il progetto o la volontà di mettere in pratica tale atto (Harmer et al., 2023).

La *C-CASA (Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment)* ha permesso di raggiungere una maggiore chiarezza relativamente a nomenclatura e classificazione; il suicidio viene definito come un atto autolesivo fatale eseguito con l'obiettivo di morire, il tentativo anticonservativo come un comportamento potenzialmente autolesivo adottato con desiderio variabile di esito letale e l'ideazione suicidaria come il desiderio passivo di essere morto o il pensiero attivo di togliersi la vita (Posner, 2007). La severità di ideazione e

comportamento suicidario viene quantificata dalla *C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale)* indagando, tramite questionario, inizialmente l'ideazione suicidaria passiva e attiva, e successivamente il comportamento suicidario (Halberstam & Mann, 2003; Posner et al., 2011).

### 1.1.2 Epidemiologia

I dati epidemiologici riportano un decremento in tutto il mondo dei tassi di suicidio a partire dal nuovo millennio, con riduzione globale (non uniforme) stimabile intorno al 36% (WHO, *One in 100 deaths is by suicide*, 2021); ciononostante il suicidio è ancora un fenomeno estremamente diffuso e di importanza mondiale. Il WHO stima che ogni anno circa 700.000 persone si tolgano la vita (WHO, 2023), e attualmente il suicidio è la quarta causa di morte tra i giovani/adolescenti di età compresa tra i 15 e i 29 anni, con il 58% dei suicidi compiuti prima dei 50 anni (WHO, 2023). Da un punto di vista epidemiologico è evidente una maggior prevalenza nel sesso maschile rispetto a quello femminile. Gli uomini tendono a morire per suicidio in proporzione quasi doppia rispetto le donne, con 12,6 morti per 100.000 maschi, con tassi generalmente più alti nei paesi ad alto reddito, rispetto a 5,4 per 100.000 femmine con maggiore prevalenza nei paesi a reddito medio-basso (WHO, *One in 100 deaths is by suicide*, 2021); occorre specificare, data la multifattorialità del suicidio, che solo in un caso su cinque si riscontra uno stato morboso rilevante nella vittima.

In Italia le morti autoindotte sono circa 4000 ogni anno (Vichi et al., 2020), con una maggiore prevalenza, da un punto di vista geografico, nel Nord Italia e, in particolare per gli uomini, nelle regioni del Nord-Est, con tasso più elevato nelle aree rurali; per quanto riguarda le donne la prevalenza è invece maggiore nelle aree urbane. Tra gli adolescenti si riscontra un rischio maggiore per coloro che vivono in famiglie con almeno un genitore con titolo di studio elevato e con una differenza di età maggiore di 5 anni tra i genitori. Nello specifico

per i ragazzi è considerato un fattore di rischio vivere in famiglie monogenitoriali, mentre per le ragazze si osserva una maggiore prevalenza in caso di differenza di età importante con la madre (>40 anni) (Lancini, 2022).

L'incidenza di suicidio a livello di popolazione tende ad essere elevata nella terza età, con tasso età-specifico di quasi 20 casi in 100.000 abitanti per gli uomini e 4 casi ogni 100.000 per le donne di età superiore a 70 anni, a causa del fatto che gli anziani tendono ad utilizzare metodi più efficaci, aumentando significativamente la probabilità di morte al primo tentativo (Lancini, 2022).

Riguardo il non-lethal suicidal behaviour, a livello internazionale il tasso mediano di tentativi di suicidio è del 10.5%, mentre i dati europei variavano dal 4.1% al 23.5%; sull'ideazione suicidaria a livello mondiale si osserva una prevalenza compresa tra il 21.7% e il 37.9% (Donath et al., 2019). In letteratura si riscontra una carenza di ricerche che affrontino la natura del comportamento suicidario nelle popolazioni anziane; tuttavia, secondo recenti studi, gli anziani sono più inclini a manifestare pensieri suicidari passivi e meno inclini ad esprimere pensieri suicidari attivi, questo anche in virtù dell'associazione tra lo stato di salute e l'ideazione suicidaria passiva (Harmer et al., 2023).

## 1.2 Fattori di rischio

Il suicidio è influenzato dall'insieme cumulativo di vari fattori di rischio, che sono innumerevoli e possono insorgere in fasi diverse della vita; essi si classificano come predisponenti, in riferimento a caratteristiche genetiche, psicologiche e di personalità, e precipitanti, come vengono definiti gli eventi stressanti che si possono verificare nella vita di ogni individuo (diagnosi di malattie croniche, problematiche relazionali, economiche, etc). L'effettivo grado di interazione tra fattori diversi non è ancora compreso e ad oggi gli stessi vengono indagati sia a livello individuale che di popolazione (Fazel & Runeson, 2020),

tuttavia possono essere classificati in cinque domini: fattori psicosociali e ambientali, fattori genetici e familiari, disturbi psichiatrici, disturbi e tratti di personalità, fattori bioumorali (Blumenthal & Kupfer, 1988).

A livello psicosociale e ambientale, i fattori implicati nel rischio suicidario sono innumerevoli. Fattori stressanti precipitanti, che si associano al comportamento suicidario interagiscono infatti con quelli predisponenti come l'impulsività, l'aggressività, il perfezionismo e il tratto temperamentale di "novelty seeking" e con quelli protettivi come la resilienza individuale (Fazel & Runeson, 2020). Gli eventi stressanti possono essere suddivisi in base all'età: nei bambini e adolescenti si possono riconoscere problematiche familiari come rapporti disfunzionali, traumi, abusi fisici, sessuali o la morte di un genitore, ma anche difficoltà nei rapporti con i coetanei e problematiche correlate al bullismo. Il processo di vittimizzazione che ne consegue, oltre a favorire lo sviluppo di dipendenze, sintomi d'ansia, da stress post-traumatico e alterazioni dell'umore, può anche determinare isolamento sociale, senso di colpa e vergogna (O'Connor & Robb, 2020; Wasserman et al., 2021). È noto che le cosiddette "adverse childhood experiences" (ACEs) portano ad un maggiore rischio di tentativi anticonservativi o gesti autolesivi, anche ripetuti, in età adulta, specialmente se si riscontrano più di quattro ACEs (Brådvik, 2018).

In età adulta lo stato civile è un importante fattore predittivo: gli individui divorziati, celibi o vedovi presentano un rischio maggiore rispetto alle persone sposate; questa problematica riguarda più tipicamente gli uomini, infatti nel sesso femminile l'associazione non è così significativa (Kyung-Sook et al., 2018). I tassi di suicidi sono influenzati anche dalla situazione economica e lavorativa: la disoccupazione è correlata al rischio suicidario; questa associazione non è legata solo all'aspetto finanziario, ma anche ai conflitti familiari che si possono generare. Il tempo trascorso senza impiego può portare il soggetto ad accettare mansioni al di sotto della propria ambizione o qualifica, con ripercussioni sull'autostima

(Kołodziej-Sarzyńska et al., 2019). Il rischio varia anche in funzione delle mansioni lavorative: alcune categorie, come gli operatori sanitari, sono più a rischio di altre, in particolare alcune specializzazioni come l'anestesiologia, la psichiatria, la chirurgia e la medicina generale (Dutheil et al., 2019).

Durante la pandemia di Covid-19 l'isolamento sociale necessario al contenimento dell'infezione e la conseguente solitudine hanno mostrato una correlazione positiva e diretta con il rischio suicidario, specialmente nei giovani, negli studenti e negli individui con più basso status socioeconomico. Oltre alla disconnessione dal contesto sociale, i più importanti fattori di rischio sono stati: i problemi economici, la perdita di persone care, il cambiamento repentino di abitudini, l'abuso di alcol e il timore costante di infezione (Barlattani et al., 2023; Blázquez-Fernández et al., 2023); il contesto pandemico è stato sofferto anche da persone con psicopatologie note, in quanto, specialmente nella prima fase della pandemia, si è osservata un'importante riduzione dell'accessibilità ai centri di salute mentale con conseguente esacerbazione di sintomi quali insonnia, depressione, ansia e senso di solitudine (Barlattani et al., 2023). Secondo la tesi di Joiner queste condizioni si associano all'appartenenza contrastata, la percezione di essere un peso per gli altri e l'acquisizione della capacità di commettere suicidio (Calati et al., 2022). (vedasi in seguito per dettagli sui costrutti della teoria di Joiner)

A livello sociale è stato riscontrato un rischio più elevato nella comunità LGBTQ+ rispetto alla popolazione generale; l'intolleranza, il bullismo e la violenza determinano vittimizzazione, inoltre il "minority stress" (discriminazione, pregiudizio e stigma) può contribuire a problemi di salute mentale come depressione, ansia e abuso di sostanze (Marraccini et al., 2022). Il rifiuto familiare, di cui tipicamente soffrono i giovani, è un fattore particolarmente significativo e si esprime con l'espulsione dal nido, con la violenza o le punizioni; in caso di ambienti genitoriali sfavorevoli, la scuola può avere un ruolo

cruciale nella prevenzione attraverso la creazione di un ambiente inclusivo (Ream & Peters, 2021).

Anche l'immigrazione si associa ad un aumento del rischio suicidario rispetto alla popolazione generale, questo è dovuto alla presenza di una barriera linguistica, alla separazione dal proprio nucleo familiare e alla preoccupazione per il benessere dei propri cari. Questo può determinare lo sviluppo di una sintomatologia ansiosa o depressiva. Altri possibili "trigger" rilevati sono la perdita di status sociale, la perdita di un network sociale, le scarse informazioni sul sistema sanitario e la necessità di acculturazione, vale a dire l'adozione delle abitudini culturali del paese ospitante (Brådvik, 2018).

Tra i pazienti affetti da psicopatologie sembra che i tratti impulsivi-aggressivi, l'abuso di sostanze e il disturbo di condotta contribuiscano in misura maggiore al rischio di suicidio, specialmente nei giovani; invece, nelle persone anziane c'è una maggiore correlazione con la depressione, la comorbilità fisica, i problemi di sonno e il dolore. Le diagnosi più facilmente osservate in individui morti per suicidio sono: il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare, disturbi legati ad uso e abuso di sostanze, la schizofrenia (Turecki et al., 2019), senza tralasciare i disturbi del comportamento alimentare, anch'essi condizione potenzialmente a rischio (Zeppegno et al., 2021).

### **Disturbo depressivo maggiore**

Nella depressione endogena le caratteristiche specifiche della malattia, come il numero, la durata e l'intensità degli episodi depressivi, sono direttamente correlate all'entità del rischio ad essa associato. Il comportamento suicidario in questa patologia è favorito, tra le altre cose, da pensieri ricorrenti di morte o suicidio, da un generale e completo senso di colpa e svalutazione, e dall'anedonia, cioè l'incapacità, da parte del soggetto, di provare piacere o interesse nello svolgimento di attività generalmente gratificanti; è stato dimostrato che il

rischio è superiore in caso di depressione psicotica (DP) e questo è dovuto ad una maggiore severità dell'intento suicidario, a una maggiore prevalenza di comorbidità psichiatriche e all'impatto dei sintomi psicotici (Paljärvi et al., 2023). In merito all'anedonia occorre specificare l'indipendenza di questo fattore di rischio da depressione o disturbi psichiatrici; in particolare la sua componente sociale, vale a dire la perdita di interesse per le persone, interagisce con l'appartenenza contrastata, uno dei costrutti della teoria interpersonale psicologica di Joiner, aggravando i sentimenti di disconnessione e mancanza di integrazione sociale (Ducasse et al., 2018).

### **Disturbo bipolare**

I pazienti che soffrono di disturbo bipolare sono sintomatici per una parte significativa della loro vita, principalmente con episodi depressivi, associati a un rischio suicidario più elevato rispetto a fasi miste o maniacali. Il tasso di rischio suicidario stimato è di 30-60 volte superiore rispetto alla popolazione generale, con suicidio completato nel 15-20% dei pazienti (Miller & Black, 2020). Nel disturbo bipolare i fattori di rischio riscontrati sono: il sesso maschile, la giovane età (<35) o la terza età (>75), pregressi tentativi anticonservativi, l'esposizione alla suicidalità familiare (Miller & Black, 2020) e l'impulsività, considerata fattore di rischio a sé stante se associata a rabbia e a novelty seeking (Zakowicz et al., 2021).

