



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

**IDEAZIONE SUICIDARIA E TENTATIVI DI SUICIDIO NELLA  
POPOLAZIONE GENERALE: UNO STUDIO SUL RUOLO DEI FATTORI  
PSICOPATOLOGICI E DELL'USO DEI SOCIAL MEDIA**

SUICIDAL IDEATION AND SUICIDE ATTEMPTS IN THE GENERAL POPULATION: A STUDY  
ON THE ROLE OF PSYCOPATHOLOGICAL FACTORS AND SOCIAL MEDIA USE

Relatore:  
Professoressa Claudia Marino

Correlatore:  
Professor Gianluca Gini

Laureanda: Martina Sorce  
Matricola: 2014810

Anno Accademico 2021-2022



IDEAZIONE SUICIDARIA E TENTATIVI DI SUICIDIO NELLA POPOLAZIONE  
GENERALE: UNO STUDIO SUL RUOLO DEI FATTORI PSICOPATOLOGICI E  
DELL'USO DEI SOCIAL MEDIA.

1. IL FENOMENO DEL SUICIDIO.....	4
1.1. Il fenomeno suicidario in Italia.....	6
1.2. Ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.....	10
2. IL COMPORTAMENTO SUICIDARIO E I FATTORI DI RISCHIO.....	14
2.1. Ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e psicopatologia.....	16
2.2. La solitudine.....	22
2.3. L'Uso Problematico dei Social Media.....	25
2.4. Le metacognizioni.....	31
3. IPOTESI DELLA RICERCA.....	35
4. METODO DELLA RICERCA.....	38
4.1. Il campione.....	39
4.2. Gli strumenti.....	41
5. ANALISI DEI DATI.....	45
5.1. La verifica delle ipotesi.....	46
6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	55
6.1. Conclusioni: limiti, implicazioni cliniche e prospettive future.....	63
7. BIBLIOGRAFIA.....	68

## ABSTRACT

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che più di 700.000 persone ogni anno muoiono di suicidio, e un numero ancora più ampio di individui mette in atto comportamenti suicidari (ideazione suicidaria e tentativi di suicidio). La letteratura empirica internazionale mette in evidenza il rapporto tra rischio suicidario e problematiche di salute mentale. L'obiettivo dello studio era quello di analizzare un campione di persone con comportamenti suicidari sulla base di variabili demografiche e psicopatologiche e realizzare un confronto tra coloro che hanno avuto ideazione suicidaria e che hanno tentato di togliersi la vita nell'ultimo anno e nel corso della vita, e coloro che non hanno avuto tali comportamenti suicidari, sulla base di costrutti di salute mentale (disturbi mentali, depressione, ansia, stress, solitudine, metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero) e prendendo in considerazione l'uso dei social media. In particolar modo, intendevamo identificare i principali fattori di rischio del comportamento suicidario in ottica preventiva. Il campione dello studio è costituito da 645 soggetti (126 di genere maschile, 517 di genere femminile, 2 di genere non binario), reclutati attraverso i social media (Facebook, Instagram, WhatsApp, Telegram). I dati della ricerca sono stati ottenuti tramite la somministrazione online di un questionario self-report e sono stati analizzati con il software statistico SPSS. I risultati hanno confermato l'esistenza di un'associazione statisticamente significativa tra il comportamento suicidario e le variabili di salute mentale considerate. Inoltre, è stata riscontrata una correlazione significativa tra l'Uso Problematico dei Social Media e l'ideazione suicidaria, ma lo stesso non è emerso per i tentativi di suicidio. Infine, i fattori di rischio risultati maggiormente predittivi di ideazione suicidaria sono stati la depressione, la solitudine e le metacognizioni negative, mentre per quanto riguarda i tentativi di suicidio è emerso il ruolo preponderante dell'ansia come fattore di rischio e dell'uso problematico dei social media come fattore di protezione, al netto delle altre variabili.

## 1. IL FENOMENO DEL SUICIDIO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive il suicidio come un “serio problema di salute pubblica globale”, che colpisce individui di entrambi i sessi, di tutte le età e in tutto il mondo. Nel rapporto “Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates” pubblicato nel 2021, nel quale vengono riportate le stime disponibili più recenti relative alla mortalità mondiale per suicidio dal 2000 al 2019, emerge come circa 700.000 persone in tutto il mondo si tolgano la vita ogni anno. Il suicidio, quindi, è tra le principali cause di decesso a livello globale, superando la malaria, l'HIV/AIDS, il cancro al seno, la guerra e l'omicidio: più dell'1.3% delle morti nel 2019 è stato il risultato di un atto volontario volto a togliersi la vita. Quest'ultimo è stato la quarta principale causa di morte nei giovani di entrambi i sessi con età compresa tra i 15 e i 29 anni, preceduto solo da incidenti stradali, tubercolosi e violenza interpersonale; rispettivamente per maschi e femmine, il suicidio era la quarta e la terza causa di morte per questa fascia di età. Più della metà dei suicidi in tutto il mondo si verificano prima dei 50 anni (58%).

A livello epidemiologico, nel 2019 il tasso globale di suicidio standardizzato per età era pari a 9 per 100.000 abitanti, con variazioni da meno di 2 in alcuni paesi a più di 80 in altri. Il numero di suicidi a livello mondiale risultava maggiore nei maschi (12.6 per 100.000) rispetto alle femmine (5.4 per 100.000), infatti il tasso standardizzato per età era 2.3 volte maggiore nelle persone di sesso maschile, con delle minime differenze a seconda del livello economico del Paese (Paesi a basso reddito<sup>1</sup>: 2.9; Paesi a basso-medio reddito<sup>2</sup>: 1.8; Paesi a medio-alto reddito<sup>3</sup>: 2.6). Il maggior numero delle morti per suicidio è

---

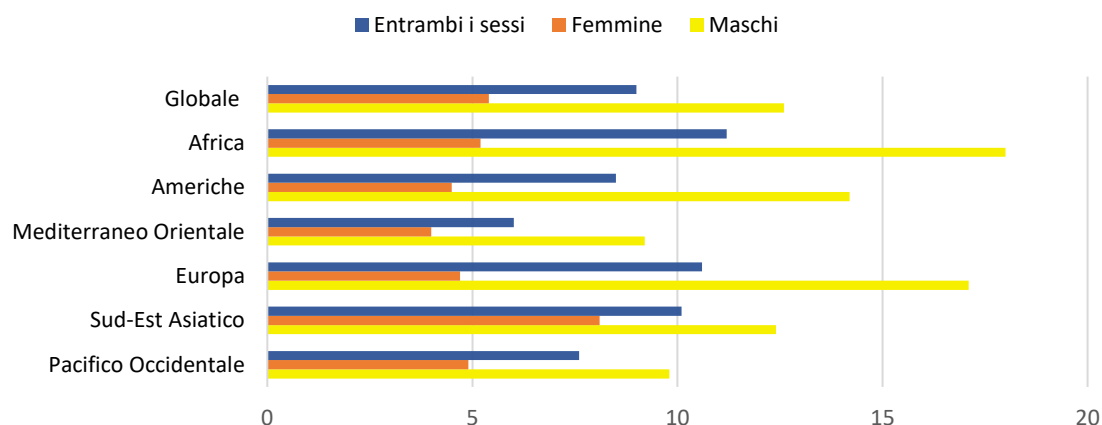
<sup>1</sup> Ad esempio: Burkina Faso (Africa), Haiti (Americhe), Yemen (Mediterraneo Orientale), Tajikistan (Europa), Repubblica Popolare Democratica di Corea (Sud-Est Asiatico).

<sup>2</sup> Ad esempio: Kenya (Africa), Bolivia (Americhe), Egitto (Mediterraneo Orientale), Repubblica della Moldavia (Europa), India (Sud-Est Asiatico), Filippine (Pacifico Occidentale).

<sup>3</sup> Ad esempio: Namibia (Africa), Brasile (Americhe), Libano (Mediterraneo Orientale), Albania (Europa), Indonesia (Sud-Est Asiatico), Cina (Pacifico Occidentale).

avvenuto in Paesi a basso-medio reddito (77%), dove abita la maggioranza della popolazione mondiale, ma il tasso di suicidio standardizzato era maggiore in quelli ad alto reddito (10.9 per 100.000), seguiti dai Paesi a basso-medio reddito (10.1 per 100.000), a basso reddito (9.9 per 100.000) e a medio-alto reddito (7.3 per 100.000); è possibile dunque osservare come il suicidio sia un fenomeno che non riguarda solo i Paesi economicamente più avanzati. Differenze nei tassi di suicidio riscontrate nei diversi Paesi membri dell'OMS sono rappresentate nella tabella 1.1.

TAB.1.1. Tassi di suicidio standardizzati per età (per 100.000) nelle regioni dell'OMS, 2019.



Fonte: WHO Global Health Estimates 2000-2019

Tra il 2000 e il 2019 il tasso di suicidio a livello mondiale è diminuito in media del 36%, con oscillazioni che vanno dal 17% nel Mediterraneo Orientale, al 47% in Europa, fino al 49% nel Pacifico Occidentale; l'unico lieve incremento si è riscontrato nelle Americhe. Si stima che circa il 20% dei suicidi siano messi in atto mediante auto-avvelenamento da pesticidi, la maggior parte dei quali avviene nelle aree agricole rurali dei Paesi a basso-medio reddito; altri modi comuni sono l'impiccagione e le armi da fuoco.

In generale risulta particolarmente significativa l'evidenza riferita dall'OMS secondo cui raccogliere dati qualitativamente soddisfacenti, con l'obiettivo di effettuare stime accurate dei tassi di suicidio e tentativi di suicidio, anche nell'ottica di un confronto tra i diversi Paesi del mondo, sia un lavoro complesso, soprattutto per quanto riguarda gli Stati a basso-medio reddito dove la qualità di tali dati è scarsa e con potenziali bias. In aggiunta va considerato che, data la stigmatizzazione del suicidio come causa di morte, questo viene spesso non registrato correttamente: l'atteggiamento culturale può dunque influenzare la raccolta dei dati e si associa ad un rischio di sottostima del fenomeno (Pavan et al., 1991; Meneghel et al., 2004 citati da Rainone et al., 2014; De Leo, 2015 citato da Bilsen, 2018).

### 1.1. Il fenomeno suicidario in Italia

Nel 2020 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha riportato che nel nostro Paese ogni anno si registrano circa 4000 morti per suicidio: nonostante l'Italia sia uno dei Paesi europei con il più basso tasso di suicidio (OMS, 2021), questo rappresenta un dato allarmante che richiama l'attenzione sull'importanza che ancora oggi va data ai programmi di prevenzione.

Nel rapporto redatto dall'OMS nel 2021 di cui sopra, emerge che in Italia nel 2019 si sono registrati 4042 suicidi, dei quali quasi 3/4 di individui di sesso maschile (73.3%); nello specifico, il tasso di suicidio standardizzato era pari a 4.3 per 100.000 abitanti (6.7 per il sesso maschile; 2.1 per il sesso femminile). Dal 2000 al 2019 questo valore ha subito delle variazioni, con un lieve decremento nel 2005, un lieve incremento nel 2011 e nuovamente un calo dal 2015 al 2019; in questo ventennio, nel complesso, nel nostro

Paese il tasso di suicidio standardizzato è diminuito di circa il 21%. Nella tabella 1.2 sono rappresentati i tassi di suicidio delle differenti fasce di età relativi al 2019.

TAB. 1.2. Tassi grezzi di suicidio (per 100.000 abitanti) corrispondenti alle differenti fasce di età (OMS, 2021).

	Entrambi i sessi	Sesso maschile	Sesso femminile
>85 anni	15.79	35.68	6.09
75-84 anni	13.38	22.67	6.34
65-74 anni	9.34	14.37	4.86
55-64 anni	8.38	13.17	3.88
45-54 anni	7.45	10.96	4.01
35-44 anni	5.8	8.77	2.82
25-34 anni	3.95	6.12	1.7
15-24 anni	2.68	4.27	0.98

Dati epidemiologici più precisi vengono resi disponibili dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'“Indagine su decessi e cause di morte” del 2021, dalla quale emerge che nel 2019 si sono registrati 3680 suicidi<sup>4</sup> compiuti da residenti in Italia, con una significativa preponderanza di individui di sesso maschile (77.7%); il tasso standardizzato di mortalità per suicidio era pari a 6.7 per 100.000 abitanti (11 per individui di sesso maschile; 2.9 per individui di sesso femminile).

Poiché il suicidio è un fenomeno non comune nell'infanzia, l'indagine prende come riferimento individui con età superiore ai 15 anni; la fascia d'età più colpita, per entrambi

<sup>4</sup> La stima riportata dall'ISTAT è diversa da quella riportata dall'OMS: questo è dovuto all'utilizzo di metodi differenti, come evidenziato dall'OMS stesso.



i sessi, è stata quella 35-64 anni (51.5%), seguita da quella  $\geq 65$  anni (35.6%), e infine quella 15-34 anni (12.9%). Nonostante si possa osservare come il suicidio venga messo in atto in misura maggiore dalla popolazione adulta-anziana, l'ISS evidenzia come proprio tra i giovani italiani questo sia una delle principali cause di morte, coerentemente con quanto emerge a livello mondiale. Infatti, nel 2019 il suicidio in Italia è stato la terza causa di morte nei giovani dai 15 ai 34 anni, preceduto solo rispettivamente da incidenti stradali e tumori (ISTAT, 2021).

Si rileva inoltre che il 70% di coloro che si sono tolti la vita nel 2019 avevano una bassa scolarizzazione (licenza di scuola elementare o media).

Il maggior numero di suicidi ha colpito le regioni del Nord (53%), seguite dal Centro (19.7%), dal Sud (16%), e infine dalle Isole (11.2%): informazioni più specifiche sulle regioni italiane più rappresentate sono riportate nella tabella 1.3.

TAB 1.3. Dati relativi al territorio di residenza di coloro che si sono tolti la vita in Italia nel 2019 (ISTAT).

Territorio di residenza	
Nord-ovest	1075
Piemonte	339
Valle d'Aosta	16
Liguria	69
Lombardia	651
Nord-est	877
Trentino Alto Adige	98
Bolzano	52
Trento	46
Veneto	324
Friuli-Venezia Giulia	94
Emilia-Romagna	361
Centro	726
Toscana	269
Umbria	61
Marche	120
Lazio	276
Sud	591
Abruzzo	79
Molise	18
Campania	173
Puglia	187
Basilicata	42
Calabria	92
Isole	411
Sicilia	260
Sardegna	151

Confrontando i dati disponibili degli ultimi 9 anni (2011-2019), nel nostro Paese emerge una diminuzione del numero annuale di suicidi di circa il 10%; rimane costante, invece, la tendenza che vede il sesso maschile più rappresentato, in una proporzione, in media, di approssimativamente 3.4:1 (M:F), e nel corso degli anni la fascia d'età più colpita è rimasta la stessa (35-64 anni).

La modalità più diffusa per mettere in atto il suicidio è stata l'impiccagione/soffocamento, seguita dalla precipitazione, sia per individui di sesso maschile che per individui di sesso femminile; una differenza rilevante tra i sessi è visibile nella modalità "arma da fuoco e esplosivi", utilizzata dai maschi 30 volte tanto.

## 1.2. Ideazione suicidaria e tentativi di suicidio

Con l'espressione "suicidalità" o "comportamento suicidario" si fa riferimento ad un insieme di fenomeni: desideri di morte e stanchezza nei confronti della vita, ideazione suicidaria, pianificazione e tentativi di suicidio, i quali possono essere rappresentati lungo un continuum (Scocco et al., 2008; Carrasco-Barrios, 2020). Infatti, nonostante non sia sempre possibile riscontrare la presenza di ciascuna di queste esperienze nel "percorso" che conduce al decesso per suicidio, solitamente la presenza di sentimenti più intensi nei confronti della morte include pensieri e desideri più lievi; inoltre, nella letteratura emerge come spesso le persone che mettono in atto il suicidio nelle settimane precedenti esprimano idee o piani suicidari (Scocco et al., 2008). Quindi, il suicidio è concepito non come un evento isolato ma come l'esito di un processo suicidario caratterizzato da una gravità progressivamente crescente, evidente nel passaggio da un senso di disperazione diffusa, ai pensieri, alla pianificazione e infine alla messa in atto, singola o ripetuta, che può concludersi con il decesso (Van Heeringen et al., 2000, p. 230).

