



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

**DOTTORATO IN NEUROSCIENZE CLINICO-
SPERIMENTALI E PSICHIATRIA**

Interventi precoci nelle psicosi e nei disturbi dell'umore

Coordinatrice: Prof.ssa Cristina Limatola

TESI DI DOTTORATO

**Abuso emotivo e stati mentali pre-suicidari: studio dei
potenziali mediatori in un campione di pazienti con
diagnosi psichiatrica**

Dipartimento di Neuroscienze Umane

Relatore

Prof. Massimo Pasquini

Candidata

Rogante Elena

Relatore aggiunto

Prof. Maurizio Pompili

A.A. 2024-2025

INDICE

Introduzione	5
 Capitolo 1. Maltrattamento emotivo infantile, stili di attaccamento e funzione riflessiva	
1.1 Il maltrattamento infantile: definizione e cenni storici	7
1.2 Epidemiologia del maltrattamento infantile	12
1.3 Il maltrattamento emotivo	14
1.4 Conseguenze del maltrattamento emotivo	19
1.5 Gli stili di attaccamento e la loro evoluzione nell'adulto	21
1.5.1 <i>Associazioni tra maltrattamento infantile e attaccamento nell'adulto</i>	25
1.6 La funzione riflessiva	27
1.6.1 <i>Associazione tra maltrattamento infantile e funzione riflessiva</i>	33
 Capitolo 2. Il rischio di suicidio	
2.1 Epidemiologia del suicidio	36
2.1.1 <i>Modello di formulazione del rischio di suicidio</i>	38
2.2 La crisi suicidaria	40
2.2.1 <i>Gli stati mentali pre-suicidari</i>	44
2.3 Elementi trasversali associati al rischio di suicidio	45
2.4 Associazioni tra rischio di suicidio, abusi emotivi nell'infanzia, funzione riflessiva e stile di attaccamento adulto	50

Capitolo 3. Abusi emotivi infantili, stili di attaccamento, funzione riflessiva e stati mentali pre-suicidari: risultati di uno studio trasversale in un campione di pazienti con diagnosi psichiatrica

3.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca	58
3.2 Materiali e metodi	59
3.3 Risultati	64
3.4 Discussione	74
3.4.1 <i>Limiti e prospettive future</i>	79
3.6 Conclusioni	81
Bibliografia	83

Introduzione

L'esposizione ai maltrattamenti in periodi critici del ciclo di vita, nei quali le figure significative rivestono una grande importanza per la propria sopravvivenza e cura, può generare conseguenze enormemente distruttive in termini di salute mentale e fisica, sia nel breve che nel lungo periodo, attraverso il loro ruolo nell'innescare traiettorie devianti dal normale sviluppo (Russotti et al., 2021; Cay et al., 2022). In particolare, le sequele degli abusi emotivi, caratterizzati da persistente rifiuto, abbandono, assenza di vicinanza emotiva, umiliazione e isolamento, possono includere anche forme aberranti di attaccamento e funzione riflessiva, in quanto entrambi i costrutti prendono le mosse ed evolvono nel contesto familiare. A loro volta, l'attaccamento insicuro e i deficit di mentalizzazione sono forieri di effetti disadattivi che possono innescare o esacerbare aspetti psicopatologici (Herstell et al., 2021; Santoro et al., 2021; Johnson et al., 2022).

I costrutti sopracitati, occupano, inoltre, un posto nelle principali teorie che cercano di spiegare il suicidio e la sua prevenzione, come la Teoria Interpersonale di Joiner (2005), la Three-Step Theory of Suicide (Klonsky & May, 2015), o il Modello Integrato Motivazionale-Volitivo (O'Connor et al., 2018), qualificandosi come fattori che è necessario indagare e, per quanto possibile, gestire al fine di ottenere risultati significativi anche in ottica preventiva. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato associazioni tra il rischio di suicidio, gli abusi emotivi, l'attaccamento insicuro e la funzione riflessiva (Green et al., 2021; Schönfelder et al., 2021; Nestor & Sutherland, 2022).

Il presente lavoro si pone quindi come obiettivo quello di valutare un campione di pazienti ricoverati in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'A.O.U. Sant'Andrea di Roma per esplorare le potenziali associazioni tra abusi infantili,

stili di attaccamento, funzione riflessiva e stati mentali pre-suicidari al fine di fornire preziose informazioni per orientare le strategie di prevenzione e gli interventi più adeguati.

Nel primo capitolo si espongono le principali considerazioni teoriche circa il maltrattamento infantile, con particolare riferimento all'abuso emotivo, lo stile di attaccamento con la sua consolidazione nell'adulto e la funzione riflessiva, nonché le reciproche interazioni tra queste variabili.

Nel secondo capitolo si espone la complessità del rischio suicidario, a partire dai dati epidemiologici, per passare ad esporre le basi teoriche sottostanti l'assessment del rischio oltre ai principali elementi transdiagnostici ad esso associato, con particolare focus sulla crisi suicidaria e sugli stati mentali prodromici del rischio di suicidio.

Nel terzo capitolo, infine, vengono esposti i risultati dello studio e, alla luce della letteratura scientifica, ne vengono discusse le possibili interpretazioni e le implicazioni cliniche.

Capitolo 1

Maltrattamento emotivo infantile, stili di attaccamento e funzione riflessiva

1.1 Il maltrattamento infantile: definizione e cenni storici

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002) definisce il maltrattamento infantile come

“un problema globale con serie conseguenze a lungo termine che comprende abusi e neglect che si verificano nei bambini con età inferiore a 18 anni. Include tutti i tipi di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, neglect, negligenza e sfruttamento che ha come risultato un danno effettivo o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere”.

La definizione del fenomeno ha permesso, negli anni, di studiare gli effetti e le conseguenze del maltrattamento infantile. In psicologia, il trauma psicologico viene definito come una circostanza in cui un evento supera o eccede la capacità di una persona di proteggere il proprio benessere e la propria integrità psichica (Cloitre et al., 2006). Di conseguenza, la complessità che si evince dalla definizione fornita dall'OMS coinvolge sia le caratteristiche dell'evento stesso sia gli aspetti soggettivi della risposta dell'individuo.

Lo studio del maltrattamento infantile, però, non è sempre stato costante e prosperoso, anzi, per un lungo periodo, le ricerche che mettevano in luce comportamenti di negligenza nei confronti dei bambini sono state ostacolate o censurate per non provocare polemiche e critiche (Lanius et al., 2010).

Uno dei primi studiosi che ha canalizzato le sue energie nell'approfondimento degli abusi fisici infantili è stato Tardieu (1860) che, nella seconda metà dell'800, descrisse casi di bambini che avevano sperimentato episodi attualmente classificati come abusi e negligenza ad opera di genitori o insegnanti. Inoltre, Tardieu notò che gli abusi potevano verificarsi anche in assenza di ripercussioni fisiche identificabili pur avendo un impatto devastante sul funzionamento psicologico dell'individuo. In una delle edizioni successive (1878), Tardieu incluse anche gli abusi sessuali, specialmente ad opera dei padri. Il contesto socioculturale nel quale questi risultati vennero divulgati, però, non era pronto ad accettare tali accuse, le opere di Tardieu scatenarono indignazione, tanto da considerare questi episodi come "simulazioni" da parte degli stessi bambini (Masson, 1984). Anche Paul Briquet (1859) si occupò di abusi infantili, seppur declinandoli in un'ottica psicopatologica. Ipotizzò, infatti, che gli episodi di isteria derivassero da esperienze di violenza domestica e maltrattamenti infantili protratti in soggetti vulnerabili (Ellenberger, 1970). Successivamente sia Charcot che Janet si ispirarono a Briquet, riconoscendo gli eventi traumatizzanti come fattori eziologici delle manifestazioni isteriche (Dorahy et al., 2010). Il ruolo del trauma infantile incestuoso viene ripreso anche da Freud che, nell' *"Eziologia dell'isteria"* (1896), considerava i traumi sessuali subiti in età infantile come la condizione basilare per il successivo sviluppo dell'isteria. Nel 1898, in seguito alle critiche rivolte all'ipotesi di un'eziologia di natura sessuale dell'isteria, Freud espose i suoi dubbi a Fliess, seppur non ritrattando mai completamente questa teoria.

Nella prima metà del '900, Ferenczi (1949) attribuì alla presenza di abusi sessuali infantili la causa principale dello sviluppo delle nevrosi, invitando i suoi colleghi a rivolgere l'attenzione a queste fattispecie e redarguendoli sulla possibilità che loro stessi sopprimessero inavvertitamente queste narrazioni. L'ondata di

sdegno che le sue affermazioni suscitarono nella comunità psicoanalitica bloccò la pubblicazione dell'opera di Ferenczi (Hoffer, 2003). In quegli anni il pensiero psicologico prevalente era di stampo psicoanalitico e gli autori ponevano l'accento sul ruolo delle fantasie più che sulla presenza di effettive esperienze traumatiche, di conseguenza, i traumi precoci furono relegati a studi marginali.

Una spinta ad indagare le lesioni fisiche inspiegabili che si riscontravano talvolta nei bambini venne dall'interesse mostrato dai pediatri. Dagli anni Sessanta, il tema del maltrattamento infantile acquisì la consapevolezza sociale di cui necessitava per poter approfondire l'argomento con studi scientifici mirati e influenti. Inoltre, il crescente numero di professionisti che iniziarono a focalizzarsi sulle famiglie e sui bambini favorì la consapevolezza della reale esistenza dei maltrattamenti infantili (Finkelhor, 2002).

Negli anni '80 e '90, l'interesse circa il tema si è mantenuto elevato e ciò ha permesso di espandere gli studi verso altre forme di abuso infantile (Iwaniec et al., 2006) e di progettare metodologie sempre più raffinate, con lo scopo di determinare con più precisione l'entità e la diffusione della problematica (National Center on Child Abuse and Neglect, 1988), nonché di stabilire gli effetti fisici e psicologici dei traumi precoci che comprendevano *“reazioni somatiche, depersonalizzazione, disprezzo verso se stessi, convulsioni, depressione, formazioni borderline di personalità, promiscuità, disfunzioni sessuali, suicidio, autolesionismo, terrori notturni e flashback, personalità multiple, disturbi da stress post-traumatico, delinquenza, bulimia, e il blocco generale di sentimenti e capacità”* (DeMause, 1991, p.130).

In tempi più recenti sono stati forniti quadri esplicativi più puntuali del ruolo eziologico dei traumi precoci in un'ampia gamma di difficoltà psicologiche; inoltre, le ricerche si sono sviluppate anche oltre la salute mentale, considerando il ruolo del maltrattamento infantile in una serie di problemi di salute fisica come

malattie del fegato o patologie cardiache. Paradigmatico in questo senso, è stato lo studio condotto da Felitti negli anni '80 che, analizzando un campione di 200 pazienti con obesità, rilevò un'associazione tra la presenza di avversità di varia entità nell'infanzia e le difficoltà di questi pazienti a mantenere costante la perdita di peso (Felitti, 2002). Questa indagine pionieristica ha influito sulla decisione del Center for Disease Control and Prevention (CDC) di promuovere uno studio con l'obiettivo di indagare il ruolo che gli eventi infantili avversi potevano avere sulla salute degli adulti in una prospettiva biopsicosociale (Murphy, Fiorillo & Sullivan, 2014): l'Adverse Childhood Experience Study (ACE Study; Felitti et al. 1998) coinvolse diciassettemila individui tra il 1995 e il 1997 e per i successivi 15 anni. Il protocollo prevedeva di indagare la storia di salute dei partecipanti e, retrospettivamente, 10 categorie di eventi avversi avvenuti prima dei 18 anni: tre forme di abuso (sessuale, fisico e verbale), due forme di neglect (emotivo e fisico) e cinque forme di disfunzioni familiari (genitori alcolizzati o con disturbi mentali, genitore vittima di violenza domestica, genitore in carcere, perdita di un genitore per abbandono o divorzio). I risultati dello studio mostrarono come gli eventi avversi fossero centrali per la salute e il benessere psicosociale dei partecipanti. Inoltre, l'ACE Study ha avuto il merito di gettare luce sulla relazione tra l'entità dei traumi infantili subiti e i fattori di rischio per alcune delle principali cause di morte in età adulta. Il Center for Disease Control and Prevention (2016), di conseguenza, ha suggerito di utilizzare questi risultati per sensibilizzare la società sull'associazione tra comportamenti di salute a rischio, condizioni di salute croniche, diminuzione del potenziale di vita e morti premature.

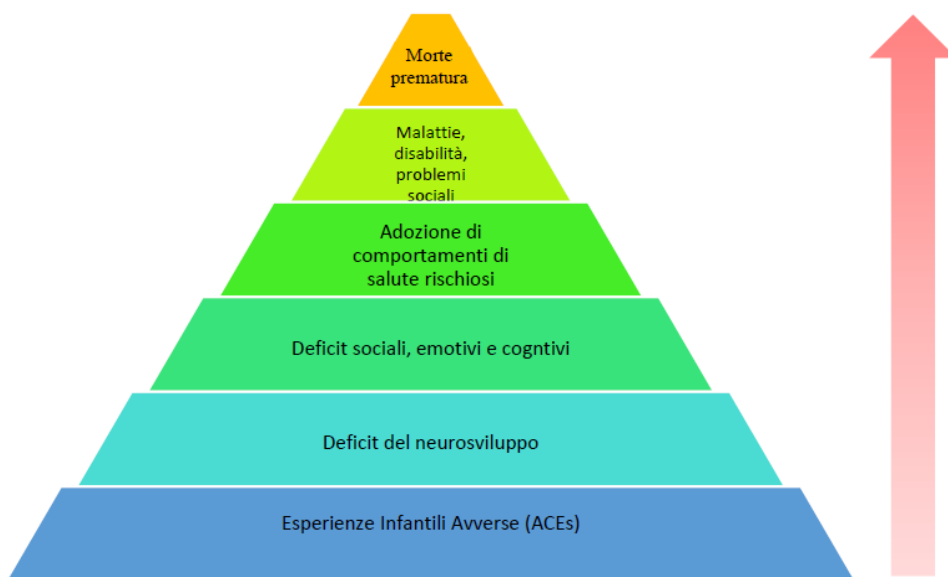


Figura 1. Piramide ACE dei meccanismi attraverso cui le Esperienze Infantili Avverse influenzano la salute e il benessere nell'arco della vita

Successivamente Finkelhor e colleghi (2013) hanno ampliato il campo di indagine aggiungendo ulteriori fattori come la violenza di comunità, la vittimizzazione, il bullismo e la povertà. I risultati di un ulteriore studio che prendeva in considerazione anche queste categorie, oltre agli eventi avversi convenzionali (Cronholm et al., 2015) ha mostrato come circa il 20% del campione riferiva di aver sperimentato traumi convenzionali e circa il 10% riportava la presenza dei traumi aggiunti da Finkelhor.

Attualmente il maltrattamento infantile è incluso nel manuale di classificazione internazionale delle patologie ICD 11 e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2022) considera le seguenti tipologie:

- *Abuso fisico*: questa categoria include il ferire e fare del male al bambino da parte del genitore o del caregiver attraverso percosse, calci, colpi, usando oggetti bollenti, sostanze, fiamme per causare bruciature, spingendo, tirando pugni.

- *Abuso emotivo*: questa categoria coinvolge incidenti isolati o un pattern strutturato di fallimenti nel corso del tempo da parte del genitore o del caregiver nel fornire un ambiente di sviluppo appropriato e supportivo. Può includere diverse tipologie di comportamento, ad esempio, dire al bambino che non è amato o che non merita amore, minacciare di ferirlo o ucciderlo, affermare che il bambino è stupido
- *Abuso sessuale*: questa categoria si riferisce al coinvolgimento forzato del bambino in attività sessuali di cui non hanno gli strumenti per comprenderne il significato e per i quali possono essere spaventati di parlarne con qualcuno. Include abusi sessuali in assenza di contatto come minacce, molestie verbali, esibizionismo, esposizione alla pornografia; rapporti sessuali come lo stupro; contatti sessuali in assenza di rapporti come baciare, toccare, accarezzare.
- *Neglect*: questa categoria include i fallimenti del caregiver nel provvedere allo sviluppo e al benessere del bambino riguardo la salute, l'educazione, il supporto emotivo, il nutrimento, le condizioni abitative sicure.

1.2 Epidemiologia del maltrattamento infantile

A causa delle alterne fortune che lo studio del maltrattamento infantile ha incontrato, i dati disponibili sui tassi di prevalenza degli eventi traumatici infantili sono scarsi, discontinui e frequentemente associati a criticità relative alla metodologia di indagine e alla definizione stessa di maltrattamento infantile. Nonostante ciò, la fiorente attività di ricerca condotta in tempi recenti, sta tentando di fornire un quadro più puntuale della situazione attuale al fine di progettare interventi preventivi e gestire le conseguenze psicologiche di coloro che hanno subito abusi in età infantile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha osservato la diffusione globale ma spesso nascosta del fenomeno del maltrattamento infantile riportando come circa un quarto degli adulti ha subito abusi fisici, il 36% abusi emotivi, il 16% neglect, il 18% delle ragazze e l'8% dei ragazzi qualche forma di abuso sessuale (WHO, 2022). A livello Europeo, si stima che almeno 55 milioni di bambini e ragazzi tra 0 e 18 anni abbiano subito maltrattamenti nel corso dell'infanzia, specificatamente il 29,6% abuso emotivo, il 22,9% abuso fisico, il 18,4% neglect emotivo, il 16,3% neglect fisico e il 9,6% abuso sessuale (WHO, 2021) Per quanto riguarda il contesto italiano, i dati disponibili sono estrapolati dalla "II Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" (2021) condotta da Cismai e Terre des Hommes su mandato dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. In base a quanto emerso dall'indagine, 9 minorenni ogni 1000 sono in carico ai Servizi Sociali perché vittime di maltrattamento, con tassi di prevalenza maggiori nel Centro e Sud Italia. Nello specifico, il 40,7% è vittima di patologie delle cure (incuria e neglect), il 14,1% di abusi emotivi, il 9,6% di abusi fisici e il 3,5% di abusi sessuali. Infine, il 40,7% presenta forme multiple di maltrattamento e nel 91,4% dei casi l'individuo maltrattante è un familiare o un conoscente della vittima.

Questi dati dovrebbero essere interpretati tenendo in considerazione le criticità metodologiche di valutazione delle diverse tipologie di maltrattamenti infantili, nonché l'assenza di definizioni univoche delle relative categorie di esperienze infantili avverse che variano in base alle azioni che vengono qualificate come abusi o trascuratezza, nonostante gli sforzi di unificazione portati avanti dall'OMS attraverso la raccomandazione di giungere ad un accordo globale sulla definizione del problema e sull'identificazione dei fattori di rischio e dei piani di sensibilizzazione e intervento (Koenen et al., 2010). Inoltre, il fatto che le statistiche disponibili riguardano esclusivamente i minori affidati ai Servizi

Sociali deve far riflettere sulla quota di maltrattamenti che sono tuttora invisibili e sommersi.

1.3 Il maltrattamento emotivo

Il maltrattamento emotivo avviene all'interno delle interazioni sociali. Si esprime in varie forme di abusi e neglect che costituiscono un attacco al soddisfacimento dei bisogni di base e limitano, corrompono, distorcono e danneggiano lo sviluppo, il funzionamento, le relazioni e la salute del bambino. È stato riconosciuto universalmente che tutte le forme di maltrattamento infantile minano l'appagamento dei bisogni e sono insidiose poiché spesso perpetrate da individui da cui il bambino dipende o che si aspetta possa fornirgli sicurezza e supporto, ma, in questo contesto, il maltrattamento emotivo è particolarmente dannoso per diversi motivi:

- promuove e stabilisce auto-riferimenti negativi attraverso la convinzione di non essere amati né amabili che viene incorporata nel concetto di sé del bambino;
- causa lo sviluppo di aspettative negative verso le relazioni interpersonali;
- limita e corrompe le relazioni sociali e indebolisce il supporto sociale necessario per il mantenimento del benessere;
- operando continuamente a bassi livelli di intensità, diventa una caratteristica pervasiva della vita quotidiana del bambino che ne influenza negativamente il percorso di sviluppo (Brassard et al., 2019 p.10).

Sul piano prettamente psicologico, l'esposizione a maltrattamenti interferisce con lo sviluppo della capacità di autoregolazione affettiva e di costruzione dell'immagine di sé, conduce a deficit nella regolazione delle emozioni e dell'impulsività, a gravi problemi relazionali, somatizzazioni e dissociazione fra

stati dell'io e alterazione dell'identità (Liotti & Farina, 2011). Questi deficit, quindi, possono facilitare l'insorgenza di patologie mentali con ricadute sia sul singolo individuo che sulla società

Nonostante il forte incremento di studi sul maltrattamento infantile, gli abusi sessuali e quelli fisici, in quanto più facilmente individuabili, sono stati maggiormente indagati (Hornor et al., 2008). Gli studi sul maltrattamento emotivo, invece, hanno avuto un andamento più lento per una serie di motivazioni: la difficoltà a identificare e definire la fattispecie, la scarsità di dati epidemiologici, l'erronea convinzione che le sequele dei maltrattamenti emotivi siano meno gravi rispetto agli abusi fisici e sessuali (Egeland, 2009). Secondo Barnett, Miller-Perrin & Perrin (2005) gli abusi emotivi potrebbero essere la forma prevalente di maltrattamento infantile ma anche quella più nascosta e meno considerata.

Con maltrattamento emotivo o psicologico si intende un pattern ripetuto di interazioni dannose tra il bambino e uno o più genitori/caregivers che caratterizzano quella relazione e che contrasta con il soddisfacimento dei bisogni primari dell'infante, come la sicurezza, la socializzazione, il supporto emotivo e sociale, la stimolazione cognitiva, il rispetto (Kairys & Johnson, 2002). Questo pattern può essere cronico e pervasivo o essere stimolato da fattori precipitanti come l'abuso di alcol e droghe in specifiche situazioni. Può coesistere o essere una conseguenza di abusi fisici o sessuali ma anche esistere come entità separata (Hornor et al., 2012). Come conseguenza dei ripetuti maltrattamenti, i bambini si sentono senza valore, difettosi, danneggiati, non amati, non voluti o in pericolo e hanno bisogno di accontentare i bisogni altrui per percepire il proprio valore. Questi sentimenti sono il risultato delle reiterate interazioni nocive con i propri genitori.