### **Schizofrenia**

Nei pazienti che soffrono di schizofrenia si riscontra una prevalenza di ideazione suicidaria nell'arco della vita nel 34.5% dei soggetti e di un vero e proprio piano suicidario nel 44.3% dei casi secondo una recente metanalisi (Zakowicz et al., 2021); il rischio sembra essere correlato a fattori come: il sesso maschile, il celibato, la presenza di depressione, la presa di consapevolezza e comprensione della malattia, l'isolamento sociale, l'anamnesi familiare

positiva per suicidi (Balhara & Verma, 2012) e l'anedonia (Ducasse et al., 2018). Recentemente è stato indagato il ruolo dell'appiattimento affettivo nel suicidio del paziente schizofrenico con riscontro di correlazione sia diretta che indiretta attraverso fattori di rischio come sintomi depressivi, disperazione e bassa autostima (Grigoriou & Upthegrove, 2020).

### **Abuso di alcol**

Relativamente all'alcolismo, uno studio metanalitico che ha coinvolto più di 10 milioni di persone ha rilevato una correlazione positiva tra consumo di alcol e rischio di suicidio, il quale risulta aumentato del 94%. C'è riscontro di proporzionalità diretta tra entità e frequenza del consumo e rischio suicidario, dovuta alla perdita dei legami sociali, all'effetto anestetico dell'alcool, che comporta una riduzione della paura della morte (Isaacs et al., 2022), e all'effetto del consumo cronico sul tono dell'umore con esacerbazione di sintomi depressivi e psicotici, aumento di aggressività e impulsività (Pompili et al., 2010). Anche gli stupefacenti sono associati a un rischio suicidario maggiore; la cannabis aumenta il rischio di comportamento anticonservativo, specialmente nei giovani di età compresa tra 11 e 21 anni (Fresán et al., 2022).

### **Disturbi del comportamento alimentare (DCA)**

Nei pazienti affetti da DCA, secondo studi metanalitici, si riscontra un aumentato rischio di autolesionismo non suicidario, ideazione e comportamento suicidario (Sohn et al., 2023). Nello specifico in caso di Bulimia Nervosa (BN) e Anoressia Nervosa con condotte di eliminazione (binge-purging AN, AN-bp), si evidenzia un numero di tentativi di suicidio maggiore rispetto ai pazienti con diagnosi di Anoressia Nervosa restrittiva (restrictive AN,

AN-r) e di Binge Eating Disorder (BED). Non si osserva una differenza di rischio significativa tra BED e AN-r (Mandelli et al., 2019; Shahnaz & Klonsky, 2021).

La Teoria Interpersonale Psicologica del Suicidio propone una cornice teorica per la comprensione del rischio suicidario nei pazienti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare, attraverso i costrutti della Perceived Burdensomeness (Zeppegno et al., 2021) e la capacità acquisita (Van Orden et al., 2010) (vedasi in seguito per dettagli sui costrutti della teoria di Joiner).

I pazienti che presentano malattie fisiche croniche come diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie, positività ad HIV, malattie neurodegenerative e cancro, soprattutto se associate a dolore cronico, presentano tassi di suicidio più elevati rispetto alla popolazione generale. I fattori alla base di questo fenomeno sono sia cognitivi che affettivi: una catastrofizzazione del dolore, associata ad un senso di impotenza e rimuginazione, autocritica, disregolazione e soppressione emotiva. Il paziente potrebbe presentare reazioni e vissuti depressivi (Rogers et al., 2021). Nella popolazione anziana, notoriamente più esposta a malattie fisiche croniche e connotata da un maggior rischio suicidario, circa il 55% dei tentativi e delle morti per suicidio avviene in concomitanza alla presenza di malattia fisica (Gramaglia et al., 2019).

### 1.3 Teoria interpersonale-psicologica del suicidio

La Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio (IPTS), introdotta originariamente da Thomas E. Joiner nel 2005 e poi sviluppata in pubblicazioni successive, ha l'obiettivo di fornire un approccio teorico che possa identificare le tappe coinvolte nell'origine e nell'evoluzione del comportamento suicidario. Questo approccio mira a fornire strumenti preventivi efficaci per l'applicazione pratica in campo clinico.

La teoria si basa su tre principi:

- Senso di appartenenza contrastata (Thwarted Belongingness/TB)

- Onerosità percepita (Perceived Burdensomeness/PB)
- Capacità acquisita (Acquired Capability/AC) che permette il passaggio dall'ideazione all'atto suicidario

La teoria postula che l'interazione tra questi tre costrutti sia fondamentale per lo studio del comportamento suicidario e fornisce un quadro teorico che aiuta a comprenderne lo sviluppo; suggerisce inoltre che un intervento preventivo efficace dovrebbe tenere conto di questi tre fattori chiave (*figura 1*).

### 1.3.1 Perceived Burdensomeness

La percezione di essere un peso e un onere per gli altri è attualmente considerata il costrutto fondamentale della teoria di Joiner, sia per quanto riguarda il suo ruolo nel desiderio suicidario, che per la possibilità di intervento preventivo (Hill & Pettit, 2014). Quando un individuo percepisce di essere un peso per tutte le persone significative nella sua vita sperimenta un certo grado di odio autoriferito (self-hate), che si manifesta tipicamente con bassa autostima, sentimenti di colpa, vergogna e uno stato mentale di agitazione. Oltre al self-hate è particolarmente rilevante la “liability”, cioè il senso di responsabilità che si ritiene sia associata a differenti fattori riferiti al rischio suicidario: disoccupazione, reclusione e il disagio da esse causato, l'assenza di fissa dimora, la sensazione di essere indesiderati e la presenza di gravi malattie fisiche (Van Orden et al., 2010).

Queste percezioni, connotate da un pesante senso di responsabilità, sono erronee nella maggior parte dei casi, ma possono accompagnarsi al desiderio di migliorare la vita delle altre persone della propria rete sociale (famigliari e non) liberandoli da un peso; questa condizione porta più facilmente a tentativi di suicidio piuttosto che a comportamenti suicidari non letali (Brown et al., 2002).

### 1.3.2 Thwarted Belongingness

Il bisogno di appartenenza è intrinseco dell'essere umano, il quale è pertanto spinto a formare una rete di relazioni interpersonali durature, positive e significative. La solitudine (sia essa l'assenza o la perdita dei legami sociali) provoca angoscia emotiva (Baumeister & Leary, 1995) e può compromettere le funzioni esecutive, il sonno, il benessere mentale e fisico. L'insieme di queste conseguenze comporta un aumento di mortalità e di incidenza di malattie, specialmente negli anziani (Cacioppo & Cacioppo, 2014).

Il senso di solitudine e il senso di percepita disconnessione sociale dagli altri sono i due fondamenti dell'appartenenza contrastata (Magliocca & Romano, 2023); il primo si associa a diversi fattori che influenzano direttamente il rischio di suicidio, come la sensazione soggettiva di solitudine, la riduzione della rete di supporto sociale e le variazioni stagionali che riducono le interazioni sociali. Parallelamente la presenza di amicizie, famiglia, il matrimonio, il numero di figli, l'uso di interventi preventivi e di follow-up a lungo termine come le "caring letters" e l'effetto di unione legato all'appartenenza a un gruppo sociale, risultano essere protettivi.

Il secondo fattore legato all'appartenenza contrastata è il senso di percepita disconnessione sociale (l'assenza di relazioni amorevoli reciproche) anch'essa associata a vari fattori di rischio tra cui: l'isolamento sociale, la permanenza in una cella singola di prigione, il divorzio, il lutto, la violenza domestica, l'abuso subito nell'infanzia e il conflitto familiare. Considerando che la teoria identifica l'appartenenza contrastata come uno stato cognitivo-affettivo dinamico, dipendente sia da fattori interpersonali che intrapersonali, si presume che il grado di appartenenza di un individuo a un certo contesto sociale possa variare nel tempo. L'appartenenza contrastata, così come l'onerosità percepita, se manifestati in modo completo determina ideazione suicidaria passiva (figura 3) (Van Orden et al., 2010).

### 1.3.3 Acquired Capability

La percezione di essere un peso, se associata all'appartenenza contrastata, comporta un sentimento di *hopelessness*, ossia di mancanza assoluta di speranza nelle prospettive future (Drinkwater et al., 2023), specialmente se i due costrutti della teoria sono percepiti come stabili e immutabili; questo determina la comparsa di ideazione suicidaria attiva (Van Orden et al., 2010). Affinché l'ideazione possa essere messa in pratica è indispensabile acquisire la capacità di commettere suicidio, che consta di un aumento di tolleranza al dolore fisico e della riduzione di paura della morte, quest'ultima istintivamente presente nell'essere umano. L'esposizione alle PPE (painful and provocative experiences), in particolare l'esposizione diretta a eventi traumatici o minacciosi, ai comportamenti dolorosi o dannosi autoindotti riduce questa paura ancestrale, favorendo la messa in atto del desiderio suicidario (May & Victor, 2018). Alcuni PPE indicati da Joiner sono: i vissuti di maltrattamento infantile, l'esperienza di guerra, esposizione a eventi suicidari, l'impulsività caratteriale e anamnesi familiare e personale positiva per tentativi di anticonservativi. Questo tipo di esposizione è indispensabile per la messa in atto del desiderio, come se fosse una sorta di "allenamento", il superamento di una potente motivazione alla sopravvivenza. La teoria interpersonale-psicologica propone che il processo di abituação avvenga tramite i meccanismi descritti dalla teoria dei processi opposti di Solomon (Bender et al., 2011), secondo cui le emozioni sono collegate a coppie di opposti, e si mantengono normalmente in equilibrio attorno ad un punto di neutralità. L'Acquired Capability deriva da questo principio: gli effetti di uno stimolo doloroso o provocatorio diminuiscono con la ripetizione, mentre l'effetto opposto (il processo oppositivo) aumenta. Quando una delle due emozioni di una coppia viene evocata ripetutamente, l'altra viene momentaneamente soppressa; se la soppressione avviene per un tempo sufficientemente lungo, per via del processo di abituação, può insorgere una reazione opposta di intensificazione dell'altra emozione nell'individuo, che verrà percepita

come più intensa rispetto al normale (Bauer et al., 2019). Applicando questa teoria al comportamento suicidario e NFSB, si osserva che uno stimolo doloroso e provocatorio, come l'autolesionismo, determina come effetto primario paura e dolore e, come processo opposto, sollievo e analgesia. Secondo Joiner, con la ripetizione, e quindi con il processo di abitudine, l'iniziale esperienza negativa, oltre a ridursi progressivamente di intensità, potrebbe diventare positiva, quindi fonte di sollievo emotivo, consentendo così all'individuo di impegnarsi in comportamenti in precedenza ritenuti dolorosi e fonte di spavento (figura 4) (Van Orden et al., 2010).

## 2 Obiettivi

Lo studio è parte di un ampio progetto di ricerca condotto presso l'Università del Piemonte Orientale in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, con l'obiettivo primario di ampliare la letteratura già esistente relativa alla Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio di Thomas Joiner. Un campione di studenti italiani è stato reclutato al fine di svolgere un'indagine qualitativa che permettesse di indagare il comportamento suicidario in risposta a situazioni stressanti prolungate, con particolare riferimento al lockdown imposto nel periodo Covid-19, e contestualizzando i costrutti dell'IPTS in funzione delle risposte alla domanda aperta proposta: "Può descrivere brevemente cosa è cambiato per lei con l'emergenza Covid-19?".

# 3 Materiali e metodi

## 3.1 Disegno dello studio

Lo studio è stato condotto utilizzando un approccio trasversale (cross-sectional), che ha rilevato misure e frequenza relative al momento specifico in cui i test sono stati somministrati.

## 3.2 Campione

Nel periodo compreso tra marzo 2020 e giugno 2021, durante la pandemia di COVID-19, un campione di 1665 studenti universitari italiani di età compresa tra i 18 e 35 anni è stato sottoposto ad una batteria testale online tramite PC o smartphone, costituita da questionari a risposta multipla e dalla domanda aperta: “Può descrivere brevemente cosa è cambiato per lei con l'emergenza Covid-19?”. I test sono stati diffusi tramite social networks e mailing list; il campione reclutato e i dati raccolti sono parte di un ampio progetto di ricerca il cui obiettivo è valutare il comportamento suicidario negli studenti universitari sulla base della Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio (Magliocca & Romano, 2023); la raccolta dei dati relativi ai test è stata effettuata presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca per mezzo del software Qualtrics; lo studio è stato approvato dall'Institutional Review Board (IRB) dell'Ospedale Universitario “Maggiore della Carità” in data 01/07/2020, protocollo CE 165/20 e dall'Università degli Studi di Milano Bicocca il 23/04/2020, protocollo 0025172/20.