In particolare, l'ideazione suicidaria riguarda qualsiasi pensiero relativo al porre fine alla propria vita, mentre i tentativi consistono in atti di autolesionismo non letali caratterizzati dall'intenzione, inferita o effettiva, di morire (Turecki et al., 2019).

Nella letteratura viene ripetutamente sottolineato come un'importante limitazione intrinseca alla ricerca sul tema sia che non esistono definizioni chiare ed universali dei comportamenti suicidari, e questo rende talvolta difficile il confronto tra studi differenti poiché i costrutti vengono operazionalizzati in modi diversi; ad esempio, in alcuni casi la deliberata pianificazione del suicidio viene considerata come parte dell'ideazione, mentre in altri si ritiene che sia da considerare uno stadio di mezzo tra l'ideazione e i tentativi (Harmer et al., 2022). Per questo motivo, è inoltre particolarmente complesso stimare la prevalenza dell'ideazione suicidaria, poiché questa varia notevolmente a seconda della definizione adottata, la quale può essere più o meno ampia.

L'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), condotto nell'ambito del World Mental Health Survey Initiative dell'OMS nel 2008 (Scocco et al.), ha riscontrato una prevalenza stimata nel corso della vita di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio in un campione italiano pari rispettivamente a 3% e .5%. In questo studio si sono osservati un rischio di comportamento suicidario significativamente più elevato in individui di sesso femminile e una relazione inversamente proporzionale tra ideazione suicidaria ed età, mentre il rischio di tentato suicidio era superiore nella fascia 35-49 anni. Da un'analisi dei dati provenienti da 17 Stati del mondo<sup>5</sup> del World Mental Health Survey Initiative dell'OMS (Nock et al., 2008), è emersa una prevalenza transnazionale di ideazione e tentativi di suicidio nel corso della vita di rispettivamente 9.2% e 2.7%, con

---

<sup>5</sup> Nigeria, Sud-Africa, Colombia, Messico, Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda, Pechino e Shanghai nella Repubblica Popolare Cinese, Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna, Ucraina, Israele, Libano.

una probabilità tra gli ideatori del 29% di mettere in atto un tentativo volto a togliersi la vita. Anche in questo studio è emerso un maggiore rischio di comportamento suicidario negli individui di sesso femminile e in individui di età giovane (18-34 anni), con una relazione inversamente proporzionale tra comportamento suicidario ed età.

In seguito, anche Borges et al. (2010) hanno utilizzato i dati dei WMH Surveys ottenuti dal 2001 al 2007 provenienti da 21 Paesi del mondo<sup>6</sup>, per stimare la prevalenza a 12 mesi di comportamento suicidario in Paesi sviluppati e in via di sviluppo, la quale era in entrambi pari a circa 2% (ideazione) e .3% (tentativi). Nel loro studio viene confermata una maggiore prevalenza di ideazione di suicidio nelle femmine, mentre non emerge una differenza statisticamente significativa tra i generi per quanto riguarda i tentativi di suicidio.

In generale, nonostante non si disponga di stime particolarmente accurate, da una recente meta-analisi risulta come la suicidalità sia maggiore nelle femmine (Carrasco-Barrios et al., 2020); poiché da sempre, a livello mondiale, i tassi di suicidio sono notevolmente superiori negli individui di sesso maschile, viene ipotizzato un utilizzo da parte di questi ultimi di metodi più letali per procurarsi la morte e/o una loro maggiore riluttanza a chiedere aiuto (Turecki et al., 2019). Inoltre, l'ideazione suicidaria risulta essere preponderante in giovane età (<35 anni), mentre i tentativi di suicidio sarebbero più frequenti tra i 35 e i 64 anni (Carrasco-Barrios et al., 2020).

Un tentativo di suicidio passato è considerato il fattore di rischio più importante di decesso per suicidio nella popolazione generale (OMS, 2021). Bilzen (2018) riporta come numerosi studi abbiano confermato una forte associazione tra questi due fenomeni, infatti

---

<sup>6</sup> Paesi sviluppati: Belgio, Francia, Germania, Israele, Italia, Giappone, Olanda, Nuova Zelanda, Spagna, Stati Uniti.  
Paesi in via di sviluppo: Brasile, Bulgaria, Colombia, India, Libano, Messico, Nigeria, Repubblica Popolare Cinese, Romania, Sud-Africa, Ucraina.

circa il 25-33% di tutte le morti per suicidio sarebbero precedute da un tentativo pregresso. Questo legame, riporta l'autore, sarebbe maggiormente significativo tra individui di sesso maschile con una storia di tentato suicidio, i quali avrebbero un rischio 30 volte più elevato di morire per suicidio rispetto a chi non ha la stessa storia; dall'altra parte, individui di sesso femminile che nella loro vita hanno tentato di togliersi la vita hanno un rischio suicidario solo 3 volte superiore. Studi prospettici mostrano come l'1-6% di chi ha messo in atto dei tentativi pregressi muoia di suicidio entro l'anno (Bilsen, 2018).

È importante considerare che la transizione dall'ideazione suicidaria alla prima pianificazione e tentato di suicidio è estremamente frequente entro il primo anno dall'insorgenza dell'ideazione, e diminuisce notevolmente nel periodo successivo (Nock et al., 2008). Inoltre, la progressione dal pensiero all'azione, la quale si verifica solo in una minoranza di soggetti, sembra essere più frequente in coloro con un'età di insorgenza precoce di ideazione suicidaria (Scocco et al., 2008).

Nel prossimo capitolo verranno descritti i principali fattori di rischio psicopatologici della suicidalità e sarà preso in considerazione l'Uso Problematico dei Social Media nel suo possibile legame con il fenomeno.

## 2. IL COMPORTAMENTO SUICIDARIO E I FATTORI DI RISCHIO

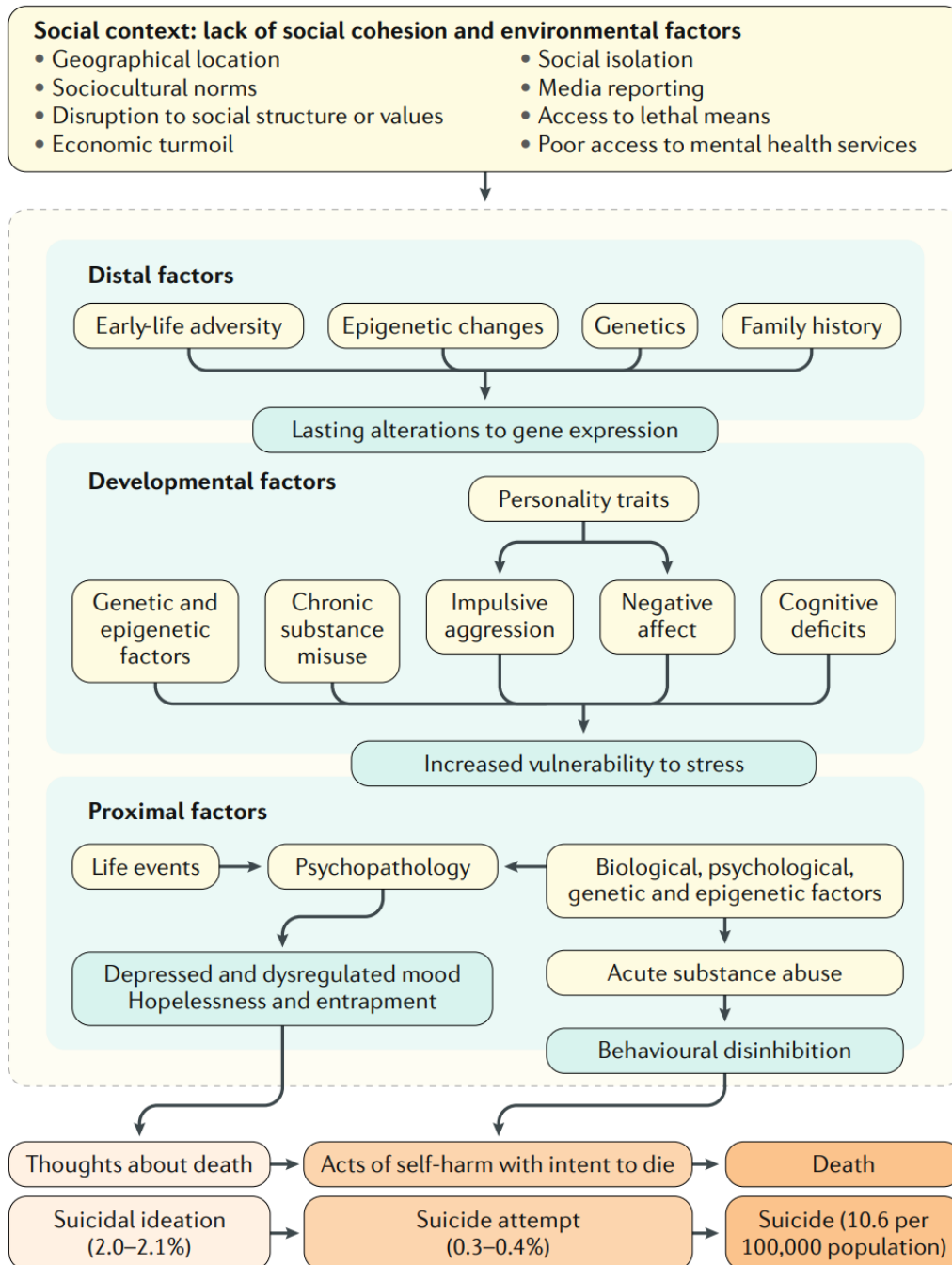
L'eziologia dei comportamenti suicidari è complessa e multifattoriale, infatti nella causalità del suicidio intervengono fattori biologici, culturali, interpersonali e intrapsichici, consci e inconsci (Shneidman, 1993, p. 3), coinvolgendo aspetti individuali, relazionali e sociali (Gili et al., 2019). Per questo motivo, un'attività di ricerca di fondamentale importanza consiste nell'indagare i fattori di rischio assumendo un approccio multidisciplinare, per orientare le misure di prevenzione in modo mirato e specifico senza trascurare nessuna possibile influenza: i professionisti della salute mentale dovrebbero concentrare i loro sforzi per identificare con accuratezza le principali variabili associate al rischio suicidario e comprendere come questi fattori interagiscano tra loro. Nel "National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators" del 2018, l'OMS ha evidenziato che:

L'identificazione dei fattori di rischio e di protezione rilevanti a livello individuale, familiare, comunitario e sociale per il suicidio e i tentativi di suicidio può aiutare a determinare la natura e il tipo di interventi richiesti in un dato contesto. (p. 6)

Nell'ultimo secolo sono state proposte numerose teorie per cercare di comprendere e spiegare il fenomeno suicidario: è evidente in letteratura l'eterogeneità caratterizzante questo campo di ricerca, poiché ciascuna teorizzazione specifica un insieme peculiare di fattori di rischio e di interazioni tra tali fattori, ma nessuna è sufficientemente esaustiva da poter spiegare completamente i pensieri e gli atti suicidari (Franklin et al., 2017). Inoltre, nonostante la varietà delle teorie proposte, nella letteratura degli ultimi 50 anni le categorie dei fattori di rischio prese in considerazione sono rimaste sostanzialmente omogenee e nessuna delle variabili è risultata effettivamente più forte delle altre nella sua associazione con la suicidalità (Franklin et al., 2017). Un esempio di modello

eziopatogenetico completo del suicidio è quello biopsicosociale, illustrato nella tabella 2.1, in cui vengono prese in considerazione le interazioni tra fattori genetici, esperienziali, psicologici, clinici, sociali e ambientali (Turecki et al., 2019).

TAB. 2.1. Modello biopsicosociale del rischio suicidario (Turecki et al., 2019, p. 6).





Nell'analisi della letteratura sui fattori di rischio non si può trascurare l'evidenza che molti dei costrutti presi in considerazione negli anni sono stati studiati senza differenziare in maniera chiara chi tra gli ideatori avesse o meno messo in atto tentativi di suicidio, e ciò non consente di comprendere quali sono nello specifico i fattori rilevanti nel passaggio dal piano del pensiero alla messa in atto: ad esempio, le variabili esaminate dal WMHS<sup>7</sup> dell'OMS spiegano più del 60% della variabilità dell'ideazione, ma solo il 7% della variabilità dei tentativi di suicidio tra gli ideatori (Glenn & Nock, 2014 citato da Klonsky et al., 2016). Coloro che tentano il suicidio rappresentano una minoranza di coloro che hanno ideazione di suicidio e ne costituiscono un sottogruppo (Nock et al., 2008): è importante a livello clinico determinare le variabili che distinguono queste due categorie di individui con comportamenti suicidari (Liu & Miller, 2014).

Nel prossimo paragrafo verrà esaminata l'associazione tra suicidalità e disturbi psicopatologici.

### 2.1. Ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e psicopatologia

La ricerca scientifica ha ampiamente documentato la relazione, riscontrata sia a livello nazionale che internazionale, tra le problematiche di salute mentale e il rischio suicidario. Si ritiene che uno dei fattori psicologici maggiormente correlati ai tentativi di suicidio e al suicidio sia il "dolore psichico" (Shneidman, 1993; Orbach et al., 2003; Tossani, 2012), costrutto definito da Shneidman, considerato il padre della suicidologia<sup>8</sup>, nel suo libro "Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior" (1993), come un dolore mentale intollerabile, uno stato di perturbazione emotiva, associato a sentimenti

---

<sup>7</sup> World Mental Health Survey.

<sup>8</sup> Disciplina scientifica dedicata allo studio e alla prevenzione del suicidio.

di colpa, tormento, paura, panico, angoscia, solitudine e impotenza. L'autore riferisce come il suicidio, in questo senso, venga percepito dal soggetto come necessario per ridurre la tensione e il dolore sperimentati a causa di un blocco o una frustrazione di certi bisogni psicologici considerati fondamentali per continuare a vivere. Shneidman in "Perspectives on Suicidology: Further Reflections on Suicide and Psyche" (1998) ha scritto:

L'autore del suicidio è il dolore. Questo dolore ha diversi nomi comuni: disperazione, solitudine, paura, ansia, colpa, vergogna, depressione, angoscia, e altre etichette più o meno tecniche come schizofrenia, disturbi affettivi, depressione, alcolismo, vedovanza, disturbi mentali. (p. 246)

Anche se psicopatologia e dolore psichico sono due concetti distinti non riducibili l'uno all'altro, la sofferenza psicologica è ciò che caratterizza e che accomuna le diverse forme di psicopatologia (Frankl, 1963; Jobes, 2000 citati da Orbach et al., 2003).

Nello specifico, l'OMS nel 2021 ha sottolineato che il legame tra i disturbi mentali e il suicidio è consolidato nei Paesi economicamente avanzati, anche se va presa in considerazione l'evidenza per cui spesso le persone si tolgono la vita in modo impulsivo in circostanze in cui gli stressors interni e/o esterni eccedono le risorse a disposizione in quel momento, per cui risultano rilevanti anche molteplici fattori psicosociali, di stress, deficit cognitivi e isolamento sociale (Gili et al., 2019). Inoltre, bisogna tenere a mente che non tutti coloro che hanno problematiche di salute mentale e/o che hanno ricevuto una diagnosi di psicopatologia sono esposti al rischio suicidario, e per questo motivo risulta sostanziale l'identificazione di altre potenziali variabili che intervengono in questo senso (Campos et al., 2018). Tuttavia, un'ampia meta-analisi condotta nel 2016, la quale ha esaminato la letteratura sul tema dei 50 anni precedenti, ha rilevato che tutti gli

individui con una qualche forma di disturbo mentale sono a rischio di comportamento suicidario (Franklin et al., 2017). La maggior parte degli individui che soffrono di una patologia psichica non cerca di togliersi la vita, ma da studi che hanno utilizzato il metodo delle cosiddette “autopsie psicologiche”, ossia interviste retrospettive con amici e familiari del deceduto per suicidio, è emerso che circa il 90% di coloro che si sono tolti la vita avevano un identificabile disturbo psichiatrico pre-mortem; da questo si può inferire come la psicopatologia sia un antecedente cruciale del suicidio (Turecki & Brent, 2016; Turecki et al., 2019).

