



Rivista di Psicoterapia **Immaginativa** ITPΨ

Rischio suicidario. Comprensione e interventi

Rivista periodica gratuita pubblicata dal
**Gruppo Italiano Tecniche Imagerie
Mentale**

REDAZIONE

Direttore Responsabile
Secco Silvano

Comitato di Redazione
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Zanola Gabriele

Comitato Scientifico
Barthélémy Jean-Marie
De Rossi Moreno
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Secco Silvano

Sede legale
via Aleardi, 23 31100 Treviso

E-mail
info@gitim.it

Registrazione del Tribunale di Treviso
n. 157 del 20/09/2010

Per proporre un articolo seguire le norme
redazionali alla pagina:
www.gitim.eu/it/norme-redazionali
Le proposte saranno sottoposte al Comitato
di Redazione, che...

Per leggere gli altri numeri della rivista
visitare la pagina:
www.gitim.eu/it/rivista

INDICE

- 2 Redazione
 Editoriale
 Secco Silvano

- 4 Recensioni
 **Recensione seminario “Il
 rischio suicidario:
 comprensione e interventi”**
 Lunardon Erika, Berto Lenisa

- 9 Immaginario: studi e ricerche
 Il guaritore ferito
 Colusso Luigi

- 12 La psicoterapia con l'ITP
 **La complessità del fenomeno
 suicidiale**
 Secco Silvano

- 29 La psicoterapia con l'ITP
 Il suicidio: casi clinici e ITP
 Zanola Gabriele

- 31 La psicoterapia con l'ITP
 **Il medico di base e il rischio
 suicidario**
 Condotta Tiziano

- 32 La psicoterapia con l'ITP
 Il suicidio: perché?
 Zanetti Ivana

Redazione

EDITORIALE

Secco Silvano

psicologo clinico e psicoterapeuta ITP, direttore della Rivista



Corridor in the Asylum (Vincent van Gogh)

Definizioni di famiglia

Il Seminario “IL RISCHIO SUICIDARIO: COMPRENSIONE E INTERVENTI” che si è svolto l’8 aprile 2017 a Treviso, è stato organizzato al fine di offrire un’occasione di sensibilizzazione e riflessione a professionisti impegnati in contesti sanitari, sociali, educativi e di non-professionisti su un tema complesso, coinvolti a diverso titolo e differenti livelli professionale e/o personale. Ha consentito la condivisione di stati emotivi personali collegati ad esperienze suicidarie che talvolta possono coinvolgere professionisti e non professionisti. È diventato anche un momento di diffusione di conoscenze cliniche, terapeutiche, esperienziali.

Non è stato facile e non è facile parlare del Suicidio forse perché è un evento di per sé traumatico che contiene sofferenze ed elementi tabù per ciascuno. Ancor più difficile sembra essere scrivere, forse serve una attitudine particolare, una vocazione. Comunque il trattare temi così estremi ci consente di avvicinarci un po’ di più verso la comprensione dell’essere umano.

Molte quindi sono le domande attorno al tema del suicidio: quali sono le caratteristiche del fenomeno suicidale? quali sono le componenti e le determinanti psicologiche che intervengono?

Sussistono nel fenomeno suicidale anche degli aspetti di ordine sociologico che giocano un ruolo sulla manifestazione e anche sull’esito di questo atto?



Esiste una relazione tra suicidio, tentativo di suicidio e comportamenti autolesionistici? È possibile individuare dei segnali anticipatori?

Possiamo fare una ipotesi di tipo psicologico circa la relazione tra incidenti stradali ed il tentativo di suicidio? Un incidente può, a ragion veduta, prendere le sembianze, in quanto *distrazione*, di atto mancato ^[1] e questo risulta abbastanza evidente se consideriamo l'assunzione inconscia, da parte di adolescenti o giovani adulti, del rischio di una corsa in moto ad elevata velocità. A tal proposito Freud S. nel 1901 ^[2] scriveva: *L'esistenza di un suicidio semi-intenzionale... provocato da un'intenzione inconscia, sfrutta abilmente una minaccia alla vita e si presenta con le caratteristiche di un incidente fortuito... L'intenzione inconscia attende il verificarsi di un'occasione che si sostituisca, almeno parzialmente, alla causa reale.*

L'incidente da un punto di vista psicodinamico può essere collegato alla presenza di un substrato conflittuale tra le diverse istanze psichiche o tra il soggetto e l'ambiente relazionale.