Criteri di inclusione:

- Studenti universitari di età compresa tra 18 e 35 anni
- Consenso informato per la raccolta anonima dei dati

Criteri di esclusione:

- Omessa specificazione di genere/età
- Omissione della risposta alla domanda aperta al termine del questionario

Dei 1665 partecipanti iniziali, 440 non hanno risposto alla domanda aperta al termine del questionario e 11 non hanno specificato età o genere; il campione finale per l'analisi qualitativa è dunque stato composto da 1214 studenti, di cui 207 maschi e 997 femmine. Questo studio si pone all'interno di un più ampio progetto di ricerca finalizzato alla validazione in italiano delle scale psicometriche basate sulla Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio (Magliocca & Romano, 2023).

### 3.3 Strumenti

La batteria testale è stata costruita con l'obiettivo di raccogliere informazioni di natura sociodemografica, e di somministrare diversi questionari psicometrici validati nella pratica clinica per la valutazione del rischio suicidario, in aggiunta a due questionari specificatamente incentrati sulla Teoria Interpersonale del Suicidio. Con appositi questionari sono state raccolte informazioni dettagliate riguardo all'età, allo stato civile, al titolo di studio, alla professione e alla religione di ciascun individuo coinvolto nello studio; parallelamente, sono state esaminate le condizioni di salute mentale e fisica, compresa la possibile assunzione di psicofarmaci, il consumo di alcol e la partecipazione a percorsi psicologici.

### **Interpersonal Needs Questionnaire (INQ)**

L'Interpersonal Needs Questionnaire è un questionario ideato sulla base dell'IPTS, per indagare i due costrutti, PB e TB, sostenendone la rilevanza in un gruppo eterogeneo di persone (Iliceto et al., 2021); la versione originale del questionario contiene 25 domande, ma al campione in studio è stata proposta una versione ridotta a 15 quesiti, di cui 6 a valenza opposta, tradotta in italiano. INQ-15 presenta migliori proprietà psicometriche e rappresentazione dei costrutti rispetto alle precedenti (Hill et al., 2015; Iliceto et al., 2021), ed è sotto-classificato in due scale: INQ PB composto dai primi 6 quesiti e INQ TB costituito dai restanti 9 item (Van Orden, 2012). Le domande sono valutate in scala Likert a 7 punti, con punteggio proporzionale all'intensità dei due costrutti in analisi. Oltre al calcolo del punteggio globale, è possibile ottenere un valore medio di entrambe le sotto-scale.

È stata dimostrata una correlazione tra INQ-15 a due fattori e l'ideazione suicidaria (Magliocca & Romano, 2023).

### **Acquired Capability for Suicide-Fearlessness about Death (ACSS-FAD)**

Questa scala permette di valutare AC, il terzo costrutto della teoria di Joiner, indagando inoltre l'assenza di paura verso la morte. Il questionario è costituito da 7 item valutati con scala Likert a 5 punti, da 0 a 4 in base alla somiglianza percepita; il punteggio totale, compreso tra 0 e 28, è direttamente proporzionale al livello di *fearlessness about death* (Ribeiro et al., 2014). È stata dimostrata un'associazione tra ACSS-FAD validata in italiano e la pianificazione e il tentativo di suicidio (Magliocca & Romano, 2023).

### **Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI)**

Lo State-Trait Inventory permette di valutare i livelli di ansia nel campione analizzato, è costituito da 40 item e suddiviso in due scale, la *S-Anxiety* e la *T-Anxiety* composte da 20

domande ciascuno; queste indagano rispettivamente l'ansia di stato, una sensazione transitoria e spiacevole di apprensione, tensione e attivazione del sistema nervoso simpatico in circostante percepite come minacciose, e l'ansia di tratto, una sensazione generale e più duratura, non determinata da un singolo avvenimento (Barker, 1977);(Knowles & Olatunji, 2020). Secondo la scala Likert la somma dei punteggi, con le dovute correzioni rispetto a 19 item di segno opposto, varia da 20 a 80 con proporzionalità diretta tra il punteggio osservato e il livello di ansia percepito; il cut-off suggerito per la rilevazione di sintomatologia ansiosa è di 39-40 punti (Julian, 2011).

### **Beck Depression Inventory**

Il Beck Depression Inventory è un questionario costituito da 21 item: 19 domande permettono di indagare la presenza e la gravità della sintomatologia depressiva nel campione in studio, secondo una scala Likert a 4 punti, mentre gli item 16 e 18, codificati con 7 opzioni, consentono di valutare l'aumento o la diminuzione rispettivamente di modifiche del sonno e dell'appetito. Il punteggio ottenuto è compreso tra 0 e 63 e permette di suddividere la sintomatologia in: assente (0-13 punti), lieve (14-19 punti), moderata (20-28) e grave (29-63) (Beck, 1996);(Osman et al., 2008). Secondo recenti metanalisi il cut-off indicativo di depressione è pari a 13 nella popolazione sana, e 19 in persone con comorbidità psichiatriche (von Glischinski et al., 2019).

Nello studio è stata utilizzata la Beck Depression Inventory revised (BDI-II) tradotta in italiano (Balsamo, 2007).

### **Visual Analogue Scale (VAS)**

La Visual Analogue Scale è una scala visuo-analogica che permette di indagare l'intensità e la frequenza di dolore fisico, psicologico e di pensieri suicidari nei pazienti, i quali assegnano

un valore numerico compreso tra 0 e 10 in base alla valutazione soggettiva dell'entità dello stimolo.

### **Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ)**

Il questionario è costituito da 16 item relativi all'attenzione al dolore (*attention to pain*) e valutano la consapevolezza (*awareness*), la coscienza (*consciousness*), la vigilanza e l'osservazione del dolore (McCracken, 1997). La versione italiana è costituita da 13 item in scala a sei valori (0=mai, 5=sempre) e indaga due fattori:

- Vigilanza attiva: il controllo, la ricerca e la percezione delle sensazioni dolorifiche
- Consapevolezza passiva: l'influenza che il dolore esercita sul comportamento

### **Self Awareness Questionnaire (SAQ)**

Il Self Awareness Questionnaire è costituito da 35 domande che valutano l'interocezione, intesa come la rilevazione, conscia ed inconscia, di ciò che accade all'interno del corpo (es: battito cardiaco, fame, temperatura corporea, etc); il questionario utilizza una scala Likert a 5 punti, il punteggio totale è compreso tra 0 e 140 e risulta direttamente proporzionale alla consapevolezza emotiva dell'individuo. Oltre all'interocezione, il SAQ permette di rilevare la presenza di *allessitimia*, definita come la difficoltà di percepire ed esprimere le emozioni (Longarzo et al., 2015), la riduzione della capacità di analisi e interpretazione emotiva, la concentrazione eccessiva sulle sensazioni e i sintomi fisici e l'aumento della sintomatologia ansiosa (Grossi et al., 2017; Hughes et al., 2019).

### **Psychache Scale**

La Psychache Scale indaga la presenza e l'entità di dolore psichico o psychache secondo Shneidman (Shneidman, 1993); permette di distinguere i pazienti ad alto e basso rischio

suicidario e risulta essere più efficace rispetto ad altri questionari quale la BDI-II nell'individuazione degli studenti a rischio (Holden, 2001);(Troister et al., 2013, 2015).

La scala è costituita da 9 item valutati con un punteggio da 0 a 5 secondo scala Likert.

### **Mental Pain Questionnaire (MPQ)**

Il Mental Pain Questionnaire valuta, attraverso 10 item a risposta dicotomica, la presenza o l'assenza di dolore mentale negli studenti; nello studio si indagano quali sono le esperienze di sofferenza mentale che il paziente ha vissuto nell'ultima settimana, tra cui l'impossibilità di localizzare il dolore e l'incapacità di capire il motivo delle sensazioni, il senso di vuoto e la mancanza di speranza per le prospettive future (hopelessness) (Fava et al., 2019; Svicher et al., 2019).

### **Revised UCLA Loneliness Scale**

La Revised UCLA Loneliness Scale viene utilizzata per osservare quanto frequentemente i soggetti del campione provano un senso di solitudine, di "mancata appartenenza", di timidezza e introversione (Russell, 1996). La scala presenta 20 item valutati da 0 a 4 in scala Likert sulla base della frequenza riferita di manifestazione. Il punteggio totale è compreso tra 20 a 80.

### **Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)**

La MSPSS è costituita da 12 item e indaga la percezione del supporto sociale attraverso la valutazione del rapporto degli studenti con amici, parenti e partner. Lo strumento ha una struttura tridimensionale, secondo la quale le domande possono essere suddivise in tre sottoscale e vengono valutate in scala Likert da 1 a 7; si osserva la possibilità di calcolare sia un

punteggio complessivo che punteggi parziali per ciascuna dimensione di supporto sociale (Dahlem, 1991).

La percezione di supporto sociale sembra essere molto importante per la salute psicofisica degli individui, secondo un recente studio i soggetti con maggiore percezione di supporto familiare hanno riportato una migliore qualità della vita durante la pandemia da Covid-19 (Cahuas et al., 2023).

### **Rosenberg Self-Esteem Scale**

La Rosenberg Self-Esteem Scale è utilizzata per indagare il livello di autostima del soggetto, attraverso 10 item, dei quali 5 formulati in senso positivo (*es: penso di valere almeno quanto gli altri*) e 5 in senso negativo (*es: sono portato a pensare di essere un vero fallimento*), a cui viene assegnato un punteggio da 0 a 3 in base al grado di accordo o disaccordo con le singole affermazioni. Il punteggio totale è compreso tra 0 e 30, valori inferiori a 15 indicano un basso livello di autostima (Rosenberg, 1965).

### **Reasons for Living Inventory**

Il Reasons for Living Inventory è uno strumento basato su un approccio cognitivo-comportamentale costituito da 48 item, valutati in scala Likert a 6 punti con punteggio proporzionale all'importanza attribuita alla singola affermazione, ideati per indagare motivazioni, aspettative e credenze considerate protettive nei soggetti con ideazione suicidaria.

È suddiviso in sei diverse categorie in modo da indagare l'importanza attribuita ad ogni item proposto:

- Strategie di coping e sopravvivenza (*Survival and Coping Beliefs, SCB*), con 24 item relativi a come affrontare le difficoltà della vita.

- Responsabilità verso la famiglia (*Responsability to Family, RF*), costituita da 7 item riguardanti il ruolo percepito verso la famiglia e il suo effetto protettivo.
- Preoccupazioni relative ai figli (*Child-Related Concerns, CRC*), di cui si osservano 3 item relativi alla preoccupazione verso i figli.
- Paura del suicidio (*Fear of Suicide, FS*), valutata da 7 item che indagano la paura della morte e dell'atto suicidario.
- Paura della disapprovazione sociale (*Fear of Social Disapproval, FSD*), costituita da 3 item per valutare l'influenza dell'opinione sociale sulla scelta dell'individuo.
- Obiezione morale (*Moral Objection, MO*), con 4 item che propongono motivazioni di carattere morale, personale e religioso.

Lo strumento, validato in italiano, presenta ottime proprietà psicometriche di coerenza interna e validità di costrutto (Osman et al., 1992; Ronconi et al., 2009); (Pompili, 2006; (Pompili, 2007).

### 3.4 Analisi dei Dati

L'analisi dei dati è stata effettuata estraendo la variabile "ideazione suicidaria" (SI), sulla base delle risposte all'item 9 del questionario BDI-II, in modo da misurare e stratificare la SI nel campione oggetto di studio nelle due settimane precedenti alla somministrazione dei questionari. La nuova variabile estratta includeva così 4 livelli di SI: assenza di SI (960 soggetti), idea di morte (211 soggetti), SI moderata (37 soggetti) e SI severa (6 soggetti). I dati relativi alle risposte degli item sono stati raccolti in un database, successivamente importato nel software "T-Lab" per effettuare un'analisi qualitativa, esaminando la distribuzione di frequenza delle parole, espressioni, e tematiche comparse nelle risposte alla domanda aperta al termine del questionario: "Può descrivere brevemente cosa è cambiato per lei con l'emergenza Covid-19?". Il software si basa su tecniche multivariate di

elaborazione dei dati, che consentono di individuare le connessioni presenti tra le variabili, permettendo la formulazione di ipotesi attraverso l'interpretazione delle parole chiave all'interno dei testi elaborati. Dopo aver importato le risposte alla domanda aperta e specificato le variabili cliniche e sociodemografiche da prendere in considerazione, è stata effettuata una lemmatizzazione del corpus con estrazione di 1214 testi, 1312 contesti elementari e 355 parole chiave. Si è successivamente intervenuti manualmente per evidenziare esclusivamente i termini più informativi e rilevanti ai fini dell'indagine qualitativa, lasciando solamente i sostantivi e rimuovendo i verbi, gli avverbi, i pronomi e gli aggettivi. Questo ha permesso di rilevare 189 parole chiave, ulteriormente raggruppate in base all'area tematica (es: "papà", "mamma", "nonno" sono stati raggruppati sotto il nome di "famiglia"); le 75 parole chiave rimanenti sono state utilizzate per condurre tre differenti analisi, i cui risultati sono successivamente stati interpretati alla luce della IPTS:

- Analisi tematica dei contesti elementari, che permette di identificare diversi cluster tematici, ognuno dei quali è definito secondo i lemmi e le espressioni più peculiari e frequenti. Dalle risposte dei partecipanti alle domande aperte sono stati estratti quattro cluster: "l'impatto psicologico della pandemia", "nuove relazioni e nuova solitudine", "un futuro incerto" e "la scoperta del valore delle relazioni".
- Analisi di specificità, che identifica le unità lessicali più tipiche e caratteristiche nelle risposte del campione in studio, diviso in quattro gruppi in base al livello di ideazione suicidaria.
- Analisi di corrispondenza, che permette di comprendere le similitudini e le differenze tra i vari sottogruppi del corpus, visualizzando le risposte dei partecipanti in rapporto alle diverse categorie di ideazione suicidaria.