Quasi tutte le principali organizzazioni che si occupano di salute e suicidio riportano la malattia mentale come fattore di rischio specifico, sottolineando il ruolo preponderante di depressione e abuso di sostanze (American Foundation for Suicide Prevention, s.d.; Centers for Disease Control and Prevention, 2022; National Institute of Mental Health, 2021; OMS, 2021).

In un autorevole studio condotto a livello europeo (Bernal et al., 2007) è emerso come soffrire di un disturbo mentale sia il più importante predittore della suicidalità tra tutti quelli considerati: il livello di comportamento suicidario nel corso della vita risultava significativamente maggiore in individui con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, distimia, Disturbo d’Ansia Generalizzato, PTSD e dipendenza da alcol, con una prevalenza di circa il 30% per quanto riguarda l’ideazione e del 10% per i tentativi. In particolar modo, tra tutti i disturbi psicopatologici, la Depressione Maggiore risultava essere il fattore di rischio più rilevante per i tentativi di suicidio nel corso della vita, con una percentuale di rischio attribuibile alla popolazione<sup>9</sup> di circa il 28%: come sottolineato dagli autori stessi, questo dato implica che la prevalenza nel corso della vita di tentativi

---

<sup>9</sup> Il rischio attribuibile alla popolazione (PAR) misura la rilevanza di un fattore di rischio di una malattia o di un problema di salute nella popolazione.

suicidari potrebbe diminuire di circa un terzo grazie a misure di prevenzione rivolte a questo specifico disturbo. Inoltre, diagnosi di Depressione Maggiore e problemi associati all'alcol sono emerse come le due variabili più significative nella progressione dall'ideazione suicidaria alla messa in atto di tentativi per togliersi la vita, dunque andrebbe posta particolare attenzione su queste due forme di disagio psichico che potrebbero avere un peso specifico come fattori precipitanti.

Uno studio transnazionale (Nock et al., 2008) che ha indagato la suicidalità in un campione molto ampio di soggetti (N= 84850) provenienti da 17 Paesi del mondo<sup>10</sup>, ha confermato l'esistenza di una forte associazione tra i disturbi psicopatologici e il rischio suicidario, anche al netto di fattori socio-demografici e indipendentemente dal Paese di provenienza; tale rischio aumentava in maniera significativa in caso di comorbidità psichiatrica. La correlazione riscontrata risultava essere particolarmente forte per quanto riguarda, nell'ordine, i Disturbi dell'Umore, del Controllo degli Impulsi, d'Ansia e da Uso di Sostanze. Nonostante la diagnosi di un qualsiasi disturbo mentale e soprattutto la presenza di comorbidità psichiatrica siano emerse come validi predittori del comportamento suicidario a livello internazionale, vengono segnalate delle differenze rilevanti per quanto riguarda il tipo di psicopatologia che predice maggiormente la suicidalità: in particolar modo, nei Paesi ad alto reddito erano maggiormente significativi i Disturbi dell'Umore, mentre nei Paesi a basso-medio reddito i Disturbi del Controllo degli Impulsi.

Scocco et al. nel 2008 hanno indagato i fattori di rischio del comportamento suicidario in Italia, confermando l'associazione statisticamente significativa tra maggiore rischio

---

<sup>10</sup> Paesi a basso-medio reddito: Nigeria, Sudafrica, Colombia, Messico, Pechino e Shanghai nella Repubblica Popolare Cinese, Libano, Ucraina.  
Paesi ad alto reddito: Belgio, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Israele, USA, Giappone, Nuova Zelanda.

suicidario e diagnosi di disturbo mentale nel nostro Paese, significatività che rimaneva tale anche tenendo sotto controllo le variabili socio-demografiche. In linea con gli studi precedenti, il rischio di suicidalità aumentava notevolmente in caso di comorbidità psichiatrica di 3 o più disturbi e la relazione più forte sussisteva con il Disturbo da Uso di Sostanze, seguito dai Disturbi dell'Umore e i Disturbi d'Ansia.

Più recentemente diverse meta-analisi e revisioni sistematiche della letteratura sul fenomeno suicidario hanno confermato il peso cruciale della psicopatologia nel rischio di suicidio.

Una revisione sistematica del 2018 (Gvion & Levi-Belz) di 39 studi sui fattori di rischio dei tentativi di suicidio ha identificato come predittori di atti volti a togliersi la vita alti livelli di psicopatologia e di dolore mentale, e più nello specifico diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo d'Ansia, PTSD, Disturbo di Personalità Antisociale, Disturbi da Uso di Sostanze e comorbidità psichiatrica. Anche una meta-analisi del 2019 (Gili et al.), nella quale è stata realizzata una revisione sistematica di 24 studi longitudinali, ha concluso che, nonostante vada tenuta in conto l'importanza di altre variabili intervenienti, i disturbi mentali hanno un ruolo centrale nella predizione del comportamento suicidario in persone giovani (12-26 anni), e anche in questo caso con un maggior peso esercitato dalla presenza di più di una diagnosi. Prendendo in considerazione i singoli disturbi mentali, in tale ricerca solo quelli affettivi predicevano i tentativi di suicidio.

Un'altra meta-analisi recente (Carrasco-Barrios et al., 2020), la quale ha selezionato un totale di 26 ricerche condotte in Paesi europei<sup>11</sup>, ha riscontrato una correlazione

---

<sup>11</sup> Belgio, Bulgaria, Francia, Germania, Irlanda del Nord, Italia, Portogallo, Romania, Spagna, Paesi Bassi.

statisticamente significativa tra tutte le forme di suicidalità<sup>12</sup> e qualsiasi disturbo mentale. I fattori clinici risultati maggiormente significativi erano, tra gli altri, Depressione Maggiore e qualsiasi disturbo affettivo, Disturbi d'Ansia/da Stress/Somatoformi e l'uso di sostanze; in particolare, i primi due sono risultati avere un odds ratio maggiore di tutte le altre variabili (vedi TAB 2.2).

TAB. 2.2. Odds ratio calcolati per tutte le forme di suicidalità e tutti i periodi di tempo in cui il comportamento suicidario si è manifestato.

Fattori clinici	OR (95% CI)
Depressione maggiore	7.69 (4.06-14.59)
Disturbi affettivi	7.41 (4.13-13.28)
Disturbi d'ansia/da stress/somatoformi	4.29 (2.82-6.51)
Qualsiasi disturbo mentale	3.61 (2.90-4.48)
Uso di sostanze	2.45 (2.01-2.99)

Emerge ripetutamente in letteratura, nello specifico dei disturbi mentali, la forte correlazione tra rischio di ideazione, tentativi e morte per suicidio e Disturbo da Uso di Sostanze (Yoshimasu et al., 2008; Poorolajal et al., 2015).

Inoltre, tra tutte le manifestazioni psicopatologiche classificate nei manuali diagnostici di riferimento, sostanzialmente tutti gli studi riportano il Disturbo Depressivo Maggiore come fattore di rischio altamente specifico per l'ideazione e i tentativi di suicidio e uno dei predittori più significativi di comportamento suicidario (Yoshimasu et al., 2008; Hardt et al., 2015; Klonsky et al., 2016; Pervin & Ferdowshi, 2016; Turecki & Brent,

<sup>12</sup> Desideri di morte, ideazione suicidaria, pianificazione suicidaria, tentativi di suicidio.

2016; Turecki et al., 2019; Carrasco-Barrios et al., 2020; Park et al., 2020), infatti anche l'American Psychological Association rimarca come il suicidio avvenga spesso nel contesto di un episodio depressivo. L'evidenza di un'associazione predominante tra questo specifico disturbo mentale e il suicidio è largamente accettata dalla comunità scientifica, tanto che uno dei criteri (A9) per porre diagnosi è la presenza di "Pensieri ricorrenti di morte o di suicidio, un tentativo di suicidio, o un piano specifico per effettuarlo" (APA, 2013); tale criterio diagnostico è caratteristico di questa patologia psichica, proprio ad indicare come il vissuto da parte del soggetto di una qualche forma di suicidalità sia un aspetto peculiare della depressione clinica.

Nel paragrafo successivo verrà preso in considerazione il costrutto della solitudine nella sua associazione con la suicidalità.

## 2.2. La solitudine

L'uomo, in quanto essere sociale, ha un fondamentale ed imprescindibile bisogno di appartenenza. Tale bisogno psicologico è essenziale alla vita umana, tanto che Maslow, nella concettualizzazione della sua popolare "piramide dei bisogni" (1954), lo ha collocato secondo solo ai bisogni di base fisiologici e di sicurezza. La motivazione a sentirsi connessi emotivamente agli altri è una delle più potenti, universali e influenti pulsioni umane (Baumeister & Leary, 1995). Quando l'individuo percepisce una discrepanza significativa tra i bisogni sociali e la possibilità di una loro soddisfazione nel suo ambiente di vita può sperimentare un profondo vissuto di solitudine.

La solitudine è un costrutto psicologico definito come un'esperienza di sofferenza legata ad un'assenza percepita di contatto sociale e senso di appartenenza, o una sensazione di isolamento (Beutel et al., 2017). Ciò che viene evidenziato spesso nella letteratura sul

tema è l'importanza della distinzione tra isolamento sociale e solitudine: mentre nel primo caso si parla di una condizione oggettiva e visibile dall'esterno che dipende dall'assenza di altre persone con cui interagire, nel secondo caso si tratta di uno stato psicologico soggettivo che emerge con l'introspezione e che può essere presente anche in situazioni in cui l'individuo è coinvolto in interazioni con gli altri (McClelland et al., 2020). Infatti, va sottolineato che la solitudine si riferisce ad una percezione che l'individuo ha di una connessione insoddisfacente con gli altri, e non è strettamente associata all'assenza reale di tale contatto (Hawkley & Cacioppo, 2010 citato da Shaw et al., 2021). È uno stato emotivo soggettivo particolarmente doloroso che, se duraturo, è associato a numerose conseguenze negative per la salute psichica e fisica, come disturbi mentali quali ansia e depressione (Cacioppo et al., 2006; Heinrich & Gullone, 2006 citati da Stickley & Koyanagi, 2016; Beutel et al., 2017), emozioni positive ridotte, scarsa qualità del sonno e della salute in generale, scarsa soddisfazione per la propria vita e stress psicologico (Beutel et al., 2017). Inoltre, sembrerebbe che il senso di solitudine esponga anche ad un maggiore rischio di mortalità (Luo et al., 2012 citato da Stickley & Koyanagi, 2016) e si può ipotizzare che in tale associazione sia coinvolto il comportamento suicidario (Stickley & Koyanagi, 2016). Infatti, diversi studi mostrano come la solitudine costituisca un fattore di rischio per la suicidalità, a sostegno della Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio (IPTs) per la quale un senso di mancanza di appartenenza o alienazione sociale, unito alla percezione di essere un peso per gli altri e alla capacità di mettere in atto un gesto letale di autolesionismo, sia la principale determinante del comportamento suicidario (Joiner, 2005). Questa teorizzazione, insieme a tutte le altre teorie moderne che cercano di comprendere il suicidio alla luce di aspetti interpersonali, si è sviluppata a partire dal lavoro del sociologo francese Durkheim, il primo a suggerire l'esistenza di un



fattore sociale alla base del suicidio nel suo saggio “Il suicidio. Studio di sociologia” (1897). All’interno di questa trattazione propose una tassonomia dei suicidi distinti in base alla causa sociale determinante: tra gli altri, segnalò l’esistenza del “suicidio egoistico”, caratterizzato da un senso di esclusione e scarsa integrazione nella società, il quale faciliterebbe lo sviluppo di un senso di solitudine o di individualismo estremo da cui la persona sentirebbe di volersi liberare provocandosi la morte.

Stickley e Koyanagi (2016) mostrarono come la solitudine fosse associata ad una maggiore probabilità di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio nel corso della vita e nell’ultimo anno, indipendentemente dalla presenza di psicopatologia<sup>13</sup>; inoltre, la coesistenza di un senso di solitudine e di un disturbo mentale aumentava il rischio di suicidalità in maniera significativa rispetto alla presenza di uno solo dei due.

In uno studio di Beutel et al. (2017) con un campione molto ampio (N= 15010) è emerso come la solitudine fosse un predittore significativo di ideazione suicidaria anche tenendo sotto controllo variabili demografiche e altri tipi di distress psichico, risultato replicato da una ricerca del 2020 su un campione di giovani adulti (Helm et al.) e da uno studio del 2021 che ha individuato la solitudine emotiva<sup>14</sup> come predittore statisticamente significativo di ideazione suicidaria per tutte le età (Gomboc et al.).

Una revisione sistematica della letteratura sui fattori di rischio psicologici dei tentativi di suicidio (Gvion & Levi-Belz, 2018), la quale ha preso in considerazione 39 ricerche sul tema, ha esaminato il contributo di diverse variabili interpersonali e comunicative, tra cui la solitudine, riportando come la percezione di quest’ultima fosse altamente predittiva

---

<sup>13</sup> Le manifestazioni psicopatologiche prese in considerazione in questo studio sono: episodio depressivo, ansia mista a depressione, Disturbo d’Ansia Generalizzato, Disturbo di Panico, Fobia e Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

<sup>14</sup> In questa ricerca vengono distinte la solitudine sociale e la solitudine emotiva (Weiss, 1973): nel primo caso si fa riferimento alla mancanza di una rete sociale soddisfacente, nel secondo caso alla mancanza di un legame intimo con altri.

della gravità del tentativo e, nella sua interazione con il dolore mentale e altri fattori sociali, facilitasse la messa in atto di tentativi per togliersi la vita.

Anche una recente meta-analisi di 17 studi prospettici (McClelland et al., 2020) ha riportato la solitudine come costrutto in grado di predire significativamente un comportamento suicidario futuro; in particolar modo, risultava un più forte predittore di atti suicidari piuttosto che di ideazione, e la depressione è emersa come variabile di mediazione di tale associazione. La relazione significativa tra le due variabili è stata riscontrata soprattutto in ricerche condotte con partecipanti di età dai 16 ai 20 anni o superiore ai 58 anni, e in campioni con predominanza femminile, anche se non è emerso un effetto statisticamente significativo di età e genere.

Nel seguente paragrafo verrà presa in esame un'altra variabile di salute mentale nella sua associazione con la suicidalità, ovvero la dipendenza da social media.

### 2.3. Uso Problematico dei Social Media

Come discusso nel precedente paragrafo, l'uomo ha un istinto fondamentale e innato diretto a socializzare, a sentirsi parte di un gruppo, a condividere esperienze con altre persone. Questo bisogno di profonda interconnessione, da sempre caratterizzante l'essere umano, ad oggi trova facilmente un'immediata gratificazione grazie all'utilizzo di Internet, anche se talvolta fittizia poiché la comunicazione online differisce da quella vis a vis per qualità e profondità e non sembra essere ugualmente soddisfacente (Yang et al., 2014 citato da Appel et al., 2019). Tale gratificazione può raggiungere anche livelli fuori dal comune se si pensa che Internet permette di collegarsi e interagire con persone provenienti da contesti di vita completamente diversi dal proprio e provenienti da

qualsiasi parte del mondo. L'uso delle piattaforme di social media<sup>15</sup> (ad esempio WhatsApp, Facebook, Instagram, TikTok, Youtube), le quali permettono di mettersi in contatto e stare sempre in relazione, anche se virtualmente, con familiari, amici, conoscenti e anche sconosciuti, è una delle attività online più popolari, specialmente tra adolescenti e giovani adulti, i quali rappresentano la prima generazione ad essere cresciuta in una società altamente digitalizzata (Shannon et al., 2021). Questo fenomeno è cresciuto in maniera esponenziale nell'ultimo decennio, passando dal 5% di adulti che nel 2005 negli Stati Uniti riportavano di utilizzare tali piattaforme, a circa il 70% nel 2019 (APA, 2019); nel 2021 più di 4 miliardi di persone utilizzavano social media in tutto il mondo e si stima che tale cifra raggiungerà i 6 miliardi nel 2027 (Statista, 2022).

A febbraio 2022 in Italia l'84.3% della popolazione utilizzava la connessione ad Internet e il 71.6% era un utilizzatore attivo di social media, con un aumento del 5.4% rispetto all'anno precedente. È significativo considerare che nel nostro Paese la media di connessione su internet per utenti dai 16 ai 64 anni è di 6 ore, con un tempo di quasi 2 trascorso sulle piattaforme social (We Are Social, 2022).