L'incidente e il dolore corporeo vengono a sostituirsi al dolore psichico, più insopportabile e meno concretamente definibile. È come se il piano psichico della sofferenza venisse sostituito da un livello concreto/corporeo.

Qual è la funzione e come intervengono la sofferenza psicologica ed il dolore fisico nello sviluppo di una persona?

Gli incidenti secondo le stime statistiche sono la prima causa di morte nella fascia d'età dai 15 ai 24 anni, mentre i suicidi, sempre per questo target di popolazione, sono, in Italia, la seconda causa di morte. Perché allora non analizzare anche questi fenomeni, oltre ad altri ai quali il sistema politico sociale tende a dar maggior rilievo come ad esempio le gravidanze a rischio nelle adolescenti?

La persona che tenterà il suicidio lancia prima dei messaggi? Come è possibile individuare i messaggi? Gli studi dimostrano che 40-60% delle persone che si sono suicidate hanno visto un medico di medicina generale anziché uno psichiatra. Anche se il disturbo mentale è il fattore più frequente, di fatto, il suicidio non è né una malattia né la manifestazione di una malattia. Alcuni dati ci possono aiutare a riflettere, così si può affermare che il rischio di suicidio è del:

- 6-15% nelle persone con disturbi dell'umore, depressione;
- 7-15% negli alcoolisti;
- 4-10% in soggetti schizofrenici.

Attuali ricerche sui giovani hanno evidenziato una prevalenza del 20-50% della presenza di un disturbo di personalità associabili al suicidio, quali il disturbo borderline, quello antisociale.

¹ Freud S., Psicopatologia della vita quotidiana, Boringhieri.

² Freud S., Psicopatologia della vita quotidiana, Boringhieri.



Recensioni

RECENSIONE DEL SEMINARIO “IL RISCHIO SUICIDARIO: COMPRENSIONE E INTERVENTI”

Lunardon Erika

Psicologa allieva della Scuola ITP

Berto Lenisa

Psicologa allieva della Scuola ITP

Questa giornata di riflessione sul rischio suicidario si è articolata in due parti: durante la mattinata alcuni professionisti hanno presentato dati statistici, confini clinici e di valutazione relativi al fenomeno del suicidio, mentre nel pomeriggio è stato dato ampio spazio al confronto ed alla riflessione in plenaria a seguito di vari lavori di gruppo.

L'apertura ai lavori è stata condotta dal dott. Secco, Psicoterapeuta ITP, che ha riproposto le numerose domande che ruotano attorno al tema del suicidio: Quali caratteristiche ha il fenomeno suicidale? Quali componenti psicologiche intervengono? Quali aspetti di ordine sociologico da considerare? Esistono dei segnali che ci permettono di intervenire prima che tale atto sia compiuto?

Per cercare di rispondere a tutte queste difficili domande è indispensabile definire il suicidio come un complesso e critico fenomeno psicosociale che coinvolge, a cerchi concentrici molte persone: la persona che lo esegue, la famiglia in primis, ma anche i gruppi di riferimento, siano essi scuola, lavoro, amici, vicinato.

Il fenomeno suicidale produce quindi un “effetto pigmalione” che si dilata ed espande sempre più verso l'esterno e, delle volte, si amplifica con il contributo della stampa che, come una cassa di risonanza, sembra aumentare l'intensità di contagio sociale soprattutto tra gli adolescenti. Il suicidio infatti è la 2^a causa di morte nella fascia d'età 14-24.

Tale evento psicosociale critico appare come “non decifrabile” e contiene in sé una forza distruttiva vissuta dal vivente come violenza subita, è per questo che nella famiglia la prima domanda che insorge a seguito dell'atto suicidario è: Perché l'avrà fatto? Come potevamo intervenire prima?