## 4 Risultati

### 4.1 Analisi sociodemografica

Il campione finale è costituito da 1214 studenti di età compresa tra 18 e 35 anni, con un'età media di 22 anni, di cui 82.13% donne (N=997) e 17.87% uomini (N=217). Dei partecipanti, il 73.22% proviene da regioni del Nord Italia (N=889), mentre il 2.88% e il 9.31% sono originari rispettivamente dalle regioni del Centro (N=35) e Sud (N=113). Il 14.59% del campione non ha indicato la provenienza o proviene da Paesi esteri (N=177).

Relativamente allo stato civile, il 48.35% degli studenti dichiara di essere single (N=587) e il 51.65% all'interno di una relazione (N=627); del totale dei partecipanti, solo lo 0.60% dichiara di avere almeno un figlio di età compresa tra i 3 mesi e i 5 anni (N=7).

Relativamente all'educazione, il 68.89% ha conseguito il diploma di scuola superiore (N=836), mentre il 27.15% ha già ottenuto un titolo di laurea triennale (N=330); il 3.96% ha conseguito una laurea magistrale, master e dottorati (N=48). La maggior parte dei partecipanti (75.50%, N=917) si definisce studente a tempo pieno, mentre il 24.50% è rappresentato da studenti lavoratori, specializzandi e studenti in percorso di dottorato (N=297).

Riguardo l'orientamento sessuale, l'88.71% degli studenti afferma di essere eterosessuale (N=1077), mentre l'11.29% si dichiara omosessuale, bisessuale o altro (N=137).

In merito alla fede religiosa, il 34.95% afferma di essere credente (N=424), non praticante nella maggior parte dei casi (85.05%, N=361), il 35.38% ha dichiarato di essere ateo (N=430) e il 29.67% ha indicato come risposta: "Non lo so", "Preferisco non rispondere" (N=360).

Nel pool di studenti, il 41.32% si è rivolto almeno una volta nella vita ad uno psicologo o psichiatra (N=502) e il 4.14% riferisce di fare uso di psicofarmaci (N=50). Solamente il 2.88% riferisce un consumo giornaliero di alcol (N=35).

## 4.2 Analisi tematica dei contesti elementari

L'analisi tematica condotta ha permesso di identificare quattro clusters caratterizzati da una lista di lemmi e contesti tipici (tabella 1). Ogni cluster è stato etichettato in base al contesto tematico e ogni etichetta ha lo stesso valore delle definizioni utilizzate per indicare le dimensioni latenti risultanti da un'analisi fattoriale. Se le definizioni hanno un significato che può essere riconosciuto e interpretato attraverso la domanda di ricerca, l'analisi si considera valida e significativa. Le etichette assegnate ai clusters sono: "l'impatto psicologico della pandemia", "nuove relazioni e nuova solitudine", "un futuro incerto" e "la scoperta del valore delle relazioni".

### **Cluster 1: l'impatto psicologico della pandemia**

Il primo cluster si focalizza esclusivamente su termini negativi come "ansia", "paura", "mancanza di fiducia", sentimenti associati sia alle restrizioni imposte con il lockdown, che ha esacerbato la percezione di isolamento sociale ("solitudine", "contatto", "fisico"), sia alla preoccupazione per la salute propria e dei familiari ("salute", "malessere", "malattia").

La pandemia, esempio più recente di fattore stressogeno prolungato, ha avuto un notevole peso psicologico a livello di popolazione, evidenziato dalla grande varietà di sintomi e sentimenti negativi espressi nelle risposte alla domanda aperta ("drastico decremento di concentrazione, incremento di attacchi di ansia ed episodi depressivi, oltre che di sentimenti di inutilità, inettitudine e fatigue"); inoltre ha contribuito ad aggravare situazioni già di per sé patologiche, a causa della perdita di legami sociali e dello stravolgimento della routine,

come alcuni partecipanti riferiscono: “Soffro di Binge Eating Disorder, stare a casa tutto il giorno in questo clima di confusione/ansia/frustrazione favorisce il mio binge eating con senso di colpa conseguente, oltre a peggiorare il rapporto con il mio corpo e il mio aspetto. Mi sento solo e incapace di comunicare il mio dolore”. La sofferenza psicologica ha avuto un forte impatto sulla vita quotidiana e sulla capacità di progettare il futuro, viene riferito: “Profondo senso di incertezza sul mio futuro, mancanza di controllo, incapacità di realizzare i miei piani. Ansia generalizzata”. Questo denota una sensazione di grande incertezza e una generale perdita di speranza.

La combinazione di questi sentimenti ha contribuito a creare uno stato generalizzato di allarme e ad amplificare la percezione della gravità degli eventi negativi (“temo molto di più per la mia salute e quella dei miei parenti. Sono aumentate le mie reazioni di allarme a sintomi minimi e sento di avere una sorta di ansia covert. Il futuro mi preoccupa di più, sia socialmente che economicamente”).

## **Cluster 2: Nuove relazioni e nuova solitudine**

I lemmi su cui si focalizza questo cluster evidenziano il cambiamento, perlopiù negativo, subito dalle relazioni (“fermare”, “lasciare”, “perdere”), specialmente dovuto all'impossibilità di mantenere i rapporti a causa delle restrizioni (“vedere”, “uscire”), e i cerchi sociali maggiormente colpiti dal lockdown (“casa”, “università”, “sport”, “amici”, “famiglia”).

Il contesto pandemico ha stimolato le relazioni ad adattarsi a nuove forme (“ritorno”), questo è osservabile grazie ai contesti elementari che identificano una certa dicotomia relativamente all'evoluzione dei rapporti, specialmente familiari; in alcuni casi si osserva un rafforzamento del legame, mentre in altri si riferisce un deterioramento relazionale dovuto al contatto forzato e prolungato (“La mia vita quotidiana è cambiata, vedo molto meno la mia fidanzata,

esco molto meno, non frequento più l'ambiente universitario, vedo meno i miei amici. Allo stesso tempo, trascorro molto più tempo con la mia famiglia rispetto a prima"; "Anche prima del Covid vedevo raramente i miei amici. Ora non li vedo, vedo solo il mio ragazzo, che mi dà molto. Forse il Covid ha migliorato il mio rapporto con i miei genitori"; "Sono sorti molti problemi in famiglia che forse prima non erano mai stati presi in considerazione e che sono peggiorati con la quarantena").

Relativamente ai legami extra familiari, la mancanza di interazioni fisiche con i pari sono stati un problema significativo, il contatto mantenuto via web non si è dimostrato sufficiente nella maggior parte dei casi: "Se prima avevo poche interazioni fisiche (con molti di loro ho perso i contatti e faccio fatica a fare nuove amicizie), ora è ancora più difficile. Tutto avviene tramite videochiamata e per quanto siano piacevoli, devo ammettere che mi manca vedere i miei amici di persona."

Come già riscontrato nel primo cluster, la perdita di contatti ha determinato un sentimento generale di inutilità ("Ho iniziato ad avere un gruppo di amici, qualcosa che desideravo da tempo. Ora non posso più incontrarli in gruppo ed è più difficile organizzare viaggi. Mi sembra di avere meno voglia di vivere le giornate. Le mie giornate sono tutte uguali da marzo 2020"); l'isolamento, oltre ad associarsi ad un possibile senso di solitudine, può determinare un senso di percepita disconnessione sociale, condizioni che si associano ad appartenenza contrastata secondo Joiner (Van Orden et al., 2010).

### **Cluster 3: Un futuro incerto**

In questo cluster si osserva, tramite l'osservazione di lemmi caratteristici, lo sviluppo di pensieri incentrati su se stessi ("riflettere", "pensare", "imparare", "realizzare", "capire"); questi vengono definiti sia come positivi ("apprezzare", "positivo", "bello"), che come negativi ("incerto", "negativo", "emergenza"), con l'aggiunta di una dimensione temporale

(“tempo”, “futuro”). In effetti il contesto pandemico è stato un evento stressogeno tale da determinare un’alterazione della normale percezione del tempo, che può essere percepito come un limbo, o come un periodo maggiormente concentrato su se stessi e non alienato (“Ora sento di non avere più una routine segnata dalle lezioni, perché sono finite. Sto studiando per il mio ultimo esame e sto facendo la tesi e devo gestire il mio tempo da solo. Mi sento costantemente in un limbo”; “Ho avuto tempo per bilanciarmi, non per migliorare, ma per sperimentare e pensare a me stesso. Per quanto mi dispiaccia e per quanto soffra essere in lockdown, avevo bisogno di tempo per me stesso e credo che tutti dovrebbero imparare a vivere con se stessi prima che con gli altri”).

Questa particolare percezione del tempo ha fatto emergere tre diversi meccanismi di coping: la rivalutazione dell’immagine di sé (“Per quanto possa sembrare strano, l’emergenza mi ha dato l’opportunità di prendermi del tempo per me stesso, riflettere e rendermi conto di quanto io valga, di quanto sia circondato da persone che amo e che mi amano e di quanto desidero vivere nuove esperienze”), la scoperta di un nuovo significato positivo nella propria vita quotidiana (“Grazie al Covid-19 ho più tempo per me stesso, per realizzare alcuni progetti e per stare più in contatto con i miei cari. È un’esperienza che ti insegna ad apprezzare le piccole cose, come semplici passeggiate in centro o aperitivi con gli amici”) e lo sviluppo di piani futuri basati su una nuova consapevolezza di sé (“Stando molto tempo in casa, spesso da solo, ho iniziato a farmi più domande sul cosa volessi fare, sul mio futuro e, soprattutto, su me stesso e sul mio modo di essere. Ho capito che avevo molte cose da migliorare”). Alcuni partecipanti hanno riferito un maggiore pessimismo verso il futuro, legato all’incertezza del contesto sociosanitario, che ha enfatizzato la fragilità delle loro condizioni di vita: “Con l’emergenza Covid-19, il mio stile di vita è cambiato quasi completamente, così come la routine a cui ero abituato. Il modo di guardare il futuro è cambiato, ora è più difficile per me fare progetti o pormi obiettivi, perché ho paura che non saranno raggiunti o

che saranno in qualche modo distrutti dall'instabilità costante della situazione in cui ci troviamo".

#### **Cluster 4: La scoperta del valore delle relazioni**

I lemmi presentati nel quarto cluster fanno riferimento alle relazioni ("relazioni", "sociale", "conoscenze", "interpersonale"), così come ai cambiamenti associati alla dimensione interpersonale ("isolamento"), e ai relativi sentimenti e pensieri degli studenti ("attribuzione", "percezione"), i quali emergono anche nei contesti elementari ("La mia vita sociale è quasi scomparsa e quindi sono stati persi molti dei contatti con persone a me vicine". Questa perdita di rapporti ha portato ad una maggiore consapevolezza della loro importanza e della necessità di coltivarli: "Ho rivalutato le mie relazioni con amici e familiari, ho compreso quanto siano fondamentali le interazioni sociali. Sono diventato molto più consapevole dell'importanza delle relazioni sociali nella vita di ognuno").

L'analisi tematica permette di identificare il "peso" di ciascun cluster all'interno del corpus, così come il grado di correlazione tra i quattro livelli della variabile e i clusters (tabella 3); i cluster 3 e 2 sono i più significativi e hanno un peso rispettivo del 31% e del 30.1%, seguiti dai cluster 4 e 1 con peso del 23.3% e 15.6%.

Considerando come variabile dello studio l'ideazione suicidaria (SI) si osserva che, in rapporto alla relazione tra i quattro livelli della variabile e i cluster, le risposte degli studenti che non mostrano SI sono attribuite in particolare al gruppo 3, gli individui con un livello di SI pari a 1 caratterizzano il cluster 2, mentre i partecipanti con livello di SI di 2 sono legati al cluster 1; infine gli studenti con livello più alto livello di SI influenzano principalmente il cluster 4. A questo livello non si riscontrano i lemmi e i contesti elementari caratteristici del

cluster 3, relativi alla dimensione futura. Questo potrebbe associarsi, secondo l'IPTS ad un sentimento di hopelessness, che determinerebbe un'ideazione suicidaria attiva.