Hart e Brassard (1991, 2001) hanno categorizzato i sottotipi di maltrattamento emotivo, revisionati in tempi recenti da Hart e colleghi (2019):

- **Respingere:** incarna i comportamenti verbali e non verbali del caregiver che rigettano e degradano il bambino e include:
 - * denigrare, degradare e altre forme non fisiche di ostilità
 - * ridicolizzare, far provare vergogna per caratteristiche fisiche, psicologiche e comportamentali (come mostrare emozioni normali di affezione, dolore, rabbia, paura)
 - * prendere di mira il bambino per criticarlo e punirlo, per indurlo a fare le attività domestiche o per ricevere minori risorse familiari (come cibo o vestiti)
 - * umiliare, specialmente in pubblico
 - * rimproverare il bambino mentre viene percosso
 - * dire al bambino che non merita che i suoi bisogni vengano soddisfatti
- **Terrorizzare:** include i comportamenti che minacciano o possono ferire, uccidere, abbandonare o mettere il bambino o un suo caro in situazione di riconoscibile pericolo o paura:
 - * Sottoporre il bambino a circostanze spaventose o caotiche
 - * Mettere il bambino in situazioni oggettivamente pericolose
 - * Minacciare di abbandono o abbandonare il bambino
 - * Impostare aspettative rigide o irrealistiche attraverso la minaccia di perdita, dolore o pericolo
 - * Minacciare o perpetrare violenza contro il bambino
 - * Minacciare o perpetrare violenza contro qualcuno caro al bambino (ad esempio, altre persone, un animale domestico o un oggetto; include la violenza domestica osservata dal bambino)

- * Impedire al bambino l'accesso a cibo, luce, acqua, toilette
- * Impedire al bambino il necessario sonno, riposo, rilassamento
- **Sfruttamento/corruzione:** atti che incoraggiano a sviluppare comportamenti e attitudini inappropriate (ad es., comportamenti autodistruttivi, antisociali, criminali, maladattivi ecc.) tra cui:
 - * Modellare, permettere o incoraggiare comportamenti antisociali (prostituzione, pornografia, attività criminali, abuso di sostanze, violenza o corruzione di altri)
 - * Modellare, permettere o incoraggiare comportamenti di crudeltà verso gli altri o tradimenti della fiducia altrui
 - * Modellare, permettere o incoraggiare comportamenti inappropriati per la fase di sviluppo (adultizzare, infantilizzare)
 - * Sottoporre il bambino all'osservazione di comportamenti degradanti e sminuenti e ad altri trattamenti di rifiuto e ostilità verso individui con cui il bambino ha una relazione significativa (genitore, fratello, familiari)
 - * Obbligare il bambino alla sottomissione attraverso intrusività, dominanza, eccessivo coinvolgimento, non permettendo al bambino di esprimere le proprie idee, sentimenti, desideri, manipolando la sua vita (attraverso il senso di colpa, le reazioni ansiose, la minaccia di ritirare il proprio amore, il doppio legame in cui il bambino è destinato a fallire o a deludere)
 - * Limitare, interferire o direttamente minare lo sviluppo del bambino in ambito cognitivo, sociale, affettivo, fisico
- **Assenza di responsività emotiva:** include gli atti che ignorano i tentativi e i bisogni di interazione del bambino (fallimenti nell'esprimere affetto,

cura e amore per il bambino) e l'assenza di dimostrazione di emozioni durante le interazioni con il bambino:

- * Distacco e assenza di coinvolgimento
 - * Interagire solo quando è assolutamente necessario
 - * Fallimenti nell'espressione di calore, affezione e amore per il bambino
 - * Assenza di attenzione e distacco emotivo nei confronti dei bisogni di sicurezza del bambino (ad esempio, fallimento nel riconoscere occasioni di vittimizzazione del bambino da parte di altri individui)
- **Isolamento:** considera gli atti che negano regolarmente e senza motivo le opportunità del bambino di soddisfare i bisogni di interazione e comunicazione con i pari o con gli adulti in contesti domestici e non. Include i seguenti atti:
 - * Confinare il bambino o porre limitazioni irragionevoli alla sua libertà di movimento nel suo ambiente
 - * Limitare o restringere in modo irragionevole le interazioni sociali con i membri della famiglia, i pari o gli adulti della comunità di appartenenza
 - **Neglect delle condizioni di salute medica, mentale o educativa:** che racchiude gli atti che ignorano, rifiutano di permettere o falliscono nel fornire trattamenti per bisogni o problemi di salute fisica e mentale e/o educativi:
 - * Ignorare o rifiutare di fornire interventi per seri problemi emotivi o comportamentali
 - * Ignorare o rifiutare di fornire interventi per seri problemi di salute fisica

- * Ignorare o rifiutare di fornire interventi per seri problemi educativi e scolastici

Il maltrattamento emotivo, inoltre, può essere differenziato in due macrocategorie: abuso e trascuratezza emotivi. Il primo si riferisce ad un atto commesso: ostilità verbale, sminuire, rifiutare, schernire. Il secondo, invece, è un atto omesso: un fallimento nel soddisfare i bisogni emotivi del bambino. Un genitore non disponibile emotivamente, distaccato, evitante e non responsivo verso i bisogni e i desideri del proprio figlio può essere descritto come emotivamente trascurante (Egeland, 2009).

1.4 Conseguenze del maltrattamento emotivo

L'esposizione a traumi psicologici può avere un profondo e duraturo impatto, soprattutto quando avviene in periodi critici o nel corso di transizioni dello sviluppo (Cicchetti & Rogosch, 2001; Rokach & Clayton, 2023), in particolar modo quando coinvolge la perturbazione delle relazioni di attaccamento o la violazione del Sé (Ford, 2010). Alcuni modelli transdiagnostici hanno suggerito che l'esposizione al trauma infantile è associata all'insorgenza di disturbi nell'infanzia e alla conseguente transizione dal disturbo infantile a un disturbo psichiatrico nell'adulto, ad esempio da disturbi comportamentali non meglio definibili nell'infanzia a un disturbo psichiatrico conclamato nell'età adulta, evidenziando il ruolo del trauma nell'eziopatogenesi di diversi disturbi mentali (Walsh et al., 2017; Sahle et al., 2022).

Numerosi studi hanno analizzato l'impatto che le esperienze precoci di maltrattamento emotivo possono avere sullo sviluppo sociale, cognitivo, emotivo e fisico del bambino (Hibbard et al., 2012; Trinidad, 2021; Cooke et al., 2023), sulle conseguenze negative per la salute in età adulta (Hughes et al., 2017; Grummit et

al., 2021) e sullo sviluppo di psicopatologie nella popolazione generale (Burns et al., 2010; Falgares et al., 2018; Christ et al., 2019) e nella popolazione clinica (Neumann, 2017; Daníelsdóttir et al., 2024). Una review sistematica del 2015 (Maguire et al.) ha indagato le caratteristiche sociali, emotive e comportamentali di bambini emotivamente maltrattati e i risultati hanno mostrato che questi bambini avevano maggiori probabilità presentare caratteristiche tipiche del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), di raggiungere obiettivi accademici mediocri, di sviluppare una bassa autostima e di stringere poche amicizie.

Una recente metanalisi di Xiao e colleghi (2023) ha analizzato 90 studi riscontrando che il maltrattamento psicologico mostra associazioni positive con numerose patologie psichiatriche tra cui depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi di personalità e disturbi dell'alimentazione; inoltre, è emerso come, rispetto alla popolazione non clinica, gli individui nella popolazione clinica avevano una probabilità significativamente maggiore di avere avuto esperienza di abusi emotivi durante l'infanzia.

Inoltre, un'altra recente metanalisi (Angelakis et al., 2020) ha indagato le diverse fattispecie di maltrattamento infantile in campioni di adolescenti e ha riscontrato che il maltrattamento emotivo è associato ad un rischio 2 volte maggiore di mettere in atto tentativi di suicidio e 2.5 volte maggiore di sviluppare ideazione suicidaria; un'ulteriore metanalisi condotta dagli stessi autori (Angelakis et al., 2019) ha riscontrato risultati simili anche nella popolazione adulta.

Infine, è importante considerare che le esperienze di maltrattamento emotivo possono influenzare lo sviluppo sano del bambino compromettendo la sicurezza dell'attaccamento e le capacità di funzionamento riflessivo. Infatti, ciascuna esperienza di critica, rifiuto, terrore e isolamento rinforza l'ambiente emotivamente ostile nel quale il bambino è immerso (Borelli et al., 2019) e si

associa a maggiori livelli attaccamento insicuro (Riggs & Kaminski, 2010) e a maggiore incertezza sugli stati mentali propri e altrui (Schwarzer et al., 2021).

1.5 Gli stili di attaccamento e la loro evoluzione nell'adulto

La teoria dell'attaccamento, sviluppata da John Bowlby (1969, 1973, 1980) e radicata nelle teorie biologiche, evolutive ed etologiche, postula la necessità dell'essere umano di formare stretti legami affettivi per la sua sopravvivenza. Il nucleo della teoria è rappresentato dalla reciprocità delle relazioni precoci che diviene una pre-condizione per lo sviluppo normale di tutti i mammiferi, inclusi gli umani (Hofer, 1995). I comportamenti di attaccamento del bambino (ricercare la vicinanza, sorridere, afferrare) sono infatti replicati dai comportamenti di attaccamento degli adulti (toccare, tenere, consolare) e queste risposte rinforzano il legame di attaccamento del bambino con quello specifico adulto. L'attivazione dei comportamenti di attaccamento dipende dalla valutazione di una gamma di feedback ambientali che dà luogo ai sentimenti di sicurezza o insicurezza del bambino. L'esperienza di sicurezza è quindi l'obiettivo del sistema di attaccamento come primo e principale regolatore dell'esperienza emotiva (Sroufe, 1996). Nessuno ha la capacità innata di regolare le proprie reazioni emotive e il sistema diadico di regolazione evolve laddove i segnali dell'infante circa i cambiamenti nel proprio stato vengono accolti, compresi e corrisposti dal caregiver contribuendo alla loro regolazione (Fonagy et al., 2018). Da ciò, i bambini imparano che la loro attivazione in presenza del caregiver non condurrà ad una disorganizzazione tale da superare le loro capacità di coping poiché il caregiver sarà lì a ristabilire l'equilibrio. In casi di estremo arousal, il bambino cercherà attivamente la prossimità con il caregiver nella speranza di rassicurazioni che ristabiliscano l'omeostasi. Alla fine del primo anno di vita, il comportamento del bambino è perciò basato su specifiche aspettative derivate

dalle sue esperienze passate con il caregiver che vengono aggregate in sistemi rappresentazionali che Bowlby (1973) chiama Modelli Operativi Interni (MOI). Gli studi sull'attaccamento vengono successivamente ampliati da Mary Ainsworth (1985) che progetta una procedura sperimentale, la *Strange Situation*, per osservare i MOI dei bambini in azione. Separando brevemente i bambini dai loro caregiver in un contesto non familiare la Ainsworth osservò tre pattern di comportamento:

- i bambini classificati come *sicuri* esploravano volentieri l'ambiente circostante in presenza del caregiver, si mostravano ansiosi ed evitanti in presenza di uno sconosciuto, erano angosciati dalla breve assenza del caregiver. Cercavano la vicinanza con il caregiver quando rientrava nella stanza e, una volta rassicurati dal contatto con la figura significativa, tornavano serenamente alle loro attività di esplorazione.
- i bambini classificati come *ansioso/evitanti* apparivano meno angosciati nel momento della separazione, potevano non ricercare la prossimità nel momento in cui rientrava il caregiver e non sempre preferivano quest'ultimo all'estraneo.
- i bambini classificati come *ansioso/ambivalenti* mostravano limitate attività di esplorazione e gioco, tendevano ad essere molto angosciati dalla separazione e questo stato d'animo proseguiva anche in seguito alla riconciliazione con il caregiver con esternazioni di pianto, rigidità, sforzi, lamenti; la presenza del caregiver e i suoi tentativi di rassicurazione fallivano poiché l'ansia e la rabbia del bambino sembravano impedirgli di trarre conforto dalla vicinanza.

L'attaccamento sicuro si basa su esperienze ben coordinate, interazioni delicate in cui il caregiver è raramente sovraccitante ed è capace di ristabilire le risposte emotive disorganizzanti dell'infante. Di conseguenza, i bambini rimangono

relativamente organizzati in situazioni stressanti e le emozioni negative vengono percepite come meno minacciose e possono veicolare significati e comunicazioni (Grossmann et al. 1986; Sroufe, 1996). I bambini con attaccamento ansioso/evitante, al contrario, hanno avuto presumibilmente esperienze in cui l'arousal emotivo non è stato ristabilito dal caregiver o in cui sono stati stimolati eccessivamente attraverso uno stile di parenting intrusivo, perciò sovra-regolano i loro affetti ed evitano situazione che potrebbero creargli disagio. I bambini con attaccamento ansioso/ambivalente, invece, presentano deficit di regolazione e tendono ad amplificare l'espressione della loro angoscia nel tentativo di stimolare la risposta attesa da parte del caregiver; questi bambini hanno una bassa soglia di attivazione per le minacce e si preoccupano di mantenere il contatto con il caregiver ma allo stesso tempo sono frustrati quando esso è disponibile (Sroufe, 1996). Successivamente, Main & Solomon (1986; 1990) hanno introdotto una quarta categoria di bambini classificati come *disorganizzati* che esibiscono comportamenti apparentemente illogici come raggelarsi, battere le mani, sbattere il capo e cercare di divincolarsi, persino in presenza del caregiver. In questi casi, di solito in seguito ad esperienze fortemente traumatiche, il caregiver rappresenta sia una fonte di paura che di rassicurazione e di conseguenza l'attivazione del sistema comportamentale di attaccamento produce forti motivazioni conflittuali.

In base alla teoria di Bowlby, i MOI relativi a sé stessi e agli altri forniscono un prototipo per le future relazioni, poiché sono stabili nel tempo (Collins and Read, 1994; Fraley, 2002) e, agendo al di fuori della consapevolezza, resistenti al cambiamento (Crittenden, 1990). La stabilità dello stile di attaccamento è stata operazionalizzata attraverso l'*Adult Attachment Interview* (AAI; George et al., 1985), somministrata in adolescenza e in età adulta. Questa intervista clinica strutturata stimola la narrazione di relazioni di attaccamento infantile e classifica

gli individui in autonomi/sicuri, insicuri/distanzianti, insicuri/preoccupati o irrisolti. Mentre i primi mostrano di dare valore alle relazioni di attaccamento, integrano in modo coerente i ricordi in una narrazione significativa e considerano le proprie esperienze come formative, gli individui insicuri hanno scarse capacità nell'integrare i ricordi con il significato delle esperienze che hanno vissuto; in particolare, gli individui distanzianti mostrano evitamento negando le loro memorie e idealizzando o svalutando le relazioni precoci; gli individui preoccupati tendono ad essere confusi, arrabbiati o spaventati in relazione alle figure di attaccamento e mostrano un certo grado di invischiamento familiare; gli individui irrisolti danno indizi di una significativa disorganizzazione nella rappresentazione delle loro relazioni di attaccamento che si evince dalla confusione nella narrazione di traumi infantili o perdite recenti (George et al., 1985). La continuità della classificazione dell'attaccamento nel Corso della vita suggerisce una significativa stabilità tra infanzia e età adulta (Pinquart et al., 2013); per esempio un ampio studio con 850 partecipanti ha comparato i risultati alla Strange Situation effettuata in età infantile con quelli dell'AAI svolta nella tarda adolescenza e ha rivelato una modesta continuità (Groh et al., 2014), mentre una metanalisi ha riportato una moderata stabilità degli stili di attaccamento, in particolare per l'attaccamento sicuro (Opie et al., 2021).

L'attaccamento nell'adulto, quindi, rappresenta una tendenza dell'individuo a fare sforzi sostanziali per ricercare e mantenere la prossimità e il contatto con altre persone che forniscono il potenziale soggettivo per raggiungere la sicurezza fisica e psicologica. Essa è regolata dai modelli operativi interni dell'attaccamento, cioè schemi cognitivi, affettivi e motivazionali costruiti a partire dall'esperienza individuale del proprio mondo interpersonale (Sperling & Berman, 1994, p.8). Ci sono diversi approcci alla concettualizzazione dell'attaccamento dell'adulto. Bartholomew (1990) propose un modello in cui 2

dimensioni lungo un continuum danno luogo a quattro categorie di attaccamento, mentre, più recentemente, Mikulincer (2003) ha ri-concettualizzato le dimensioni originali di Bartholomew in attaccamento ansioso e attaccamento evitante, in cui il primo è caratterizzato da paura dell'abbandono e sensibilità ai segnali di rifiuto e il secondo dai tentativi di evitare il contatto e la vicinanza con gli altri, nonché dal disagio nelle relazioni intime e negli altrui comportamenti di ricerca di prossimità (Muller 2009).

1.5.1 Associazioni tra maltrattamento infantile e attaccamento nell'adulto

Attraverso le esperienze di attaccamento il bambino impara a predire il proprio comportamento e quello dei caregiver. Di conseguenza, la sicurezza dell'attaccamento in bambini che hanno avuto esperienze di abusi può essere messa duramente alla prova; con ogni esperienza di critica, rifiuto, condanna, i bambini costruiscono e rinforzano schemi che accrescono la tendenza verso risposte ansiose o di evitamento. Una volta stabiliti, tali schemi negativi possono continuare ad accompagnare l'individuo fino a che non vengono affrontati e decostruiti attraverso nuove relazioni di attaccamento o in un setting terapeutico (Muller et al., 2012).

La relazione tra esperienze di maltrattamento infantile e schemi di attaccamento è stata ampiamente documentata nella letteratura scientifica. Riggs (2010), ad esempio, espone un modello concettuale che si basa sulla teoria dell'attaccamento e descrive il ciclo intergenerazionale innescato dagli abusi emotivi infantili in assenza di intervento. In questo modello, l'abuso emotivo perpetrato dalle figure di attaccamento contribuisce allo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro che determina difficoltà nella regolazione emotiva e promuove MOI negativi che producono e mantengono risposte di coping disfunzionali. Successivamente,

questi deficit creano una vulnerabilità sostanziale verso schemi interpersonali maladattivi che interferiscono con il funzionamento sociale dell'individuo e costituiscono un fattore di rischio per il distress psicologico tanto in età infantile quanto in età adulta (Riggs, 2010). Briere e colleghi (2012) hanno arruolato 1051 soggetti con un'età media di 25 anni e hanno rilevato che gli abusi psicologici perpetrati dalla figura materna e il neglect emotivo paterno risultavano predittori significativi di attaccamento ansioso mentre bassi livelli di supporto emotivo da parte dei genitori predicevano lo sviluppo di uno stile di attaccamento evitante. Gli autori hanno spiegato questi risultati ipotizzando che gli abusi e il neglect emotivo generano risposte ansiose nel bambino circa le motivazioni e i giudizi delle figure di attaccamento portando a sviluppare la paura di futuri abusi nelle relazioni interpersonali, mentre la mancanza di supporto potrebbe incoraggiare i comportamenti di evitamento in ambito relazionale in quanto il bambino sentirebbe il bisogno di allontanare figure che non si sono dimostrate disponibili a fornirgli supporto o nutrimento. Doyle e Cicchetti (2017), inoltre, suggeriscono che i fallimenti dell'ambiente di cura nel supportare uno sviluppo sano nelle fasi di attaccamento può condurre a deficit socio-emotivi che aumentano la probabilità di avere difficoltà nelle successive fasi di vita; perciò, un ambiente abusante può disgregare il processo di attaccamento tramite la formazione di MOI prevalentemente ansiosi che interferiscono con il raggiungimento delle competenze in specifiche aree, ad esempio la regolazione emotiva. Partendo da questo presupposto, Erkoreka e colleghi (2021) hanno evidenziato il ruolo mediatore dell'attaccamento ansioso nell'associazione tra abusi emotivi infantili e disregolazione emotiva in un campione di pazienti con disturbo borderline di personalità. Un ulteriore studio condotto su un ampio campione (Erozkan 2016) si è basato su un modello di equazione strutturale e ha rilevato un'associazione significativa tra tutti i tipi di maltrattamenti infantili e l'attaccamento insicuro, sia

ansioso che evitante, in età adulta. Gli autori ritengono che gli abusi e il neglect esperiti nell'infanzia, interferendo in modo significativo con lo sviluppo psicologico e con la costruzione di MOI positivi di sé e degli altri, possano rappresentare un rischio per l'individuo in termini di sicurezza dell'attaccamento. Ciò acquisisce significato se si considera che i bambini esposti ad abusi e neglect crescono con modelli negativi di sé, maggiore ansia ed elevati livelli di evitamento delle relazioni di attaccamento. Inoltre, i maltrattamenti infantili possono generare un dilemma nel bambino, il quale deve fare affidamento per il proprio nutrimento - sia esso affettivo o concreto - su individui da cui sono stati abusati; da ciò potrebbe derivare anche il ricorso a strategie disorganizzate come la dissociazione. Infine, uno studio di Riggs e Kaminski (2010) su 285 studenti di college ha mostrato che tutti i tipi di maltrattamento infantile spiegano il 20% della varianza nell'attaccamento ansioso e il 24% della varianza nell'attaccamento evitante; nonostante ciò, solo il maltrattamento emotivo spiegava in modo significativo una porzione unica di varianza nella predizione dello stile di attaccamento adulto. Nello specifico, l'abuso emotivo prediceva in modo unico livelli più elevati di attaccamento ansioso mentre sia l'abuso emotivo che il neglect emotivo predicevano livelli elevati di attaccamento evitante. Questo risultato evidenzia come, sebbene tutte le forme di maltrattamento infantile possono essere significativamente associate allo sviluppo di stili di attaccamento insicuro in età adulta, solo il maltrattamento emotivo sembra aggiungere un rischio addizionale quando vengono considerate altre forme di maltrattamento.