Data l'enorme diffusione di queste applicazioni, che ormai sono parte integrante della vita quotidiana di ciascuno, la ricerca che ne vuole studiare l'impatto a livello psicosociale ha attirato sempre più interesse, con l'obiettivo di comprenderne gli effetti positivi e/o negativi, distinguendo quello che può essere considerato un uso sano da uno preoccupante e compulsivo (O'Day & Heimberg, 2021).

In letteratura viene indicato che un utilizzo limitato e responsabile delle nuove tecnologie può avere un effetto positivo sul benessere dei giovani, ad esempio grazie alla percezione

---

<sup>15</sup> I social media sono strumenti online che permettono di condividere contenuti testuali, di immagini, di video e audio (Treccani, 2018).

di un maggiore supporto sociale (Inchley et al., 2020); sono state inoltre riscontrati alcuni esiti positivi derivanti da un uso attivo<sup>16</sup> dei social media, come un maggiore benessere sociale e psicologico grazie alla possibilità di rafforzare legami e crearne di nuovi (Bano et al., 2019; Chen and Li, 2017; Pang, 2018 citati da Marttila et al., 2021) e ai feedback positivi ricevuti sulle piattaforme online (Burrow & Rainone, 2017 citato da Appel et al., 2020). Tuttavia, quando quest'uso sfugge al controllo dell'individuo e diventa disfunzionale, perché ad esempio eccessivo o messo in atto con modalità patologiche, può esitare in conseguenze negative per la salute psicofisica (Inchley et al., 2020).

Una modalità patologica di uso dei social media che è stata riscontrata da alcuni ricercatori a livello empirico è definita nella letteratura Uso Problematico dei Social Media (PSMU), e si caratterizza per lo sviluppo di sintomi simili a quelli delle dipendenze da sostanze, quali preoccupazione eccessiva (pensare costantemente ai social media), tolleranza (desiderare di trascorrere sempre più tempo sui social media), astinenza (sentirsi male quando si è offline), persistenza (non riuscire a ridurre il tempo trascorso sui social media), fuga (utilizzo dei social media per sfuggire ai sentimenti negativi), problemi (litigare con altri a causa dei social media) e altre caratteristiche che derivano dai criteri del Disturbo da Gioco su Internet (DSM-V, 2013), quali inganno (mentire a parenti e amici sul tempo trascorso sui social media), spostamento (trascurare altre attività a causa dell'uso dei social media) e conflitto (avere gravi conflitti con la famiglia a causa dell'uso dei social media) (Marino et al., 2020). L'indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)<sup>17</sup> riporta che il 7% degli adolescenti europei e canadesi possono

---

<sup>16</sup> L'uso attivo dei social media consiste nel postare contenuti e interagire con i contenuti altrui; l'uso passivo consiste nella semplice osservazione di ciò che viene pubblicato da altri (APA, 2019).

<sup>17</sup> L'HBSC è uno studio transnazionale collaborativo dell'OMS che fornisce informazioni sulla salute, il benessere, l'ambiente sociale e il comportamento sanitario di ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni provenienti da 45 Paesi d'Europa e dal Canada.

essere classificati come utilizzatori problematici dei social media; in Italia è stata stimata una prevalenza di PSMU in giovani di 11, 13 e 15 anni dell'8.9%, con livelli maggiori negli adolescenti di 13 anni (Marino et al., 2020).

I manuali diagnostici di riferimento per i disturbi mentali (DSM-V, 2013; ICD-10, 1994) non riconoscono ancora il PSMU come una patologia, aspetto che porta ad una difficoltà di stima e di studio del fenomeno poiché autori diversi concettualizzano la dipendenza da social media in modo differente e, dunque, non sono stati stabiliti dei criteri diagnostici accettati univocamente dalla comunità scientifica (Lam, 2014; Rial et al., 2014; Laconi et al., 2015 citati da Jasso-Medrano & Lopez-Rosales, 2018).

Nonostante ciò, in letteratura c'è crescente evidenza del potere dei social media di creare dipendenza con conseguenze patologiche a livello mentale e sulla qualità della vita.

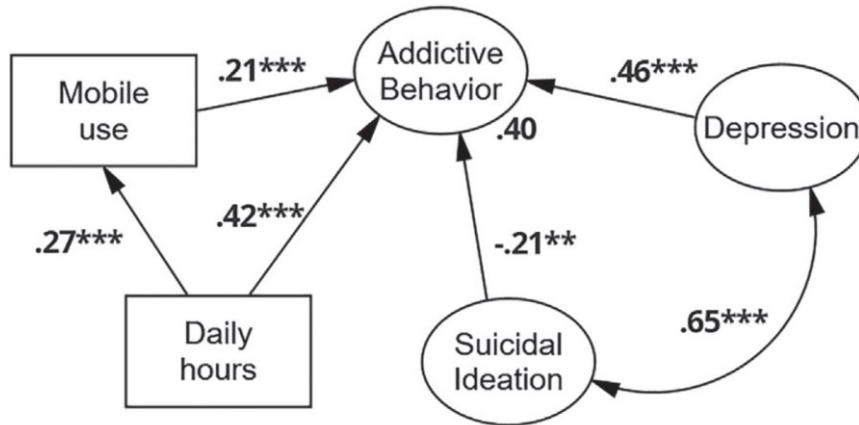
Emerge infatti un'associazione significativa tra PSMU e problematiche di salute mentale come depressione, ansia, scarso benessere e bassa autostima (Andreassen et al., 2012; Hanprathet et al., 2015; Andreassen et al., 2017; O'Reilly et al., 2018 citati da Shannon et al., 2021) ed è stata rilevato anche un effetto negativo dell'Uso Problematico dei Social Media sulla soddisfazione di vita, anche se la solitudine spiegava ampiamente tale correlazione (Marttila et al. nel 2021). È stata riscontrata anche una relazione tra PSMU e sintomi psicologici e somatici in adolescenti, con un maggiore impatto sui primi; viene ipotizzato che disagi a livello somatico siano conseguenti all'uso dello smartphone o all'esposizione allo schermo del dispositivo, mentre problematiche psicologiche siano una conseguenza dell'uso eccessivo dei social media, a causa ad esempio della perdita di controllo o dei problemi relazionali con la famiglia e gli amici (Marino et al., 2020). Una meta-analisi recente (Shannon et al., 2021), che ha preso in esame 18 studi sul tema, ha concluso che esiste una relazione significativa tra Uso Problematico dei Social Media nei

giovani e conseguenze negative per la salute mentale, come maggiori sintomi di depressione, ansia e maggiore stress.

L'Uso Problematico dei Social Media nella sua specificità non è stato particolarmente preso in considerazione nel panorama della ricerca attuale come fattore di rischio del comportamento suicidario, quanto piuttosto l'utilizzo eccessivo di Internet/social media, il quale non ha le stesse caratteristiche del PSMU; inoltre i risultati disponibili non sono univoci.

In uno studio del 2018 (Jasso-Medrano & Lopez-Rosales) è emersa un'associazione significativa e positiva tra dipendenza da social media e ideazione suicidaria in studenti universitari; tuttavia, quando nel modello esplicativo è stata presa in considerazione la depressione, la relazione tra le due variabili si è invertita ed è stata riscontrata una correlazione negativa tra comportamento di dipendenza e ideazione di suicidio. Gli autori conclusero che, in presenza di sintomi depressivi, la dipendenza da social media risulterebbe un fattore protettivo di ideazione suicidaria (vedi TAB. 2.3), risultato spiegato sulla base di evidenze presenti in letteratura per cui la dipendenza da Internet sarebbe un atto di evasione per sfuggire da pensieri e sentimenti spiacevoli, per ridurre ansia, isolamento ed emozioni negative, ed è stata anche messa in relazione con la possibilità di ottenere supporto emotivo per alleviare il disagio psicologico e migliorare le strategie di coping grazie alla connessione online con altri (Leung & Lee, 2012; Gamez-Guadix et al., 2013; Parra et al., 2016; Bousoño et al., 2017; Daine et al., 2013 citati da Jasso-Medrano & Lopez-Rosales, 2018).

TAB. 2.3. Modello strutturale esplicativo del comportamento di dipendenza da social media con uso del cellulare, ore giornaliere, ideazione suicidaria e depressione (Jasso-Medrano & Lopez-Rosales, 2018).



$p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $***p < .001$ .

Un risultato differente è stato riportato da una ricerca più recente (Kah et al., 2022) che non ha riscontrato una la correlazione statisticamente significativa tra tale dipendenza e la suicidalità, per cui gli autori hanno ipotizzato che i social media possano in qualche modo fornire supporto sociale e informazioni sulla prevenzione dal suicidio, fattori protettivi del comportamento suicidario.

Una revisione della letteratura sull'associazione tra l'utilizzo di Internet/social media e i tentativi di suicidio in giovani con età dagli 11 ai 18 anni (Sedgwick et al., 2019) mostra che 7 ricerche hanno un'associazione diretta e indipendente tra uso eccessivo di Internet/social media e maggiori tentativi di suicidio e 2 studi, invece, hanno rilevato che rispettivamente un uso moderato o potenzialmente rischioso, rispetto al non uso o ad un uso blando, potesse essere associato a minori tentativi di suicidio. In generale, dunque, gli autori arrivarono alla conclusione che un utilizzo problematico di Internet/social media ha effettivamente un impatto sul rischio suicidario, ma è importante stabilire la direzione dell'associazione tramite studi longitudinali e considerando l'influenza di

variabili confondenti, come per esempio i disturbi del sonno o il cyberbullismo, fenomeni emersi negli studi analizzati.

Una revisione del 2021 (Macrynika et al.) ha confermato un'associazione poco consistente tra dipendenza da social media e suicidalità a causa delle caratteristiche metodologiche degli studi o perché i risultati di questi ultimi sono perlopiù ambigui, il che è inatteso se si considera l'associazione positiva tra dipendenza e depressione, ansia e altre forme psicopatologiche (Hussain & Griffiths, 2018 citato da Macrynika et al., 2021). Secondo Macrynika e colleghi questo può essere dovuto al fatto che l'ideazione suicidaria come vissuto è abbastanza mutevole, dunque indagarla una sola volta e in uno specifico periodo di tempo può portare a stime imprecise e a una maggiore variabilità nelle risposte; inoltre, come spesso accade nelle esperienze di dipendenza, un uso compulsivo dei social media può portare inizialmente ad un rinforzo positivo determinato da benefici a breve termine, come l'evitamento di emozioni dolorose, ma poi avere conseguenze deleterie sul piano psicologico nel lungo periodo.

Nel prossimo paragrafo verrà analizzato il ruolo di un altro costrutto strettamente legato alla salute mentale che sarà preso in considerazione nel presente studio: quello delle metacognizioni.

#### 2.4. Le metacognizioni

Il termine meta-cognizione significa letteralmente “pensiero sul pensiero”: in ambito psicologico tale costrutto si riferisce “alle convinzioni e valutazioni sul proprio pensiero e alla capacità di monitorare e regolare la cognizione” (Papageorgiou & Wells, 2001). Il concetto di metacognizione include, dunque, sia la conoscenza metacognitiva, ovvero le credenze che il soggetto elabora sul proprio pensiero, che la regolazione metacognitiva,



ovvero le strategie che mette in atto per regolare e gestire il pensiero stesso (Aadahl et al., 2021).

Negli anni '90 del secolo scorso Wells e collaboratori hanno studiato per la prima volta il ruolo della metacognizione nell'eziologia e nel mantenimento della psicopatologia, proponendo il modello dell'Autoregolazione delle Funzioni Esecutive (Self-Regulatory Executive model, 1994, 1996), il quale sostiene l'evidenza che: "Credenze metacognitive disfunzionali sono la base per lo sviluppo e il mantenimento di disturbi mentali" (Wells & Matthews, 1994, 1996 citato da Quattropani et al., 2015, p. 31). Secondo questa proposta teorica, problematiche a livello psicologico sarebbero associate a specifiche credenze metacognitive disfunzionali che porterebbero il soggetto ad avere uno specifico stile di pensiero, che prende il nome di "Sindrome Cognitivo-Attenzionale" (CAS), caratterizzata da un maggior focus su di sé, una persistente difficoltà a controllare i pensieri negativi con conseguente preoccupazione e ruminazione ed un ipermonitoraggio della minaccia (Aadahl et al., 2021). In questo modello alti livelli di metacognizioni negative, come ad esempio "Non posso controllare i miei pensieri", sono associati ad ansia (McEvoy & Mahoney, 2013 citato da Aadahl et al., 2021), depressione (Papageorgiou & Wells, 2001), sintomi ossessivo-compulsivi (Wells & Papageorgiou, 1998 citato da Aadahl et al., 2021) e più in generale a distress psicologico, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica (Sellers et al., 2017; Varese & Bentall, 2011 citati da Aadahl et al., 2021).

Nel corso degli anni diversi studi hanno confermato che metacognizioni maladattive costituiscono un fattore di vulnerabilità in grado di predire lo sviluppo di sintomi psicologici (Spada et al., 2008; Yilmaz et al., 2011 citati da Quattropani et al., 2015; Ramos-Cejudo & Salguero, 2017; Sun et al., 2017).

Rispetto alla suicidalità, uno studio recente (Aadahl et al., 2021) ha indagato per la prima volta la relazione tra la metacognizione sui propri pensieri suicidari e l'ideazione di suicidio: è emerso che le credenze metacognitive sull'ideazione suicidaria, positive (ad esempio, “Pensare al suicidio mi aiuta a resistere”) e negative (ad esempio, “Pensare al suicidio è pericoloso per me”), contribuiscono a spiegare in maniera statisticamente significativa l'ideazione suicidaria, oltre e più del contributo di altre variabili cognitive solitamente correlate al suicidio, come affettività negativa, senso di disperazione e sconfitta (vedi TAB. 2.4).

TAB. 2.4. Modello sulle associazioni tra credenze metacognitive positive e negative sul suicidio e ideazione suicidaria (variabile dipendente), considerando tutte le variabili contemporaneamente e controllando gli effetti delle variabili cognitive.

		$\beta$	SE	<i>p</i>	CI	
					Inferiore	Superiore
Variabili metacognitive	MC positive	.241	.041	< .001	.160	.323
	MC negative	.167	.045	< .001	.079	.255
Variabili cognitive	Affettività negativa	.417	.040	< .001	.339	.494
	Disperazione	.176	.047	< .001	.083	.269
	Sconfitta	.208	.049	< .001	.111	.305

Note: MC= meta-cognizioni.

In un altro studio dello scorso anno (Hallard et al.) è stato riscontrato che le credenze metacognitive sul bisogno di controllare il pensiero predicavano in maniera significativa l'auto-punizione come strategia di controllo cognitivo (ad esempio, "Mi arrabbio con me stesso per aver avuto quel pensiero"), la quale a sua volta emergeva come predittore significativo e indipendente di ideazione suicidaria.

Nello specifico del nostro studio verranno prese in considerazione due tipi di metacognizioni potenzialmente problematiche: le credenze negative relative alla pericolosità del proprio rimuginio e quelle relative al bisogno di controllare il pensiero. Nel primo caso si fa riferimento alle situazioni in cui la persona è convinta che le proprie preoccupazioni siano pericolose e incontenibili, e che possano portarla a stare male e addirittura ad una condizione di psicopatologia; credenze metacognitive negative sembrano avere un peso cruciale nei disturbi mentali, perché causano la sensazione di perdita di controllo sui propri pensieri e l'idea che la cognizione costituisca una minaccia (Wells, 2009; Wells, 2019 citati da Capobianco et al., 2020).

Per quanto riguarda la seconda tipologia di metacognizioni considerata, il soggetto attribuisce un peso eccessivo al controllo del proprio pensiero, convinto che ciò sia fondamentale per evitare che certe cose accadano, per non essere punito e/o per avere un funzionamento di vita ottimale. Essere convinti che i propri pensieri non possano assolutamente sfuggire dal proprio controllo può essere causa di ansia e agitazione (Ramos-Cejudo & Salguero, 2017).

### 3. IPOTESI DELLA RICERCA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che più di 700.000 persone ogni anno muoiono di suicidio, e un numero ancora più ampio di individui mette in atto comportamenti suicidari; in particolare, i tentativi di suicidio sono il fattore di rischio più importante di suicidio nella popolazione generale.