### 4.3 Analisi di specificità

L'analisi di specificità mostra come ogni livello della variabile sia legato, oltre a diversi tipi di stati d'animo di intensità variabile, ai vari cambiamenti che si sono succeduti in questo periodo altamente stressogeno. Il software T-Lab ha permesso di identificare i lemmi caratteristici di ciascun livello della variabile (tabella 4) e si è osservato che gli studenti che non presentano ideazione suicidaria (livello 0) tendono a concentrarsi maggiormente su elementi di vita quotidiana non caratterizzati in senso negativo ("amici", "studio", "vita"); il livello 1 si concentra maggiormente sui cambiamenti portati dalla pandemia ("fermare", "peggiorare", "iniziare", "aumentare", "problemi", "perdere"), vissuti come una costrizione ("costretto", "obbligare"), e sull'accentuazione della sofferenza psicologica ("ansia", "malessere", "mancanza di fiducia", "sofferenza", "psicologica"), mentre in caso di SI moderata si evidenzia maggiormente l'importanza degli effetti stressogeni sulle relazioni sociali ("solitudine", "madre"), anch'essi associati a sofferenza psicologica ("affaticamento", "dolore"). Infine, i soggetti caratterizzati da un grado più elevato di ideazione suicidaria, identificano le restrizioni ("lockdown") come fattore scatenante le preoccupazioni e gli stati emotivi più intensi ("panico", "attacchi", "ammalarsi", "pesante", "negativo").

### 4.4 Analisi di corrispondenza

L'analisi di corrispondenza ha l'obiettivo di identificare i fattori che contribuiscono maggiormente a spiegare la differenza tra i vari livelli di ideazione suicidaria attraverso l'analisi delle corrispondenze lessicali raccolte nel periodo temporale indicato. Le differenze

e le similitudini dei dati testuali sono state utilizzate per creare uno scatter plot, nel quale i gruppi più simili sono posizionati più vicini, mentre i lemmi e le variabili extra-testuali che presentano più differenze sono localizzati a maggiore distanza lungo gli assi (grafico 1 e 2). I vari livelli sono rappresentati graficamente con dimensioni proporzionali alla numerosità del campione, il gruppo 0 e il gruppo 3 sono rispettivamente il più e il meno numeroso (grafico 1).

Nel grafico sono stati individuati due fattori principali, rappresentati rispettivamente sull'asse orizzontale e sull'asse verticale dello scatter plot. Il primo fattore spiega il 39% della varianza dei dati e distingue i diversi livelli di ideazione suicidaria; la polarità positiva è rappresentata dal livello 0, mentre la polarità negativa è associata a livelli crescenti di SI (grafico 1). Questo fattore permette di distinguere il campione in due gruppi in base alla percezione degli stimoli, dividendo i partecipanti tra quelli che, pur esprimendo la necessità di trovare una nuova normalità, interpretano il lockdown come un semplice cambiamento di vita, e coloro che lo identificano come fonte di angoscia di natura e gravità variabile.

Il secondo fattore spiega il 31% della varianza nei dati e permette di distinguere i vari gruppi in base ai livelli di ansia percepiti durante la quarantena; la polarità positiva in questo caso è associata esclusivamente al livello 3, caratterizzato da sentimenti molto intensi di ansia e veri e propri attacchi di panico (il lemma "panico" è specifico di questo gruppo), mentre la polarità negativa è rappresentata da tutti gli altri gruppi, in cui si rileva una semplice inquietudine o livelli di ansia meno intensi. La polarità negativa non è caratterizzata da lemmi specifici, si osserva, tuttavia una certa pluralità di stati psicologici negativi.

Per ciascuna polarità fattoriale, il software è in grado di rilevare le variabili che la caratterizzano e i rispettivi lemmi (tabella 5).

## 5 Discussione

Il suicidio rappresenta la quarta causa di morte nei giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni (WHO, 2023), nello specifico, negli universitari la salute mentale è un problema diffuso, si osserva infatti una prevalenza di depressione e di comportamento suicidario rispettivamente del 25% e del 14% (Sheldon et al., 2021). Le situazioni stressanti e prolungate a cui possono essere sottoposti gli studenti possono favorire lo sviluppo di ansia, confusione e frustrazione, l'anedonia che ne può derivare è un'importante fattore di rischio per lo sviluppo di ideazione e comportamento suicidario (Yang et al., 2020), in quanto determina un senso di disconnessione sociale tipicamente associato ad appartenenza contrastata secondo l'IPTS (Ducasse et al., 2018).

Le pulsioni suicide possono essere dovute all'incapacità di attuare meccanismi di coping sufficienti per gestire lo stress a cui si è sottoposti, portando ad una sofferenza psicologica ritenuta intollerabile (Prasko, 2010).

La continua esposizione ad una "supervisione abusiva", tipica situazione stressante in cui un individuo viene costantemente sminuito, biasimato o insultato da qualcuno che ricopre un certo ruolo di potere a livello lavorativo o universitario, può scatenare queste emozioni in quanto i soggetti vittima di questo comportamento sviluppano la percezione di non essere parte di un gruppo (Thwarted Belongingness), oltre che di essere un peso sia per il loro supervisore che per coloro che lo circondano (Perceived Burdensomeness): questo per via della sensazione di non riuscire a contribuire nel lavoro, che, di conseguenza, non viene riconosciuto, favorendo lo sviluppo di una sensazione di inadeguatezza (Yao et al., 2023). Anche le problematiche sociali sono fattore importante in questo contesto, la difficoltà nei rapporti interpersonali, come fare nuove conoscenze, sentirsi parte di un gruppo e andare d'accordo con gli altri, portano ad un aumento del rischio suicidario in quanto l'individuo

riferisce onerosità percepita; è noto che la depressione sia un'importante fattore di rischio, tuttavia sembra che PB comporti un pericolo maggiore in questo contesto, in quanto agisce direttamente sul modo in cui il soggetto percepisce il suo valore per amici e familiari (Chu et al., 2018). Come la depressione, anche lo stress peggiora la qualità della vita, determinando una sorta di insoddisfazione, tuttavia, se associato a TB sembra innescare una serie di meccanismi di coping che portano ad un aumento della resilienza, per via di un maggior impegno nell'affrontare le difficoltà, facendo sì che il soggetto si senta maggiormente soddisfatto e in controllo della propria vita (Ooi, 2022).

Il lockdown e tutte le restrizioni imposte durante il periodo Covid-19 sono l'esempio più recente e meglio approfondito di condizione stressogena prolungata; è stata quindi proposta un'indagine qualitativa a completamento di un ampio progetto di ricerca che ha coinvolto 1214 studenti di età compresa tra i 18-35 anni. Lo studio, condotto presso l'Università del Piemonte Orientale in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, ha raccolto e analizzato le risposte dei partecipanti alla domanda aperta: "Può descrivere brevemente cosa è cambiato per lei con l'emergenza Covid-19?" posizionata al fondo di un questionario, proposto con l'obiettivo di ampliare la letteratura esistente in merito alla Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio. L'interpretazione delle parole chiave all'interno dei testi ha permesso di elaborare tre differenti analisi: l'analisi tematica, di specificità e di corrispondenza.

L'analisi tematica, che suddivide il campione in quattro clusters, ognuno dei quali etichettato in base al contesto tematico, evidenzia che lo stravolgimento della routine e la perdita dei normali rapporti sociali, specialmente tra coetanei, hanno determinato una serie di emozioni negative come solitudine, diffidenza, ansia e panico. Il senso di disconnessione sociale, associato a Thwarted Belongingness, e la mancanza di occupazione, vissuta in un contesto di grande incertezza socio-sanitaria, condizione che può determinare un senso di onerosità

percepita (Perceived Burdensomeness) (Gratz et al., 2020), possono spiegare, secondo i postulati di Joiner, l'incremento di ideazione suicidaria nella popolazione in studio; questa condizione è esacerbata negli studenti che riferiscono una visione pessimistica del futuro, con perdita assoluta di speranza (hopelessness), ed è maggiormente associata ai partecipanti che presentano un livello più alto di SI. L'associazione tra queste emozioni negative, specialmente ansia e sintomatologia depressiva, e il rischio suicidario è stata indagata in vari studi italiani (Biondi et al., 2021; Busetta et al., 2021) e internazionali: una metanalisi che ha coinvolto alcuni paesi europei, tra cui Francia, Polonia e Grecia, si sofferma sul disagio psicologico determinato dalla riduzione del contatto faccia a faccia. La didattica a distanza e la chiusura delle università hanno influito negativamente sulla salute mentale e fisica degli studenti, portando alla riduzione dell'attività fisica e al cambiamento delle abitudini alimentari (Chang et al., 2021), che sembra essere responsabile, insieme con la somatizzazione ansiosa associata all'incertezza del periodo, della comparsa o dell'esacerbazione di sintomatologia gastrointestinale osservata nel periodo di lockdown (Abenavoli et al., 2021); la paura del contagio, la durata del lockdown e le dimensioni del nucleo familiare, sono invece fattori più facilmente associati ad insonnia, con riduzione sia della qualità che della quantità di sonno (Morin et al., 2021). Secondo uno studio americano, il contesto pandemico ha comportato, oltre alle già citate ansia e depressione, lo sviluppo di una sintomatologia ossessivo-compulsiva, diagnosticata tramite un questionario di autovalutazione; lo stress prolungato, legato per esempio alla paura del contagio, ha favorito lo sviluppo di comportamenti ripetuti quali: il lavaggio eccessivo delle mani, l'evitamento di luoghi pubblici o di oggetti ritenuti contaminati e lo sviluppo di pensieri angoscianti non controllabili relativi al contesto sociosanitario. L'appartenenza contrastata e l'onerosità percepita, essendo fattori altamente stressogeni, hanno intensificato i pensieri ossessivi già presenti (Berman et al., 2022).

Non tutti gli studenti hanno riferito una visione completamente negativa del lockdown, alcuni, nonostante la paura per la salute propria e dei familiari e lo stravolgimento della routine, hanno sfruttato il tempo trascorso per riflettere su se stessi, sui propri obiettivi e piani futuri, attenuando le emozioni negative e aumentando la resilienza (Servidio et al., 2022); in questi casi le relazioni sono state indispensabili, il supporto di familiari e amici, seppur a distanza, e un riferito benessere socioeconomico si associano ad un abbassamento dei livelli di ansia e stress, grazie anche allo sviluppo di strategie di coping adattativo, come già evidenziato in varie fonti di letteratura (Lorini et al., 2023; Chaturvedi et al., 2021; van Mulukom, 2021).

L'analisi di specificità ha permesso di suddividere i partecipanti in base al livello di ideazione suicidaria sulla base dei lemmi e dei contesti tipici (liv. 0-3); gli individui che non presentano ideazione suicidaria (SI livello 0), pur avvertendo il cambiamento delle attività e delle relazioni, si sono concentrati maggiormente su elementi di vita quotidiana, vissuta senza una particolare connotazione negativa riguardo i cambiamenti avvenuti, i quali sono stati vissuti in un'ottica positiva e con un maggior focus sugli effetti pratici e oggettivi della pandemia; la rete relazionale e familiare e le strategie di coping individuale hanno fatto sì che questi soggetti non percepissero un particolare senso di disconnessione sociale, evitando l'esperienza di onerosità percepita, che potrebbe invece essere scatenata dalla percezione di non essere voluti (condizione associata a liability).