1.6 La funzione riflessiva

Il modo in cui siamo visti da chi è altro da noi rappresenta il nucleo del nostro Sé. Il bambino impara a discernere le modalità di stimolazione associate alle

emozioni osservando le espressioni facciali e i vocalizzi con cui il caregiver risponde alle sue emozioni. Il caregiver capace di interpretare i cambiamenti negli stati interni del bambino permette di considerarlo un essere intenzionale e dotato di senso. Questa reciproca lettura degli stati interni del caregiver e del bambino consente a quest'ultimo di percepirsi come in grado di desiderare e avere opinioni. Da ciò prende il via la funzione riflessiva (Fonagy & Target, 1997), cioè l'acquisizione dello sviluppo che permette al bambino di rispondere non solo al comportamento di un'altra persona ma alle concezioni del bambino circa le convinzioni, i sentimenti, le attitudini, i desideri, le speranze, le conoscenze, le fantasie, le pretese, le intenzioni, gli inganni, i piani degli altri (Fonagy et al., 2018, p. 24). Il funzionamento riflessivo, quindi, consente di "leggere" la mente degli altri (Baron-Cohen, 1995) e, facendo questo, rende il comportamento delle persone significativo e prevedibile. Le esperienze precoci con gli altri abilitano il bambino a costruirsi e organizzare plurimi assortimenti di auto-rappresentazioni. Di pari passo con la comprensione dei comportamenti altrui, diventano capaci di attivare in maniera flessibile le rappresentazioni che meglio si adattano a rispondere alle diverse interazioni interpersonali (Fonagy et al., 2018).

Nello specifico, il termine "funzione riflessiva" (FR) si riferisce all'operazionalizzazione dei processi psicologici che sottostanno alla capacità di mentalizzazione e rappresenta l'espressione attiva di questa capacità psicologica intimamente correlata alla rappresentazione del Sé (Fonagy & Target, 1996). La FR coinvolge una componente sia auto-riflessiva che interpersonale, la quale, idealmente, dota l'individuo di una capacità ben sviluppata di distinguere la realtà intrinseca da quella esterna e i processi emotivi e cognitivi intrapersonali dalle comunicazioni interpersonali. Esplorare i significati delle azioni altrui, perciò, diventa un precursore della capacità del bambino di dare un'etichetta e

considerare significative le proprie esperienze psicologiche. Presumibilmente, questa abilità pone le basi per le capacità di regolazione degli affetti, di controllo degli impulsi, di automonitoraggio e di agentività che rappresentano le fondamenta dell'organizzazione del Sé (Fonagy et al., 2018).

I costrutti di FR e mentalizzazione, introdotti da Fonagy, prendono le mosse dal lavoro di Main (1991) sul *monitoraggio metacognitivo*, cioè la capacità di riflettere sulla propria esperienza che contribuisce a costruire un senso di Sé sicuro in età adulta. Sostanzialmente, la FR - da non confondersi con l'introspezione, l'intuito, la capacità di intercettare le motivazioni altrui - si riferisce alla capacità umana di pensare gli stati mentali propri e degli altri al fine di costruire modelli realistici che spieghino i comportamenti, le emozioni, i pensieri nel contesto delle relazioni di attaccamento. La FR consente di dare senso alle situazioni interpersonali e di concretizzare la reciprocità e l'adattamento di scambio insite nelle normali interazioni, permettendo, in un'ultima analisi, di rendere comprensibili e prevedibili gli altri (Fonagy & Target, 1996). Attraverso la funzione riflessiva del caregiver che permette la raffigurazione accurata delle intenzioni del bambino, anch'egli può "trovare se stesso nell'altro" (Fonagy & Target, 2001, p.85). D'altro canto, se il caregiver è carente in questa funzione, il bambino non avrà un ambiente ideale al dispiegamento del suo potenziale.

Quindi, i presupposti per acquisire e sviluppare la FR si creano nel contesto di una relazione di attaccamento, attraverso un processo intergenerazionale nel quale le capacità di mentalizzazione del caregiver consentono al bambino di percepire un'immagine di sé come individuo con desideri, credenze e punti di vista propri che innescano l'attivazione della sua FR (Fonagy & Bateman, 2019). L'attaccamento sicuro incoraggia e favorisce i meccanismi di sviluppo riflessivo, come il gioco interattivo di fantasia, creando l'*humus* ideale per la crescita della FR. I bambini con attaccamento sicuro nei confronti di almeno un genitore, infatti,

sviluppano prima una teoria della mente e tendono a disorganizzarsi in misura minore in situazioni emotive caotiche. Se, invece, lo stato della mente del bambino viene sistematicamente disconfermato dal caregiver in momenti di arousal affettivo, il bambino svilupperà una profonda diffidenza nel considerare le proprie esperienze come reali (Luyten & Fonagy, 2019). Nelle esperienze di trauma relazione, l'assenza di un caregiver - che garantisce continuità e organizza il senso di identità del bambino, co-costruendo una realtà condivisa – determina il fallimento della FR e l'interruzione dei processi narrativi e della capacità di contestualizzare l'esperienza traumatica e attribuirle un significato; inoltre, la vulnerabilità del bambino che cresce in ambienti traumatici può rivelarsi particolarmente imponente se la stessa mente del caregiver viene associata al pericolo (Fonagy et al., 2018). Trattandosi di un'attività principalmente immaginativa, la FR è ancorata alla storia personale e alle esperienze individuali. Essenzialmente consiste nel *“vedere noi stessi dall'esterno e gli altri dall'interno”* (Bateman & Fonagy, 2016 p. 5) e consente la coerenza psicologica cruciale per navigare nel complesso mondo sociale (Fonagy & Target, 1997).

La natura multidimensionale del costrutto si dispiega in quattro componenti disposte lungo un continuum che ne sottolinea l'aspetto dimensionale e non dicotomico (Lieberman, 2007; Fonagy & Luyten, 2009):

- *Automatica (o implicita) VS controllata (o esplicita)*: la prima implica un processamento veloce delle informazioni senza che attenzione, consapevolezza, sforzo o intenzione intervengano, mentre la seconda è un processo più lento, tipicamente verbale e in cui intervengono attenzione, consapevolezza, sforzo o intenzione. Entrambe le modalità dovrebbero essere utilizzate in modo flessibile in base al contesto ma lo stress e l'attivazione emotiva conducono ad un ricorso maggiore al sistema

implicito, inibendo i circuiti neurali associati alla mentalizzazione controllata (Nolte et al., 2013).

- *Orientata verso se stessi VS orientata verso gli altri*: capacità di riflettere sui propri stati mentali o su quelli altrui. I deficit si focalizzano tendenzialmente su uno dei due target, sebbene entrambi potrebbero essere compromessi. Infatti, studi di neuroimaging (Lieberman, 2007) mostrano come la capacità di mentalizzare gli altri sia strettamente collegata all'abilità di riflettere su se stessi in quanto questi meccanismi condividono gli stessi substrati neurali.
- *Focalizzata all'interno VS focalizzata all'esterno*: richiede di fare inferenze sulla base di indicatori esterni dello stato mentale di un individuo, ad esempio le espressioni facciali, oppure comprenderne le esperienze interne sulla base delle nostre conoscenze e del contesto. Da una prospettiva clinica, si può dedurre che coloro che hanno un focus sui segnali esterni potrebbero essere estremamente sensibili al comportamento osservabile degli altri mentre l'assenza di conoscenze affidabili circa gli aspetti interni genererebbe una ricerca eccessiva di indizi nelle reazioni altrui anche quando non sono dirette all'individuo.
- *Cognitiva VS affettiva*: la modalità cognitiva implica la capacità di nominare, riconoscere e ragionare sugli stati mentali (propri o altrui), mentre quella affettiva si basa sull'abilità di comprendere le sensazioni legate a tali stati, necessaria per sperimentare un'esperienza genuina di empatia o senso del Sé; alcuni individui attribuiscono un peso eccessivo all'una o all'altra tipologia.

I deficit della FR si possono racchiudere in due principali categorie: la prima viene definita *ipomentalizzazione* e riflette un'incapacità di considerare i modelli complessi della propria mente e di quella degli altri; sebbene gli individui inclini

all'ipomentalizzazione possano essere consapevoli del loro limite nella comprensione di se stessi e degli altri, non sempre questo accade. La seconda categoria, definita *ipermentalizzazione*, consiste nella generazione di rappresentazioni mentali di comportamenti senza prove appropriate a sostegno di tali modelli. Tipicamente, questa tendenza si riflette in resoconti lunghi ed eccessivamente dettagliati che hanno poca o nessuna relazione con la realtà osservabile. Al contrario una capacità riflessiva genuina è contraddistinta dalla consapevolezza dell'*opacità* degli stati mentali, in virtù della quale l'individuo mostra umiltà nella conoscenza degli stati mentali dell'altro e modestia circa i propri, unitamente a capacità osservabili di formare modelli della mente relativamente accurati (Fonagy et al., 2016).

In base a quanto riportato da Luyten e colleghi (2012) la certezza (ipermentalizzazione) e l'incertezza (ipomentalizzazione) circa gli stati mentali sono convinzioni particolarmente rigide ma non per forza mutualmente escludenti, alcuni individui, infatti, potrebbero mostrare un *ciclo ipermentalizzazione-ipomentalizzazione*.

In conclusione, in un mondo contraddistinto da relazioni interpersonali che richiedono un elevato livello di cooperazione e mutua comprensione risalta l'importanza fondamentale della capacità di riflettere sugli stati mentali (Sng et al., 2018) senza la quale gli individui sono incapaci di orientarsi. Lo sviluppo della FR, affondando le sue radici direttamente nello stile di attaccamento dei caregiver e successivamente del bambino, è soggetto a qualsiasi perturbazione, se esperita in fasi di vita nelle quale le capacità di elaborazione sono ancora rudimentali e la vulnerabilità agli eventi avversi raggiunge picchi elevati.

1.6.1 Associazioni tra maltrattamento infantile e funzione riflessiva

Nell'approccio al concetto di funzione riflessiva, come detto, le relazioni di attaccamento rappresentano un "*ambiente di apprendimento*" nel quale il bambino può acquisire le competenze per percepire e interpretare il loro comportamento e quello delle altre persone in termini di stati mentali. Nelle interazioni con il caregiver, il bambino fa esperienze di co-regolazione affidabile e funzionale attraverso il rispecchiamento affettivo (Luyten et al., 2017). Al contrario, le esperienze di abusi emotivi perpetrati dalle figure di riferimento danneggiano lo sviluppo di una FR bilanciata. Più precisamente, crescere in un ambiente emotivamente ostile è associato a maggiori livelli di attaccamento insicuro e a maggiore incertezza sugli stati mentali (Schwarzer et al., 2021).

Una recente metanalisi su 23 studi (Yang & Huang, 2024) ha evidenziato una forte associazione tra maltrattamenti infantili e ipomentalizzazione che ha portato gli autori ad ipotizzare che l'incertezza circa gli stati mentali possa essere una sequela dannosa derivata dalle limitate opportunità dei bambini soggetti ad abusi di ottenere informazioni affidabili, ostacolando la loro capacità di sviluppare una fiducia epistemica nei confronti di figure chiave e di fonti di informazione cruciali; di conseguenza, si costituisce una difficoltà nell'interpretazione accurata delle informazioni provenienti dall'ambiente che impedisce l'acquisizione e la progressione delle capacità di funzionamento riflessivo (Berthelot et al., 2019).

Uno studio di Li e colleghi (2020) ha raccolto un campione di 205 partecipanti e ha osservato che gli abusi emotivi infantili sono associati ad ipo- e ipermentalizzazione, concludendo che le esperienze di abuso possono essere caratterizzate da atteggiamenti genitoriali di incapacità nella FR che hanno effetti distruttivi sulla competenza del bambino di riflettere sugli stati mentali propri e

altrui; in particolare, l'abuso emotivo potrebbe esitare nell'incapacità di stabilire un senso di sé agentivo precursore della mutualità delle relazioni.

Ulteriormente, Penner et al. (2019) hanno analizzato un campione di 107 adolescenti ricoverati in un reparto psichiatrico e hanno rilevato che l'abuso emotivo era fortemente associato a deficit nella FR spiegando questo risultato come l'esito di un'incapacità dei genitori di riconoscere, capire e riflettere adeguatamente i segnali affettivi e gli stati mentali del figlio, compromettendone lo sviluppo delle capacità riflessive, del riconoscimento dei confini tra la propria mente e quella altrui e della percezione e comprensione di se stesso e degli altri in termini di stati mentali.

Un esteso studio condotto da Musetti e colleghi (2021) su 1308 adolescenti attraverso i risultati di un modello di equazione strutturale, ha rilevato che gli abusi emotivi infantili sono associati ad un'insufficiente differenziazione Sé-altro che, a sua volta, è associata a minore capacità riflessiva. In altre parole, gli adolescenti con una storia di maltrattamenti emotivi mostrano confini tra sé e l'altro più sfumati e livelli inadeguati di FR; un senso del Sé scarsamente differenziato può condurre a deficit di mentalizzazione tali per cui se un individuo è convinto di comprendere gli altri come meri riflessi delle proprie aspettative non troverà necessario fare uno sforzo per capire la prospettiva altrui. Inoltre, a causa di confini poco delineati e delle difficoltà nel comprendere gli stati mentali potrebbe essere più incline ad avere relazioni interpersonali instabili.

Infine, i risultati di uno studio del 2017 (Quek et al.) mostrano che la FR è un mediatore parziale della relazione tra maltrattamento emotivo (abuso e neglect) e disturbo borderline di personalità e che solo l'abuso emotivo rimane un mediatore significativo quando si inseriscono nel modello gli altri tipi di maltrattamento come covariate. In base a quanto affermato dagli autori, ciò evidenzia come le critiche ricorrenti, il rifiuto degli stati emotivi e mentali del

bambino, la svalutazione – tutte manifestazioni di comportamenti di abuso emotivo - da parte del caregiver possano rappresentare un fattore di rischio più forte di altri tipi di maltrattamento nell’impatto deleterio che tali esperienze hanno nello sviluppo della FR. Inoltre, la capacità del caregiver di assumere una prospettiva psicologica, riflettere e tenere in mente gli stati mentali sottostanti al comportamento del bambino facilita lo sviluppo di un attaccamento sicuro e di un’adeguata mentalizzazione, mentre l’ostilità, se non l’aperto disprezzo nei suoi confronti, incrementa le possibilità di sviluppare uno stile di attaccamento insicuro che potrebbe innescare strategie di coping volte ad inibire la capacità di pensare agli stati mentali altrui per proteggersi dagli stati mentali dei propri caregiver abusanti.

Per concludere, la profonda intercorrelazione tra esperienze traumatiche nell’infanzia, attaccamento e funzione riflessiva si dispiega considerando come le esperienze precoci plasmino i modelli operativi interni che guidano le relazioni ma anche l’apprendimento sociale e il senso di connessione che invece vengono compromessi dalle carenze nella mentalizzazione (Fonagy et al., 2022).

Capitolo 2

Il rischio di suicidio

2.1 Epidemiologia del suicidio

Globalmente, più di 700.000 persone appartenenti a qualsiasi classe sociale muoiono per suicidio ogni anno (WHO, 2021). Il suicidio rappresenta la quarta causa di morte nella fascia 15-29 anni e la terza nelle ragazze tra 15 e 19 anni. La maggior parte delle morti per suicidio (~77%) avviene nelle nazioni a basso e medio reddito e a causa dei numeri elevati associati al fenomeno suicidario, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS - WHO, 2014) ha dichiarato la prevenzione del suicidio un *"Imperativo Globale"*, aumentando l'attenzione verso la ricerca e le campagne di prevenzione dell'ultimo decennio e incoraggiando tutte le nazioni ad implementare strategie efficaci per potenziare la salute pubblica e individuare potenziali ostacoli alla loro realizzazione. Inoltre, gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (United Nations Sustainable Development Goals – SDG) e il Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 dell'OMS hanno stabilito l'obiettivo di ridurre il tasso globale di mortalità per suicidio di un terzo entro il 2030 (WHO, 2021). Oltre a ciò, va tenuto in considerazione che i tentativi di suicidio e l'ideazione suicidaria - per i quali è estremamente difficile ottenere un conteggio ufficiale ma che registrano numeri decisamente più elevati - costituiscono un fenomeno sommerso di cui le morti per suicidio rappresentano solo la punta dell'iceberg (Franklin et al., 2017).

In Italia, secondo i dati consultabili sulla banca dati dell'Istat, i suicidi nel 2022 (ultima rilevazione disponibile) sono stati 3874 per i maggiori di 15 anni, di cui il 78,3% è rappresentato dalla popolazione maschile e più della metà delle morti per suicidio si è verificata nelle regioni settentrionali. Il metodo di gran lunga più

diffuso, sia per i maschi che per le femmine, è l'impiccagione (48,8%), seguito dalla precipitazione (21,4%), dalle armi da fuoco (10,1%) e dall'avvelenamento (5,5%). Più in generale, il trend è relativamente stabile negli anni con un picco "positivo" di 4267 morti per suicidio nel 2013 e un picco "negativo" di 3680 nel 2019.

La definizione di suicidio è complessa sotto molteplici punti di vista. Innanzitutto, si tratta di un fenomeno multidimensionale determinato da reciproche interconnessioni tra fattori biologici, genetici, psicologici, culturali, ambientali (Pompili, 2022). In secondo luogo, l'attenzione posta sull'individuazione di fattori che possano in qualche modo identificare un aumento del rischio di suicidio si sta dimostrando meno affidabile del previsto (Franklin et al., 2017) in quanto non tutti agiscono allo stesso modo o hanno lo stesso peso ma si distribuiscono in configurazioni differenti per ciascun individuo, incrementando l'aleatorietà della loro azione (Sadek, 2019; Pompili, 2022). Per questi motivi, la comunità scientifica è sempre più allineata nello spostare il focus da una prospettiva tradizionale, basata sul modello medico, che intende classificare il rischio di suicidio basandosi su predizioni ed etichette categoriali come rischio "basso", "moderato", "alto" ad una prospettiva più moderna orientata alla disseminazione di una cultura della prevenzione che comprenda un ambiente istituzionale supportivo nel quale i professionisti della salute e tutte le parti interessate possano comunicare con un linguaggio condiviso e mettere in atto comportamenti orientati a trasmettere cambiamenti positivi (Pisani & Boudreaux, 2023).

2.1.1 Modello di formulazione del rischio di suicidio

Partendo da queste considerazioni, Pisani e colleghi (2016) hanno sviluppato un Modello di Formulazione del Rischio di Suicidio orientato alla prevenzione e focalizzato sul singolo individuo che unisce e sintetizza le informazioni in base a 4 distinti elementi:

1. *Risk status* che compara il rischio specifico del paziente a quello di una determinata sottopopolazione;
2. *Risk state* relativo alle differenze nel rischio individuale tra il momento attuale e una baseline o uno specifico time point;
3. *Risorse disponibili (available resources)* che possono supportare il paziente durante una crisi;
4. *Cambiamenti prevedibili (foreseeable changes)* che avrebbero il potere di precipitare il rischio di suicidio.

La sintesi fornita da questo modello promuove la cooperazione tra i professionisti della salute, i pazienti e le famiglie per ridurre il rischio di suicidio a breve e a lungo termine. In base al modello, inizialmente vengono raccolti i dati clinici individuali, considerando sia le informazioni anamnestiche che la situazione clinica attuale; questi dati sono forniti dal paziente e dalle figure significative e possono essere suddivisi in fattori più stabili (*more enduring*) e fattori più dinamici (*more dynamic*), adattati da Bryan e Rudd (2006). I primi, più stabili e duraturi, includono fattori protettivi, fattori di rischio a lungo termine, caratteristiche di impulsività/autocontrollo, storia di comportamenti suicidari; i secondi, più dinamici e fluidi, includono ideazione e comportamenti suicidari attuali, stressor, sintomi, cambiamenti recenti, impegno. Dopo aver collezionati i dati preliminari, quanto emerso viene contestualizzato sulla base degli elementi sopra descritti. Nello specifico, *risk status* e *risk state* forniscono una descrizione della vulnerabilità attuale del paziente, ancorata alla sua storia di vita e all'ambiente

che lo circonda. Dall'altro lato, il concetto di available resources (interne, come le capacità individuali, o interpersonali, come la rete di supporto) si sovrappone parzialmente a quello di fattori protettivi con la differenza che questi ultimi non sono accessibili o utili in ogni occasione. Infine, i foreseeable changes includono tutti gli eventi o circostanze che possono improvvisamente accelerare la messa in atto di comportamenti suicidari come le situazioni di isolamento, le esperienze di umiliazione, la sensazione di essere un peso per gli altri, i sentimenti di intrappolamento; l'identificazione di almeno due cambiamenti prevedibili permette di riconoscere le transizioni potenzialmente sfidanti e di comprendere le caratteristiche uniche del paziente per progettare strategie personalizzate.

Nel 2023, Pisani et al. (2023) hanno aggiornato ed espanso la cornice teorica in un modello di prevenzione del suicidio orientato alla ripresa (*recovery-oriented*), includendo quattro compiti che disegnano una "mappa" di buone pratiche con un linguaggio comune e una forma coerente:

1. *"Connessione"* (*Connect*) si focalizza sul formare legami significativi con il paziente attraverso la condivisione delle esperienze di quest'ultimo con il suicidio. Rappresenta le fondamenta della relazione clinico-paziente ed è cruciale nella raccolta delle informazioni necessarie alla formulazione del rischio;
2. *"Valutazione"* (*Assess*) riguarda l'indagine dei domini descritti precedentemente e la loro sintesi nel modello di formulazione del rischio
3. *"Risposta"* (*Respond*) si concentra sullo sviluppo di specifici piani e interventi fatti su misura per l'individuo;
4. *"Estensione"* (*Extend*) coinvolge la diffusione delle cure al di là dell'iniziale setting sanitario per assicurarsi che il trattamento possa continuare ad avere effetti benefici sul lungo periodo.