Il suicidio lascia quindi vuoti di significato inerenti il senso della vita, l'insopportabilità di vivere e il dramma della morte.

Il dott. Secco ipotizza come il suicidio appaia legato ad un deficit di mentalizzazione che vede la persona imbrigliata in un pensiero costante che colonizza la mente (“devo farla finita...”) da qui una difficoltà o un blocco nel trattare tale pensiero che diventa totalizzante.

Come intervenire e prevenire quindi? Appare auspicabile aiutare la persona a “pensare insieme il pensiero di morte”, a trattarlo e a contenerlo oltrepassando il tabù relativo al tema della morte, in primis al suicidio, che lascia molte persone da sole.

Nel contesto adolescenziale il suicidio vede sullo sfondo un naturale bisogno di sfida che si accompagna alla tendenza ad agire con impulsività, ecco allora che i numerosi tentativi di suicidio possono diventare delle richieste mascherate d'aiuto che sottendono un malessere profondo, spesso a carico del proprio corpo, connesso ad un forte senso di angoscia. Da qui suicidio come modalità di liberazione dall'angoscia, percepito come gesto liberatorio, l'estremo drammatico di comportamenti autolesionistici, frequenti in adolescenza e spesso nascosti o sottovalutati.

La parola viene passata al Dott. Colusso, Medico Psicoterapeuta, Responsabile del “Progetto rimanere insieme” ADVAR, che sottolinea la difficoltà di prevenire tale fenomeno proprio per gli innumerevoli e poco decifrabili fattori coinvolti.

Di estrema importanza il contatto con la famiglia “superstite” che in un primo momento può manifestare ella stessa la volontà di togliersi la vita, un desiderio di morte che pare espandersi a macchia d’olio all’interno del nucleo familiare.

Superare l’evitamento iniziale a parlare della morte è indispensabile, gli operatori quindi accolgono i superstiti, anche in gruppi di mutuo-aiuto, favorendo le narrazioni e il confronto in un clima di normalità e comprensione; clima che spesso non è garantito dal contesto sociale che “distanza emotivamente” le famiglie che hanno vissuto e subito un suicidio.

Coinvolgente la testimonianza di una donna il cui marito si è tolto la vita inaspettatamente, apparentemente senza dare alcun segnale. Il racconto dell’evento ha permesso anche di portare in luce molte e frequenti domande: Come accorgersi prima? Quali segnali? Come dirlo ai due figli? Cosa penserà la gente? Potremo far fronte a tutto ciò?

A distanza di anni, alcune domande non hanno ancora trovato risposta, altre sono state elaborate con il superamento del senso di colpa iniziale e dell’incapacità di aver potuto evitare tale gesto; è stata d’aiuto la possibilità di parlare apertamente con professionisti e con persone che hanno vissuto lo stesso trauma: il pensare insieme il pensiero, come precedentemente accennato dal Dott. Secco, sembra essere stato il punto di svolta per l’elaborazione del lutto e la ripresa serena della quotidianità.

L’esperienza toccante a livello emotivo ed umano muove una domanda: fino a dove arrivano la clinica e la medicina in tale fenomeno?

Il Dott. De Rossi, Psichiatra e Direttore UOC SPDC e Salute Mentale Venezia – Ulss 3 Serenissima, ci presenta un’epidemiologia completa che vede il suicidio come 15^a causa di morte a livello mondiale, 2° nei ragazzi tra i 15 e i 29 anni, un esteso fenomeno che coinvolge un milione di morti. La difficoltà di definire le componenti di tale gesto deriva anche da un’importante distinzione: tentativi di suicidio (o para suicidio in cui non c’è intenzionalità ma emerge una “componente dimostrativa”) e suicidio: due poli che vedono nel mezzo una molteplicità di situazioni in cui appare molto difficile definire l’intenzionalità o meno attribuita all’atto.

Il suicidio viene visto come un processo fluttuante, non lineare dove i concetti di prevedibilità e prevenzione diventano sfumati e difficili da circoscrivere; si possono comunque individuare dei fattori di rischio socio-anagrafici, contestuali e infine clinici.