Il livello 1 indica una lieve SI, in questo caso i partecipanti hanno vissuto negativamente il cambiamento e hanno verbalizzato le sofferenze psicologiche relative alla nuova realtà con cui si sono trovati a confronto, come ansia e diffidenza. I soggetti che presentano SI moderata manifestano una sofferenza psicologica più profonda rispetto ai partecipanti dei livelli precedenti, dovuta ad un maggiore stress scatenato dalla perdita dei legami sociali (con percepito senso di solitudine associato a TB), tale da determinare una riduzione della

capacità di infuturazione. Gli individui che presentano un grado severo di ideazione suicidaria focalizzano l'attenzione sulla solitudine conseguente alle restrizioni, oltre che sulla paura di ammalarsi o trasmettere l'infezione ai propri cari; questo determina stati emotivi intensi di preoccupazione e panico (lemma specifico di questo livello). Nella SI di livello 3 non si riscontrano lemmi relativi alla dimensione futura, le emozioni negative sono associate anche alla grande incertezza economico-professionale e alle possibili alterazioni dei percorsi lavorativi e scolastici, oltre che per prospettive di lavoro futuro (Busetta et al., 2023).; la percezione di non essere desiderato, esacerbata in caso di tensioni familiari, può determinare una disconnessione emotiva che, se associata ad un senso di solitudine, causa angoscia negli studenti. Le tensioni possono o meno essere legate a disfunzioni familiari, come mancanza d'amore o di sostegno, cattiva comunicazione e mancato coinvolgimento dei soggetti nella risoluzione di problemi, questo aumenta il carico di stress e comporta un generale aumento dell'incidenza di problemi di natura psichiatrica (Martin, 1995);(Rojas-Torres et al., 2022); gli studenti universitari possono avere la percezione di essere un peso per i propri cari, provando un senso di responsabilità (liability) che può essere dovuto a vari fattori come la disoccupazione, specialmente per gli studenti-lavoratori o genitori e questo comporta, secondo la tesi di Joiner, la presenza concomitante di Thwarted Belongingness e Perceived Burdensomeness, associata ad assoluto pessimismo nelle prospettive future (hopelessness) che comporterebbe il passaggio ad un'ideazione suicidaria attiva.

L'analisi di corrispondenza permette di confrontare i termini tipici dei vari livelli analizzandone similitudini e differenze; in caso di SI severa è stata riscontrata una grande varietà di lemmi differenti indicanti uno stato interiore di grande sofferenza rispetto a quella osservabile negli altri gruppi, specialmente nelle ultime due settimane di lockdown. La presenza di emozioni negative permette di distinguere i livelli 1-3 dal livello 0; il livello 1 e 3 sono accomunati dalla sofferenza determinata dal cambiamento, ma sono distinti

nell'intensità delle emozioni provate, con il lemma "panico" specifico del livello 3 e associato a un livello di sofferenza più pervasivo e profondo. A differenza del livello 1 e 3, il livello 2, rappresentato dagli studenti con ideazione suicidaria moderata, è maggiormente focalizzato sulla componente relazionale, evidenziando la già nota importanza delle reti sociali per il benessere individuale. Già prima della pandemia una buona rete sociale era considerata un'importante fattore protettivo in quanto stimola il senso di appartenenza (Chu et al., 2017).

## 6 Conclusioni

L'obiettivo della ricerca era quello di ampliare la letteratura già esistente relativa alla Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio, indagando l'ideazione e il comportamento suicidario associato a situazioni stressanti prolungate, con particolare attenzione all'applicazione dei costrutti dell'IPTS alle emozioni riferite da un pool di 1214 studenti universitari durante il periodo di lockdown, tra marzo 2020 e Giugno 2021; le emozioni sono state indagate tramite un'indagine qualitativa attraverso l'analisi delle risposte alla domanda aperta. Dai risultati emersi dall'analisi si evidenzia che l'ansia, la paura, la solitudine e il panico correlati alle limitazioni e alla dimensione sociosanitaria hanno influito sulla salute mentale dei partecipanti, determinando la presenza di sentimenti di appartenenza contrastata e onerosità percepita, comportando una maggiore difficoltà percepita nella pianificazione futura ed aumentando potenzialmente il rischio di suicidio specialmente nei soggetti più fragili.

Lo studio presenta alcuni limiti, legati principalmente al campione e alla variabile considerata. Nonostante si tratti di un gruppo ad elevato rischio, il range di età dei soggetti

compreso tra i 18 e 35 anni esclude i minorenni e gli anziani, un'ampia fetta di popolazione in cui non sono pertanto stati approfonditi gli effetti di questo tipo di stress prolungato; un'altra limitazione è dovuta al fatto che la variabile che permette la suddivisione del campione in quattro livelli è stata strutturata sulla base di un singolo item di un'unica scala psicometrica (BDI-II); considerando che il suicidio è largamente ritenuto un fenomeno a genesi multifattoriale che riconosce un gran numero di fattori di rischio, l'integrazione di più variabili nella valutazione iniziale dell'ideazione suicidaria potrebbe essere utile per ottenere una stratificazione più approfondita e fornire interventi mirati più efficaci.

In conclusione, i risultati dello studio sono in linea con quelli presenti in letteratura, e forniscono una chiave di lettura aggiuntiva mediante l'utilizzo di un'analisi qualitativa, ancora poco usata nella ricerca rispetto agli studi quantitativi. Ulteriori studi qualitativi potrebbero permettere di raggiungere una conoscenza più completa e consentire di interpretare meglio le dinamiche tra le relazioni interpersonali, la solitudine, l'isolamento, e l'ideazione e il comportamento suicidario come teorizzati sulla base dei costrutti nella Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio, al fine di sviluppare e migliorare le strategie di prevenzione primaria e secondaria, specialmente nei soggetti ad alto rischio di suicidio.

# Bibliografia

1. Abenavoli, L., Cinaglia, P., Lombardo, G., Boffoli, E., Scida, M., Procopio, A. C., Larussa, T., Boccuto, L., Zanza, C., Longhitano, Y., Fagoonee, S., & Luzzza, F. (2021). Anxiety and gastrointestinal symptoms related to covid-19 during italian lockdown. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(6), 1–12. <https://doi.org/10.3390/jcm10061221>
2. Balhara, Y., & Verma, R. (2012). Schizophrenia and Suicide 精神分裂症和自殺關聯性的文獻回顧. In *East Asian Arch Psychiatry* (Vol. 22).
3. Balsamo, M. (2007). *Test per l'assessment della depressione nel contesto italiano: un'analisi critica [Tests for the assessment of depression in Italian Context: a critical review]*. <https://www.researchgate.net/publication/236168585>
4. Barlattani, T., D'Amelio, C., Capelli, F., Mantenuto, S., Rossi, R., Socci, V., Stratta, P., Di Stefano, R., Rossi, A., & Pacitti, F. (2023). Suicide and COVID-19: a rapid scoping review. In *Annals of General Psychiatry* (Vol. 22, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00441-6>
5. Barker. (1977). Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/870532/>
6. Bauer, B. W., Martin, R. L., Allan, N. P., Fink-Miller, E. L., & Capron, D. W. (2019). An Investigation into the Acquired Capability for Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(4), 1105–1118. <https://doi.org/10.1111/sltb.12502>
7. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. In *Psychological Bulletin* (Vol. 117, Issue 3).
8. Beck, A. T. (1996). Tratto da <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F00742-000>

9. Bender, T. W., Gordon, K. H., Bresin, K., & Joiner, T. E. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of Affective Disorders*, *129*(1–3), 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.023>
10. Berman, N. C., Fang, A., Hoepfner, S. S., Reese, H., Siev, J., Timpano, K. R., & Wheaton, M. G. (2022). COVID-19 and obsessive-compulsive symptoms in a large multi-site college sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *33*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100727>
11. Biondi, S., Casale, S., Burrari, J., Mazza, C., Cavaggioni, G., Ferracuti, S., Giannini, A. M., & Roma, P. (2021). Personality and Lockdown: A Study on Italian Undergraduates During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.622366>
12. Blázquez-Fernández, C., Lanza-León, P., & Cantarero-Prieto, D. (2023). A systematic review on suicide because of social isolation/and loneliness: does COVID-19 make a difference? *Journal of Public Health (Oxford, England)*, *45*(3), 680–688. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad001>
13. Blumenthal, S. J., & Kupfer, D. J. (1988). Conference on Prevention of Youth Suicide. In *Journal of Youth and Adolescence* (Vol. 17, Issue 1).
14. Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 15, Issue 9). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>
15. Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 198–202. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>

16. Busetta, G., Campolo, M. G., Fiorillo, F., Pagani, L., Panarello, D., & Augello, V. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on university students' anxiety disorder in Italy. *Genus*, 77(1). <https://doi.org/10.1186/s41118-021-00135-5>
17. Busetta, G., Campolo, M. G., & Panarello, D. (2023). Economic expectations and anxiety during the COVID-19 pandemic: a one-year longitudinal evaluation on Italian university students. *Quality and Quantity*, 57(1), 59–76. <https://doi.org/10.1007/s11135-022-01330-y>
18. Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
19. Cahuas, A., Marenus, M. W., Kumaravel, V., Murray, A., Friedman, K., Ottensoser, H., & Chen, W. (2023). Perceived social support and COVID-19 impact on quality of life in college students: an observational study. *Annals of Medicine*, 55(1), 136–145. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2154943>
20. Calati, R., Romano, D., Magliocca, S., Madeddu, F., Zeppegno, P., & Gramaglia, C. (2022). The interpersonal-psychological theory of suicide and the role of psychological pain during the COVID-19 pandemic: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 302, 435–439. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.078>
21. Chang, J. J., Ji, Y., Li, Y. H., Pan, H. F., & Su, P. Y. (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 292, pp. 242–254). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.109>
22. Chaturvedi, K., Vishwakarma, D. K., & Singh, N. (2021). COVID-19 and its impact on education, social life and mental health of students: A survey. *Children and Youth Services Review*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105866>

23. Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
24. Chu, C., Walker, K. L., Stanley, I. H., Hirsch, J. K., Greenberg, J. H., David Rudd, M., & Joiner, T. E. (2018). Perceived problem-solving deficits and suicidal ideation: Evidence for the explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in five samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *115*(1), 137–160. <https://doi.org/10.1037/pspp0000152>
25. Dahlem. (1991). Tratto da [https://sci-hub.yncjkj.com/10.1002/1097-4679\(199111\)47:6%3C756::aid-jclp2270470605%3E3.0.co;2-1](https://sci-hub.yncjkj.com/10.1002/1097-4679(199111)47:6%3C756::aid-jclp2270470605%3E3.0.co;2-1)
26. Donath, C., Bergmann, M. C., Kliem, S., Hillemacher, T., & Baier, D. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: A representative study. *BMC Pediatrics*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1404-z>
27. Drinkwater, K., Denovan, A., Dagnall, N., & Williams, C. (2023). The General Hopelessness Scale: Development of a measure of hopelessness for non-clinical samples. *PLoS ONE*, *18*(6 June). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287016>
28. Ducasse, D., Loas, G., Dassa, D., Gramaglia, C., Zeppegno, P., Guillaume, S., Olié, E., & Courtet, P. (2018). Anhedonia is associated with suicidal ideation independently of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, *35*(5), 382–392. <https://doi.org/10.1002/da.22709>
29. Durkheim, É. (1897). *Suicide: a study in sociology*. (G. S. John A. Spaulding, Trans.) New York: The Free Press.

30. Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F. X., & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *14*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
31. Fava, G. A., Tomba, E., Brakemeier, E. L., Carrozzino, D., Cosci, F., Eöry, A., Leonardi, T., Schamong, I., & Guidi, J. (2019). Mental Pain as a Transdiagnostic Patient-Reported Outcome Measure. In *Psychotherapy and Psychosomatics* (Vol. 88, Issue 6, pp. 341–349). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000504024>
32. Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, *382*(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
33. Fresán, A., Dionisio-García, D. M., González-Castro, T. B., Ramos-Méndez, M. Á., Castillo-Avila, R. G., Tovilla-Zárate, C. A., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., Genis-Mendoza, A. D., & Nicolini, H. (2022). Cannabis smoking increases the risk of suicide ideation and suicide attempt in young individuals of 11–21 years: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Psychiatric Research* (Vol. 153, pp. 90–98). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.053>
34. Goodfellow, B., Kõlves, K., & de Leo, D. (2018). Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(3), 353–366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>
35. Goodfellow, B., Kõlves, K., & de Leo, D. (2019). Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. In *Suicide and Life-Threatening Behavior* (Vol. 49, Issue 2, pp. 488–504). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>
36. Gramaglia, C., Calati, R., & Zeppegno, P. (2019). Rational suicide in late life: A systematic review of the literature. *Medicina (Lithuania)*, *55*(10). <https://doi.org/10.3390/medicina55100656>

37. Gratz, K. L., Tull, M. T., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., & Rose, J. P. (2020). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness explain the associations of COVID-19 social and economic consequences to suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *50*(6), 1140–1148. <https://doi.org/10.1111/sltb.12654>
38. Grigoriou, M., & Upthegrove, R. (2020). Blunted affect and suicide in schizophrenia: A systematic review. In *Psychiatry Research* (Vol. 293). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113355>
39. Grossi, D., Longarzo, M., Quarantelli, M., Salvatore, E., Cavaliere, C., De Luca, P., Trojano, L., & Aiello, M. (2017). Altered functional connectivity of interoception in illness anxiety disorder. *Cortex*, *86*, 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.10.018>
40. Halberstam, M. A., & Mann, B. (2003). *Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments*.
41. Harmer, B., Lee, S., Duong, T. vi H., & Saadabadi, A. (2023). *Suicidal Ideation*.
42. Hill, R. M., & Pettit, J. W. (2014). Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: Current evidence and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(7), 631–643. <https://doi.org/10.1002/jclp.22071>
43. Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *45*(3), 302–314. <https://doi.org/10.1111/sltb.12129>
44. Holden. (2001). Tratto da <https://psycnet.apa.org/record/2002-17969-002>
45. Hughes, L., Betka, S., & Longarzo, M. (2019). Validation of an electronic version of the Self-Awareness Questionnaire in English and Italian healthy samples. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *28*(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1758>