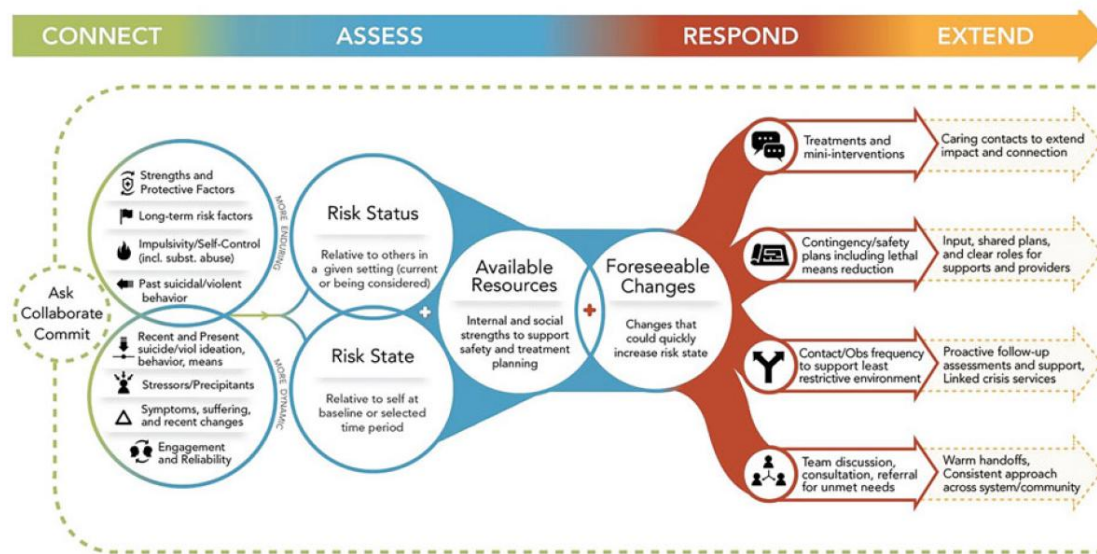


Figura 2. Modello di Formulazione del Rischio di Suicidio aggiornato (Pisani et al., 2023)

2.2 La crisi suicidaria

Se il modello della formulazione del rischio fornisce una cornice che cattura gli elementi descrittivi dell'esperienza personale dell'individuo per dirigere strategie di prevenzione del suicidio a lungo termine, il costrutto di *crisi suicidaria* è stato introdotto per abbracciare la complessità del rischio di suicidio imminente e fornire strategie immediate per la sua gestione. Hendin e colleghi (2007) hanno definito per primi questo concetto descrivendolo come uno stato psicologico limitato nel tempo che indica un pericolo acuto e concreto di mettere in atto comportamenti suicidari. Il lavoro iniziale sulla crisi suicidaria parte dall'indagine delle risposte del terapeuta (*controtransfert*) alla crisi (Farberow, 1957) e dai fattori precipitanti e dai sintomi mostrati dagli individui in evidente stato di crisi (Rudd, 1998; Joiner and Rudd, 2000). La necessità di trovare una definizione comune nasce dal bisogno di delineare uno strumento clinico in grado di fornire informazioni dettagliate ed esaustive sul rischio imminente di mettere in atto un tentativo di suicidio (Rudd et al., 2006). Inoltre, i pazienti con

un rischio elevato spesso mostrano difficoltà nel connettersi e fidarsi del clinico (Schechter et al., 2013), ad esempio, Berman (2018) osserva che su 157 pazienti morti per suicidio, circa 2/3 non riferiva ideazioni o intenti suicidari nel corso dell'ultima visita. Frequentemente i pazienti si trattengono dal riferire intenti e piani suicidari (Isometsa et al., 199) o negano qualsiasi ideazione quando gli viene chiesto direttamente (Busch et al., 2003), soprattutto per paura di essere ricoverati o di poter essere ostacolati nella realizzazione del loro piano suicidario. Un'ulteriore ipotesi considera che l'ideazione suicidaria possa effettivamente non essere presente nel corso dell'ultima visita in virtù della natura fluttuante dei pensieri suicidari (Kleiman et al., 2017). In ogni caso, risulta chiaro che qualsiasi strategia che abbia l'obiettivo di individuare una crisi suicidaria non possa fare affidamento sulla semplice presenza o assenza dell'ideazione e degli intenti suicidari ma debba considerare ulteriori caratteristiche.

A questo scopo, Galynker (2017) propone la *"Sindrome da crisi suicidaria"* (*Suicide Crisis Syndrome - SCS*), uno stato affettivo negativo e prodromico che precede un tentativo di suicidio, un approccio operativo nel quale i segnali di allarme di un rischio acuto possono essere comparati a quelli di un attacco cardiaco:

"la sindrome da crisi suicidaria è simile all'ischemia del miocardio nel quale i segnali di allarme del suicidio somigliano ai segni e ai sintomi di un'angina instabile e identificano un rischio di suicidio a breve termine."

Il concetto di SCS si è evoluto da Yaseen et al. (2010) che hanno introdotto la *Suicide Trigger Scale (STS)* che distingue due fattori associati ad uno "stato che innesca il suicidio" (*suicide trigger state*). Il primo descrive la perdita di controllo cognitivo sui propri pensieri, denominata inondazione ruminativa (*ruminative flooding*); il secondo descrive uno stato affettivo di irrequieta perdita di speranza (*frantic hopelessness*) simile alla sensazione di intrappolamento (Galynker et al., 2014). Nel 2012 (Yaseen et al.) è stato aggiunto un terzo fattore descritto come una

sensazione corporea inusuale di natura dissociativa denominata somatizzazione psicotica (*psychotic somatization*). La struttura a 3 fattori della STS è stata testata in vari studi mostrando il suo ruolo predittivo nell'ideazione e nei comportamenti suicidari nei 6 mesi successiva alla valutazione (Yaseen et al., 2014; Yaseen et al., 2016).

La SCS, invece, include 5 dimensioni:

1. *Intrappolamento (Entrapment)* sintomo cardine che si riferisce alla sensazione di trovarsi in una situazione insopportabile e senza vie d'uscita (Gilbert & Allan, 1998);
2. *Turbamento affettivo (Affective disturbance)* racchiude quattro sintomi specifici e distinti:
 - a. dolore mentale o psychache (Shneidman, 1987)
 - b. rapide impennate di emozioni negative
 - c. ansia estrema descritta come una paura irrequieta simile al panico accompagnata da sintomi somatici
 - d. anedonia acuta, cioè improvvisa perdita di interessi e piacere
3. *Perdita del controllo cognitivo (Loss of cognitive control)* una dimensione caratterizzata da ruminazione con pensieri costanti e ripetitivi; rigidità cognitiva nella quale si rimane bloccati in pattern di pensieri negativi; inondazione ruminativa riferita ad un'intensa pressione alla testa causata dai pensieri persistenti e incontrollabili; fallimento nella soppressione dei pensieri dopo numerosi tentativi infruttuosi di bloccare pensieri spiacevoli
4. *Iperattivazione (Hyperarousal)* che consiste in una sovraeccitazione somatica contraddistinta da quattro sintomi: agitazione a livello mentale e/o fisico; ipervigilanza in cui i sensi sono in allerta e alla ricerca di fonti di pericolo;

irritabilità con la tendenza ad arrabbiarsi o infastidirsi; insonnia con difficoltà ad addormentarsi e/o a proseguire il sonno

5. *Ritiro sociale (Social Withdrawal)* in cui si verifica un disinvestimento dall'ambiente sociale con conseguente isolamento ed evitamento delle interazioni con gli altri.

La SCS è parte di una più ampia cornice, cioè il Modello Narrativo della Crisi Suicidaria (Galynker, 2017) che ha lo scopo di descrivere e sottolineare tutti gli elementi e i processi che possono condurre da un rischio di suicidio cronico ad un rischio acuto di tentare il suicidio. Il modello differenzia tra tratti di vulnerabilità, narrativa suicidaria, e crisi vera e propria. I tratti di vulnerabilità descrivono una tendenza alla suicidalità derivata da determinate caratteristiche come il perfezionismo, l'impulsività, la perdita di speranza. La narrativa suicidaria, una risposta cognitiva-affettiva agli eventi di vita stressanti, include obiettivi di vita irrealistici, convinzione di avere il diritto alla felicità, fallimento nel ridefinire obiettivi più realistici, senso di sconfitta umiliante, sentirsi un peso per gli altri, avere la percezione che non ci sia un futuro. Nel momento in cui si attiva il Costrutto di narrativa suicidaria, si innesca lo stato affettivo acuto legato alla SCS che in breve tempo può condurre alla messa in atto di comportamenti suicidari (Cohen et al., 2019).

Negli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi a supporto della validità predittiva della SCS. In base a Melzer et al. (2024), sembra che sia uno strumento efficace nel descrivere gli stati presuicidari e nell'identificare il rischio di suicidio imminente in misura maggiore dell'ideazione suicidaria. Schuck e colleghi (2018) sostengono che la SCS possa rappresentare un algoritmo transdiagnostico per riconoscere uno stato affettivo-cognitivo che precede e segnala un rischio imminente di tentativo di suicidio. Voros et al. (2021) ritengono che la SCS possa

migliorare l'accuratezza dell'assessment suicidario e veicolare interventi più efficaci.

2.2.1 Gli stati mentali pre-suicidari

Lo stato mentale associato alla crisi suicidaria è dunque caratterizzato da un'estrema disregolazione cognitiva e affettiva e che può svilupparsi da qualche giorno a qualche minuto prima di mettere in atto un comportamento suicidario (Hendin et al., 2007). Se per Galynker la crisi suicidaria si contraddistingue per la perdita del controllo cognitivo sui propri pensieri, per la perdita totale di speranza e per una esperienza somatica di panico-dissociazione, altri autori includono anche altre variabili; ad esempio Wenzel & Beck (2008) propongono un modello cognitivo per spiegare il comportamento suicidario. Gli autori ipotizzano che l'interazione tra condizioni di stress prolungato e specifici fattori di vulnerabilità disposizionali - l'impulsività, i deficit delle capacità di problem solving, uno stile mnemonico improntato sulla difficoltà a recuperare specifiche memorie dal proprio passato, uno stile cognitivo di tratto disadattivo e alcune caratteristiche di personalità – possano innescare o esacerbare determinati processi e schemi cognitivi che, combinandosi con uno stato di fissazione attentiva verso i segnali suicidari, genera una spirale cognitivo-affettiva collegata all'atto suicidario attraverso l'ideazione suicidaria. In questa prospettiva emerge l'importanza dei bias di processamento delle informazioni, come la visione tunnel o l'ipergeneralizzazione delle memorie negative, e l'attivazione di schemi negativi, come l'*hopelessness* e la sensazione di non sopportabilità della propria situazione, che influiscono sulla soglia di tolleranza al dolore degli individui inclini al suicidio; Shneidman (1987) introduce il concetto di dolore mentale come ingrediente principale dell'ideazione suicidaria in quanto costituisce uno stato di tormento interiore che impedisce all'individuo di considerare una soluzione

diversa da quella di porre fine alla propria vita per far cessare la sofferenza psicologica. In un recente studio (Innamorati et al., 2025) è stato validato un nuovo strumento che indaga la presenza, nei 15 giorni precedenti, di stati mentali prodromici del suicidio. Nello specifico, gli autori hanno considerato 9 domini cognitivi che in base alla letteratura si associano al rischio di suicidio: ideazione suicidaria, controllabilità dei pensieri, dolore mentale, hopelessness, visione tunnel, memoria ipergeneralizzata, sopportabilità della propria situazione, senso di agency, percezione di essere un peso per gli altri. Dai risultati è emerso che la scala ha una struttura unifattoriale e che, sia il punteggio totale che il punteggio dei singoli item, discrimina bene tra coloro che hanno o non hanno tentato il suicidio recentemente, rendendo possibile ipotizzare che gli stati mentali indagati possano rappresentare un quadro prodromico del rischio di suicidio e persistano in chi ha recentemente tentato il suicidio.

2.3 Elementi trasversali associati al rischio di suicidio

Dato che la letteratura scientifica più recente propone uno spostamento del focus dalla convinzione che l'ideazione e il comportamento suicidario siano un epifenomeno dei disturbi mentali, è necessario ampliare la prospettiva per comprendere in modo esaustivo la complessità del rischio di suicidio, la sua natura transdiagnostica e il ruolo unificante che alcuni fattori hanno in termini di manifestazione dei sintomi, perturbazioni del funzionamento, comportamenti maladattivi.

In primis, è fondamentale considerare lo stato mentale degli individui che si trovano in una condizione di estremo turbamento interno denominato *psychache* o *dolore psicologico*. Questo termine, coniato da Edwin Shneidman (1987), riflette una serie di emozioni – vergogna, senso di colpa, umiliazione, solitudine, paura,

angoscia - la cui intensità risulta intollerabile per l'individuo e determina la transizione al comportamento suicidario che diviene l'unica soluzione per far cessare il dolore (Holden et al., 2001; Soper, 2023; Marcinkeviciute et al., 2024). Dunque, l'individuo può esperire rapidi picchi di emozioni negative, ansia e irrequietezza, sintomi di un'attivazione eccessiva, perdita di controllo cognitivo che lo rendono vulnerabile al passaggio all'atto suicidario come risposta a tali stressor (Shneidman 2005). In base a quanto affermato dall'autore (Shneidman, 2005) può esserci lo *psychache* senza il suicidio ma non viceversa, infatti, quando il dolore mentale viene ritenuto insormontabile e le strategie per affrontarlo non hanno più alcuna efficacia, l'individuo si sente inaiutabile e senza speranza e la sua ambivalenza tra il desiderio di morire e la voglia di vivere si risolve considerando il suicidio come unica soluzione alla sofferenza (Pompili, 2024). Numerose e recenti review e metanalisi indicano una forte associazione tra dolore mentale e rischio di suicidio sia nella popolazione generale che in quella clinica (Verrocchio et al., 2016; Ducasse et al., 2018; Wang et al., 2024), associazione che rimane significativa anche se si considera la gravità della depressione come covariata (Ducasse et al., 2018). Inoltre, un recente studio clinico multicentrico condotto su oltre 2000 pazienti con diagnosi psichiatrica ha evidenziato che lo *psychache* è un mediatore parziale dell'associazione tra traumi infantili e rischio di suicidio (Pompili et al., 2022a), mentre, in uno studio parallelo (Pompili et al., 2022b) i risultati mostrano che i pazienti con alti livelli di depressione e di dolore mentale – paragonati a pazienti con alti livelli di depressione ma basso dolore mentale e ai pazienti con bassi livelli di depressione – presentano un'ideazione suicidaria più grave, che si traduce in pensieri più frequenti e duraturi, meno controllabili e con minori deterrenti.

Anche la presenza di disturbi mentali e di dipendenza da sostanze e alcol, specialmente se riscontrate in comorbidità, sono frequentemente associate al

rischio di suicidio (Pompili et al., 2012; Moitra et al., 2021). Ad esempio, una recente metanalisi (Too et al. 2019) ha incluso 20 studi analizzando i rate ratio (RR) combinati. I risultati mostrano che gli individui con diagnosi di disturbo psichiatrico presentano un rischio di suicidio 8 volte maggiore di chi non ha diagnosi psichiatrica e che tutti i disturbi valutati sono associati in modo significativo al suicidio, in particolare i disturbi psicotici (pooled RR 13,2) , i disturbi dell'umore (pooled RR 12,3), i disturbi di personalità (pooled RR 8,1), i disturbi da uso di sostanza (pooled RR 4,4) e i disturbi d'ansia (pooled RR 4,1). Molti modelli che cercano di spiegare il suicidio inquadrano la forte associazione con le patologie psichiatriche come una disposizione distale che produce una vulnerabilità, e se abbinata a fattori prossimali può innescare le condotte suicidarie. Ad esempio, il Modello Motivazionale-Volitivo del Comportamento Suicidario (O'Connor et al., 2016) suggerisce che la presenza di disturbi mentali può agire in una fase premotivazionale e, quando sentimenti di sconfitta e intrappolamento vi si sovrappongono nella fase motivazionale, fanno emergere pensieri e intenti suicidari.

In tempi recenti, sta acquisendo sempre maggiore attenzione l'associazione tra rischio di suicidio e disregolazione emotiva. Gratz and Roemer (2004) hanno concettualizzato la regolazione delle emozioni come un'abilità complessa che include quattro domini: consapevolezza e comprensione delle emozioni; accettazione delle emozioni; controllo dei comportamenti impulsivi e capacità di mettere in atto comportamenti diretti al raggiungimento di scopi e obiettivi anche quando si esperiscono emozioni negative; uso di strategie di regolazione emotiva adeguate e flessibili che possano modulare le risposte affettive. I deficit in una o più di queste aree possono interferire con le potenzialità dell'individuo e avere conseguenze avverse. In quest'ottica la disregolazione emotiva è un elemento cardine di numerose teorie sul suicidio: secondo Shneidman (1993) l'incapacità

di gestire gli affetti accresce il dolore mentale; Joiner e colleghi (2005) osservano come la disregolazione ha un ruolo distruttivo nelle relazioni interpersonali; le strategie disfunzionali di regolazione affettiva sono considerate un trigger per lo sviluppo di sentimenti di intrappolamento e umiliazione nel Modello Integrato Motivazionale-Volitivo (IMV; O'Connor et al., 2018). La Three-Step Theory of Suicide di Klonsky e May (2015) evidenzia il ruolo del dolore, sia esso emotivo o psicologico, nella comprensione del rischio di suicidio. In base ad una recente review sistematica (Turton et al., 2021) un'inefficace regolazione emotiva sembra spiegare il percorso che dal dolore mentale conduce all'ideazione e al comportamento suicidario. De La Torre-Luque et al. (2023) hanno evidenziato che le traiettorie di sviluppo caratterizzate da disregolazione delle emozioni sono associate ad un maggior numero di tentativi di suicidio. Un'altra review sistematica (Rogante et al., 2024) ha osservato che le difficoltà di regolazione emotiva agiscono da mediatore tra il rischio di suicidio e numerose altre variabili.

Un ulteriore meccanismo rilevante per la sua associazione con il rischio di suicidio è l'impulsività, costrutto multidimensionale con definizioni eterogenee che includono un ampio spettro di comportamenti come la ricerca di emozioni, le scarse capacità di decision-making e di pianificazione, l'incapacità di inibire le risposte comportamentali, l'inclinazione a preferire ricompense immediate (Bruno et al., 2023). L'impulsività di tratto, ad esempio, è un elemento cruciale nella traiettoria che va dall'ideazione suicidaria al tentativo di suicidio in differenti prospettive teoriche, dalla Teoria Interpersonale del Suicidio (Joiner et al., 2005) – dove rappresenta un antecedente della capacità acquisita (Van Orden et al., 2010) – al Modello IMV (O'Connor et al., 2018) – in cui agisce come moderatore nella fase volitiva. Nella recente review di Beach e colleghi (2022) le caratteristiche di impulsività sono indirettamente associate ai comportamenti suicidari; la metanalisi di Liu et al. (2017) riporta un effect size da medio a grande

nell'associazione tra impulsività cognitiva e tentativi di suicidio e una dimensione dell'effetto minore tra impulsività comportamentale e tentativi di suicidio.

Le esperienze dissociative sono state estesamente indagate in relazione alle psicopatologie e al rischio di suicidio (Lyssenko et al., 2018; Vine et al., 2020). In base alla definizione fornita dall'American Psychiatric Association (2022), la dissociazione è "una interruzione e/o una discontinuità nella normale integrazione della coscienza, della memoria, dell'identità, delle emozioni, delle percezioni, della rappresentazione corporea, del controllo motorio e del comportamento" ed è stata concettualizzata come una strategia di adattamento usata per affrontare traumi e abusi gravi e prolungati. Orbach (1994) ha ipotizzato che agisca come facilitatore del suicidio: gli stati dissociativi causerebbero un distacco dal proprio corpo che di conseguenza abbasserebbe la soglia della paura e del dolore agevolando i comportamenti suicidari. Teorie più recenti (Joiner et al., 2005; Klonsky et al., 2018) hanno incluso la dissociazione nel concetto di *suicide capability*, cruciale nel determinare i comportamenti suicidari, perciò la dissociazione è stata studiata principalmente in relazione ai tentativi di suicidio (Pachkowski et al., 2021; Caulfield et al., 2022). Una metanalisi di Calati e colleghi (2017) ha analizzato 16 studi condotti su soggetti con disturbi mentali con e senza tentativi di suicidio a cui venivano somministrati strumenti per indagare la presenza di sintomi dissociativi. I risultati mostravano che chi aveva una storia di tentativi di suicidio aveva maggiori probabilità di riportare esperienze dissociative. La metanalisi condotta da Pachkowski & Klonsky (2023) su 37 studi ha invece evidenziato un'associazione significativa tra ideazione suicidaria e dissociazione e gli autori hanno spiegato questo risultato ipotizzando che gli stati dissociativi influenzino la gravità dell'ideazione suicidaria attraverso l'incremento del dolore mentale e il turbamento delle connessioni sociali.

2.4 Associazioni tra rischio di suicidio, abusi emotivi nell'infanzia, funzione riflessiva e stile di attaccamento adulto

La Teoria dell'Attaccamento sostiene che le esperienze precoci del bambino con le figure significative influiscono sulle sue relazioni future perché modellano credenze e aspettative su se stessi e gli altri determinandone il comportamento. La funzione riflessiva è la componente operativa della mentalizzazione che consente di comprendere se stessi e gli altri in termini di pensieri, comportamenti ed emozioni e il suo sviluppo ottimale avviene nel contesto di relazioni di attaccamento sicure in cui il caregiver e la rete sociale più ampia rispettano e si prendono cura degli stati mentali del bambino. Appare quindi chiaro quanto questi due concetti siano interconnessi tra loro e quanto possa essere dirompente e distruttiva la presenza di traumi esperiti nell'infanzia, come gli abusi e il neglect emotivo, nello sviluppo di un attaccamento sano e di una funzione riflessiva efficace (Stagaki et al., 2022).

Le minacce al proprio benessere e al valore personale, le umiliazioni, la svalutazione, il rifiuto – tutti comportamenti che indicano un abuso emotivo – possono interferire con i processi di sviluppo socio-emotivo causando un successivo maladattamento che si riflette in vari aspetti, dalle capacità di regolazione affettiva all'evoluzione di psicopatologie internalizzanti. A questo proposito, diverse teorie considerano i maltrattamenti infantili come una diatesi che influenza il rischio di suicidio. La Teoria Interpersonale del Suicidio (Joiner 2005; Van Orden et al. 2010) sottolinea il contributo dei maltrattamenti emotivi nell'innescare la percezione di sentirsi un peso per gli altri e l'appartenenza contrastata, entrambi componenti centrali del desiderio di morte. Similmente, la Three-Step Theory of Suicide (Klonsky & May, 2015) ipotizza che gli abusi emotivi contribuiscono ad accrescere il dolore mentale e l'*hopelessness*, che a loro volta aumentano il rischio di sviluppare ideazione suicidaria. In base al Modello

Integrato Motivazionale-Volitivo (O'Connor et al., 2018), i sentimenti di sconfitta, umiliazione e intrappolamento che conducono all'ideazione suicidaria potrebbero essere innescati dalle condotte emotivamente abusanti sperimentate nell'infanzia.