Nel 2019 il suicidio è stato la quarta principale causa di morte a livello globale per la fascia di età 15-29 anni (OMS, 2021).

L'obiettivo del nostro studio è quello di prendere in esame un campione di persone con comportamenti suicidari nel corso dell'ultimo anno e nel passato per indagare le sue caratteristiche sulla base di variabili demografiche (ipotesi 1) e considerando la presenza di disturbi psichiatrici (ipotesi 2). Inoltre, ci proponiamo di verificare quali variabili di salute mentale possano essere considerate fattori di rischio di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio (ipotesi 3) e quali di questi fattori di rischio siano maggiormente predittivi del comportamento suicidario rispetto agli altri (ipotesi 4).

In particolare, con la prima ipotesi di ricerca vogliamo verificare se siano presenti differenze di genere ed età in coloro che hanno avuto ideazione suicidaria e coloro che hanno tentato il suicidio. Anche se i tassi standardizzati di suicidio sono significativamente più elevati in individui di sesso maschile (OMS, 2021), in letteratura emerge una prevalenza superiore di comportamento suicidario in individui di sesso femminile (Carrasco-Barrios et al., 2020), dunque ci aspettiamo che il genere femminile sia maggiormente rappresentato nel campione con suicidalità. Inoltre, ipotizziamo una maggiore presenza di ideazione suicidaria tra giovani adulti (<35 anni) e di tentativi di suicidio nella fascia 35-64 anni (Carrasco-Barrios et al., 2020).

Con la seconda ipotesi di ricerca abbiamo lo scopo di indagare l'associazione che sussiste tra individui con ideazione suicidaria e individui che hanno tentato di togliersi la vita con la psicopatologia, ipotizzando che la presenza di una diagnosi psichiatrica negli ultimi sei mesi o nel corso della vita della persona sia associata ad una maggiore ideazione suicidaria e/o ad una storia di tentativi di suicidio. Infatti, la letteratura evidenzia una forte e significativa relazione tra disturbi mentali e la suicidalità, in particolar modo con i Disturbi d'Ansia, i Disturbi dell'Umore e i Disturbi da Uso di Sostanze (Bernal et al., 2007; Nock et al., 2008; Scocco et al., 2008; Gvion & Levi-Belz, 2018; Gili et al., 2019; Carrasco-Barrios et al., 2020) e numerose organizzazioni inerenti alla salute e con focus specifico sul suicidio hanno sottolineato come disturbi psichiatrici di varia natura siano fattori di rischio e segni prodromici di suicidio (AFSP, s.d.; CDC, 2022; NIMH, 2021; OMS, 2021). La presenza di un Disturbo Depressivo, tra gli altri, emerge come fattore di rischio specifico del comportamento suicidario (Yoshimasu et al., 2008; Hardt et al., 2015; Klonsky et al., 2016; Pervin & Ferdowshi, 2016; Turecki & Brent, 2016; Turecki et al., 2019; Carrasco-Barrios et al., 2020; Park et al., 2020), posizione consolidata a tal punto che i pensieri ricorrenti di morte e di suicidio sono stati stabiliti come criterio per diagnosticare il disturbo (APA, 2013).

La terza ipotesi di ricerca riguarda il ruolo rivestito da quattro variabili, le quali misurano costrutti di salute mentale, nel comportamento suicidario. Tali costrutti sono: il distress psicologico (depressione, ansia, stress), il senso di solitudine, l'Uso Problematico dei Social Media e le metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero. Rispetto a ciò ci aspettiamo di riscontrare punteggi più elevati di tutti questi fattori in coloro che hanno avuto ideazione suicidaria e/o hanno tentato il suicidio rispetto a coloro che non hanno ideato e/o tentato il suicidio, sulla base di evidenze presenti in letteratura. Infatti,

le metacognizioni disfunzionali sono considerate un fattore di vulnerabilità per il benessere psichico e per l'ideazione suicidaria (Quattropani et al., 2015; Aadahl et al., 2021; Hallard et al., 2021), così come il senso di solitudine è emerso come significativo fattore di rischio per differenti problematiche di salute mentale, tra cui l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio in varie fasce d'età (Beutel et al., 2017; Gomboc et al., 2022; Helm et al., 2020; McClelland et al., 2020; Stickley & Koyanagi, 2016). Anche l'Uso Problematico dei Social Media, come recente manifestazione clinica, risulta associato a diverse problematiche a livello psicopatologico (Shannon et al., 2021).

Infine, la quarta ipotesi di ricerca intende considerare tutti i fattori simultaneamente per individuare quelli maggiormente predittivi di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio, e valutare se l'ideazione suicidaria e il tentato suicidio siano predetti da costrutti differenti. Ci aspettiamo che tutte le variabili prese in considerazione insieme possano contribuire a spiegare il comportamento suicidario.

#### 4. METODO DELLA RICERCA

I dati della presente ricerca sono stati raccolti a marzo 2022 tramite un questionario self-report, compilato online, della durata di circa 25 minuti. Tale questionario è stato condiviso attraverso i social media, specificatamente su pagine Facebook e profili Instagram, e via chat attraverso Telegram e Whatsapp. Questa modalità di reclutamento dei soggetti ha permesso di somministrare il questionario ad un campione ampio ed eterogeneo di persone, nonché di consentire ai partecipanti di sentirsi a proprio agio nel rispondere a quesiti riguardanti tematiche profondamente delicate. La partecipazione allo studio era volontaria e senza compenso, e preceduta dal consenso informato e dalla dichiarazione di essere maggiorenni. Data la criticità della tematica indagata, al termine del questionario è stato presentato un messaggio in cui venivano forniti ai partecipanti dei riferimenti telefonici a cui rivolgersi in caso di particolare turbamento o disagio a seguito della compilazione.

Lo scopo della ricerca era indagare l'associazione tra ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e salute mentale; in particolare, l'obiettivo era approfondire le caratteristiche di tale correlazione e individuare i principali fattori di rischio del comportamento suicidario, oltre che comprendere quale fossero i predittori più forti rispettivamente di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.

Per esplorare le aree di nostro interesse abbiamo creato un questionario composto da diverse scale. Lo strumento utilizzato è stato suddiviso in sezioni che riguardano, da un lato, l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio passati e presenti e, dall'altro, la salute mentale. Le aree indagate nello specifico sono: 1. Informazioni demografiche e cliniche; 2. Informazioni sull'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio passati e presenti; 3.

Senso di solitudine; 4. Distress psicologico; 5. Uso problematico dei social media; 6. Metacognizioni negative e di bisogno di controllo del pensiero.

La compilazione del questionario è avvenuta sulla piattaforma “Qualtrics” attraverso qualsiasi dispositivo elettronico, come computer, smartphone e tablet. La somministrazione online ha permesso di reclutare un gruppo variegato di partecipanti e di favorire la registrazione di tutte le risposte, in quanto erano tutte obbligatorie e non era possibile passare alla sezione successiva senza aver prima completato quella precedente. I dati sono stati estratti in un foglio Excel e, successivamente, è stato creato un Dataset su cui effettuare l’analisi statistica tramite il software SPSS.

#### 4.1. Il campione

Il questionario è stato compilato da 645 soggetti; di questi, 126 si identificano nel genere maschile (19.5%), 517 si identificano nel genere femminile (80.2%), e 2 non si identificano né nel genere maschile né nel genere femminile (0.3%). L’età media del campione è di 23.8 anni (DS= 5.79; min= 18, max= 68), infatti la fascia maggiormente rappresentata è quella che va dai 20 ai 24 anni.

In considerazione delle informazioni cliniche, sul totale del campione, 21 partecipanti dichiarano di aver ricevuto una diagnosi per un disturbo psichiatrico negli ultimi 6 mesi (3.3%) e 56 di aver ricevuto una diagnosi per un disturbo psichiatrico nel corso della vita (8.7%). Le diagnosi specifiche ricevute dai partecipanti alla ricerca sono illustrate nella tabella 4.1.

Per quanto concerne l’ideazione suicidaria, il 42% del campione ha pensato di togliersi la vita: di questi, 126 soggetti hanno avuto ideazione suicidaria solo in passato senza



considerare l'ultimo anno, 21 soggetti hanno avuto ideazione suicidaria solo nell'ultimo anno, e 124 soggetti hanno avuto ideazione suicidaria sia in passato che nell'ultimo anno. Rispetto ai tentativi di suicidio, il 7.4% del campione ha tentato di togliersi la vita: di questi, 40 partecipanti hanno tentato il suicidio solo in passato senza considerare l'ultimo anno, 4 partecipanti hanno tentato in suicidio solo nell'ultimo anno, e 4 partecipanti hanno messo in atto tentativi di suicidio sia in passato che nell'ultimo anno.

TAB. 4.1. Frequenze diagnosi psichiatriche ricevute dai partecipanti.

	Ultimi sei mesi	Nel corso della vita
DDM	23.8%	33.9%
Comportamento suicidario		1.8%
Disturbo Bipolare	4.8%	
Disturbo di Panico		3.6%
Disturbo di Ansia Sociale	4.8%	8.9%
DAG	14.3%	12.5%
DOC		3.6%
PTSD		1.8%
Disturbo di Personalità	14.3%	3.6%
Anoressia nervosa	9.5%	14.3%
Disturbo da Binge-Eating		1.8%
Disturbo da uso di sostanze	4.8%	3.6%
Altro	23.8%	10.7%

Note: DDM= Disturbo Depressivo Maggiore; DAG= Disturbo d'Ansia Generalizzato; DOC= Disturbo Ossessivo-Compulsivo; PTSD= Disturbo Post-Traumatico da Stress.

## 4.2. Gli strumenti

Di seguito riportiamo le scale utilizzate per misurare le variabili di interesse per la nostra ricerca.

*Dati demografici e clinici.* Per la sezione demografica e clinica abbiamo utilizzato item per indagare il genere del partecipante (“Maschio”, “Femmina”, “Altro”), l’età al momento della compilazione e il livello di istruzione; nelle analisi abbiamo considerato solo il genere e l’età. Per indagare la storia clinica del campione abbiamo formulato degli item per verificare se il partecipante avesse ricevuto una diagnosi psichiatrica negli ultimi sei mesi e nel corso della sua vita. Abbiamo anche chiesto di indicare, in caso di risposta affermativa, lo specifico disturbo psicopatologico diagnosticato.

*Ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.* Per indagare il comportamento suicidario dei partecipanti alla ricerca abbiamo utilizzato 4 item con risposta Sì/No ricavati dall’adattamento della Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (Nock et al. 2007), i quali esploravano l’ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio del soggetto rispettivamente nell’ultimo anno e nel passato senza considerare l’ultimo anno. Le domande erano ad esempio “Nell’ultimo anno, ha mai pensato di togliersi la vita?” e “In passato senza considerare l’ultimo anno, ha mai tentato di togliersi la vita?”.

*Senso di solitudine.* Le informazioni relative al senso di solitudine sono state ricavate tramite la General Loneliness Sub-scale della Italian Loneliness scale (Zammuner, 2008). Gli item erano 7 e prevedevano domande come “Sento che mi manca la compagnia di altri”, “Sento che non c’è nessuno a cui rivolgermi” e “Mi sento escluso/a”, con possibilità

di risposta su scala Likert a 4 punti (1= “Mai”, 4= “Sempre”). Gli item sono stati sommati per ottenere un punteggio continuo di solitudine. Le statistiche di affidabilità indicano un alpha di Cronbach pari a .90 [intervallo di confidenza: .89-.91].

*Distress psicologico.* Per indagare i livelli distress psicologico dei partecipanti in riferimento all’ultima settimana abbiamo adottato la Depression Anxiety Stress Scale-21 (Bottesi et al., 2015). Tale strumento è composto da tre sotto-scale di 7 item ciascuna che misurano tre costrutti differenti, ovvero il livello di depressione (ad esempio: “Non riesco proprio a provare delle emozioni positive”, “Non vedo nulla di buono nel mio futuro”), di ansia (ad esempio: “Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico”, “Mi sono sentito spaventato senza ragione”), e di stress (ad esempio: “Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma”, “Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa”), con possibilità di risposta da 0 (“Non mi è mai accaduto”) a 3 (“Mi è capitato quasi sempre”). Gli item di ciascuna sotto-scala sono stati sommati per ottenere un punteggio continuo di ogni costrutto. Le statistiche di affidabilità indicano un alpha di Cronbach pari a .91 [intervallo di confidenza: .90-.92] per la sotto-scala della depressione, di .87 [intervallo di confidenza: .86-.89] per la sotto-scala dell’ansia e di .89 [intervallo di confidenza: .88-.90] per la sotto-scala dello stress.

Sono stati sommati anche tutti gli item della scala nell’insieme per ottenere un punteggio continuo di distress psicologico. L’alpha di Cronbach complessivo della scala è di .95 [intervallo di confidenza: .94-.95].

*Uso problematico dei social media.* Per investigare il livello di problematicità nell’utilizzo dei social media è stata adoperata la Problematic Social Media Use Scale

(Marino et al., 2017), strumento costituito da 15 item sotto forma di affermazioni come “Ho usato i social media per parlare con gli altri quando mi sentivo solo/a”, “Mi sentirei perso/a se non potessi andare sui social media” e “Ho difficoltà a controllare la quantità di tempo che passo sui social media”, alle quali era possibile rispondere da 1 (“Per niente d’accordo”) a 5 (“Completamente d’accordo”). Gli item sono stati sommati per ottenere un punteggio continuo di problematicità nell’utilizzo dei social media. L’alpha di Cronbach di tale scala è pari a .88 [intervallo di confidenza: .86-.89].

*Metacognizioni.* Per esplorare le credenze che i partecipanti della ricerca avevano circa i propri pensieri sono stati utilizzati 12 item dell’adattamento italiano della versione breve del Metacognitions Questionnaire-30 (versione italiana: Quattropiani et al., 2015). Per lo scopo del presente lavoro, sono state considerate due dimensioni: le metacognizioni negative sul pericolo e l’incontrollabilità dei pensieri e il bisogno di controllare il pensiero. Le affermazioni per la dimensione delle metacognizioni negative sono ad esempio: “È dannoso per me preoccuparmi”, “Non riesco ad ignorare i miei pensieri minacciosi”; le affermazioni per la dimensione del bisogno di controllo sul pensiero sono: “Dovrei avere sempre il controllo sui miei pensieri”, “Se non riuscissi a controllare i miei pensieri non sarei in grado di funzionare”. A tali item era possibile dare una risposta su una scala Likert a 4 punti (1= “Per nulla d’accordo”; 4= “Completamente d’accordo”). Gli item di ciascuna dimensione sono stati sommati per ottenere un punteggio continuo rispettivamente delle metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero.

L’alpha di Cronbach di tale strumento è pari a .88 [intervallo di confidenza: .88-86], con una statistica di affidabilità di .87 [intervallo di confidenza: .86-.89] per i 6 item che

indagano le metacognizioni negative, e di .76 [intervallo di confidenza: .73-.79] per i 6 item che indagano le metacognizioni relative al bisogno di controllo sul pensiero.

*Variabili indipendenti.* Le variabili indipendenti previste nello studio sono l'età, il genere, i disturbi psichiatrici, il senso di solitudine, il distress psicologico, l'Uso Problematico dei Social Media e le metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero.

*Variabili dipendenti.* Le variabili dipendenti della ricerca sono l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio presenti e passati dei partecipanti.

## 5. ANALISI DEI DATI

Dopo aver esplorato le caratteristiche demografiche, cliniche e relative all'ideazione suicidaria e ai tentativi di suicidio, utili per la definizione del campione di ricerca, è stata effettuata un'analisi descrittiva preliminare delle principali variabili dello studio: il distress psicologico nelle sue tre componenti di depressione, ansia e stress, la solitudine, l'Uso Problematico dei Social Media e le metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero (vedi TAB 5.1). Successivamente, abbiamo proseguito con la verifica delle nostre ipotesi tramite l'utilizzo di altre metodologie statistiche.

TAB. 5.1. Statistiche descrittive (N, media, deviazione standard) delle variabili principali incluse nello studio.