46. Iliceto, P., D'Antuono, L., Fino, E., Carcione, A., Candilera, G., Silva, C., & Joiner, T. E. (2021). Psychometric properties of the Italian version of the Interpersonal Needs Questionnaire-15 (INQ-15-I). *Journal of Clinical Psychology*, 77(1), 268–285. <https://doi.org/10.1002/jclp.23026>
47. Isaacs, J. Y., Smith, M. M., Sherry, S. B., Seno, M., Moore, M. L., & Stewart, S. H. (2022). Alcohol use and death by suicide: A meta-analysis of 33 studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(4), 600–614. <https://doi.org/10.1111/sltb.12846>
48. Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11). <https://doi.org/10.1002/acr.20561>
49. Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 82). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
50. Kołodziej-Sarzyńska, M., Majewska, M., Juchnowicz, D., & Karakuła-Juchnowicz, H. (2019). Risk factors of suicide with reference to the theory of social integration by Émile Durkheim. *Psychiatria Polska*, 53(4), 865–881. <https://doi.org/10.12740/PP/92217>
51. Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science and Medicine*, 197, 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
52. Lancini. (2022, Settembre 6). Tratto da iss.it: <https://www.iss.it/documents/20126/6744472/IL+SUICIDIO+IN+ITALIA.+Epidemiologia%2C+fattori+di+rischio+e+strategie+di+prevenzione+con+un+approccio+sex+and+gender+based.pdf/bf8157e0-5605-7584-9ca2-d95d4e54f591?t=1666776546607>
53. Longarzo, M., D'Olimpio, F., Chiavazzo, A., Santangelo, G., Trojano, L., & Grossi, D. (2015). The relationships between interoception and alexithymic trait. The Self-

- Awareness Questionnaire in healthy subjects. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01149>
54. Lorini, C., Cavallo, G., Vettori, V., Buscemi, P., Ciardi, G., Zanobini, P., Okan, O., Dadaczynski, K., Lastrucci, V., & Bonaccorsi, G. (2023). Predictors of well-being, future anxiety, and multiple recurrent health complaints among university students during the COVID-19 pandemic: the role of socioeconomic determinants, sense of coherence, and digital health literacy. An Italian cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1210327>
55. Magliocca, & Romano. (2023, Ottobre 24). The Interpersonal Psychological Theory of Suicide in Italian University Students: Validation of the INQ-15 and the ACSS-FAD. *Sage Journals*. Tratto da SageJournal: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37876149/>
56. Mandelli, L., Arminio, A., Atti, A. R., & De Ronchi, D. (2019). Suicide attempts in eating disorder subtypes: A meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, 49(8), 1237–1249. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003549>
57. Maris, B. a. (2000).
58. Marraccini, M. E., Ingram, K. M., Naser, S. C., Grapin, S. L., Toole, E. N., O'Neill, J. C., Chin, A. J., Martinez, R. R., & Griffin, D. (2022). The roles of school in supporting LGBTQ+ youth: A systematic review and ecological framework for understanding risk for suicide-related thoughts and behaviors. In *Journal of School Psychology* (Vol. 91, pp. 27–49). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.11.006>
59. Martin, G. (1995, Maggio 13). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*.

60. May, A. M., & Victor, S. E. (2018). From ideation to action: recent advances in understanding suicide capability. In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 22, pp. 1–6). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.007>
61. McCracken, L. M. (1997). *Tratto da* <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft14777-000>
62. Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 22, Issue 2). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
63. Morin, C. M., Bjorvatn, B., Chung, F., Holzinger, B., Partinen, M., Penzel, T., Ivers, H., Wing, Y. K., Chan, N. Y., Merikanto, I., Mota-Rolim, S., Macêdo, T., De Gennaro, L., Léger, D., Dauvilliers, Y., Plazzi, G., Nadorff, M. R., Bolstad, C. J., Sieminski, M., ... Espie, C. A. (2021). Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. *Sleep Medicine*, 87, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.07.035>
64. Mulukom, v. (2021, Giugno 21). *Oxford academic*.
65. Nock, M. K., Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The Classification of Suicidal Behavior. In *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0004>
66. O'Connor, R. C., & Robb, K. A. (2020). Identifying suicide risk factors in children is essential for developing effective prevention interventions. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 7, Issue 4, pp. 292–293). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30094-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30094-8)
67. Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Williams, J. E., & Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent

- samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 83–102.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20433>
68. Osman, A., Gregg, C. L., Osman, J. R., & Jones, K. (1992). FACTOR STRUCTURE AND RELIABILITY OF THE REASONS FOR LIVING INVENTORY '. In *Psychological Reports* (Vol. 70).
69. P., O. (2022, Settembre 28). Depression, anxiety, stress, and satisfaction with life: Moderating role of interpersonal needs among university students. *Frontiers in Public Health*.
70. Paljärvi, T., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Fazel, S., & Taipale, H. (2023). Psychotic depression and deaths due to suicide. *Journal of Affective Disorders*, 321, 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.035>
71. Patrick W. O'Carroll MD, M. A. (Fall 1996). *Beyond the tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology*.
72. Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., Serra, G., Girardi, P., Janiri, L., Tatarelli, R., Sher, L., & Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1392–1431. <https://doi.org/10.3390/ijerph7041392>
73. Pompili. (2006). Sex Differences in Reasons for Living . *Perceptual and Motor Skills*.
74. Pompili. (2007). Reasons for Living Inventory: Cross-Cultural Construct Validity. *Psychological Reports*.
75. Prasko, J. (2010, Settembre). Tratto da Pubmed:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21048815/>
76. Posner, K. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis

- of Antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.7.1035>
77. Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
78. Ream, G., & Peters, A. (2021). Working With Suicidal and Homeless LGBTQ+ Youth in the Context of Family Rejection. *Journal of Health Service Psychology*, 47(1), 41–50.  
<https://doi.org/10.1007/s42843-021-00029-2>
79. Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2014). Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the acquired capability for suicide scale. *Psychological Assessment*, 26(1), 115–126. <https://doi.org/10.1037/a0034858>
80. Rogers, M. L., Joiner, T. E., & Shahar, G. (2021). Suicidality in Chronic Illness: An Overview of Cognitive–Affective and Interpersonal Factors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 137–148. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09749-x>
81. Rojas-Torres, I.-L., Ahmad, M., Martín Álvarez, J. M., Golpe, A. A., & Gil Herrera, R. de J. (2022). Mental health, suicide attempt, and family function for adolescents’ primary health care during the COVID-19 pandemic. *F1000Research*, 11, 529.  
<https://doi.org/10.12688/f1000research.109603.1>
82. Ronconi, L., Testoni, I., & Zamperini, A. (2009). *VALIDATION OF THE ITALIAN VERSION OF THE REASONS FOR LIVING INVENTORY*.

83. Rosenberg, M. (1965). *Tratto da*  
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F01038-000#Citation>
84. Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40.  
[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
85. Servidio, R., Abbate, C. S., Costabile, A., & Boca, S. (2022). Future Orientation and Symptoms of Anxiety and Depression in Italian University Students during the COVID-19 Pandemic: The Role of Resilience and the Perceived Threat of COVID-19. *Healthcare (Switzerland)*, 10(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare10060974>
86. Shahnaz, A., & Klonsky, E. D. (2021). Clarifying the association of eating disorder features to suicide ideation and attempts. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 2965–2977. <https://doi.org/10.1002/jclp.23266>
87. Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D., & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 287, pp. 282–292). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
88. Shneidman, E. S. (1993, March). *Suicide as psychache*. *Tratto da*  
[pubmed.ncbi.nlm.nih.gov: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8445372/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8445372/)
89. Sohn, M. N., Dimitropoulos, G., Ramirez, A., McPherson, C., Anderson, A., Munir, A., Patten, S. B., McGirr, A., & Devoe, D. J. (2023). Non-suicidal self-injury, suicidal thoughts and behaviors in individuals with an eating disorder relative to healthy and psychiatric controls: A systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 56, Issue 3, pp. 501–515). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23880>

90. Svicher, A., Romanazzo, S., De Cesaris, F., Benemei, S., Geppetti, P., & Cosci, F. (2019). Mental Pain Questionnaire: An item response theory analysis. *Journal of Affective Disorders*, 249, 226–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.030>
91. Troister, T., D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2015). Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological Assessment*, 27(4), 1500–1506. <https://doi.org/10.1037/pas0000126>
92. Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 611–620. <https://doi.org/10.1111/sltb.12043>
93. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. In *Nature Reviews Disease Primers* (Vol. 5, Issue 1). Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
94. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
95. Van Orden, K. A. (2012). Tratto da <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft10483-000>
96. Vichi, M., Vitiello, B., Ghirini, S., & Pompili, M. (2020). Does population density moderate suicide risk? An Italian population study over the last 30 years. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.69>
97. von Glischinski, M., von Brachel, R., & Hirschfeld, G. (2019). How depressed is “depressed”? A systematic review and diagnostic meta-analysis of optimal cut points for the Beck Depression Inventory revised (BDI-II). In *Quality of Life Research* (Vol. 28,

- Issue 5, pp. 1111–1118). Springer International Publishing.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-2050-x>
98. Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry, 13*(3). <https://doi.org/10.1111/appy.12452>
99. WHO. (1998). Primary prevention of mental, neurological and psychological disorders. Geneva. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42043?show=full>
100. WHO. (2021, June 17). *One in 100 deaths is by suicide*. Tratto da who.int: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
101. WHO. (2023, September 12). Tratto da who.int: <https://www.who.int/news/item/12-09-2023-who-launches-new-resources-on-prevention-and-decriminalization-of-suicide>
102. WHO. (2023, September 10). *World Suicide Prevention Day 2023 - Creating Hope Through Action*. Tratto da who.int: (World Suicide Prevention Day 2023 - Creating Hope Through Action,)
103. Yang, X., Wang, D., Liu, S., Liu, G., & Harrison, P. (2020). Stress and Suicidal Ideation: The Role of State or Trait Anhedonia in a Moderated Mediation Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 50*(2), 502–514. <https://doi.org/10.1111/sltb.12605>
104. Yao, Y., Dong, F., & Qiao, Z. (2023). Perceived abusive supervision and graduate students' suicidal ideation: from the perspective of interpersonal psychological theory of suicide. *BMC Psychology, 11*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01136-z>
105. Zakowicz, P., Skibińska, M., Wasicka-Przewoźna, K., Skulimowski, B., Waśniewski, F., Chorzepa, A., Róžański, M., Twarowska-Hauser, J., & Pawlak, J. (2021). Impulsivity as a Risk Factor for Suicide in Bipolar Disorder. *Frontiers in Psychiatry, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.706933>

106. Zeppegno, P., Calati, R., Madeddu, F., & Gramaglia, C. (2021). The Interpersonal-Psychological Theory of Suicide to Explain Suicidal Risk in Eating Disorders: A Mini-Review. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 12). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.690903>

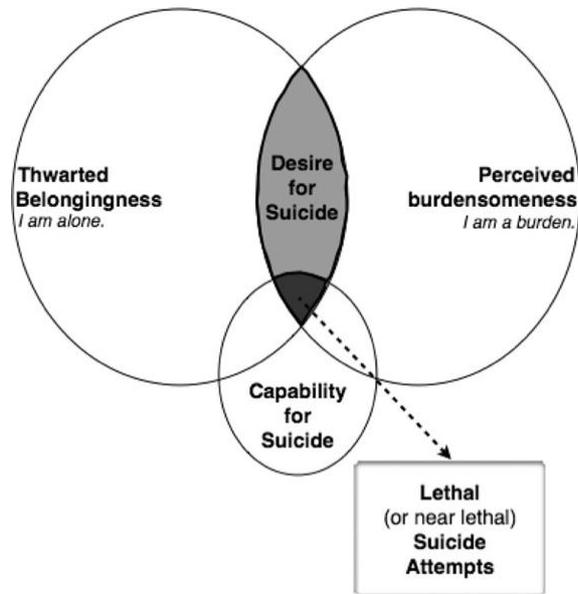


Figura 1, interazione tra i tre costrutti della Teoria Interpersonale Psicologica del Suicidio (Van Orden et al., 2010)