Numerosi studi hanno analizzato questa associazione, ad esempio, una recente metanalisi condotta su 68 studi (Angelakis et al., 2019) ha evidenziato che tutti i tipi di maltrattamento si associano significativamente all'ideazione e al comportamento suicidario e in particolare è stato riscontrato un rischio due volte maggiore di presentare pensieri di morte in coloro che riferiscono esperienze emotive avverse nell'infanzia. Inoltre, Miller e colleghi (2017) si sono focalizzati sull'associazione prospettica tra maltrattamenti emotivi e ideazione suicidaria con un campione di 682 individui seguiti nel corso di 3 anni. I risultati hanno mostrato che gli abusi emotivi rappresentano un robusto predittore di ideazione suicidaria ad ogni time-point, anche inserendo età, sesso, precedente ideazione suicidaria e gravità dei sintomi depressivi come covariate. Uno studio longitudinale su 2259 studenti (Li et al., 2019) ha osservato che gli abusi emotivi sono significativamente associati all'ideazione suicidaria; gli autori ipotizzano che il bisogno di allontanarsi da un contesto abusante unito alla percezione che non ci siano vie di fuga generi un sentimento di intrappolamento da cui scaturisce l'idea del suicidio, considerato l'unico modo per scappare. Una review sistematica che ha analizzato 24 metanalisi (Chia et al., 2025) ha evidenziato un rischio 2.75 volte maggiore di presentare ideazione e comportamenti suicidari in coloro che hanno sperimentato abusi emotivi nell'infanzia, persino più elevato dell'aumento di rischio associato agli abusi fisici (OR 2.52) e sessuali (OR 2.57). Infine, in base ai risultati di una mediazione seriale (Allbaugh et al., 2018) su un campione di 150 donne con un tentativo di suicidio nell'ultimo anno, la presenza di abusi emotivi nell'infanzia si associa all'ideazione suicidaria attraverso uno

stile di attaccamento insicuro e una diminuzione nella ricerca di fonti di supporto sociale.

Relativamente all'associazione tra rischio di suicidio e stile di attaccamento nell'adulto, gli studi tendono ad osservare due tendenze principali: il ruolo protettivo di uno stile di attaccamento sicuro (Wrath & Adams, 2018; Bakken et al., 2024) e l'aumento di rischio attribuito agli stili di attaccamento insicuro – ansioso o evitante. In base al modello evolutivo di Adam (1994), le esperienze avverse infantili che esitano nello sviluppo di stili di attaccamento insicuro rappresentano un fattore di vulnerabilità per l'ideazione e i comportamenti suicidari, anche attraverso l'interazione con ulteriori elementi come la regolazione delle emozioni, la funzione riflessiva, le difficoltà interpersonali (Green et al., 2021; Turton et al., 2022; Messina et al., 2023; Sarubbi et al., 2024). Adam ipotizza che il suicidio rappresenti un comportamento estremo di attaccamento che segnala distress e rabbia verso una figura di attaccamento imprevedibile o non disponibile. L'autore propone quindi che, in momenti di stress o minaccia, gli individui con attaccamento ansioso o evitante non abbiano le capacità per affidarsi in modo efficiente alle risorse fornite dalle relazioni interpersonali e invece facciano ricorso ai pensieri e ai comportamenti suicidari quando la crisi si intensifica. Nello specifico, per gli individui con attaccamento evitante, il suicidio potrebbe essere la conseguenza di un sistema di attaccamento disattivato in cui l'isolamento derivato dal continuo evitamento delle relazioni conduce fino al punto di rifiutare la vita stessa; negli individui con attaccamento ansioso, invece, la continua ricerca di vicinanza unita alle paure abbandoniche potrebbe esitare nella messa in atto di comportamenti suicidari per ottenere cure e supporto dagli altri, in assenza di strategie più funzionali.

Nella recente review sistematica di Zortea e colleghi (2021) su 52 studi si è evidenziato che lo stile di attaccamento adulto ha una relazione significativa sia

con l'ideazione che con il comportamento suicidario. Nello specifico, l'attaccamento sicuro funge da fattore di protezione mentre gli attaccamenti insicuri, sia ansioso che evitante, appaiono come una vulnerabilità che compromette le capacità individuali di affrontare criticità interpersonali, aumentando il rischio di suicidio. Per spiegare questa associazione, gli autori hanno ipotizzato che l'attaccamento insicuro potrebbe incrementare stati psicologici come il senso di sconfitta o il sentirsi in trappola, oppure, in ottica interpersonale, agevolare lo sviluppo di appartenenza contrastata e onerosità percepita, o ancora accrescere il dolore mentale e indebolire i sentimenti di connessione e, in ultima analisi, innescare idee e comportamenti suicidari. Anche la metanalisi di Maciel (2024) su 47 studi ha rilevato un'associazione significativa, seppur la dimensione dell'effetto risulti piccola, tra ideazione e comportamento suicidario e attaccamento insicuro. La metanalisi di MacNeil et al. (2023) su 58 studi ha rilevato relazioni significative tra rischio di suicidio e attaccamento insicuro ma l'attaccamento ansioso sembra avere un'associazione più forte dell'attaccamento evitante, soprattutto con l'ideazione suicidaria. La spiegazione fornita dagli autori ipotizza che gli individui con elevato attaccamento ansioso ricercano maggiore vicinanza e intimità nelle relazioni e percepiscono come più gravose le conseguenze della perdita e dell'assenza delle figure di riferimento. Inoltre, tali individui sembrerebbero presentare maggiore sensibilità interpersonale e solitudine percepita che a loro volta si assocerebbero a maggiore rischio di suicidio in quanto tali individui sarebbero ipersensibili ai segnali di rifiuto interpersonale che potrebbero generare disconnessione sociale e aumentare il dolore mentale e l'hopelessness (Levi-Belz et al., 2013).

Comprendere e interpretare accuratamente i propri pensieri ed emozioni, così come i pensieri e le motivazioni altrui – cioè essere in grado di usare proficuamente la funzione riflessiva - è vitale nel perfezionare la comprensione

interpersonale e la regolazione degli affetti, nel considerare prospettive diversificate e nel rendere intellegibili le ragioni dei comportamenti propri e altrui (Fonagy et al., 2018). I deficit nella capacità riflessiva possono risultare in strategie maladattive di regolazione emotiva che a loro volta potrebbero generare isolamento sociale, difficoltà relazionali, comportamenti aggressivi e varie forme psicopatologiche (Luyten et al., 2020). In quest'ottica, anche il suicidio rappresenterebbe una risposta disadattiva alle situazioni stressanti nelle quali l'individuo si sente in trappola e indifeso (De Beurs et al., 2019).

Una recente metanalisi (Nestor & Sutherland, 2022) ha evidenziato che i risultati dei 15 studi inclusi supportano l'associazione significativa tra mentalizzazione e rischio di suicidio, infatti, gli individui che riportano ideazione e comportamenti suicidari presentano anche difficoltà nella funzione riflessiva, al netto di una serie di variabili incluse come moderatori. Gli autori ipotizzano 3 modelli per spiegare la natura di questa relazione: nel primo la funzione riflessiva sarebbe un fattore di rischio di suicidio, nel secondo sarebbe un prodotto del rischio di suicidio, nel terzo sarebbe un correlato del rischio di suicidio che co-varia con quest'ultimo.

Nello studio di Bersani et al. (2022) su 623 giovani adulti è emersa un'associazione significativa tra capacità di mentalizzazione e ideazione suicidaria che gli autori spiegano considerando il ruolo che i deficit della funzione riflessiva potrebbero avere sulle difficoltà di regolazione emotiva e, di conseguenza, sul ricorrere al suicidio come strategia per gestire situazioni stressanti.

Il recente studio di Doba e colleghi (2025) su 130 adolescenti e giovani adulti attraverso una path analysis rivela l'associazione tra incapacità di mentalizzazione e rischio di suicidio. In particolare, gli individui che riferiscono un minore utilizzo delle informazioni relative agli stati mentali per comprendere i propri stati mentali e quelli altrui hanno un elevato rischio di suicidio, hopelessness, ostilità e auto-valutazioni negative. Secondo gli autori, la capacità

riflessiva agisce sul rischio suicidario attraverso meccanismi complessi tra cui l'assenza di abilità cognitive adeguate a comprendere le emozioni negative che porta a ricorrere a strategie disfunzionali per gestire le situazioni di stress e di disagio emotivo; infatti, coloro che riferiscono maggiore ruminazione, catastrofizzazione, biasimo verso se stessi e minore accettazione risultano maggiormente a rischio. Come già rilevato da altre ricerche, pensieri e comportamenti suicidari potrebbero rappresentare una strategia alternativa di problem-solving per affrontare le emozioni intollerabili e le situazioni di sofferenza (Hatkevic et al., 2019; Doba et al., 2022).

Nello studio di Andreo-Jover e colleghi (2024) su 748 individui con almeno un tentativo di suicidio in anamnesi è stato esaminato il ruolo di mediatore della funzione riflessiva nell'associazione tra maltrattamenti infantili e tentativi di suicidio. I risultati supportano il modello per cui uno stile di mentalizzazione inefficiente, in cui c'è un'assenza di comprensione o un'eccessiva certezza verso gli stati mentali propri e altrui media l'associazione tra abusi emotivi e sessuali e aumento del rischio di mettere in atto tentativi di suicidio. Ciò sembrerebbe suggerire che la presenza di traumi nell'infanzia possa condurre a deficit nella funzione riflessiva per cui si mal interpretano le informazioni provenienti dall'esterno ipotizzando intenzioni malevole da parte dell'altro che potrebbero esacerbare il senso di isolamento e il ricorso a strategie di regolazione disfunzionali come il comportamento suicidario.

Dalla sintesi della letteratura precedentemente esposta, si evince che i costrutti di abusi emotivi infantili, funzione riflessiva e stile di attaccamento adulto hanno una relazione con il rischio di suicidio, sebbene non sia ancora del tutto chiaro il ruolo di ciascuno di essi in questa complessa interazione. In quest'ottica, due recenti studi hanno analizzato questi costrutti in un unico modello.

Lo studio di Stagaki e colleghi (2022) ha reclutato 907 individui, di cui 649 con una diagnosi di disturbo psichiatrico (Disturbo di Personalità Borderline, Disturbo di Personalità Antisociale, Disturbo Depressivo, Disturbo d'Ansia) e 258 controlli sani. Gli autori hanno ipotizzato un percorso che, partendo dai maltrattamenti nell'infanzia, conduce al rischio di suicidio attraverso il ruolo mediatore dell'attaccamento insicuro e della funzione riflessiva; hanno, inoltre, ipotizzato che gli abusi infantili abbiano un'associazione positiva diretta con il rischio di suicidio. Lo stile di attaccamento e la funzione riflessiva sono stati considerati intercorrelati ma non causalmente associati basandosi sulle proposizioni teoriche di Fonagy e Bateman (2016) secondo cui i due costrutti riflettono un costrutto sottostante simile che si sviluppa da punti di partenza differenti. I risultati del modello di equazione strutturale supportano le ipotesi di partenza degli autori in base a cui i maltrattamenti nell'infanzia non solo hanno un impatto diretto sul rischio di suicidio, ma danneggiano profondamente lo sviluppo di uno stile di attaccamento sicuro e delle capacità di mentalizzazione che a loro volta compromettono la regolazione affettiva e generano una vigilanza epistemica abnorme che, indebolendo l'abilità di creare reti sociali efficaci e relazioni significative, accresce le probabilità di innescare pensieri e comportamenti suicidari come strategie di gestione dei problemi e delle situazioni stressanti (Stagaki et al., 2022).

Nel secondo studio (Musetti et al., 2022) su 950 individui, gli autori hanno ipotizzato che l'associazione tra maltrattamenti nell'infanzia e ideazione suicidaria sia mediata sequenzialmente dall'attaccamento ansioso e dalla funzione riflessiva. I risultati della path analysis mostrano l'associazione tra abusi infantili e ideazione suicidaria, confermando l'impatto deleterio dell'esposizione alle esperienze traumatiche sulla salute mentale (Schimmenti, 2018). È stata riscontrata un'associazione significativa anche tra traumi infantili e attaccamento

insicuro, risultato in linea con l'idea che lo stile di attaccamento possa essere influenzato dalle esperienze di disconferma, soprattutto se avvenute in momenti di vita precoci. Inoltre, lo stile di attaccamento ansioso si configura come mediatore tra abusi infantili e ideazione suicidaria come riscontrato da altri studi (Miniati et al., 2017; Wrath and Adams, 2019; Zortea et al., 2021), ipotizzando che i traumi agiscano da catalizzatori per lo sviluppo di modelli operativi interni, caratterizzati da paura della separazione e del rifiuto che, in momenti di stress, rendono ipersensibili alle esperienze avverse e portano ad adottare strategie di coping disfunzionali, come l'ideazione suicidaria (Adam, 1994). Infine, la certezza verso gli stati mentali, ovvero l'ipermentalizzazione, è associata negativamente all'ideazione suicidaria, supportando il ruolo potenzialmente adattivo di questa dimensione (Garon-Bissonnette et al., 2022). Al contrario, capacità di funzionamento riflessivo compromesse potrebbero generare difficoltà nel comprendere la fonte delle emozioni negative, esacerbando reazioni estreme alle memorie traumatiche (Doba et al., 2022). In questi casi, uno stile di attaccamento ansioso potrebbe interferire con un'adeguata mentalizzazione degli stati affettivi e condurre all'adozione di strategie disfunzionali, ad esempio i sentimenti di inaiutabilità, che a loro volta innescherebbero i pensieri suicidari (Musetti et al., 2020).

Capitolo 3

Abusi emotivi infantili, stili di attaccamento, funzione riflessiva e stati mentali pre-suicidari: risultati di uno studio trasversale in un campione di pazienti con diagnosi psichiatrica

3.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca

Il presente studio osservazionale si pone come obiettivo principale quello di analizzare la relazione tra abuso emotivo subito nell'infanzia, funzione riflessiva, stile di attaccamento nell'adulto e stati mentali pre-suicidari in un campione di soggetti adulti con disturbi mentali. Comprendere le traiettorie che nel corso dello sviluppo e in base alle proprie esperienze di vita possono esporre gli individui ad un aumento del rischio di suicidio è fondamentale per progettare interventi preventivi e strategie di trattamento più efficaci. Inoltre, utilizzando uno strumento recentemente validato come la *Suicidal Crisis Evaluation Scale* (Innamorati et al., 2025) si intendono indagarne alcune caratteristiche nella popolazione di pazienti con patologie psichiatriche.

Nello specifico sono state formulate e verificate le seguenti ipotesi suddivise in due sezioni:

- La prima sezione analizzerà gli stati mentali pre-suicidari in relazione alla diagnosi psichiatrica e alla presenza di tentativi di suicidio recenti. Si ipotizza che punteggi più elevati nella scala degli stati mentali siano associati maggiormente a diagnosi di disturbo dell'umore e di personalità e caratterizzino i pazienti con tentativo di suicidio recente.
- Nella seconda sezione si indagherà l'associazione tra abusi emotivi, stile di attaccamento, funzione riflessiva e stati mentali pre-suicidari. Nello specifico:

- * Si ipotizza una relazione significativa tra le variabili oggetto dello studio, come evidenziato dalla letteratura scientifica (Angelakis et al., 2019; Nestor & Sutherland, 2022; MacNeil et al., 2023). Nello specifico, ci si aspetta che una più elevata intensità degli stati mentali pre-suicidari sia associata a minori capacità di funzionamento riflessivo, maggiori livelli di attaccamento insicuro e maggiore presenza di abusi emotivi infantili.
- * Si intende indagare il possibile ruolo predittivo del maltrattamento emotivo, della funzione riflessiva e dello stile di attaccamento nel determinare un aumento dell'intensità degli stati mentali prodromici del rischio di suicidio. In particolare, si ipotizza che la presenza di maltrattamenti emotivi infantili, l'attaccamento insicuro e l'ipomentalizzazione predicano un aumento degli stati mentali pre-suicidari (Zortea et al., 2021; Chia et al., 2025; Doba et al., 2025).
- * Si vuole esplorare il ruolo di mediatori dell'attaccamento insicuro e dell'incertezza circa gli stati mentali altrui (ipomentalizzazione) nella relazione tra abusi emotivi infantili e stati mentali pre-suicidari (Musetti et al., 2022; Stagaki et al., 2022).

3.2 Materiali e metodi

Partecipanti

Lo studio è stato condotto presso l'Unità Operativa Complessa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di Roma, nel periodo compreso tra settembre 2024 e aprile 2025 e seguendo le raccomandazioni della checklist STROBE per gli studi osservazionali (von Elm et al., 2008).

Il campione comprende pazienti con differenti diagnosi psichiatriche, ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e reclutati previa visione del foglio informativo e conseguente firma del consenso informato contenente le finalità dello studio e le specifiche circa l'anonimizzazione del dato riferito al singolo partecipante. Il progetto è stato sottoposto all'approvazione del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea (Rif. CE 6626 /2021) ed è stato condotto in conformità con la Dichiarazione di Helsinki.

I criteri di inclusione allo studio comprendevano: età superiore a 18 anni, presenza di diagnosi psichiatrica, ricovero presso l'SPDC; i criteri di esclusione includevano la presenza di concomitanti patologie neurodegenerative, di stati psicopatologici in acuzie o di stati di coscienza alterati che impedissero la comprensione, la possibilità di fornire il proprio consenso alla partecipazione allo studio e il completamento dell'assessment.

Strumenti

- Scheda socio-anagrafica costruita ad hoc per raccogliere le informazioni demografiche e cliniche di rilevanza per lo studio (età, sesso, stato civile, condizione lavorativa, diagnosi, presenza di tentativi di suicidio nel corso della vita e negli ultimi 3 mesi, età d'esordio della psicopatologia, presenza di precedenti ricoveri). La diagnosi psichiatrica è stata condotta dai medici psichiatri in base ai criteri illustrati nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – 5° edizione (DSM-5; APA, 2013) attraverso la somministrazione dell'intervista clinica strutturata per il DSM-5 (SCID, First et al., 2016).
- Suicidal Crisis Evaluation Scale (SCES; Innamorati et al., 2025) è uno strumento autosomministrato composto da 9 item che indagano altrettanti domini cognitivi che caratterizzano gli individui a rischio di suicidio: ideazione suicidaria (presenza di pensieri di morte passivi e/o attivi),

controllabilità dell'ideazione (difficoltà nel controllare i pensieri sulla morte e sul suicidio), dolore mentale (sofferenza psicologica insopportabile), hopelessness (convinzione che non ci sia alcuna speranza nel futuro), visione tunnel (tendenza a focalizzarsi sul suicidio come unica soluzione ai propri problemi), memoria ipergeneralizzata (propensione a recuperare solo le memorie negative), sopportabilità (convinzione che la propria situazione sia spiacevole e difficile o impossibile da accettare), senso di agentività (sensazione di controllo sulle proprie azioni), percezione di essere un peso per gli altri (convinzione che la propria morte sarà di beneficio per gli altri). Le risposte agli item fanno riferimento agli ultimi 15 giorni e il livello di gravità va da 0 a 3 (ad esempio, per l'item sul dolore mentale: 0= Non provo tormento interiore e/o dolore psicologico; 1= Provo raramente tormento interiore e/o dolore psicologico; 2= Provo un tormento interiore e/o dolore psicologico ancora sopportabili; 3= Provo tormento interiore e/o dolore psicologico insopportabili). L'indice di attendibilità per il campione oggetto dello studio è ottimo ($\alpha = .921$).

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al. 1994; Bernstein & Fink, 1998; val. It. Innamorati et al., 2016) è uno strumento self-report composto da 28 item che indagano cinque tipologie di maltrattamenti infantili (abuso fisico, emotivo, sessuale e neglect fisico ed emotivo), con punteggi specifici per ciascuna categoria e la possibilità di calcolare anche un punteggio totale. Gli item valutano se e quanto l'individuo ha vissuto delle esperienze traumatiche nel corso dell'infanzia (ad esempio, "Credo di essere stato abusato psicologicamente" o "I miei familiari mi dicevano cose che mi ferivano oppure mi umiliavano") e le risposte vengono riportate su una scala Likert a 5 punti da "mai vero" a "molto spesso vero". Nel presente studio sono stati considerati i punteggi medi delle singole

scaie che componono il questionario. Gli indici di attendibilità per il campione oggetto dello studio sono: abuso emotivo ($\alpha = .819$), abuso fisico ($\alpha = .816$), abuso sessuale ($\alpha = .899$), neglect emotivo ($\alpha = .774$) e neglect fisico ($\alpha = .502$)

- Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney et al., 1994; Trad. It. Fossati et al., 2003) è uno strumento autosomministrato che valuta lo stile di attaccamento nell'adulto. Si compone di 40 item i cui punteggi afferiscono a 5 dimensioni: Fiducia, che riflette uno stile di attaccamento sicuro; due dimensioni relative all'attaccamento evitante, cioè Vicinanza, riferita alla difficoltà ad affidarsi agli altri, e Secondarietà delle Relazioni, relativa alla convinzione che ci siano cose più importanti delle relazioni con gli altri, e due dimensioni che si riferiscono all'attaccamento ansioso, cioè Bisogno di Approvazione, nella quale sono rilevanti la validazione da parte degli altri e la paura del rifiuto, e Preoccupazione per le Relazioni, relativa alla paura di non farcela da soli e di essere abbandonati. Ogni item è valutato su una scala Likert a 6 punti che va da "totalmente in disaccordo" a "totalmente d'accordo" (ad esempio "Per me è importante evitare di fare delle cose che agli altri non piacciono" oppure "Mi preoccupa di non essere all'altezza degli altri" o ancora "Nel complesso sono una persona valida"). Per gli scopi del presente studio si è deciso di adottare la versione a 3 dimensioni (Falgares et al., 2019) che considera l'attaccamento sicuro, l'attaccamento evitante (Vicinanza + Secondarietà delle Relazioni) e l'attaccamento ansioso (Bisogno di Approvazione + Preoccupazione per le Relazioni). Gli indici di attendibilità per il campione oggetto dello studio sono: attaccamento sicuro ($\alpha = .647$), attaccamento evitante ($\alpha = .793$), attaccamento ansioso ($\alpha = .862$).

- Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; Fonagy et al., 2016; val. it. Morandotti et al., 2018) è uno strumento self-report che valuta il funzionamento riflessivo. Si compone di 8 item che fanno riferimento a due scale: grado di incertezza verso gli stati mentali o ipomentalizzazione (RFQ_U) e grado di certezza degli stati mentali o ipermentalizzazione (RFQ_C). Gli item valutano il grado di accordo su una scala Likert a 7 punti (da “completamente in disaccordo” a “completamente d’accordo”) con una serie di affermazioni (ad esempio, “Per me è un mistero ciò che pensano le persone” o “So sempre cosa provo”). Gli indici di attendibilità per il campione oggetto dello studio sono: Incertezza ($\alpha = .733$), Certezza ($\alpha = .769$).