	N	Media	DS	Min	Max
Solitudine	645	15.34	4.95	7	28
Depressione	645	7.44	5.40	0	21
Ansia	645	5.19	4.62	0	21
Stress	645	9.50	4.77	0	21
Distress-tot	645	22.13	13.20	0	63
PSMU	645	31.86	10.33	15	67
MC-neg	645	12.60	4.51	6	24
MC-nc	645	10.29	3.38	6	24

Note: PSMU= Problematic Sociale Media Use; Distress-tot= distress totale; MC-neg= metacognizioni negative; MC-nc= metacognizioni di bisogno di controllo sul pensiero.

## 5.1 La verifica delle ipotesi

*Ipotesi 1.* La prima ipotesi si proponeva di realizzare un'analisi del campione di persone che hanno avuto ideazione suicidaria e/o hanno compiuto tentativi di suicidio nell'ultimo anno e nel corso della vita sulla base del genere e dell'età, con l'aspettativa di riscontrare livelli più alti di suicidalità nelle donne rispetto agli uomini e con l'attesa di rilevare una maggiore ideazione suicidaria tra giovani adulti (<35 anni) e di tentativi di suicidio tra i soggetti con un'età compresa tra i 35 e i 64 anni.

Rispetto al genere, per la verifica di questa ipotesi sono stati esclusi due partecipanti che non si identificavano né con il genere maschile né con il genere femminile, ed è stato adoperato il test chi-quadrato. È emerso che le frequenze di maschi e di femmine risultano equamente distribuite, sia per quanto riguarda l'ideazione suicidaria nell'ultimo anno ( $\chi^2(1) = .180$ ;  $p = .67$ ) e nel passato ( $\chi^2(1) = .81$ ;  $p = .37$ ), che per i tentativi di suicidio nell'ultimo anno ( $\chi^2(1) = .150$ ;  $p = .7$ ) e nel passato ( $\chi^2(1) = 1.77$ ;  $p = .18$ ); infatti, in tutti i casi la significatività associata al valore del chi-quadrato è superiore a  $p = .05$ .

Per quanto riguarda l'età, sono stati effettuati due *t*-test per campioni indipendenti, rispettivamente per l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio nell'ultimo anno e nel passato.

Per quanto riguarda l'ideazione suicidaria, è emerso che i soggetti che avevano pensato di togliersi la vita nell'ultimo anno avevano un'età media di 23.12 anni (DS= 3.92), ed erano significativamente più giovani rispetto a coloro che non avevano tale ideazione, i quali avevano un'età media di 24 anni (DS= 6.22); infatti, il valore di  $t(643) = -2.06$  ha una *p* associata pari a .04 ( $p < .05$ ). Tale differenza di età significativa non è emersa in considerazione dell'ideazione suicidaria passata ( $t(643) = -1.62$ ,  $p = .11$ ).

Rispetto ai tentativi di suicidio, il t-test ha mostrato che l'età media di chi ha cercato di togliersi la vita e di chi non l'ha fatto è pari rispettivamente a 22.5 (DS= 2.67) e 23.82 (DS= 5.82) anni per l'ultimo anno, e a 23.64 (DS= 3.88) e 23.81 (DS= 5.91) anni per il passato; le due medie non sono significativamente differenti, con  $t(643) = -1.35, p = .21$  (ultimo anno) e  $t(643) = -.28, p = .78$  (passato).

*Ipotesi 2.* La seconda ipotesi riguardava l'associazione tra comportamento suicidario e salute mentale, con la previsione di riscontrare una presenza maggiore di diagnosi psichiatriche in soggetti con ideazione suicidaria e/o tentativi di suicidio.

Innanzitutto abbiamo realizzato una tabella di contingenza, da cui è emerso che l'85.7% di coloro che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica negli ultimi 6 mesi e il 78.6% di coloro che hanno ricevuto una diagnosi nel corso della vita ha avuto ideazione suicidaria, contro il 40.5% e il 38.5% di coloro che non hanno ricevuto diagnosi ma hanno avuto ideazione suicidaria. La diagnosi più frequente tra coloro che hanno pensato di togliersi la vita era quella di Disturbo Depressivo Maggiore.

Per quanto riguarda i tentativi di suicidio, abbiamo riscontrato che il 28.6% di coloro a cui è stato diagnosticato un disturbo psicopatologico negli ultimi 6 mesi e il 26.8% di coloro che hanno ricevuto una diagnosi nel corso della vita ha cercato di togliersi la vita, contro il 6.7% e il 5.6% di coloro a cui non è stato diagnosticato nessun disturbo psicopatologico ma hanno messo in atto tentativi suicidari. Le condizioni psicopatologiche più frequenti erano quelle di Disturbo di Personalità nel caso di diagnosi negli ultimi 6 mesi, e di Disturbo Depressivo Maggiore nel caso di diagnosi precedente.

Successivamente, sono stati condotti due test chi-quadrato in cui le variabili erano l'ideazione suicidaria e la presenza di una diagnosi psichiatrica negli ultimi sei mesi e nel



corso della vita, dai quali è emersa una relazione significativa, con un valore rispettivamente di  $\chi^2(1)=17.01, p < .001$  e di  $\chi^2(1)=33,64, p < .001$ .

Lo stesso è stato fatto per i tentativi di suicidio: dai due test chi-quadrato, anche in questo caso, le frequenze di coloro a cui è stato diagnosticato un disturbo psicopatologico non erano equamente distribuite, sia per quanto riguarda una diagnosi recente ( $\chi^2(1)=14.07, p < .001$ ), che nel corso della vita ( $\chi^2(1)=33.31, p < .001$ ).

È possibile dunque concludere che esiste un'associazione statisticamente significativa tra la presenza di un disturbo psicopatologico, presente e passato, e la suicidalità.

*Ipotesi 3.* Con la terza ipotesi di ricerca l'obiettivo era esplorare l'associazione tra comportamento suicidario e variabili legate alla salute mentale, ovvero il distress psicologico nelle sue tre componenti di depressione, ansia e stress, il senso di solitudine, l'Uso Problematico dei Social Media e le metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero, con l'aspettativa di riscontrare elevati punteggi di tutti questi fattori in coloro che hanno avuto ideazione suicidaria e/o hanno tentato il suicidio rispetto a coloro che non hanno ideato e/o tentato il suicidio.

Per prima cosa abbiamo indagato le associazioni bivariate tra tutti i costrutti attraverso una tabella di correlazione (vedi TAB. 5.2), dalla quale è emersa una correlazione statisticamente significativa ( $p < .01$ ) tra tutte le variabili considerate, a parte tra i tentativi di suicidio e l'Uso Problematico dei Social Media ( $r = -.02, p = .57$ ).

Successivamente, abbiamo approfondito le differenze esistenti tra le medie dei punteggi dei vari costrutti di chi ha avuto comportamenti suicidari e chi non li ha avuti con il *t*-test per campioni indipendenti (vedi TAB. 5.3 e TAB 5.4). Per quanto riguarda l'ideazione suicidaria, le medie risultate in misura maggiore significativamente diverse tra i due

gruppi erano quelle della depressione ( $t(643)= 11.51, p < .001$ ), della solitudine ( $t(643)= 9.93, p < .001$ ) e delle metacognizioni negative ( $t(643)= 9.98, p < .001$ ).

Invece, depressione ( $t(643)= 3.76, p < .001$ ), ansia ( $t(643)= 4.26, p < .001$ ) e stress ( $t(643)= 3.64, p < .001$ ) erano i costrutti con le medie che più si differenziavano in chi aveva messo in atto tentativi di suicidio e chi no.

TAB 5.2. Correlazioni ( $r$  di Pearson) tra le variabili incluse nello studio (\*\* $p < .01$ ).

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Ideazione suicidaria								
2. Tentativi di suicidio	.33**							
3. Depressione	.428**	.170**						
4. Ansia	.273**	.204**	.623**					
5. Stress	.302**	.164**	.737**	.718**				
6. Solitudine	.366**	.113**	.601**	.420**	.447**			
7. PSMU	.177**	-.023	.395**	.274**	.333**	.368**		
8. MC-neg	.374**	.113**	.585**	.534**	.581**	.479**	.428**	
9. MC- nc	.234**	.108**	.453**	.398**	.421**	.393**	.263**	.600**

Note: PSMU= Problematic Sociale Media Use; MC-neg= metacognizioni negative; MC-nc= metacognizioni di bisogno di controllo sul pensiero.

TAB. 5.3. T-test per campioni indipendenti (N, media, deviazione standard) per la variabile dipendente “*ideazione suicidaria*” (sì vs. no).

		N	Media	DS	<i>t</i>	gdl	<i>p</i>
Depressione	<i>Sì</i>	271	10.15	5.63	11.51	643	< .001
	<i>No</i>	374	5.47	4.27			
Ansia	<i>Sì</i>	271	6.67	5.09	6.90	643	< .001
	<i>No</i>	374	4.12	3.93			
Stress	<i>Sì</i>	271	11.19	4.92	7.85	643	< .001
	<i>No</i>	372	8.27	4.26			
Solitudine	<i>Sì</i>	271	17.47	4.68	9.93	643	< .001
	<i>No</i>	374	13.80	4.56			
PSMU	<i>Sì</i>	271	34.01	10.56	4.50	643	< .001
	<i>No</i>	374	33.31	9.89			
MC-neg	<i>Sì</i>	271	14.59	4.55	9.98	643	< .001
	<i>No</i>	374	11.16	3.90			
MC-nc	<i>Sì</i>	271	11.22	3.70	5.89	643	< .001
	<i>No</i>	374	9.62	2.97			

Note: PSMU= Problematic Sociale Media Use; MC-neg= metacognizioni negative; MC-nc= metacognizioni di bisogno di controllo sul pensiero.

TAB. 5.4. T-test per campioni indipendenti (N, media, deviazione standard) per la variabile dipendente “tentativi di suicidio”.

		N	Media	DS	<i>t</i>	gdl	<i>p</i>																																																																				
Depressione	<i>Sì</i>	48	10.67	6.25	3.76	643	< .001																																																																				
	<i>No</i>	597	7.18	5.25				Ansia	<i>Sì</i>	48	8.52	5.70	4.26	643	< .001	<i>No</i>	597	4.93	4.42	Stress	<i>Sì</i>	48	12.25	5.50	3.64	643	< .001	<i>No</i>	597	9.27	4.64	Solitudine	<i>Sì</i>	48	17.31	4.82	2.93	643	< .001	<i>No</i>	597	15.18	4.93	PSMU	<i>Sì</i>	48	31.04	11.01	0.54	643	.59	<i>No</i>	48	31.93	10.28	MC-neg	<i>Sì</i>	597	14.39	5.12	2.55	643	.014	<i>No</i>	48	12.46	4.43	MC-nc	<i>Sì</i>	48	11.58	4.41	2.14	643	.037
Ansia	<i>Sì</i>	48	8.52	5.70	4.26	643	< .001																																																																				
	<i>No</i>	597	4.93	4.42				Stress	<i>Sì</i>	48	12.25	5.50	3.64	643	< .001	<i>No</i>	597	9.27	4.64	Solitudine	<i>Sì</i>	48	17.31	4.82	2.93	643	< .001	<i>No</i>	597	15.18	4.93	PSMU	<i>Sì</i>	48	31.04	11.01	0.54	643	.59	<i>No</i>	48	31.93	10.28	MC-neg	<i>Sì</i>	597	14.39	5.12	2.55	643	.014	<i>No</i>	48	12.46	4.43	MC-nc	<i>Sì</i>	48	11.58	4.41	2.14	643	.037	<i>No</i>	597	10.19	3.27								
Stress	<i>Sì</i>	48	12.25	5.50	3.64	643	< .001																																																																				
	<i>No</i>	597	9.27	4.64				Solitudine	<i>Sì</i>	48	17.31	4.82	2.93	643	< .001	<i>No</i>	597	15.18	4.93	PSMU	<i>Sì</i>	48	31.04	11.01	0.54	643	.59	<i>No</i>	48	31.93	10.28	MC-neg	<i>Sì</i>	597	14.39	5.12	2.55	643	.014	<i>No</i>	48	12.46	4.43	MC-nc	<i>Sì</i>	48	11.58	4.41	2.14	643	.037	<i>No</i>	597	10.19	3.27																				
Solitudine	<i>Sì</i>	48	17.31	4.82	2.93	643	< .001																																																																				
	<i>No</i>	597	15.18	4.93				PSMU	<i>Sì</i>	48	31.04	11.01	0.54	643	.59	<i>No</i>	48	31.93	10.28	MC-neg	<i>Sì</i>	597	14.39	5.12	2.55	643	.014	<i>No</i>	48	12.46	4.43	MC-nc	<i>Sì</i>	48	11.58	4.41	2.14	643	.037	<i>No</i>	597	10.19	3.27																																
PSMU	<i>Sì</i>	48	31.04	11.01	0.54	643	.59																																																																				
	<i>No</i>	48	31.93	10.28				MC-neg	<i>Sì</i>	597	14.39	5.12	2.55	643	.014	<i>No</i>	48	12.46	4.43	MC-nc	<i>Sì</i>	48	11.58	4.41	2.14	643	.037	<i>No</i>	597	10.19	3.27																																												
MC-neg	<i>Sì</i>	597	14.39	5.12	2.55	643	.014																																																																				
	<i>No</i>	48	12.46	4.43				MC-nc	<i>Sì</i>	48	11.58	4.41	2.14	643	.037	<i>No</i>	597	10.19	3.27																																																								
MC-nc	<i>Sì</i>	48	11.58	4.41	2.14	643	.037																																																																				
	<i>No</i>	597	10.19	3.27																																																																							

Note: PSMU= Problematic Sociale Media Use; MC-neg= metacognizioni negative; MC-nc= metacognizioni di bisogno di controllo sul pensiero.

*Ipotesi 4.* La nostra ultima ipotesi intendeva esaminare il ruolo simultaneo di tutte le variabili dello studio nel predire ideazione suicidaria e tentativi di suicidio, aspettandoci che tutte le variabili insieme fossero fattori di rischio per la suicidalità. Per testarla abbiamo condotto due regressioni logistiche in cui le variabili dipendenti erano ideazione suicidaria e tentativi di suicidio, e le variabili indipendenti erano depressione, ansia e stress, solitudine, Uso Problematico dei Social Media, e metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero.

I risultati mostrano che, considerate tutte le variabili insieme, i fattori di rischio predittivi di ideazione suicidaria sono la depressione ( $Exp(B)=1.16$ ,  $gdl=1$ ,  $p < .001$ ; intervallo di confidenza: 1.92-1.22), le metacognizioni negative ( $Exp(B)=1.13$ ,  $gdl=1$ ,  $p < .001$ ; intervallo di confidenza: 1.07-1.2) e la solitudine ( $Exp(B)=1.08$ ,  $gdl=1$ ,  $p < .001$ ; intervallo di confidenza: 1.03-1.13), significative per  $p < .01$  (vedi TAB. 5.5).

Considerando i tentativi di suicidio, invece, emerge il ruolo preponderante di ansia ( $Exp(B)=1.11$ ,  $gdl=1$ ,  $p = .02$ ; intervallo di confidenza: 1.02-1.21) e Uso Problematico dei Social Media ( $Exp(B)=0.96$ ,  $gdl=1$ ,  $p = .02$ ; intervallo di confidenza: 0.93-0.99), con una significatività  $p < .05$ , e in particolare quest'ultima variabile, al netto delle altre, risulterebbe un fattore di protezione per la messa in atto di tentativi di suicidio (vedi TAB. 5.6). La varianza spiegata dal modello è pari rispettivamente a  $R^2=.29$  per l'ideazione suicidaria e  $R^2=.12$  per i tentativi di suicidio.

TAB. 5.5. Regressione logistica con ideazione suicidaria come variabile dipendente.

	<i>Exp(B)</i>	gdl	<i>p</i>	95% I.C. per <i>Exp(B)</i>	
				Inferiore	Superiore
Depressione	1.16	1	< .001	1.09	1.22
Ansia	.99	1	.73	.93	1.05
Stress	.96	1	.19	.90	1.02
Solitudine	1.08	1	.001	1.03	1.13
PSMU	.99	1	.15	.97	1
MCQ-neg	1.13	1	< .001	1.07	1.20
MCQ-nc	.97	1	.35	.90	1.04

Note: PSMU= Problematic Sociale Media Use; MC-neg= metacognizioni negative; MC-nc= metacognizioni di bisogno di controllo sul pensiero.