Si sottolinea però come nessuna scala clinica sia sufficiente per assicurare ed escludere suicidi: l’80% di persone suicide non hanno avuto alcuna diagnosi psichiatrica, più utile sembrano essere valutazioni psicosociali complessive che indagano qualità e grado di soddisfazione della propria vita.

Che strumenti hanno i servizi per la salute mentale per prevenire e sostenere?

Il dott. Favaretto, Direttore Dipartimento di salute Mentale – Ulss 2 Marca Trevigiana, risponde a tale quesito sottolineando come all’interno dei Servizi sia importante valutare i fattori di rischio, suddivisibili in tre categorie: disturbi psichiatrici, vissuti di disperazione e tendenza all’impulsività, storia di precedenti tentativi o minacce di suicidio.

Il fattore centrale che sembra accompagnare tutti queste variabili è il forte isolamento sociale che la persona vive, l’obiettivo dei servizi per la salute mentale dovrebbe basarsi sull’intervento a tale livello evitando che la persona venga lasciata sola in momenti di difficoltà e di disagio.

Non si escludono i fattori di protezione, potenti mezzi preventivi: sostegno familiare e sociale, stato di gravidanza e religiosità. La prevenzione dovrebbe interessare più livelli, dal singolo all’intera popolazione; auspicabile un miglioramento dei servizi psichiatrici e di medicina generale, ma anche la formazione dei diversi operatori ai quali spesso tali persone si rivolgono prima dell’atto suicidario.



Le scale cliniche a disposizione dei servizi non sono sempre sufficienti per prevenire il suicidio e in alcune situazioni si rivelano piuttosto limitate, più opportuno un intervento multidisciplinare integrato.

Sono poi intervenuti due medici di famiglia, entrambi psicoterapeuti Gitim, il dottor Gabriele Zanola e il dottor Tiziano Condotta.

Si mette in risalto come due grandi recettori di disagio siano la scuola e il medico di base; in quest'ultimo contesto spesso emergono situazioni di insoddisfazione generale e umore deflesso, aspetto che si evidenzia non solo dalle parole del paziente ma anche da tutta la famiglia che si rivolge al medico per comprendere e trovare soluzioni; la collaborazione tra i diversi servizi territoriali dovrebbe essere fortificata e garantita al fine di cogliere il più precocemente possibile segnali di difficoltà e di disagio.

L'ultimo intervento della mattinata è stato condotto da Don Maggiotto che, in maniera sintetica, ma estremamente lucida ed efficace, ha delineato alcuni punti chiave che possono guidare l'intervento di chi vuole aiutare le persone a guardare alla vita e non alla morte.

La dimensione dell'aiuto verso chi soffre tanto da meditare il suicidio ci riporta al tema della solitudine: la persona sofferente si sente non capita, si sente sola, ha la sensazione che gli altri non la comprendano. La presenza dell'altro diventa fondamentale nel momento in cui questo fa da specchio ai dolori di chi soffre perché senza uno specchio i dolori si confondono anche all'interno della persona stessa. Si può arrivare così alla perdita del senso di sé, dell'apertura al futuro, della speranza, del senso di identità e di fiducia. Tutti elementi che concorrono a salvare dal pensare al suicidio. Questi "specchi empatici" possono aiutare a sbrogliare il groviglio di emozioni che attanagliano il sofferente, impedendogli di muoversi, paralizzandolo.

Che fare dunque?

È importante esplorare più elementi per tentare di dare una risposta soddisfacente alla domanda, fermo restando che, alla base di tutto, dobbiamo avere chiaro che l'uomo per sua costituzione è un po' mostro e un po' angelo, in cui bene e male a volte si confondono. L'individuo è misterioso, non "governabile", e dunque è difficile dare una "risposta" nel vero senso del termine.

Iniziamo prendendo in considerazione quella che oggi è la dimensione dell'individualismo, la quale, incrociandosi con il desiderio di mutamenti vertiginosi, rende molto difficile l'identificarsi con se stessi. Manca cioè la sensazione che qualcosa in sé duri nel tempo, nonostante le trasformazioni, ed è questo sentire che ci permetterebbe di "lasciar andare" ciò che ci viene portato via. Posso lasciar andare solo se sento che qualcosa dura e quel qualcosa, dice Don Maggiotto, "sei tu".