Analisi statistiche

Le analisi sono state condotte con il software statistico Social Package for Social Sciences (IBM - SPSS v.27 for Windows, Armonk NY). Le statistiche descrittive vengono riportate nella Tabella 1 con media, deviazione standard e percentuali.

Al fine di indagare le differenze nei punteggi medi alla scala che valuta gli stati mentali pre-suicidari è stata effettuata un’analisi t-test rispetto alla presenza di un tentativo di suicidio negli ultimi 3 mesi; l’analisi dell’ANOVA è stata utilizzata per indagare la distribuzione dei punteggi medi degli stati mentali pre-suicidari rispetto alle diagnosi psichiatriche; per valutare l’associazione tra maltrattamenti infantili, stili di attaccamento nell’adulto, funzionamento riflessivo e stati mentali pre-suicidari è stata condotta un’analisi di correlazione.

Per misurare la grandezza dell’effetto è stato considerato il coefficiente d di Cohen per le differenze tra gruppi (d = 0.2 effetto ridotto; d = 0.5 effetto medio; d = 0.8 effetto grande) e la r di Pearson per le correlazioni ($r < 0.10$ effetto nullo; $r =$

0.10-0.30 effetto piccolo; $r = 0.30-0.50$ effetto medio; $r \geq 0.50$ effetto grande) (Cohen, 1988).

Per verificare il potenziale ruolo predittivo degli abusi emotivi (unica tipologia di maltrattamenti risultata significativa alle analisi bivariate), degli stili di attaccamento e della funzione riflessiva sugli stati mentali pre-suicidari è stata condotta un'analisi di regressione lineare. Come misure di associazione sono stati considerati i coefficienti β e R^2 .

Infine, è stato condotto un modello di mediazione parallelo (model 4) attraverso l'utilizzo dell'estensione Process (Hayes, 2013) per testare gli effetti diretti degli abusi emotivi infantili sull'intensità degli stati mentali prodromici del rischio di suicidio e gli eventuali effetti indiretti attraverso i mediatori attaccamento ansioso e ipomentalizzazione. Le stime sono state basate su 5000 campioni bootstrap, con un intervallo di confidenza (CI) del 95%. Nel modello il punteggio relativo agli abusi emotivi è stato inserito come variabile indipendente, l'attaccamento ansioso e l'ipomentalizzazione come mediatori paralleli, e il punteggio relativo agli stati mentali pre-suicidari come variabile dipendente; inoltre, l'attaccamento sicuro è stato incluso nel modello come covariata.

Tutte le analisi statistiche sono state considerate significative se $p < 0.05$.

3.3 Risultati

3.3.1 Analisi descrittive

Il campione di 255 soggetti ammessi consecutivamente (vedere Figura 2) è composto prevalentemente da donne (52.9%) e l'età media è di 41.96 anni ($SD=14.67$). La maggior parte dei partecipanti è single (60.4%) e ha un'occupazione (52.5%). Relativamente alla diagnosi psichiatrica il 40.8% dei partecipanti ha un

disturbo dell'umore (27.1% disturbo bipolare, 13.7% disturbi depressivi), il 32.9% ha un disturbo dello spettro della schizofrenia, il 20.8% ha un disturbo di personalità e il restante 5.5% ha altri disturbi. Ulteriori caratteristiche cliniche indagate mostrano che l'età media di esordio della patologia psichiatrica è di 26.78 anni (SD= 14.13) e che più della metà del campione (65.1%) è già stata precedentemente ricoverata in un reparto psichiatrico con una media di 2.01 ospedalizzazioni (SD= 2.37). Infine, il 39.6% dei partecipanti ha almeno un tentativo di suicidio in anamnesi, mentre il 25.5% ha tentato il suicidio nei 3 mesi precedenti all'arruolamento nello studio (vedi Tabella 1).

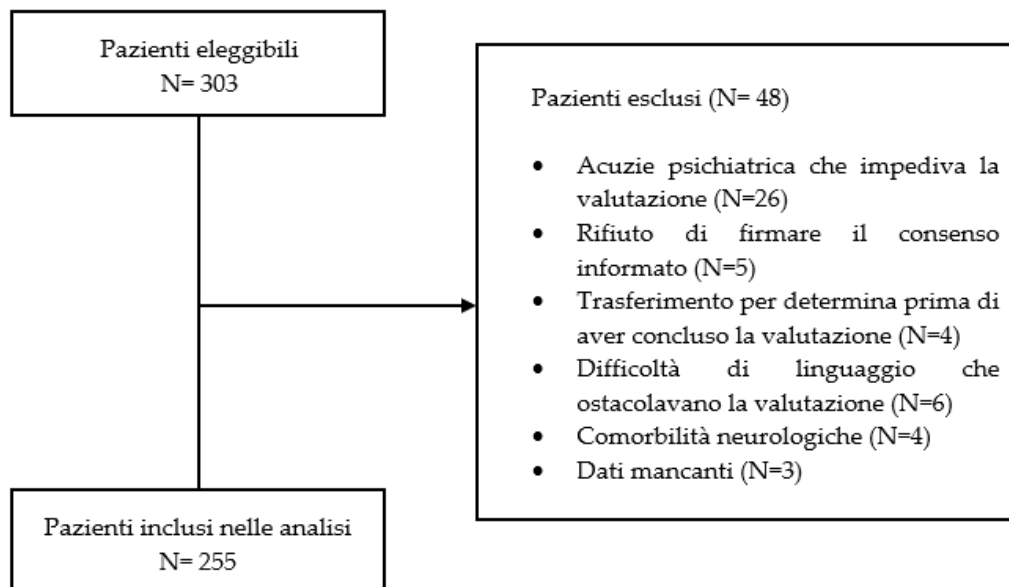


Figura 2. Checklist STROBE Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology

Tabella 1. Descrittive del campione

Variabili	Campione (n= 255)
Sesso (donne)	135 (52.9%)
Età M±SD	41.96±14.67
Stato civile	
Single	154 (60.4%)
Con partner	53 (20.8%)
Divorziato/a	39 (15.3%)
Vedovo/a	9 (3.5%)
Condizione lavorativa	
Occupato/a	134 (52.5%)
Disoccupato/a	94 (36.9%)
Pensionato/a	27 (10.6%)
Diagnosi	
Spettro della schizofrenia	84 (32.9%)
Disturbi bipolari	69 (27.1%)
Disturbi depressivi	35 (13.7%)
Disturbi di personalità	53 (20.8%)
Altro	14 (5.5%)
Età d'esordio M±SD	26.78±14.13
Precedenti ospedalizzazioni	166 (65.1%)
N. precedenti ospedalizzazioni M±SD	2.01±2.37
Tentativi di suicidio lifetime	101 (39.6%)
Tentativi di suicidio ultimi 3 mesi	65 (25.5%)
Suicide Crisis Evaluation Scale (SCES) M±SD	8.67±8.02
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) M±SD	
Abuso emotivo	9.06±4.77
Abuso fisico	7.06±3.79
Abuso sessuale	7.01±4.24
Neglect fisico	8.29±3.34
Neglect emotivo	12.35±5.30
Attachment Style Questionnaire (ASQ) M±SD	
Attaccamento sicuro	28.45±7.53

Attaccamento evitante	52.12±14.23
Attaccamento ansioso	47.85±15.91
Reflective Functioning Scale (RFQ) M±SD	
Ipermentalizzazione (RFQ-C)	5.95±4.76
Ipomentalizzazione (RFQ-U)	4.58±4.29
M= Media; SD= Deviazione Standard	

Nella prima sezione si intende indagare alcune caratteristiche cliniche associate alla Suicidal Crisis Evaluation Scale (SCES; Innamorati et al., 2025) che indaga gli stati mentali pre-suicidari. In particolare, vengono analizzate le differenze nei punteggi medi del campione diviso per diagnosi e si valuta se i punteggi alla scala sugli stati mentali siano in grado di discriminare coloro che hanno tentato il suicidio negli ultimi tre mesi da chi non ha tentativi di suicidio recenti.

3.3.2 Stati mentali pre-suicidari e diagnosi psichiatrica

Per confrontare la distribuzione dei punteggi medi alla scala degli stati mentali nelle varie diagnosi psichiatriche è stata condotta un'ANOVA (Tabella 2). I risultati mostrano una differenza statisticamente significativa rispetto alle diagnosi $F_{(4,250)} = 23,11$, $p < .001$. Nello specifico, la media dei punteggi più alta si è evidenziata per i disturbi depressivi ($M=13.83$; $SD=6.91$) e per i disturbi di personalità ($M=13.68$; $SD=8.26$).

Tabella 2. ANOVA Diagnosi psichiatriche e punteggio alla SCES

	SCES	Test	p
		F= 23.11	<.001
Spettro della schizofrenia (M±SD)	3.65± 5.22		
Disturbi bipolari (M±SD)	8.12±7.41		
Disturbi depressivi (M±SD)	13.83±6.91		
Disturbi di personalità (M±SD)	13.68±8.26		
Altro (M±SD)	9.71±7.67		
M= Media; SD= Deviazione Standard; SCES= Suicide Crisis Evaluation Scale			

3.3.3 Stati mentali pre-suicidari e presenza di tentativi di suicidio recenti

Per confrontare i punteggi medi alla scala che indaga gli stati mentali pre-suicidari tra chi ha tentato il suicidio nei 3 mesi precedenti la valutazione e chi non ha tentato il suicidio nello stesso lasso di tempo è stato condotto un t-test. I risultati mostrano una differenza significativa tra i due gruppi ($t_{(253)} = 6.67$; $p < .001$), infatti, chi ha un tentativo di suicidio recente presenta una media dei punteggi alla SCES maggiore ($M = 13.97$, $SD = 7.46$) rispetto a chi non ha tentativi di suicidio negli ultimi 3 mesi ($M = 6.86$, $SD = 7.39$), la differenza risulta significativa anche per i punteggi ai singoli item (item 1: $t_{(93.81)} = 5.68$; $p < .001$; item 2: $t_{(253)} = 5.57$; $p < .001$; item 3: $t_{(136.97)} = 5.25$; $p < .001$; item 4: $t_{(253)} = 5.35$; $p < .001$; item 5: $t_{(96.61)} = 5.41$; $p < .001$; item 6: $t_{(94.51)} = 4.11$; $p < .001$; item 7: $t_{(252)} = 4.32$; $p < .001$; item 8: $t_{(253)} = 4.87$; $p < .001$; item 9: $t_{(98.87)} = 3.68$; $p < .001$) (Tabella 3).

Tabella 3. T-test punteggi medi SCES e presenza di TS negli ultimi 3 mesi

	Pazienti con un TS	Pazienti senza un	Test	p	d Cohen
	recente N= 65	TS recente N= 190			
	(M±SD)	(M±SD)			
SCES Totale	13.97±7.46	6.86±7.39	$t_{(253)}=6.67$	<.001	0.96
SCES Items					
<i>Ideazione suicidaria</i>	1.98±1.58	0.76±1.27	$t_{(93.81)}=5.68$	<.001	0.91
<i>Controllabilità</i>	1.31±0.97	0.59±0.87	$t_{(253)}=5.57$	<.001	0.80
<i>Dolore mentale</i>	2.06±1.00	1.26±1.24	$t_{(136.97)}=5.25$	<.001	0.68
<i>Hopelessness</i>	1.77±1.18	0.88±1.15	$t_{(253)}=5.35$	<.001	0.77
<i>Visione tunnel</i>	1.55±1.21	0.65±1.02	$t_{(96.61)}=5.41$	<.001	0.85
<i>Memoria</i>	1.14±1.10	0.52±0.89	$t_{(94.51)}=4.11$	<.001	0.65
<i>ipergeneralizzata</i>					
<i>Sopportabilità</i>	1.51±1.13	0.82±1.10	$t_{(252)}=4.32$	<.001	0.62
<i>Agentività</i>	1.25±1.06	0.58±0.91	$t_{(253)}=4.87$	<.001	0.70
<i>Onerosità percepita</i>	1.42±1.15	0.83±1.02	$t_{(98.87)}=3.68$	<.001	0.56
d di Cohen: effetto piccolo ≥ 0.2 ; effetto medio ≥ 0.5 ; effetto grande ≥ 0.8					
M= Media; SD= Deviazione Standard; SCES= Suicide Crisis Evaluation Scale; TS= Tentativo di suicidio					

3.3.4 Analisi delle correlazioni

Dall'analisi delle correlazioni emergono diverse associazioni significative tra le variabili indagate (Tabella 4). In primis, gli stati mentali pre-suicidari sono associati positivamente con l'abuso emotivo ($r = .144$; $p < .05$). Inoltre, sono associati negativamente con lo stile di attaccamento sicuro ($r = -.253$; $p < .001$) e positivamente sia con l'attaccamento ansioso ($r = .277$; $p < .001$) che con quello evitante ($r = .214$; $p < .001$). Infine, gli stati mentali pre-suicidari sono associati positivamente con l'ipomentalizzazione ($r = .425$; $p < .001$) e negativamente con l'ipermentalizzazione ($r = -.287$; $p < .001$). Quindi, la presenza di stati mentali prodromici del rischio di suicidio si associa a maggiore presenza di abusi emotivi

nell'infanzia, a maggiore presenza di stili di attaccamento insicuri – sia ansioso che evitante – e a maggiore incertezza verso gli stati mentali; allo stesso tempo, si associa a minore presenza di attaccamento sicuro e di certezza verso gli stati mentali propri e altrui.

Relativamente allo stile di attaccamento, l'attaccamento sicuro si associa negativamente all'ipomentalizzazione ($r = -.133$; $p < .05$) e positivamente all'ipermentalizzazione ($r = .233$; $p < .001$), suggerendo che la presenza di un attaccamento sicuro sia collegata a maggiore certezza e minore incertezza verso gli stati mentali propri e altrui. Inoltre, sia lo stile di attaccamento ansioso che quello evitante correlano positivamente con l'ipomentalizzazione ($r = .284$; $p < .001$; $r = .332$; $p < .001$ rispettivamente), indicando che la presenza di stili di attaccamento insicuri vanno di pari passo con l'incertezza verso gli stati mentali. Infine, gli abusi emotivi correlano negativamente sia con lo stile di attaccamento ansioso ($r = .243$; $p < .001$) che con quello evitante ($r = .244$; $p < .001$), nonché con l'ipomentalizzazione ($r = .216$; $p < .001$), indicando che la presenza di abusi emotivi nell'infanzia corrisponde a maggiori livelli di attaccamento insicuro – sia ansioso che evitante – e a maggiore incertezza verso gli stati mentali.

Tabella 4. Correlazioni tra variabili cliniche nel campione

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. SCES	1										
2. CTQ_Abusi emotivi	.144*	1									
3. CTQ_Abusi fisici	.099	.540***	1								
4. CTQ_Abusi sessuali	-.060	.424***	.465***	1							
5. CTQ_Neglect emotivo	.027	.382***	.284***	.160*	1						
6. CTQ_Neglect fisico	-.048	.231***	.292***	.222***	.541***	1					
7. ASQ_Fiducia	-.253***	-.002	.054	.168	-.083	.012	1				
8. ASQ_Ansia	.277***	.243***	.104	.062	.056	-.072	.132	1			
9. ASQ_Evitamento	.214***	.244***	.158*	.094*	.039	.072	.126	.647***	1		
10. RFQ_C	-.287***	-.072	-.098	-.021	-.094	-.044	.233***	-.075	-.056	1	
11. RFQ_U	.425***	.216***	.148*	.084	.091	.031	-.133*	.284***	.332***	-.505***	1

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

ASQ = Attachment Style Questionnaire; CTQ= Childhood Trauma Questionnaire; RFQ_C= Reflective Functioning Questionnaire_Certainty; RFQ_U= Reflective Functioning Questionnaire_Uncertainty; SCES= Suicide Crisis Evaluation Scale

3.3.5 Analisi di regressione

Per identificare le variabili che potrebbero predisporre alla presenza di livelli più alti alla scala degli stati mentali pre-suicidari è stata condotta un'analisi di regressione lineare in cui sono stati inseriti l'abuso emotivo al primo step, gli stili di attaccamento (sicuro, ansioso ed evitante) e i deficit di mentalizzazione (ipo- e ipermentalizzazione) al secondo step. I risultati mostrano un effetto significativo e positivo dell'abuso emotivo al primo blocco ($F_{[1,251]} = 5.18$; $p < .05$), indicativo del fatto che più alti livelli di abuso emotivo predicono maggiore presenza di stati mentali pre-suicidari ($b = 0.24$; $t = 2.28$; $p < .05$). Quando si inseriscono le variabili relative allo stile di attaccamento adulto e ai deficit di mentalizzazione al secondo blocco ($F_{[6,246]} = 15.00$; $p < .001$), l'attaccamento sicuro ($b = -0.24$; $t = -3.91$; $p < .001$), l'attaccamento ansioso ($b = 0.11$; $t = 2.95$; $p < .01$), e l'ipomentalizzazione ($b = 0.58$; $t = 4.51$; $p < .001$) risultano significativi, evidenziando che bassi livelli di attaccamento sicuro e alti livelli di attaccamento ansioso e di ipomentalizzazione predicono un maggiore punteggio alla scala sugli stati mentali pre-suicidari. (Tabella 5). Per completezza è stato condotto un terzo modello di regressione che include età e sesso come covariate. Dai risultati si evidenzia un ruolo significativo esclusivamente del sesso ($b = 0.22$; $t = 3.60$; $p < .001$) come predittore di un punteggio più elevato nella scala degli stati mentali pre-suicidari e una conseguente perdita di potenza della variabile dell'abuso emotivo. Questo effetto potrebbe suggerire che una parte della varianza spiegata dal modello possa essere attribuibile all'appartenenza al genere femminile.

Tabella 5. Regressione lineare

Variabili	Blocco 1			Blocco 2		
	B	SE	β	B	SE	β
Abuso emotivo	.239	.105	.142*	.028	.096	.017
Attaccamento sicuro	-	-	-	-.238	.061	-.222***
Attaccamento ansioso	-	-	-	.108	.037	.214**
Attaccamento evitante	-	-	-	-.003	.042	-.005
Ipomentalizzazione	-	-	-	-.112	.110	-.066
Ipermentalizzazione	-	-	-	.581	.129	.308***
R²		.020			.268	
F		5.81*			15.00***	
Modifica R²		.020			.248	

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

3.3.6 Analisi di mediazione

In ultimo, in base ai risultati della regressione, è stata condotta un'analisi di mediazione per valutare l'ipotesi secondo cui l'abuso emotivo nell'infanzia, lo stile di attaccamento ansioso e l'ipomentalizzazione siano associati a maggiore intensità degli stati mentali pre-suicidari.

Nel modello di mediazione la variabile abusi emotivi è considerata la variabile indipendente (VI), il punteggio alla scala degli stati mentali pre-suicidari è la variabile dipendente (VD), l'attaccamento ansioso e l'ipomentalizzazione sono inseriti come mediatori paralleli (M1 e M2) e l'attaccamento sicuro è inserito come covariata (Figura 3).

I risultati evidenziano un effetto totale del modello significativo ($b = 0.24$; $p = .020$), un effetto diretto non significativo ($b = 0.02$; $p = .799$) e un effetto totale indiretto significativo ($\beta = 0.21$; 95%CI 0.11-0.32), indicando una mediazione completa. Nello specifico, l'attaccamento ansioso (M1) ha un effetto indiretto significativo ($\beta = 0.09$; 95%CI 0.03-0.15), indice del fatto che gli individui che hanno subito abusi

emotivi nell'infanzia hanno maggiori probabilità di costruire uno stile di attaccamento ansioso ($b = 0.81$; $p < .001$) che a sua volta aumenterà il rischio di sviluppare stati mentali pre-suicidari ($b = 0.11$; $p < .001$). Anche l'ipomentalizzazione ha un effetto indiretto significativo ($\beta = 0.13$; 95%CI 0.05-0.22) evidenziando che chi ha fatto esperienza di abusi emotivi infantili più probabilmente sperimenterà una maggiore incertezza verso gli stati mentali propri e altrui ($b = 0.20$; $p < .001$) che potrà di conseguenza incrementare la probabilità di innescare stati mentali pre-suicidari ($b = 0.64$; $p < .001$).

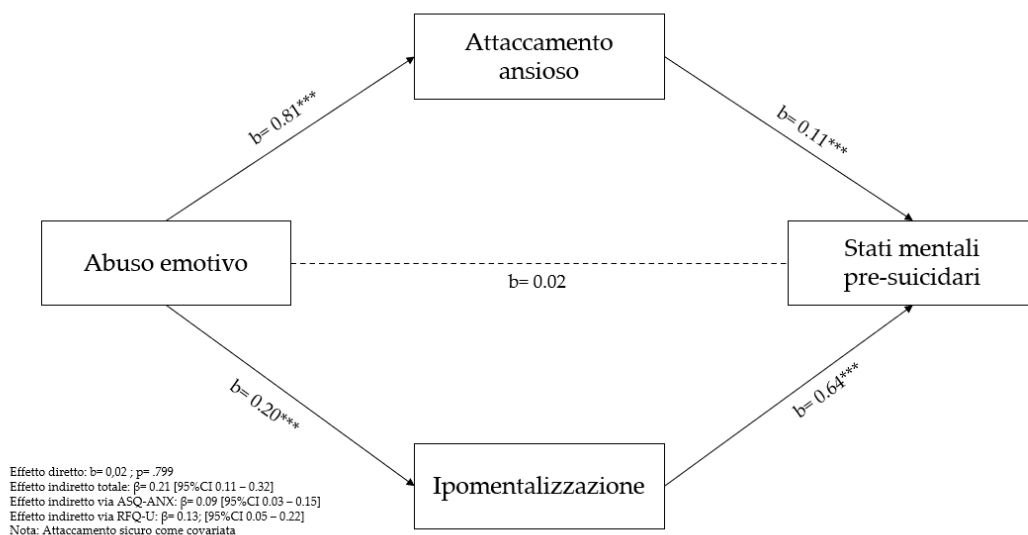


Figura 3. Modello di mediazione. Note: Variabile Dipendente: Stati mentali pre-suicidari, Variabile Indipendente: abuso emotivo, Mediatore 1: Attaccamento ansioso, Mediatore 2: Ipomentalizzazione. Covariata: Attaccamento sicuro.

3.4 Discussioni

L'obiettivo principale del presente studio osservazionale è stato di indagare la relazione tra abusi emotivi infantili, stile di attaccamento nell'adulto, funzione riflessiva, e stati mentali pre-suicidari in un campione di pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di Roma.