TAB. 5.6. Regressione logistica con tentativi di suicidio come variabile dipendente.

	<i>Exp(B)</i>	gdl	<i>p</i>	95% I.C. per <i>Exp(B)</i>	
				Inferiore	Superiore
Depressione	1.06	1	.26	.96	1.16
Ansia	1.11	1	.02	1.02	1.21
Stress	1.01	1	.85	.90	1.13
Solitudine	1.02	1	.60	.94	1.10
PSMU	.96	1	.02	.93	.99
MCQ-neg	1	1	.98	.91	1.10
MCQ-nc	1.02	1	.71	.92	1.13

Note: PSMU= Problematic Sociale Media Use; MC-neg= metacognizioni negative; MC-nc= metacognizioni di bisogno di controllo sul pensiero.

## 6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Nel presente studio abbiamo approfondito il fenomeno dell'ideazione suicidaria e dei tentativi di suicidio nella popolazione generale sulla base di variabili demografiche e di costrutti di salute mentale; in particolar modo, è stata indagata l'associazione tra suicidalità recente e passata e la presenza di disturbi mentali, distress psicologico, Uso Problematico dei Social Media e metacognizioni negative e di bisogno di controllo sul pensiero. Abbiamo infine realizzato un modello finale con tutte le variabili dello studio considerate simultaneamente, con l'obiettivo di identificare i principali fattori di rischio del comportamento suicidario.

In termini generali, è emersa una relazione forte e significativa tra suicidalità e problematiche di salute psichica, sulle quali, dunque, va posta un'attenzione specifica per l'implementazione dei programmi di prevenzione. Tuttavia, l'Uso Problematico dei Social Media è risultato non correlare in maniera significativa con i tentativi di suicidio; eppure, quando la variabile è stata inserita nel modello finale, emergeva come fattore di protezione dei tentativi, al netto di tutte le altre variabili considerate.

La prima ipotesi della nostra ricerca prevedeva di rilevare nel campione differenze significative di genere ed età (ipotesi 1), sulla base delle evidenze presenti in letteratura di una maggiore prevalenza di comportamenti suicidari nel genere femminile e una probabilità superiore di ideazione di suicidio prima dei 35 anni e di tentativi suicidari tra i 35 e i 64 anni (Scocco et al., 2008; Nock et al., 2008; Borges et al., 2010; Carrasco-Barrios et al., 2020). Dalle analisi condotte, tuttavia, non sono emerse differenze significative tra maschi e femmine: le frequenze dei due generi sono risultate equamente distribuite, sia per quanto riguarda l'ideazione che per i tentativi di suicidio, presenti e passati. Questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che nel nostro campione è



presente una numerosità di soggetti di genere femminile nettamente superiore, pertanto la non significatività potrebbe essere dovuta a questa profonda discrepanza. In più, un limite delle ricerche sul comportamento suicidario spesso evidenziato è che non esistono definizioni univoche adottate da tutti i ricercatori, e questo rende difficile stimare in maniera accurata la prevalenza di questi fenomeni, oltre che realizzare dei confronti attendibili tra i vari studi.

Rispetto all'età, l'analisi statistica dei dati del nostro studio ha mostrato che coloro che avevano avuto ideazione di suicidio nell'ultimo anno erano significativamente più giovani rispetto a coloro che non avevano pensato di togliersi la vita di recente, con un'età media di 23 anni; l'età del campione con ideazione nel passato e tentativi di suicidio recenti e passati, non è, invece, risultata significativamente differente da quella del campione senza comportamenti suicidari. I risultati ottenuti sono dunque solo parzialmente in accordo con la letteratura sul tema, che infatti riscontra una preponderanza di pensieri relativi al togliersi la vita in giovane età a livello internazionale. Va considerato, tuttavia, che solo 21 partecipanti hanno avuto ideazione di suicidio esclusivamente nell'ultimo anno, dunque la significatività di questo risultato potrebbe essere poco accurata. Per quanto riguarda i tentativi suicidari, nel nostro campione la maggior parte dei soggetti aveva un'età compresa tra i 20 e i 24 anni: è dunque possibile che tale variabile demografica non sia risultata significativa a causa della scarsa rappresentatività della fascia d'età che in letteratura è associata ad un maggior rischio di tentativi di suicidio (35-64).

Va tenuto in considerazione anche che una meta-analisi recente (Carrasco-Barrios et al., 2020), la quale ha realizzato una revisione sistematica di 26 ricerche sui fattori determinanti della suicidalità, ha riportato l'esistenza di un bias di pubblicazione

significativo per quanto riguarda l'associazione tra comportamento suicidario e diversi fattori, tra cui quella con il genere e l'età. Pertanto, questo potrebbe aver influenzato la diffusione delle ricerche a supporto di questo risultato, distorcendo così la portata effettiva delle conclusioni secondo cui il genere femminile sarebbe il più rappresentato nella suicidalità e l'età sarebbe una variabile significativa per il rischio suicidario.

La seconda ipotesi di ricerca prevedeva di trovare un'associazione positiva e statisticamente significativa tra suicidalità e disturbi psicopatologici (ipotesi 2), con una maggiore presenza di diagnosi psichiatriche in coloro che avevano ideato e/o tentato il suicidio rispetto a chi non aveva avuto comportamenti suicidari, in linea con gli studi presenti in letteratura che supportano tale evidenza (Bernal et al., 2007; Nock et al., 2008; Scocco et al., 2008), tra cui diverse revisioni sistematiche e meta-analisi (Franklin et al., 2017; Gvion & Levi-Belz, 2018; Carrasco-Barrios et al., 2020). Dalle analisi condotte l'ipotesi è stata confermata: infatti, è emerso che coloro che avevano ricevuto una diagnosi di disturbo mentale presentavano livelli maggiori sia di ideazione che di tentativi di suicidio. Il risultato ottenuto supporta l'evidenza presente nel panorama scientifico attuale di un maggior rischio suicidario nella popolazione clinica (Turecki & Brent, 2016; Turecki et al., 2019; OMS, 2021): avere un disturbo mentale aumenta significativamente la probabilità di pensare alla propria morte e/o mettere in atto condotte volte a togliersi la vita. Considerando i singoli disturbi mentali, l'ideazione suicidaria è risultata più frequente in individui con diagnosi di Depressione Maggiore: ciò è coerente con i numerosi studi che dimostrano come tale disturbo sia un fattore di rischio altamente specifico di suicidalità (Yoshimasu et al., 2008; Hardt et al., 2015; Klonsky et al., 2016; Pervin & Ferdowshi, 2016; Turecki & Brent, 2016; Turecki et al., 2019; Carrasco-Barrios et al., 2020; Park et al., 2020), tanto da costituirne uno dei criteri diagnostici (APA, 2013).

Tra coloro che avevano tentato il suicidio la diagnosi passata più diffusa era quella di Depressione Maggiore, mentre quella recente più frequente (ultimi sei mesi) era quella di Disturbo di Personalità, risultato in linea con l'evidenza di un maggior rischio suicidario per chi soffre di DP (Overholser et al., 2002 citato da Ansell et al., 2015; ), come osservato da uno studio longitudinale che ha riscontrato un'associazione significativa tra diversi DP e i tentativi suicidari, in particolar modo il Disturbo Borderline di Personalità (Ansell et al., 2015). Va tenuto in conto, tuttavia, che questo dato non è fortemente rappresentativo, poiché infatti solo 21 partecipanti alla ricerca (3.3%) hanno dichiarato di aver ricevuto diagnosi psichiatrica negli ultimi 6 mesi.

Un'altra associazione indagata è stata quella tra suicidalità e diversi costrutti di salute mentale (ipotesi 3): il distress psicologico (depressione, ansia, stress), il senso di solitudine, l'Uso Problematico dei Social Media e le metacognizioni disfunzionali, nello specifico del nostro studio quelle negative e di bisogno di controllo sul pensiero. Dalle analisi effettuate è emersa una correlazione positiva e statisticamente significativa tra tutte le variabili considerate, eccetto che per i tentativi di suicidio e il PSMU. In altre parole, all'aumentare dei livelli di distress psichico, senso di solitudine e metacognizioni disadattive (negative e di bisogno di controllo sul pensiero) aumentavano l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio, e viceversa; un aumento di PSMU, invece, era associato ad un aumento solo di ideazione suicidaria, ma non di tentativi. Le correlazioni risultate più forti sono quelle di ideazione suicidaria con depressione, solitudine e metacognizioni negative, e di tentativi di suicidio con depressione, ansia e stress. Le associazioni positive rilevate confermano la nostra ipotesi, in accordo con la letteratura sul tema. Infatti, per quanto riguarda il distress psicologico, il dolore psichico nelle sue diverse possibili manifestazioni, tra le quali ansia e depressione, è considerato uno dei principali facilitatori

di suicidio (Shneidman, 1993; Orbach et al., 2003; Tossani, 2012). Come sostenuto dal modello biopsicosociale del rischio suicidario proposto da Turecki e colleghi (2019), dimensioni psicopatologiche tra cui, in particolare, umore depresso e disregolato, rappresentano dei fattori di rischio prossimali di suicidio di importanza centrale; in più, essere in una condizione psichica di grave stress aumenta la probabilità di vedere la propria morte come l'unica via di uscita e lo stress può dunque essere considerato un fattore precipitante di suicidio (Turecki et al., 2019). Anche l'ansia è stata rilevata come predittore di suicidalità, così come osservato da uno studio longitudinale del 2005 (Sareen et al.) che, per la prima volta, ha dimostrato che un pre-esistente Disturbo d'Ansia è un fattore di rischio indipendente per l'insorgenza successiva di ideazione e tentativi di suicidio, e che la presenza di depressione e ansia in comorbidità amplifica il rischio di mettere in atto tentativi per togliersi la vita. L'ansia, inoltre, è indicata tra i principali fattori di rischio suicidario e campanelli d'allarme da alcune organizzazioni che si occupano di prevenzione (AFSP, s.d.; CDC, 2022).

Anche la solitudine è stata ripetutamente associata a conseguenze negative per il benessere psichico (Cacioppo et al., 2006; Heinrich & Gullone, 2006 citati da Stickley & Koyanagi, 2016; Beutel et al., 2017) e i risultati ottenuti dalla verifica della terza ipotesi sono in linea con diverse ricerche che riportano una maggiore probabilità di ideazione suicidaria e/o di tentativi di suicidio in individui con vissuto di solitudine (Stickley & Koyanagi, 2016; Beutel et al., 2017; Gvion & Levi-Belz, 2018; Helm et al., 2020; McClelland et al., 2020; Gomboc et al., 2021).

Inoltre, in letteratura emerge come livelli elevati di metacognizioni disfunzionali siano associati a malessere psichico (Wells & Matthews, 1994, 1996 citato da Quattropiani et al., 2015; Spada et al., 2008; Yilmaz et al., 2011 citati da Quattropiani et al., 2015; Ramos-

Cejudo & Salguero, 2017; Sun et al., 2017) e studi recenti hanno osservato una loro associazione, diretta e indiretta, con l'ideazione suicidaria, come la ricerca di Aadahl e colleghi (2021) e di Hallard e collaboratori (2021). Quando sono presenti convinzioni metacognitive negative il soggetto percepisce le proprie preoccupazioni come altamente significative e dunque ritiene che sia impossibile e sbagliato ignorarle: si può ipotizzare che da ciò possa emergere un impulso a mettere in pratica ciò che sta pensando e a seguire il flusso dei propri pensieri, e, nel caso dei pensieri autolesionistici, ciò può esporre ad un maggior rischio di condotte suicidarie. Essere invece convinti che i propri pensieri non possano assolutamente sfuggire dal proprio controllo (metacognizioni di bisogno di controllo sul pensiero) può essere causa di ansia e agitazione (Ramos-Cejudo & Salguero, 2017) e ciò può portare ad un maggiore discontrollo emotivo e comportamentale che, anche in questo caso, si può ipotizzare esponga ad un maggior rischio di comportamenti suicidari.

L'Uso Problematico dei Social Media correlava, invece, solo con l'ideazione suicidaria: questo risultato è solo parzialmente concorde con la nostra ipotesi, poiché ci aspettavamo elevati punteggi di PSMU nella suicidalità nel complesso, dati i riscontri in letteratura dell'impatto negativo sulla salute psichica di tale forma di dipendenza (Inchley et al., 2020; Shannon et al., 2021), anche se, comunque, l'effetto del PSMU sul comportamento suicidario ancora non è stato ancora chiarito nel panorama scientifico attuale. Questo risultato, comunque, è in linea con uno studio di quest'anno (Kah et al.) che non aveva rilevato una correlazione significativa tra tale forma di dipendenza e la suicidalità. In ogni caso, possiamo ipotizzare che con l'aumentare dell'Uso Problematico dei Social Media aumenti anche l'ideazione suicidaria poiché un uso compulsivo delle piattaforme di social media può portare ad un incremento del disagio psichico sperimentato (Andreassen et al.,

2012; Hanprathet et al., 2015; Andreassen et al., 2017; O'Reilly et al., 2018 citati da Shannon et al., 2021), sia a causa delle conseguenze negative che comunemente sono associate a qualsiasi forma di dipendenza, sia attraverso fenomeni specificatamente legati al PSMU, come il cyberbullismo e i disturbi del sonno (Sedgwick et al., 2019). Allo stesso tempo, l'ideazione di suicidio potrebbe aumentare le probabilità che il soggetto utilizzi i social in maniera compulsiva come fonte di distrazione dai propri pensieri suicidari, dando però così origine ad un circolo vizioso.

Per approfondire la natura delle correlazioni riscontrate, l'ultima ipotesi intendeva verificare quali delle variabili, prese in considerazione simultaneamente, predicessero in misura maggiore il comportamento suicidario (ipotesi 4). Dalle analisi effettuate è emerso che i fattori di rischio più forti di ideazione suicidaria erano la depressione, le metacognizioni negative e la solitudine; i tentativi di suicidio, invece, erano predetti in misura maggiore dall'ansia. Tale risultato può essere compreso alla luce delle evidenze scientifiche disponibili. Per quanto riguarda l'ideazione suicidaria, la depressione ha sempre avuto un ruolo di primo piano come fattore di rischio, data la sua forte associazione con il comportamento suicidario: il vissuto tipico di questo stato psicopatologico, caratterizzato, tra le altre cose, da disperazione, perdita di interesse e piacere, senso di colpa e autosvalutazione, può facilmente portare il soggetto ad avere ricorrenti pensieri relativi alla propria morte, la quale viene vista come modo per sfuggire al profondo senso di malessere sperimentato. Rispetto alle metacognizioni negative, come riportato sopra, le convinzioni disfunzionali sul proprio pensiero sono state associate a problemi di salute mentale: quando la persona è convinta che i propri pensieri di preoccupazione sono pericolosi ed impossibili da ignorare, può provare una sensazione di perdita di controllo e sviluppare l'idea che il pensiero costituisca una minaccia (Wells,

2009; Wells, 2019 citati da Capobianco et al., 2020) e possiamo ipotizzare che ciò possa avere, come conseguenza, un aumento dei pensieri sul provocarsi la morte. Infine, rispetto alla solitudine, i risultati ottenuti supportano la Teoria Interpersonale-Psicologica del Suicidio di Joiner (2005) che pone in primo piano l'importanza del senso di appartenenza nella determinazione della suicidalità.

Per quanto riguarda i tentativi suicidari, il ruolo centrale dell'ansia può essere spiegato alla luce del Modello Cognitivo di Beck (Wenzel & Beck, 2008), secondo cui, una volta attivato lo schema suicidario, l'ansia e l'agitazione emergono spesso come espressione emotiva e comportamentale di una fissazione attentiva verso il suicidio, la quale, insieme ad un senso di disperazione, aumenta il rischio di mettere in atto tentativi per togliersi la vita.