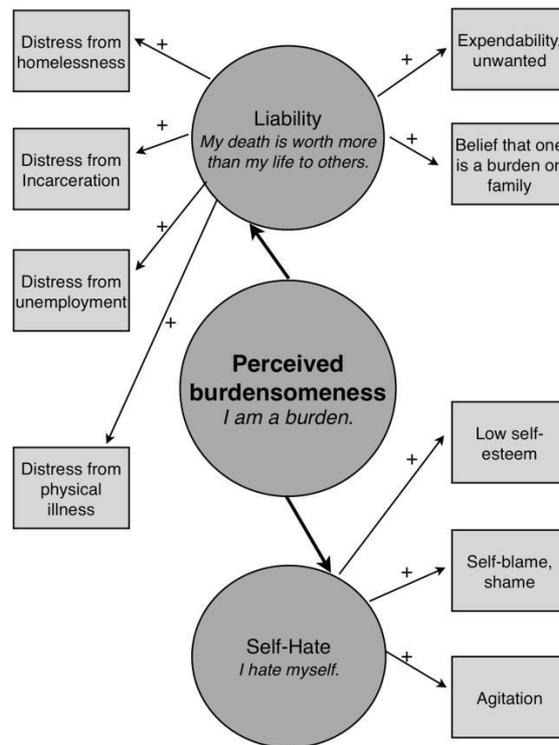


Figura 2, odio autoriferito e senso di responsabilità come costituenti di PB (Van Orden et al., 2010)

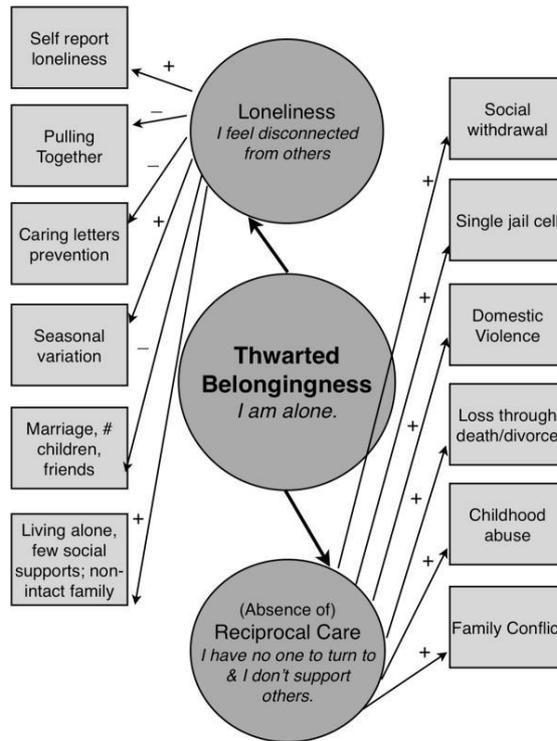


Figura 3, il senso di solitudine e di percepita disconnessione sociale sono i fondamenti di TB (Van Orden et al., 2010)

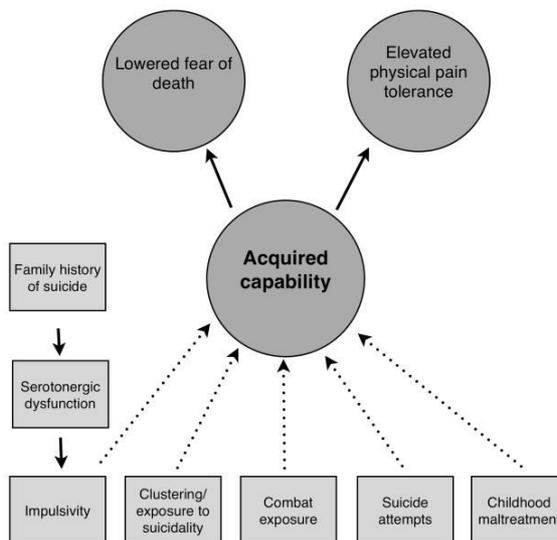


Figura 4, correlazione tra l'esposizione a PPE e sviluppo di AC (Van Orden et al., 2010)

*Tab. 1: Parole chiave*

<b>Lemma</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Lemma</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Lemma</b>	<b>Frequenza</b>
Tempo	396	Attività	33	Equilibrio	11
Famiglia	287	Consapevolezza	33	Città	10
Persone	285	Pensieri	31	Colpa	10
Relazioni	230	Mondo	28	Concentrazione	10
Vita	215	Tristezza	28	Umore	10
Amico	197	Punto di vista	27	Malattia	9
Paura	157	Sofferenza	21	Società	9
Socialità	150	Online	19	Prospettiva	9
Vita quotidiana	127	Realità	19	Priorità	9
Casa	114	Certezza	18	Panico	8
Contatto	114	Peso	16	Aiuto	8
Futuro	113	Morte	15	Malessere	8
Università	112	Cambiamento	15	Forza	8
Solitudine	94	Impossibilità	14	Evento	8
Ansia	80	Restrizione	14	Controllo	8
Fidanzato	75	Feeling	13	Vicinanza	8
Possibilità	75	Sport	13	Crisi	7
Salute	71	Situazione	13	Contagio	7
Lavoro	65	Attenzione	13	Amore	7
Mancanza	61	Fiducia	12	Gioia	7
Difficoltà	56	Perdita	12	Sentimenti	7
Importanza	55	Virus	12	Sfiducia	7
Esperienza	48	Uscire	11	Paura	7
Progetti	43	Stimoli	11	Nervoso	7
Libertà	41	Stress	11	Noia	7

*Tab. 2: Clusters tematici*

	<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>	<b>Cluster 3</b>	<b>Cluster 4</b>
<b>Etichette</b>	L'impatto psicologico della pandemia	Nuove relazioni e nuova solitudine	Un futuro incerto	La scoperta del valore delle relazioni
	<b>Lemmi</b>	<b>Lemmi</b>	<b>Lemmi</b>	<b>Lemmi</b>
	Ansia Aumentare Senso Solitudine Fisico Salute Aumento Contatto Mancanza Psicologico Malattia Umano Paura Angoscia Impossibilità Concentrazione Attacchi Ammalarsi Sfiducia Maggiore	Vedere Uscire Casa Ragazzo Amico Prima Università Più Assistere Mollare Peso Lasciare Perdere Sport Ritorno Aprire Nuovo Famiglia Mese Causa	Futuro Riflettere Imparare Pensare Negativo Incerto Apprezzare Piccolo Fatto Positivo Vivere Riguardo Realizzare Migliorare Semplice Tempo Capire Per me Emergenza Bello	Sociale Rapporto Relazioni Interazione Contatti Vita Conoscente Personale Persone Isolamento Quotidiano Parente Rimanente Conservare Stile Interpersonale Assegnato Ovviamente Percepito

*Tab. 3: Peso del cluster e contributo delle variabili a ciascun cluster*

<b>Variabile “ideazione suicidaria”</b>	<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>	<b>Cluster 3</b>	<b>Cluster 4</b>	<b>Total</b>
0	13.32%	29.49%	32.56%	24.63%	100%
1	23.19%	32.85%	26.09%	17.87%	100%
2	33.33%	30.3%	21.21%	15.15%	100%
3	25%	25%	0%	50%	100%
Total	15.63%	30.08%	31.01%	23.28%	100%

*Tab. 4: Lemmi tipici per ciascun valore della variabile “ideazione suicidaria”*

<b>Level 0</b>	<b>Level 1</b>	<b>Level 2</b>	<b>Level 3</b>
Amico	Mollare	Fatica	Lockdown
Studio	Peggiorare	Da casa	Ammalarsi
Cambiamento	Ansia	Impossibilità	Panico
Caro	Inquietudine	Considerare	Pesante
Evento	Aumentare	Aiuto	Raggiungere
Vita	Inizio	Costantemente	Attacchi
	Aumento	Solitudine	Primo
	Problemi	Madre	Rivalutare
	Sfiducia	Seguire	Finire
	Forzato	Umano	Forte
	Amore	Personale	Riuscire
	Obbligo	Dolore	Livello
	Provare	Unico	Uscire
	Rimuovere	Pensiero	Negativo
	Soffrire	Rimanere	Parenti
	Riuscire		Superare
	Psicologico		Sentimento
	Perdere		Periodo

Tab. 5: Valori della variabile fattoriale e lemmi

<i>Tab. 5: Valori della variabile fattoriale e lemmi</i>			
<b>Fattore 1</b>		<b>Fattore 2</b>	
Polo negativo: <b>gruppo 1, 3</b>	Polo positivo: <b>gruppo 0</b>	Polo negativo: <b>gruppo 0, 1, 2</b>	Polo positivo: <b>gruppo 3</b>
<b>Lemmi</b>		<b>Lemmi</b>	
Aiuto	Amico	Aumento	Lockdown
Attacchi	Cambiamento	Peggioramento	Raggiungere
Lockdown	Vita	Fatica	Ammalarsi
Panico	Valore	Inquietudine	Pesante
Ammalarsi	Studio	Pensiero	Rivalutare
Pesante	Caro	Psicologico	Panico
Sentimento	Evento	Forzato	Livello
Rivalutare	Maggiore	Ansia	Forte
Peggiorare	Importante	Mollare	Finire
Inquietudine	Consapevole	Da casa	Primo
Aumento	Quotidiano	Inizio	Attacchi
Mollare	Libertà	Dolore	Uscire
Parente	Interazione	Solitudine	Aiuto
Superare	Normalità	Perdere	Relazioni
Negativo	Scelta	Realtà	Periodo
Forzato	Importanza	Sentire	Per me
Forte	Vivente	Impossibilità	Amministrare
Pensiero	Prima	Tempo	Negativo
Inizio	Conoscere	Solo	Rapporto
Ansia	Prospettiva	Sfiducia	Superare
Fatica	Stile	Accadere	Parente
Psicologico	Contatti	Amore	Valore
Famiglia		Considerare	
Aumento		Problema	
Uscita		Casa	
Sfiducia		Parlare	
Sentire		Sentimento	
Problemi		Mamma	
Dolore		Difficoltà	
		Amorevole	

		Obbligo	
--	--	---------	--

Grafico 1: analisi di corrispondenza lessicale – variabili extra-testuali

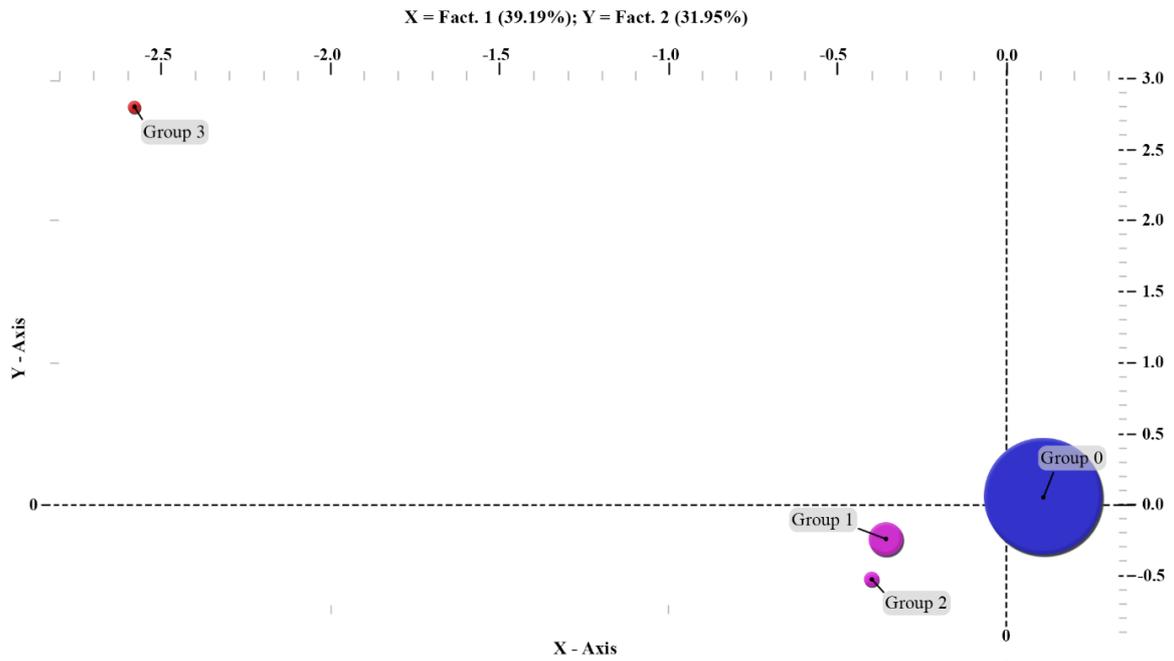


Grafico 2: analisi di corrispondenza lessicale – lemmi