Nella prima sezione è stata indagata la distribuzione dei punteggi della scala che valuta gli stati mentali pre-suicidari in relazione alle diagnosi psichiatriche e alla presenza di tentativi di suicidio recenti. Dai risultati si evidenzia che i pazienti con punteggi più elevati alla scala degli stati mentali pre-suicidari hanno più frequentemente una diagnosi di disturbo depressivo e di disturbo di personalità. La letteratura, infatti, ha più volte evidenziato un'associazione significativa tra disturbi depressivi e rischio di suicidio (Casey et al., 2022; O'Connor et al., 2023), ad esempio, lo studio multicentrico di Pompili e colleghi (Pompili et al., 2022b) riportava che i pazienti che riferivano maggiore gravità dei sintomi depressivi e alta intensità del dolore mentale presentavano un profilo di elevata pericolosità caratterizzato da alti livelli di hopelessness e ideazione suicidaria oltre che precedenti comportamenti suicidari, ipotizzando la presenza di un particolare fenotipo clinico con specifiche necessità terapeutiche. Anche relativamente ai disturbi di personalità si evidenzia una stretta relazione con il rischio di suicidio, come evidenziato da diversi studi sperimentali (McLelland et al., 2023; Wolf et al., 2023), tanto da aver condotto allo sviluppo della Dialectical Behavioral Therapy (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2015), un trattamento specifico per i pazienti con diagnosi di disturbo di personalità borderline e rischio di suicidio.

I risultati mostrano, inoltre, una differenza significativa nei punteggi medi alla scala degli stati mentali pre-suicidari tra chi ha tentato il suicidio nei 3 mesi precedenti la valutazione e chi non ha un tentativo di suicidio recente, infatti i pazienti con un tentativo di suicidio negli ultimi 3 mesi hanno punteggi significativamente superiori alla scala degli stati mentali. Come già evidenziato nello studio di Innamorati e colleghi (2025), questo risultato è comparabile con quello rilevato attraverso la Suicide Crisis Inventory di Galynker et al. (2017; Calati et al., 2020) e potrebbe permettere di ipotizzare la presenza di questi stati

mentali nei momenti precedenti il tentativo di suicidio e una loro persistenza nei giorni successivi quando i pazienti sono ricoverati nel reparto psichiatrico.

I risultati della prima sezione contribuiscono a profilare le caratteristiche cliniche associate a una maggiore intensità degli stati mentali pre-suicidari, fornendo informazioni sulla qualità della scala e sulla sua utilità in ambito clinico.

Nella seconda sezione, come primo passo, si è voluta verificare la presenza di associazioni significative tra le variabili oggetto dello studio. I risultati confermano l'ipotesi di partenza, infatti, punteggi più elevati nella scala che misura gli stati mentali pre-suicidari sono associati a maggiori punteggi di abuso emotivo, a punteggi più elevati negli stili di attaccamento insicuro – ansioso ed evitante – a punteggi più bassi di attaccamento sicuro, a maggiore ipomentalizzazione e a minore ipermentalizzazione. Quindi, la presenza di stati mentali precursori del suicidio si associano a maggiore presenza di abusi emotivi nell'infanzia, a maggiore presenza di stili di attaccamento insicuri – sia ansioso che evitante – e a maggiore incertezza verso gli stati mentali propri e altrui; allo stesso tempo, si associano a minore presenza di attaccamento sicuro e di certezza verso gli stati mentali. Questi dati sono in linea con la letteratura (Angelakis et al., 2019; Nestor & Sutherland, 2022; MacNeil et al., 2023). Ad esempio, lo studio di Li e colleghi (2019) ha osservato un'associazione positivamente significativa tra abusi emotivi e rischio di suicidio in un ampio campione e la recente metanalisi di Chia et al. (2025) ha riportato un rischio quasi 3 volte maggiore di riferire ideazione e comportamenti suicidari per chi ha subito abusi emotivi nel periodo infantile. Una possibile spiegazione potrebbe ricondurre al fatto che le pervasive e persistenti minacce, umiliazioni e rifiuti possono interferire con i processi di sviluppo innescando una serie di conseguenze emotive e cognitive – percezione di essere un peso per gli altri, mancanza di speranza, dolore psicologico, senso di

sconfitta – che diventano insopportabili e dalle quali non si riesce a trovare una via di uscita che non sia quella di togliersi la vita.

Inoltre, la review sistematica di Zortea et al. (2021) ha messo in luce l'associazione tra stile di attaccamento nell'adulto e rischio di suicidio, evidenziando che l'attaccamento insicuro sarebbe associato positivamente all'ideazione e al comportamento suicidario mentre l'attaccamento sicuro sembrerebbe protettivo, mentre nella metanalisi di MacNeil e colleghi (2023) emergerebbe un'associazione più forte con l'attaccamento ansioso rispetto a quello evitante, soprattutto per l'ideazione suicidaria. La maggiore presenza di stati mentali pre-suicidari in concomitanza con stili di attaccamento insicuro potrebbe essere spiegata considerando il suicidio come un comportamento estremo di attaccamento (Adam, 1994) derivato dall'incapacità di affidarsi in modo efficiente alle risorse intra e interpersonali che esita nello sviluppo di sentimenti di sconfitta, intrappolamento, disconnessione, dolore mentale insopportabile.

Infine, le difficoltà nella capacità di mentalizzazione, quindi nel ricorrere alla funzione riflessiva, sono risultate positivamente associate al rischio di suicidio nello studio condotto da Bersani e colleghi (2022), e si può ipotizzare che le difficoltà nel comprendere e interpretare accuratamente il proprio e altrui sistema cognitivo, motivazionale e affettivo interferirebbe con un'efficace regolazione emotiva che, a sua volta, genererebbe isolamento sociale, difficoltà relazionali e aggressività etero e auto-diretta; in quest'ottica, lo stesso comportamento suicidario rappresenterebbe una strategia di regolazione disfunzionale.

In secondo luogo, sono stati indagati i possibili predittori della presenza di stati mentali pre-suicidari inserendo in una regressione lineare le variabili che si sono rivelate significativamente associate alle correlazioni bivariate (abuso emotivo, stili di attaccamento, ipomentalizzazione, ipermentalizzazione). Anche in questo caso, i risultati sono in linea con le ipotesi e con la letteratura, infatti, una

maggiore presenza di abusi emotivi esperiti nell'infanzia, avere uno stile di attaccamento ansioso e una tendenza all'incertezza verso gli stati mentali propri e altrui, sono predittori significativi di un punteggio più elevato nella scala che valuta gli stati mentali associati al rischio di suicidio, mentre un attaccamento sicuro è inversamente associato a questi stati mentali, configurandosi come potenziale fattore protettivo. Una possibile spiegazione potrebbe considerare che il maltrattamento emotivo ha un profondo impatto sulle capacità di costruire uno stile di attaccamento sano e saldo poiché le prime fondamentali interazioni con le figure significative risultano compromesse dall'indisponibilità affettiva e dalla percezione di pericolo per il proprio benessere che derivano dagli abusi (Erkoreka et al., 2021); inoltre, anche la possibilità di acquisire adeguate capacità di rispecchiamento e di riflessione sul proprio mondo interno e su quello degli altri può essere danneggiata se l'individuo, soprattutto in una fase sensibile come l'infanzia, si interfaccia con un ambiente non responsivo, inaffidabile, rifiutante (Yang & Huang, 2024). Queste carenze privano l'individuo degli strumenti necessari per costruire adeguate competenze relazionali, di regolazione emotiva, di problem solving, ponendolo a rischio di adottare strategie disadattive e schemi cognitivi disfunzionali per gestire le situazioni stressanti che possono sfociare nella convinzione che l'unica soluzione praticabile sia il suicidio (Wenzel & Beck, 2008; Doba et al., 2025).

Infine, è stata condotta un'analisi di mediazione per valutare l'ipotesi che l'attaccamento ansioso negli adulti e i deficit della funzione riflessiva agiscano da mediatori nella relazione tra presenza di abusi emotivi nell'infanzia e stati mentali prodromici del suicidio. I risultati hanno mostrato che la presenza di abusi emotivi ha un impatto sugli stati mentali correlati al rischio di suicidio esclusivamente attraverso la mediazione dello stile di attaccamento ansioso e dell'incertezza verso gli stati mentali; perciò, si può ipotizzare che i

maltrattamenti subiti in età infantile continuano ad avere un effetto deleterio anche dopo molto tempo, innescando una serie di conseguenze dannose che a loro volta possono aumentare il rischio di suicidio. Per interpretare il risultato di questo modello si può considerare che un accudimento non responsivo in contesti intrafamiliari maltrattanti può condurre, da un lato, allo sviluppo di modelli operativi interni caratterizzati da ansia della separazione e del rifiuto che, a loro volta, rendono ipersensibili alle esperienze avverse e portano ad adottare strategie di coping disfunzionali e, dall'altro, all'incertezza nell'interpretazione degli stati mentali che comprometterebbe le capacità di comprendere la fonte delle emozioni negative, esacerbando reazioni estreme alle memorie traumatiche (Ensink et al., 2017; Granqvist et al., 2017). Di conseguenza, l'assenza di competenze socio-cognitive di rispecchiamento e l'insicurezza verso le relazioni di attaccamento in situazione di particolare distress possono provocare emozioni soverchianti e disregolate che si cerca di gestire mettendo in atto schemi cognitivi disfunzionali che possono generare stati mentali prodromici del suicidio (mancanza di speranza, dolore mentale, senso di inaiutabilità, percezione di essere un peso, ecc.) e persino condurre alla messa in atto di comportamenti auto-distruttivi (Stagaki et al., 2022).

3.4.1 Limiti e prospettive future

Per interpretare in modo corretto i risultati del presente studio è necessario tenere in considerazione una serie di limitazioni. In primis, la numerosità campionaria e l'omogenea provenienza della popolazione presa in esame – pazienti con diagnosi di patologia psichiatrica ricoverata in SPDC – riducono la rappresentatività e non consentono di generalizzare i risultati. In secondo luogo, la natura trasversale dello studio impedisce di fare inferenze sulle relazioni causali delle variabili oggetto del protocollo sperimentale. Inoltre, l'utilizzo di

strumenti auto-somministrati vulnerabili a bias di desiderabilità sociale potrebbero generare una tendenza a sottostimare alcuni aspetti considerati sgradevoli e l'utilizzo di strumenti retrospettivi, in particolare per indagare gli abusi infantili, potrebbe essere stato influenzato da recall bias e deficit di memoria. Alla luce di questi limiti, future ricerche potrebbero indagare longitudinalmente gli effetti degli abusi emotivi, dello stile di attaccamento e della funzione riflessiva per identificare traiettorie e decorsi specifici e le loro conseguenze sul rischio di suicidio. Oltre a ciò, esplorare le variabili attraverso un assessment multi-metodo che combini strumenti self-report a interviste semi-strutturate e si avvalga anche dell'osservazione clinica e di fonti esterne, come familiari o partner, permetterebbe di acquisire quante più informazioni possibili e contribuire ad un quadro più esaustivo. Ulteriormente, alla luce dell'eterogeneità delle diagnosi psichiatriche, potrebbe essere valutato l'impatto delle singole psicopatologie nell'interazione con le variabili oggetto dello studio per chiarire se tali costrutti possano definirsi transdiagnostici o si evidenzino differenze sostanziali, ad esempio, tra disturbi dell'umore e disturbi psicotici. Da un punto di vista farmacologico, inoltre, sarebbe interessante valutare se differenti terapie farmacologiche possano avere un impatto sui domini clinici indagati; ad esempio, nello studio di Pompili et al., (2025) è stato mostrato come il litio riduca significativamente il rischio di suicidio, sia in termini di ideazione che di comportamenti suicidari. Infine, sarebbe importante ampliare la possibilità di generalizzare i risultati espandendo l'indagine a popolazioni più eterogenee, sia in setting clinici che assistenziali, indagando anche condizioni differenti dall'acuzie psichiatrica per comprendere se le medesime variabili abbiano un effetto di per sé o solo in combinazione con condizioni sintomatiche e con specifici gruppi di pazienti.

3.5 Conclusioni

Il presente studio ha avuto come obiettivo principale di indagare la relazione tra maltrattamenti emotivi infantili, stile di attaccamento nell'adulto, funzione riflessiva, e stati mentali pre-suicidari in un campione di pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di Roma. I risultati delle analisi hanno evidenziato, in accordo con la letteratura scientifica, come l'esposizione agli abusi psicologici nel periodo dello sviluppo aumenti la probabilità di sperimentare stati mentali associati al rischio di suicidio, anche attraverso l'influenza che tali abusi hanno sull'acquisizione di uno stile di attaccamento ansioso e sullo sviluppo di deficit di mentalizzazione che, a loro volta, possono avere un impatto significativo sul rischio di suicidio. In particolare, è stato osservato come la presenza di abusi emotivi infantili sia collegata agli stati mentali prodromici del suicidio attraverso il ruolo mediatore dell'ipomentalizzazione e dell'attaccamento ansioso.

Da una prospettiva clinica è possibile formulare alcune considerazioni. Come prima cosa, emerge l'importanza fondamentale di agire in maniera preventiva per limitare la messa in atto di maltrattamenti infantili attraverso politiche rivolte alla tutela delle famiglie e dei minori che considerino *parent training* ma anche sostegni economici e sociali per i nuclei svantaggiati. Ad un secondo livello, è necessario individuare precocemente le situazioni maltrattanti e fornire il supporto adeguato alle vittime. Trattandosi di una tipologia di abusi che non lascia "segni visibili", è particolarmente rilevante porvi attenzione anche sensibilizzando le istituzioni scolastiche nel riconoscimento di segnali che potrebbero altrimenti rimanere sommersi e impedire la presa in carico degli individui con storie di abusi. Come già esposto dalla letteratura e dalle linee guida nazionali, agire in modo mirato e rapido potrebbe proteggere da sequele estremamente dannose in termini clinici, emotivi e psicologici per il bambino

maltrattato e l'adulto che diventerà. Nel momento in cui, invece, non sia stato possibile mettere in atto un progetto preventivo, è importante comprendere la complessità e l'unicità delle esperienze di ciascun individuo per strutturare una relazione terapeutica che tenga conto delle potenziali e delle effettive conseguenze degli abusi e fornisca una base sicura su cui elaborare gli aspetti traumatici e ricostruire una traiettoria adattiva. Ad esempio, trattamenti basati sull'evidenza come la Terapia Basata sulla Mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2004) o la Terapia Familiare Basata sull'Attaccamento (Diamond et al., 2014) possono promuovere un attaccamento sicuro per affrontare sentimenti dolorosi come il rifiuto e l'indegnità, associati a modelli operativi interni d'impronta ansiosa, colmare i deficit di mentalizzazione restituendo fiducia verso la propria mente e quella altrui e, in ultima analisi, fornire un senso e una ristrutturazione ai traumi infantili prevenendo il ricorso a strategie di regolazione disfunzionali come il comportamento suicidario (Diamond et al., 2016; Malda-Castillo et al., 2019; Hajek Gross et al., 2024).

Bibliografia

- Adam K.S. Suicidal behaviour and attachment: A developmental model. In: Blumenthal S.J., Kupfer D.J., editors. *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. Guilford Press; New York, NY, USA: 1994. pp. 39–96.
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Attachments across the lifespan. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.) Arlington VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text revision). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andreo-Jover, J., Curto Ramos, J., Bobes, J., Bravo-Ortiz, M., Cebria, A. I., Crespo-Facorro, B., De la Torre-Luque, A., Díaz-Marsa, M., Fernández-Rodrigues, V., Garrido-Torres, N., Grande, I., López Peña, M. P., Pemau, A., Roberto, N., Ruiz-Veguilla, M., Saiz, P., Rodríguez-Vega, B., Pérez-Sola, V., & ACRONYM (2024). The mediating role of reflective functioning in the association between childhood trauma and suicide attempt. *Journal of Psychiatric Research*, 171, 30–37.
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1057–1078.
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of Childhood Maltreatment with Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012563.
- Bakken, V., Lydersen, S., Skokauskas, N., Sund, A. M., & Kaasbøll, J. (2024). Protective factors for suicidal ideation: a prospective study from adolescence to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 3079–3089.
- Barnet, O., Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2005). Child psychological maltreatment. In O. Barnet & C. L. Miller-Perrin (Eds.), *Family violence across the lifespan: An introduction* (2nd ed., pp. 151-178). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: Bradford, MIT Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). What is mentalizing?. In A. Bateman & P. Fonagy, (Eds.), *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. (pp. 3-38). Oxford University Press.
- Beach, V. L., Gissandaner, T. D., & Schmidt, A. T. (2022). The UPPS Model of Impulsivity and Suicide: A Systematic Literature Review. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(3), 985–1006.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Beck A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 90–96.
- Berman A. L. (2018). Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 48(3), 340–352.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. A. (1998). *CTQ: Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective Self-Report*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Bersani, F. S., Accinni, T., Carbone, G. A., Corazza, O., Panno, A., Prevete, E., Bernabei, L., Massullo, C., Burkauskas, J., Tarsitani, L., Pasquini, M., Biondi, M., Farina, B., & Imperatori, C. (2022). Problematic Use of the Internet Mediates the Association between Reduced Mentalization and Suicidal Ideation: A Cross-Sectional Study in Young Adults. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(5), 948.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104065.
- Borelli, J. L., Palmer, A., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2019). Convergence in Reports of Adolescents' Psychopathology: A Focus on Disorganized Attachment and Reflective Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: the Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(4), 568–581.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol 1. Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol 2. Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol 3. Loss: Sadness and Depression* London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.

Brassard, M. R., Hart, S. N., Baker, A. J. L., & Chiel, Z. (2019). *The APSAC monograph on psychological maltreatment*. APSAC.

Briere, J., Godbout, N., & Runtz, M. (2012). The Psychological Maltreatment Review (PMR): Initial reliability and association with insecure attachment in adults. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(3), 300-320.

Bruno, S., Anconetani, G., Rogier, G., Del Casale, A., Pompili, M., & Velotti, P. (2023). Impulsivity traits and suicide related outcomes: A systematic review and meta-analysis using the UPPS model. *Journal of Affective Disorders*, 339, 571-583.

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 185-200.

Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819.

Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), 14-19.

Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103-114.

Calati, R., Cohen, L. J., Schuck, A., Levy, D., Bloch-Elkouby, S., Barzilay, S., Rosenfield, P. J., & Galynker, I. (2020). The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment. *Journal of Affective Disorders*, 263, 121-128.

Casey, S. M., Varela, A., Marriott, J. P., Coleman, C. M., & Harlow, B. L. (2022). The influence of diagnosed mental health conditions and symptoms of depression and/or anxiety on suicide ideation, plan, and attempt among college students: Findings from the Healthy Minds Study, 2018-2019. *Journal of Affective Disorders*, 298(Pt A), 464-471.

Caulfield, N. M., Karnick, A. T., Fergusson, A. K., Bauer, B. W., & Capron, D. W. (2022). Exploring the indirect effects of acute dissociation on capability and suicide risk: A multi-method investigation with augmented reality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 52(4), 792-801.

Cay, M., Gonzalez-Heydrich, J., Teicher, M. H., van der Heijden, H., Ongur, D., Shinn, A. K., & Upadhyay, J. (2022). Childhood maltreatment and its role in the development of pain and psychopathology. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 6(3), 195-206.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2016). About the CDC-Kaiser ACE study: Study questionnaires. Retrieved from www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html

Chia, A. Y., Hartanto, A., Wan, T. S., Teo, S. S., Sim, L., & Kasturiratna, K. S. (2025). The Impact of Childhood Sexual, Physical and Emotional Abuse and Neglect on Suicidal Behavior and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review of Meta-analyses. *Psychiatry Research Communications*, 100202.

Christ, C., de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., van Kuijk, I., van Schaik, D. J. F., Kikkert, M. J., Goudriaan, A. E., Beekman, A. T. F., & Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PloS One*, 14(2), e0211882.

Cicchetti, D. and Rogosch, F. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine function. *Development and Psychopathology*, 13, 783–804.

CISMAI e Fondazione Terre des Hommes Italia. (2021). II Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. Retrieved from <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>

Cloitre, M., Cohen, L. R. and Koenen, K. C. (2006). *Treating the trauma of childhood abuse: Therapy for the interrupted life*. New York: Guilford.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.

Cohen, L. J., Gorman, B., Briggs, J., Jeon, M. E., Ginsburg, T., & Galynker, I. (2019). The Suicidal Narrative and Its Relationship to the Suicide Crisis Syndrome and Recent Suicidal Behavior. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(2), 413–422.

Collins, N., and Read, S. J. (1994). Representations of attachment: The structure and function of working models. In: K. Bartholomew and D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships, Vol 5. Attachment Process in Adulthood* (pp. 53-90). London: Jessica Kingsley.

Cooke, E. M., Connolly, E. J., Boisvert, D. L., & Hayes, B. E. (2023). A Systematic Review of the Biological Correlates and Consequences of Childhood Maltreatment and Adverse Childhood Experiences. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(1), 156–173.

Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277.

Cronholm, P., Forke, C., Wade, R., Bair-Merritt, M., Davis, M., Harkins-Schwartz, M., Pachter, L., & Fein, J. (2015). Adverse childhood experiences expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354–361.

Danielsdóttir, H. B., Aspelund, T., Shen, Q., Halldorsdottir, T., Jakobsdóttir, J., Song, H., Lu, D., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Fall, K., Magnusson, P. K. E., Fang, F., Bergstedt, J., & Valdimarsdóttir, U. A. (2024). Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 81(6), 586–594.

- De Beurs, D., Fried, E. I., Wetherall, K., Cleare, S., O' Connor, D. B., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O' Connor, R. C. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory driven network analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103419.
- DeMause, L. (1991). The universality of incest. *Journal of Psychohistory*, 19, 123–164.
- de la Torre-Luque, A., Essau, C. A., Lara, E., Leal-Leturia, I., & Borges, G. (2023). Childhood emotional dysregulation paths for suicide-related behaviour engagement in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(12), 2581–2592.
- Diamond, G., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Family Process*, 55(3), 595–610.
- Doba, K., Saloppé, X., Choukri, F., & Nandrino, J. L. (2022). Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105815.
- Doba, K., Debbané, M., Auger, E., & Nandrino, J. L. (2025). Suicide risk, mentalizing and emotion regulation in adolescents: The role of maternal maladaptive emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 374, 342–349.
- Dorahy, M. J., van der Hart, O., & Middleton, W. (2010). The history of early life trauma and abuse from the 1850s to the current time: how the past influences the present. In R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. (pp. 3-12) Cambridge, UK.
- Doyle, C., & Cicchetti, D. (2017). From the Cradle to the Grave: The Effect of Adverse Caregiving Environments on Attachment and Relationships Throughout the Lifespan. *Clinical Psychology: a Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 24(2), 203–217.
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(3), 16r10732.
- Egeland B. (2009). Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 22–26.
- Erkoreka, L., Zamalloa, I., Rodriguez, S., Muñoz, P., Mendizabal, I., Zamalloa, M. I., Arrue, A., Zumarraga, M., & Gonzalez-Torres, M. A. (2022). Attachment anxiety as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 501–511.
- Erozkan, A. (2016). The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal Journal of Educational Research*, 4(5), 1071-1079.
- Evren, C., Dalbudak, E., Cetin, R., Durkaya, M., & Evren, B. (2010). Relationship of alexithymia and temperament and character dimensions with lifetime post-traumatic stress disorder in male alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(2), 111–119.