È interessante notare come la dipendenza da social media sia risultata un fattore di protezione per la messa in atto di tentativi suicidari. Questo risultato può essere spiegato a partire dallo studio di Jasso-Medrano & Lopez-Rosales (2018) che dimostra come sussista una correlazione negativa tra dipendenza da Internet e ideazione suicidaria in presenza di sintomi di depressione, concludendo che un uso eccessivo di internet permetterebbe di sfuggire da pensieri e sentimenti negativi, ridurre ansia, isolamento ed emozioni negative, oltre che ricevere supporto emotivo grazie alla connessione online con gli altri (Leung & Lee, 2012; Gamez-Guadix et al., 2013; Parra et al., 2016; Bousono et al., 2017; Daine et al., 2013 citati da Jasso-Medrano & Lopez-Rosales, 2018). Anche Macrynikola e colleghi (2021), riscontrando nella loro revisione sistematica della letteratura un'associazione poco consistente tra dipendenza da social media e suicidalità, hanno concluso che è possibile che in un primo momento un uso eccessivo di tali piattaforme possa portare dei benefici, ad esempio l'evitamento di emozioni negative,

come avviene per le altre forme di dipendenza. Possiamo dunque ipotizzare che, almeno in misura temporanea, un uso compulsivo dei social media possa avere un effetto positivo nel distogliere il soggetto dall'impulso di mettere in atto tentativi per togliersi la vita.

Infine, sia per quanto riguarda l'ideazione che i tentativi di suicidio, emerge una percentuale di varianza spiegata poco elevata, dunque ipotizziamo che ci siano ulteriori fattori da noi non considerati nella presente ricerca che contribuiscono a spiegare la suicidalità.

#### 6.1. Conclusioni: limiti dello studio, implicazioni cliniche e prospettive future

È importante sottolineare che i risultati del presente studio sono preliminari e che è possibile riscontrare alcune criticità.

Innanzitutto, un primo limite riguarda il metodo di raccolta dei dati, i quali sono stati ottenuti attraverso la somministrazione di un questionario: quest'ultimo è uno strumento *self-report*, che da un lato consente di raccogliere un'ampia mole di dati in maniera semplice ed immediata, ma dall'altro lato è soggetto al fenomeno della desiderabilità sociale, effetto di disturbo che può spingere il partecipante a fornire le risposte che pensa siano più accettabili piuttosto che quelle vere, compromettendo in questo modo l'affidabilità dei dati. Va infatti considerata anche la delicatezza del tema trattato, che può aver messo alla prova le capacità introspettive dei rispondenti, i quali potrebbero aver avuto difficoltà ad ammettere, anche a loro stessi, certi vissuti. In più, la compilazione avveniva online: nonostante venisse sottolineata l'assoluta riservatezza dei dati raccolti, non si può ignorare che il suicidio è un tema oggetto di tabù e pregiudizi e, dunque, chi ha risposto potrebbe non essere stato completamente sincero temendo di poter essere, in qualche modo, rintracciato. Inoltre, il questionario è stato condiviso sulle piattaforme di



social media più diffuse, ovvero Facebook, Instagram, Telegram e WhatsApp: è possibile che il campione si sia autoselezionato e che non sia dunque particolarmente rappresentativo della popolazione generale. Altri due limiti riguardano le caratteristiche demografiche del nostro campione di ricerca, che risulta essere eccessivamente omogeneo: infatti, è composto principalmente da individui di genere femminile e di età compresa tra i 20 e i 24 anni. Per una migliore analisi del fenomeno, sarebbe opportuno avere una rappresentazione maggiore del genere maschile e delle altre fasce d'età.

Inoltre, nella nostra ricerca non abbiamo distinto chi dei partecipanti aveva solo ideato e solo tentato il suicidio rispetto a chi, invece, aveva sia ideato che tentato: dunque, non abbiamo potuto individuare i fattori che potrebbero risultare cruciali nel passaggio dal pensiero alla messa in atto di suicidio.

Nonostante i limiti descritti, riteniamo che i risultati ottenuti possano rappresentare un prezioso contributo per prospettive di ricerca future che potrebbero ampliare e migliorare il nostro studio.

Innanzitutto, con la nostra ricerca è stata messa in luce la multidimensionalità del fenomeno suicidario, la cui eziologia è complessa e da approfondire ulteriormente per elaborare un modello eziopatogenetico completo ed esaustivo, in modo tale da orientare le misure preventive prendendo in considerazione tutti i principali fattori di rischio. Abbiamo infatti preso in considerazione non solo la psicopatologia come predittore di suicidalità, già ampiamente trattata in letteratura, ma anche fattori sociali, ovvero la solitudine e il PSMU, e fattori cognitivi, ovvero le metacognizioni disfunzionali, aspetti ancora poco studiati nella loro associazione con il comportamento suicidario. Abbiamo inoltre potuto osservare come i fattori di rischio dell'ideazione suicidaria fossero diversi da quelli dei tentativi di suicidio: è quindi possibile ipotizzare, così come già sottolineato

in letteratura (Glenn & Nock, 2014 citato da Klonsky et al., 2016; Liu & Miller, 2014), che le dimensioni su cui concentrarsi nella gestione della suicidalità siano differenti nei due casi. Sarebbe opportuno, dunque, in studi successivi, focalizzarsi sui fattori cruciali nel passaggio dal pensiero all'azione.

Sarebbe inoltre interessante approfondire maggiormente il ruolo della metacognizione disadattiva e del PSMU in studi futuri sulla suicidalità. Una possibile prospettiva di ricerca futura potrebbe consistere in uno studio longitudinale in cui viene indagata l'associazione, nel lungo periodo, tra comportamenti suicidari e Uso Problematico dei Social Media: infatti, se tale dipendenza potrebbe costituire un fattore di protezione a breve termine grazie ai rinforzi positivi ad essa associati, nel lungo periodo potrebbero emergere le conseguenze negative sul benessere psichico di tale uso compulsivo, che potrebbero portare ad un peggioramento di ideazione e tentativi di suicidio. Andrebbe tenuta in conto, inoltre, anche l'importanza di avere una definizione teorica condivisa sia del comportamento suicidario che dell'Uso Problematico dei Social Media, specificando in termini assoluti i criteri che delimitano chiaramente questi due fenomeni, per poter realizzare un confronto più accurato tra le ricerche. Infatti, il costrutto della suicidalità viene spesso operazionalizzato in modo diverso da ricercatori diversi (Harmer et al., 2022) e l'Uso Problematico dei Social Media, non essendo ancora un disturbo psicopatologico classificato nei principali manuali diagnostici (DSM-V, 2013; ICD-10, 1994), non ha ancora dei criteri stabiliti (Lam, 2014; Rial et al., 2014; Laconi et al., 2015 citati da Jasso-Medrano & Lopez-Rosales, 2018) e viene definito in maniera differente da autori diversi.

In un progetto di ricerca più ampio sarebbe interessante anche approfondire il fenomeno della suicidalità tramite un confronto tra la popolazione generale e una popolazione

clinica, per comprendere quali fattori caratterizzino il comportamento suicidario nei due campioni di soggetti.

La nostra ricerca ha diverse implicazioni cliniche. Sicuramente risulta essenziale strutturare i programmi di prevenzione del suicidio con un focus specifico sulla psicopatologia: la sofferenza psicologica che caratterizza tutte le forme di patologia mentale è un forte e ormai incontrovertibile fattore di rischio della suicidalità. Tuttavia, questa evidenza, da decenni condivisa in letteratura, non basta per andare nella direzione di una riduzione drastica dei fenomeni suicidari: è fondamentale concentrarsi anche su altre dimensioni, ancora poco considerate, che possono essere implicate nella relazione tra salute mentale e suicidalità. Innanzitutto, bisognerebbe porre enfasi sulle iniziative che promuovono coesione sociale: spesso le misure preventive si focalizzano esclusivamente sul singolo, ma andrebbero integrate con strategie il cui focus è l'integrazione e il senso di appartenenza. È importante anche porre attenzione sulle credenze che le persone si costruiscono e mantengono circa i propri pensieri, poiché metacognizioni disfunzionali espongono al rischio di ansia e depressione, che aumentano a loro volta il rischio di suicidalità. Potrebbero rivelarsi utili, quindi, trattamenti che aiutano coloro che presentano ideazione suicidaria a gestire la propria mente in maniera funzionale.

In conclusione, nonostante i limiti sopra riportati, con il presente studio ci siamo proposti di dare un contributo alla riflessione sul fenomeno suicidario, concentrandoci su problematiche di salute mentale e includendo variabili ancora poco studiate nella loro associazione con la suicidalità. Riteniamo che sia fondamentale un'attenzione specifica e peculiare verso questa realtà da parte della comunità scientifica e auspichiamo che in un futuro non troppo lontano si possa arrivare ad una prospettiva condivisa per la gestione ottimale del rischio suicidario.



## 7. BIBLIOGRAFIA

Aadahl, V., Wells, A., Hallard, R., & Pratt, D. (2021). Metacognitive beliefs and suicidal ideation: An experience sampling study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(23), 12336.

Ansell, E. B., Wright, A. G. C., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Hopwood, C. J., Zanarini, M. C., Yen, S., Pinto, A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2015). Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *6*(2), 161–167.

Appel, M., Marker, C., & Gnambs, T. (2019). Are social media ruining our lives? A review of meta-analytic evidence. *Review of General Psychology*, *24*(1), 60–74.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 497–529.

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, *101*(1-3), 27–34.

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, *17*(1).

Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Frontiers in Psychiatry, 9*.

Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., ... Kessler, R. C. (2010). Twelve-Month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry, 71*(12), 1617–1628.

Campos, R. C., Holden, R. R., Baleizão, C., Caçador, B., & Fragata, A. S. (2018). Self-Criticism, neediness, and distress in the prediction of suicide ideation: Results from cross-sectional and longitudinal studies. *The Journal of Psychology, 152*(4), 237–255.

Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *Plos One, 15*(9), Articolo e0238457.

Carrasco-Barrios, M. T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Castillejos, M. C., Petkari, E., & Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of suicidality in the european general population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 4115.

*Digital 2022 - I dati italiani.* (2022, 9 febbraio). We Are Social Italy. <https://wearesocial.com/it/blog/2022/02/digital-2022-i-dati-italiani/>

Durkheim, É. (1951). *Suicide, a study in sociology.* Free Press. <https://www.gacbe.ac.in/images/E%20books/Durkheim%20-%20Suicide%20-%20A%20study%20in%20sociology.pdf>

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

*Frequently asked questions about suicide.* (2021). National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq>

Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., A, M.-M., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 152–162.

Gomboc, V., Krohne, N., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Zadavec Šedivy, N., & De Leo, D. (2021). Emotional and social loneliness as predictors of suicidal ideation in different age groups. *Community Mental Health Journal*.

Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, *9*.

Hallard, R. I., Wells, A., Aadahl, V., Emsley, R., & Pratt, D. (2021). Metacognition, rumination and suicidal ideation: An experience sampling test of the self-regulatory executive function model. *Psychiatry Research*, *303*, 114083.

Hardt, J., Bernert, S., Matschinger, H., Angermeier, M. C., Vilagut, G., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess, V., & Alonso, J. (2015). Suicidality and

its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: Results from the ESEMeD study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 168–174.

Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2022). Suicidal Ideation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Helm, P. J., Medrano, M. R., Allen, J. J. B., & Greenberg, J. (2020). Existential isolation, loneliness, depression, and suicide ideation in young adults. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(8), 641–674.

Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. *International report*. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.

*Indagine su decessi e cause di morte*. (s.d.). Istituto Nazionale di Statistica. <http://dati.istat.it/>

Jasso-Medrano, J. L., & López-Rosales, F. (2018). Measuring the relationship between social media use and addictive behavior and depression and suicide ideation among university students. *Computers in Human Behavior*, 87, 183–191.

Kah, K. S., Ching, S. S., Choy, Q. C., Kam, F. L., Ravindran, L., & Ibrahim, N. (2022). The influence of self-esteem, loneliness, and suicidality on social media addiction. *International Journal of Education, Psychology and Counseling*, 7(45), 199–208.



Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*(1), 307–330.

Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 181–192.

Macrynika, N., Auad, E., Menjivar, J., & Miranda, R. (2021). Does social media use confer suicide risk? A systematic review of the evidence. *Computers in Human Behavior Reports, 3*, 100094.

Marino, C., Lenzi, M., Canale, N., Pierannunzio, D., Dalmasso, P., Borraccino, A., Cappello, N., Lemma, P., Vieno, A., & and the 2018 HBSC-Italia Group. (2020). Problematic social media use: Associations with health complaints among adolescents. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 56*, Articolo 4.

Marttila, E., Koivula, A., & Räsänen, P. (2021). Does excessive social media use decrease subjective well-being? A longitudinal analysis of the relationship between problematic use, loneliness and life satisfaction. *Telematics and Informatics, 59*, 101556.

McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders, 274*, 880–896.

*National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization; 2018.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O.,

Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, *192*(2), 98–105.

*Number of social media users worldwide from 2018 to 2022, with forecasts from 2023 to 2027.* (2022, giugno). Statista. <https://www.statista.com/statistics/278414/number-of-worldwide-social-network-users/>

O'Day, E. B., & Heimberg, R. G. (2021). Social media use, social anxiety, and loneliness: A systematic review. *Computers in Human Behavior Reports*, *3*, 100070.

Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 231–241.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*(2), 160–164.

Park, C. H. K., Lee, J. W., Lee, S. Y., Moon, J., Jeon, D.-W., Shim, S.-H., Cho, S.-J., Kim, S. G., Lee, J., Paik, J.-W., Kim, M.-H., You, S., Jeon, H. J., Rhee, S. J., Kim, M. J., Kim, J., & Ahn, Y. M. (2020). Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, *131*, 1–8.

Pervin, M. M., & Ferdowshi, N. (2016). Suicidal ideation in relation to depression, loneliness and hopelessness among university students. *Dhaka University Journal of Biological Sciences*, *25*(1), 57–64.

Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2015). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *Journal of Public Health, 38*(3), Articolo e282-e291.

Quattropani, M. C., Lenzo, V., Mucciardi, M., & Toffle, M. E. (2015). Psychometric properties of the italian version of the short form of the metacognitions questionnaire (MCQ-30). *Applied Psychology Bulletin, 269*, 29–41.

Rainone, A., Tenore, K., Bertuzzi, A., Cantarano, S., Carenti, M. L., Cruciani, L., De Angelis, A., Fabene, G., Govetto, C., Gregni, E., Liso, F., Pietracci, L., Sabatini, P., Sisto, M., Spennato, A., & Tommasi, D. (2014). Il fenomeno del suicidio: Epidemiologia e Definizioni. *Cognitivismo Clinico, 11*, 2, 169–184.

Ramos-Cejudo, J., & Salguero, J. M. (2017). Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry Research, 250*, 25–29.

*Risk factors, protective factors, and warning signs.* (s.d.). American Foundation for Suicide Prevention. <https://afsp.org/risk-factors-protective-factors-and-warning-signs#risk-factors>

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry, 62*(11), 1249.

Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European

Study on the Epidemiology of Mental Disorders – World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 13–21.

Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R., & Ougrin, D. (2019). Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 534–541.

Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P. J., Hellemans, K. G., & Guimond, S. (2021). Problematic social media use in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 9(4), Articolo e33450.

Shaw, R. J., Cullen, B., Graham, N., Lyall, D. M., Mackay, D., Okolie, C., Pearsall, R., Ward, J., John, A., & Smith, D. J. (2021). Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: A nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *Journal of Affective Disorders*, 279, 316–323.

Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 28(3), 245-250.

Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 197, 81–87.

*Suicide and suicide prevention.* (s.d.).

<https://www.apa.org>. <https://www.apa.org/topics/suicide>

*Suicide Prevention. Risk and protective factors.* (2022, 5 agosto). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>

*Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates.* Geneva: World Health Organization; 2021.

*Suicide.* (2021, 17 giugno). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Summer, A. (2019, 20 settembre). *Social media's growing impact on our lives.* <https://www.apa.org/members/content/social-media-research>

Sun, X., Zhu, C., & So, S. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry, 45*, 139-153.

Tossani, E. (2013). The concept of mental pain. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*(2), 67–73.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet, 387*(10024), 1227–1239.

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers, 5*(1).

Van Heeringen, K., Hawton, K. & Williams, J. M. G. (2000). Pathways to Suicide: an Integrative Approach. In Hawton, K. & van Heeringen, K. (Ed.), *The International handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 223-237). Wiley & Sons, Incorporated, John. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9780470698976>

Vichi, M., & Ghirini, S. (2020, 10 settembre). *Il fenomeno suicidario in italia. aspetti epidemiologici e fattori di rischio*. Istituto Superiore di Sanità.

Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology, 12*(4), 189–201.

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine, 13*(5), 243–256.