- Falgares, G., Marchetti, D., Manna, G., Musso, P., Oasi, O., Kopala-Sibley, D. C., De Santis, S., & Verrocchio, M. C. (2018). Childhood Maltreatment, Pathological Personality Dimensions, and Suicide Risk in Young Adults. *Frontiers in Psychology*, 9, 806.
- Falgares, G., Lo Gioco, A., Verrocchio, M. C., & Marchetti, D. (2019). Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychology, Health & Medicine*, 24(3), 281–293.
- Farberow N (1957) The suicide crisis in psychotherapy. In N Farberow, E Shneidman (Eds), *Clues to Suicide* (pp. 119–130). New York: McGraw Hill Company.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Felitti, V. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47.
- Feeney J, Noller P, Hanrahan M. (1994) Assessing adult attachment. In: Sperling MB, Berman WH, editors. *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, (pp.125-155). New York, NY: Guilford Press.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between adults and the child. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225–231. Original presented to the International Psycho-Analytic Congress in 1932.
- Finkelhor, D. (2002). Introduction. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere *et al.* (eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2nd edn (pp. 11-14). London: Sage.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70–75.
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fonagy, P., and Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 679–700.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), pp. 1355–1381.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report

Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS One*, 11(7), e0158678.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 59–66.

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.

Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2019). Introduction. In A. W., Bateman, & P., Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 2, (pp. 3-20). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Fonagy, P., Campbell, C., & Luyten, P. (2023). Attachment, Mentalizing and Trauma: Then (1992) and Now (2022). *Brain Sciences*, 13(3), 459.

Ford, J. D. (2010). Complex adult sequelae of early life exposure to psychological trauma. In R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. (pp. 69-76) Cambridge, UK.

Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2003). On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 55-79.

Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151.

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.

Freud, S. (1896). The aetiology of hysteria. In J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 3. London: Vintage, 2001.

Freud, S. (1897). Letter to Fliess (letter 67). In J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 1. London: Vintage, 2001.

Galynker, I., Yaseen, Z. S., & Briggs, J. (2014). Assessing risk for imminent suicide. *Psychiatric Annals*, 44(9), 431-436.

Galynker, I. (2017). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford University Press.

Garon-Bissonnette, J., Duguay, G., Lemieux, R., Dubois-Comtois, K., & Berthelot, N. (2022). Maternal childhood abuse and neglect predicts offspring development in early childhood: The roles of reflective functioning and child sex. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105030.

George, C, Kaplan, N., and Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Berkeley, CA: University of California at Berkeley, Department of Psychology, unpublished manuscript.

Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585–598.

Green, J., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2021). Attachment Security and Suicide Ideation and Behaviour: The Mediating Role of Reflective Functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3090.

Groh, A. M., Roisman, G. I., Booth-LaForce, C., Fraley, R. C., Owen, M. T., Cox, M. J., & Burchinal, M. R. (2014). IV. Stability of attachment security from infancy to late adolescence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79(3), 51–66.

Grossmann, K. E., Grossmann, K., and Schwan, A. (1986). Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth's Strange Situation. In: C. E. Izard and P. B. Read (Eds.), *Measuring Emotions in Infants and Children*, Vol. 2 (pp. 124-171). New York: Cambridge University Press

Grummitt, L. R., Kreski, N. T., Kim, S. G., Platt, J., Keyes, K. M., & McLaughlin, K. A. (2021). Association of Childhood Adversity With Morbidity and Mortality in US Adults: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 175(12), 1269–1278.

Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 54(2), 317–337.

Hart, S. N., & Brassard, M. R. (1991, 2001). *Definition of psychological maltreatment*. In Indianapolis. Office for the Study of the Psychological Rights of the Child (OSPRC), School of Education, Indiana University.

Hart, S. N., Brassard, M. R., Baker, A. J. L., & Chiel, Z. A. (2019). *Definition of psychological maltreatment*. Teachers College, Columbia University, Family Violence Research Lab.

Hayes, A. F. (2013). *Methodology in the social sciences. introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: The Guilford Press.

Hendin, H., Maltsberger, J. T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 363–368.

Herstell, S., Betz, L. T., Penzel, N., Chechelnizki, R., Filihagh, L., Antonucci, L., & Kambeitz, J. (2021). Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 190–201.

Hibbard, R., Barlow, J., Macmillan, H., Child Abuse and Neglect and „ American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, & Child Maltreatment and Violence (2012). Psychological maltreatment. *Pediatrics*, 130(2), 372–378.

Hofer, M. A. (1995). Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In: S. Goldberg, R. Muir, and J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 203-230). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Hoffer, A. (2003). Images in psychiatry: Sandor Ferenczi, MD, 1873–1933. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1937.

Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 33(4), 224–232.

Hornor, G. (2008). Child advocacy centers: providing support to primary care providers. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 35-39.

Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 436-442.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 2(8), e356–e366.

Iliceto, P., D'Antuono, L., Fino, E., Carcione, A., Candilera, G., Silva, C., & Joiner, T. E. (2021). Psychometric properties of the Italian version of the Interpersonal Needs Questionnaire-15 (INQ-15-I). *Journal of Clinical Psychology*, 77(1), 268–285.

Innamorati, M., Lester, D., Balsamo, M., Erbuto, D., Ricci, F., Amore, M., Girardi, P., & Pompili, M. (2014). Factor validity of the Beck Hopelessness Scale in Italian medical patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(2), 300-307.

Innamorati, M., Erbuto, D., Venturini, P., Fagioli, F., Ricci, F., Lester, D., Amore, M., Girardi, P., & Pompili, M. (2016). Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 245, 297–302.

Innamorati, M., Erbuto, D., Rogante, E., Sarubbi, S., Trocchia, M. A., Cifrodelli, M., Migliorati, M., Comparelli, A., Berardelli, I., & Pompili, M. (2025). Mental states and temperaments contributing to suicidal crisis in psychiatric inpatients: a cross-sectional and validation study. *BMC Psychiatry*, 25(1), 140.

Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1995). The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *The American Journal of Psychiatry*, 152(6), 919–922.

Iwaniec, D., Larkin, E. and Higgins, S. (2006). Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child and Family Social Work*, 11, 73–82.

Johnson, B. N., Kivity, Y., Rosenstein, L. K., LeBreton, J. M., & Levy, K. N. (2022). The association between mentalizing and psychopathology: A meta-analysis of the reading

the mind in the eyes task across psychiatric disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(4), 423–439.

Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 909–916.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press: Cambridge, USA.

Kairys, S. W., Johnson, C. F., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2002). The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics*, 109(4), e68-e68.

Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(6), 726–738.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.

Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43.

Koenen, K. C., Roberts, A. L., Stone, D. M., & Dunn, E. C. (2010). The epidemiology of early childhood trauma. In R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. (pp. 13-24) Cambridge, UK.

Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge, UK.

Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., & Apter, A. (2013). Attachment patterns in medically serious suicide attempts: The mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 511-522.

Li, X., You, J., Ren, Y., Zhou, J., Sun, R., Liu, X., & Leung, F. (2019). A longitudinal study testing the role of psychache in the association between emotional abuse and suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2284–2292.

Li, E. T., Carracher, E., & Bird, T. (2020). Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104253.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482.

- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milan, Italy: Cortina Raffaello.
- Liu, R. T., Trout, Z. M., Hernandez, E. M., Cheek, S. M., & Gerlus, N. (2017). A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 83, 440–450.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression. In A. W. Bateman, & P. Fonagy (Eds.). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 385–417). American Psychiatric Pub.
- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70, 174–199.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2019). Mentalizing and trauma. In A. W., Bateman, & P., Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 2, (pp. 79-99). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297–325.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *The American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37–46.
- Maciel, M. R., Zylberstajn, C., Mello, M. F., Coimbra, B. M., & Mello, A. F. (2024). Adult insecure attachment styles and suicidality: A meta-analysis. *Death Studies*, 1-12.
- MacNeil, S., Roderbourg, L., Orri, M., Geoffroy, M. C., Mcgrath, J. J., Renaud, J., & Gouin, J. P. (2023). Attachment Styles and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 42(4), 323-364.
- Maguire, S. A., Williams, B., Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Mann, M. K., Teague, M., & Kemp, A. M. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development*, 41(5), 641–653.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In: C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Morris (eds), *Attachment Across the Life Cycle*. London: Routledge, pp.127-160.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy*, 92(4), 465–498.
- Marcinkevičiūtė, M., Vilutytė, L., & Gailienė, D. (2024). Experience of pre-suicidal suffering: insights from suicide attempt survivors. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1), 2370894.
- McClelland, H., Cleare, S., & O'Connor, R. C. (2023). Suicide Risk in Personality Disorders: A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 25(9), 405–417.
- Melzer, L., Forkmann, T., & Teismann, T. (2024). Suicide Crisis Syndrome: A systematic review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 54(3), 556–574.
- Messina, I., Calvo, V., & Grecucci, A. (2024). Attachment orientations and emotion regulation: new insights from the study of interpersonal emotion regulation strategies. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 26(3), 703.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77–102.
- Miller, A. B., Jenness, J. L., Oppenheimer, C. W., Gottlieb, A. L., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2017). Childhood Emotional Maltreatment as a Robust Predictor of Suicidal Ideation: A 3-Year Multi-Wave, Prospective Investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(1), 105–116.
- Miniati, M., Callari, A., & Pini, S. (2017). Adult Attachment Style and Suicidality. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 250–259.
- Moitra, M., Santomauro, D., Degenhardt, L., Collins, P. Y., Whiteford, H., Vos, T., & Ferrari, A. (2021). Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 242–249.
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PloS One*, 13(11), e0206433.
- Muller, R. T. (2009). Trauma and dismissing (avoidant) attachment: intervention strategies in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 68–81.

- Muller, R. T., Thornback, K., & Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence*, 27(3), 243–255.
- Murphy, M., Fiorillo, J., & Sullivan, A. (2014). The adverse childhood experiences (ACE) study and practice implications for attorneys for the child. Retrieved from <https://ubir.buffalo.edu/xmlui/bitstream/handle/10477/25418/ACES%20Paper%20for%20AFC%20CLE.pdf>
- Musetti, A., Brazzi, F., Folli, M. C., Plazzi, G., & Franceschini, C. (2020). Childhood trauma, reflective functioning, and problematic mobile phone use among male and female adolescents. *The Open Psychology Journal*, 13(1), 242-252.
- Musetti, A., Starcevic, V., Boursier, V., Corsano, P., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2021). Childhood emotional abuse and problematic social networking sites use in a sample of Italian adolescents: The mediating role of deficiencies in self-other differentiation and uncertain reflective functioning. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1666–1684.
- Musetti, A., Pingani, L., Zagaria, A., Uberti, D., Meli, S., Lenzo, V., Gori, A., Franceschini, C., & Galeazzi, G. M. (2022). Insecure adult attachment and reflective functioning as mechanisms of the relationship between traumatic life events and suicidal ideation: A path analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 985148.
- National Center on Child Abuse and Neglect (1988). *Study findings: Study of the National incidence and prevalence of child abuse and neglect*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Nestor, B. A., & Sutherland, S. (2022). Theory of mind and suicidality: a meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(4), 1666-1687.
- Neumann, E. (2017). Emotional abuse in childhood and attachment anxiety in adult romantic relationships as predictors of personality disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(4), 430–443.
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., & Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 816.
- O'Connor, R. C., Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., & Kirtley, O. J. (2016). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior: An update. *The International Handbook of Suicide Prevention*, 220-240.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170268.
- O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N. (2023). Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 329(23), 2068–2085.

- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 226–230.
- Opie, J. E., McIntosh, J. E., Esler, T. B., Duschinsky, R., George, C., Schore, A., Kothe, E. J., Tan, E. S., Greenwood, C. J., & Olsson, C. A. (2021). Early childhood attachment stability and change: a meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 23(6), 897–930.
- Orbach I. (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 24(1), 68–79.
- Pachkowski, M. C., Rogers, M. L., Saffer, B. Y., Caulfield, N. M., & Klonsky, E. D. (2021). Clarifying the Relationship of Dissociative Experiences to Suicide Ideation and Attempts: A Multimethod Examination in Two Samples. *Behavior Therapy*, 52(5), 1067–1079.
- Pachkowski, M. C., & Klonsky, E. D. (2023). The relationship between dissociative experiences and suicide ideation: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Penner, F., Gambin, M., & Sharp, C. (2019). Childhood maltreatment and identity diffusion among inpatient adolescents: The role of reflective function. *Journal of Adolescence*, 76, 65–74.
- Pinquart, M., Feussner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development*, 15(2), 189–218.
- Pisani, A. R., Murrie, D. C., & Silverman, M. M. (2016). Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Academic Psychiatry: the Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 40(4), 623–629.
- Pisani, A. R., & Boudreaux, E. D. (2023). Systems Approach to Suicide Prevention: Strengthening Culture, Practice, and Education. *Focus* (American Psychiatric Publishing), 21(2), 152–159.
- Pisani, A. R., Murrie, D. C., Silverman, M., & Turner, K. (2023). Prevention-oriented risk formulation: Update and expansion. In M Pompili (Ed), *Suicide risk assessment and prevention* (pp. 119-149). Cham: Springer International Publishing.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Serafini, G., Erbuto, D., Battuello, M., Tatarelli, R., Oquendo, M. A., & Girardi, P. (2012). Suicide attempts in acute psychiatric referrals with substance use disorders. *Rivista di Psichiatria*, 47(4), 313–318.
- Pompili, M., Innamorati, M., Gonda, X., Serafini, G., Sarno, S., Erbuto, D., Palermo, M., Elena Seretti, M., Stefani, H., Lester, D., Perugi, G., Akiskal, H., Siracusano, A., Rihmer, Z., Tatarelli, R., Amore, M., & Girardi, P. (2013). Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: a prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 216–222.

Pompili, M. (2022). *Il rischio di suicidio: valutazione e gestione*. Milano: Raffaello Cortina.

Pompili, M., Erbuto, D., Innamorati, M., Luciano, M., Sampogna, G., Abbate-Daga, G., Barlati, S., Carmassi, C., Castellini, G., De Fazio, P., Di Lorenzo, G., Di Nicola, M., Ferrari, S., Gramaglia, C., Nanni, M. G., Pasquini, M., Pinna, F., Poloni, N., Serafini, G., Signorelli, M., ... Fiorillo, A. (2022a). The Relationship Between Mental Pain, Suicide Risk, and Childhood Traumatic Experiences: Results From a Multicenter Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(4), 21m14176.

Pompili, M., Innamorati, M., Erbuto, D., Luciano, M., Sampogna, G., Abbate-Daga, G., Barlati, S., Carmassi, C., Castellini, G., De Fazio, P., Di Lorenzo, G., Di Nicola, M., Ferrari, S., Goracci, A., Gramaglia, C., Martinotti, G., Nanni, M. G., Pasquini, M., Pinna, F., Poloni, N., ... Fiorillo, A. (2022b). High depression symptomatology and mental pain characterize suicidal psychiatric patients. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 65(1), e54.

Pompili M. (2024). On mental pain and suicide risk in modern psychiatry. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), 6.

Pompili, M., Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Cifrodelli, M., Erbuto, D., Lamis, D.A. & Baldessarini, R. J. (2025). New Episodes and Suicidal Risks in Bipolar and Major Depressive Disorder Patients During Versus Before Long-Term Treatment With Lithium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 0:1–9.

Quek, J., Newman, L. K., Bennett, C., Gordon, M. S., Saeedi, N., & Melvin, G. A. (2017). Reflective function mediates the relationship between emotional maltreatment and borderline pathology in adolescents: A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, 72, 215–226.

Riggs, S. A., & Kaminski, P. (2010). Childhood emotional abuse, adult attachment, and depression as predictors of relational adjustment and psychological aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 75–104.

Riggs, S. A. (2019) Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 19(1), 5-51.

Rokach, A., & Clayton, S. (2023). The Consequences of Child Abuse. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(11), 1650.

Rogante, E., Cifrodelli, M., Sarubbi, S., Costanza, A., Erbuto, D., Berardelli, I., & Pompili, M. (2024). The Role of Emotion Dysregulation in Understanding Suicide Risk: A Systematic Review of the Literature. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(2), 169.

Rudd, M. D., & Joiner, T. E., Jr (1998). An integrative conceptual framework for assessing and treating suicidal behavior in adolescents. *Journal of Adolescence*, 21(4), 489–498.

Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In TE Ellis (Ed), *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Russotti, J., Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2021). Child maltreatment: An intergenerational cascades model of risk processes potentiating child psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 112, 104829.
- Sadek, J. (2019). *A Clinician's Guide to Suicide Risk Assessment and Management*. Cham: Springer.
- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(10), 1489–1499.
- Santoro, G., Midolo, L. R., Costanzo, A., & Schimmenti, A. (2021). The vulnerability of insecure minds: The mediating role of mentalization in the relationship between attachment styles and psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 85(4), 358–384.
- Sarubbi, S., Rogante, E., Erbuto, D., Migliorati, M., Berardelli, I., Innamorati, M., & Pompili, M. (2024). The relationship among attachment styles, interpersonal needs, and suicidal ideation in patients with psychiatric disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 27(3), 785.
- Schechter, M., Goldblatt, M., & Maltsberger, J. T. (2013). The therapeutic alliance and suicide: When words are not enough. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 315–328.
- Schimmenti A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation : The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 19(5), 552–571.
- Schönfelder, A., Rath, D., Forkmann, T., Paashaus, L., Lucht, L., Teismann, T., Stengler, K., Juckel, G., & Glaesmer, H. (2021). Child abuse and suicidality in the context of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide: A network analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 425–442.
- Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 223–239.
- Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gengelmaier, S. (2021). Mentalizing mediates the association between emotional abuse in childhood and potential for aggression in non-clinical adults. *Child Abuse & Neglect*, 115, 105018.
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: psychology in action* (pp. 147–183). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145–147.

- Shneidman E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287–294.
- Shneidman, E. S. (2005). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 7-12.
- Smith, P. N., & Cukrowicz, K. C. (2010). Capable of suicide: a functional model of the acquired capability component of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(3), 266–275.
- Sng, O., Neuberg, S. L., Varnum, M. E., & Kenrick, D. T. (2018). The behavioral ecology of cultural psychological variation. *Psychological Review*, 125(5), 714
- Soper, C. A. (2023). An integrated general theory of psychopathology and suicide. *Evolutionary Psychological Science*, 9(4), 491–511.
- Sperling, M. B., & Berman, W. H. (Eds.). (1994). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. Guilford Press.
- Sroufe, L. (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press.
- Tardieu, A. (1860). Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales de Hygiene Publique et Médecine Légale*, 13, 361–398.
- Tardieu, A. (1878). *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 7th ed. Paris: Baillière.
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302–313.
- Trinidad J. E. (2021). Social consequences and contexts of adverse childhood experiences. *Social Science & Medicine* (1982), 277, 113897.
- Turton, H., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2021). The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100136.
- Turton, H., Berry, K., Danquah, A., Green, J., & Pratt, D. (2022). An investigation of whether emotion regulation mediates the relationship between attachment insecurity and suicidal ideation and behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1587-1598.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197–215.

- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108.
- Vine, V., Victor, S. E., Mohr, H., Byrd, A. L., & Stepp, S. D. (2020). Adolescent suicide risk and experiences of dissociation in daily life. *Psychiatry Research*, 287, 112870.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344–349.
- Voros, V., Tenyi, T., Nagy, A., Fekete, S., & Osvath, P. (2021). Crisis Concept Re-loaded?-The Recently Described Suicide-Specific Syndromes May Help to Better Understand Suicidal Behavior and Assess Imminent Suicide Risk More Effectively. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 598923.
- Walsh, K., McLaughlin, K. A., Hamilton, A., & Keyes, K. M. (2017). Trauma exposure, incident psychiatric disorders, and disorder transitions in a longitudinal population representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 92, 212-218
- Wang, T., Yang, L., Yang, L., Liu, B. P., & Jia, C. X. (2024). The relationship between psychological pain and suicidality in patients with major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 346, 115–121.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wolf, J., Reinhard, M. A., Goerigk, S., Barton, B. B., Burkhardt, G., Tang, J., Eder, J., Amann, B. L., Bertsch, K., Jobst, A., Musil, R., & Padberg, F. (2023). Suicidal behaviors and adverse childhood experiences: A cross-diagnostic study in persistent depressive disorder and borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 330, 115562.
- World Health Organization. (2021) *European regional status report on preventing violence against children 2020*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2021) *Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Responding to child maltreatment: A clinical handbook for health professionals*. Geneva: World Health Organization.
- Wrath, A. J., & Adams, G. C. (2019). Self-Injurious Behaviors and Adult Attachment: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(4), 527–550.
- Yang, L., & Huang, M. (2024). Childhood maltreatment and mentalizing capacity: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106623.

- Yaseen, Z., Katz, C., Johnson, M. S., Eisenberg, D., Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2010). Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry*, 10, 1-11.
- Yaseen, Z. S., Gilmer, E., Modi, J., Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2012). Emergency room validation of the revised Suicide Trigger Scale (STS-3): A measure of a hypothesized suicide trigger state. *PLoS One*, 7(9), e45157.
- Yaseen, Z. S., Kopeykina, I., Gutkovich, Z., Bassirnia, A., Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2014). Predictive validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. *PLoS One*, 9(1), e86768.
- Yaseen, Z. S., Galynker, I., Briggs, J., Freed, R. D., & Gabbay, V. (2016). Functional domains as correlates of suicidality among psychiatric inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 203, 77-83.
- Zortea, T. C., Gray, C. M., & O'Connor, R. C. (2021). The relationship between adult attachment and suicidal thoughts and behaviors: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 25(1), 38-73.