Tornando alla questione sopra accennata dell'altro come specchio, ricordiamo che nella persona che contempla il suicidio si affievolisce l'immagine di sé come persona che esiste, si cede ad una forma di annichilimento. Se chi soffre ha la sensazione che l'altro ignori, non veda questa sofferenza, diventa oltremodo importante cercare nuovi specchi, per avere un rimando sul senso della propria dignità. Citando la Bibbia, Don Maggiotto ci ricorda come l'uomo sia stato creato con la possibilità di essere ciò che vorrà, non con un solo talento specifico come gli animali; se questa possibilità però non è avvertita come tale dalla persona, l'esistenza muta radicalmente e perde di significato.

Un altro elemento molto importante riguarda la capacità di meditare, intesa come il "fermarsi e fare silenzio", dove questo fermarsi è funzionale al guardarsi per accorgersi di chi si è, di come si sta procedendo nella propria esistenza. Non si parla dunque solo di "fare", ma di "essere", perché purtroppo spesso ciò facciamo tradisce quello che siamo...

Se vogliamo poi che una persona sappia rivolgersi alla vita, non possiamo precludere la possibilità di "riscoprire il cielo", come afferma Don Maggiotto, ossia la capacità di allargare la prospettiva della propria vita agli altri, vedersi come inseriti in un mondo grande, con un orizzonte ampio. Come il bambino che, seppur inconsapevole, alza gli occhi al cielo per rivolgersi a mamma e papà, così anche la nostra sofferenza può essere ridotta se chiediamo aiuto all'altro. L'altro può portare calma, sfamare il bambino in noi che chiede cibo. Per chiarire meglio questo punto Don Maggiotto racconta la favola di un uomo che, essendo depresso, si sfogava spesso con gli amici. Questi decisero allora di mandarlo a consultare un sapiente, il quale disse all'uomo di andare a prendere un cucchiaino di



cenere e versarlo in un bicchiere d'acqua. Gli chiese poi cosa vedesse e l'uomo notò che l'acqua si era sporcata. Poi gli disse di prendere nuovamente un cucchiaino di cenere e questa volta di versarlo nell'oceano, ponendogli nuovamente la domanda precedente. L'uomo allora notò che nell'oceano la cenere non si vedeva più, al che il sapiente lo invitò a comprendere che, se nel bicchiere la cenere sporca l'acqua, l'obiettivo sarà quello di imparare a metterla nell'oceano.

Un altro punto di riflessione riguarda il rieducare la coscienza, nel senso di imparare a distinguere il bene dal male ovvero affinare l'arte di scegliere. Oggi infatti si è smarrito il senso dello scegliere bene, perché la domanda che ci poniamo è solo *“me lo posso permettere?”*. Se la risposta è affermativa, facciamo, senza preoccuparci che si tratti di fare “bene” o “male”. Questo, asserisce Don Maggiotto, svuota il cervello e inaridisce il cuore... con l'inevitabile conseguenza di arrivare a chiederci cosa ci si sta a fare al mondo.

Ancora, è importante vincere l'ipercompetizione del nostro tempo. Oggi o si è vincenti o non si è niente, mentre è importante che la persona sappia viverci ben oltre la prestazione e l'ipecompetizione.

Altro elemento chiave è il concedere del tempo all'autoformazione permanente, di cui oggi c'è sicuramente un bisogno primario.

Infine, riprendendo un detto medievale *“ubi oculus, ibi amor”* (*“dov'è il tuo occhio, lì c'è il tuo amore”*), Don Maggiotto ci esorta ad imparare ad usare gli occhi... sulla vita. Guardare la propria madre, il proprio padre, le persone, la vita ci porta ad amarla e ad amare anche la vita dell'altro, con la conseguenza che questa vita non può essere qualcosa che ci “togliamo”. Si tratta di riconsegnare la vita ai nostri occhi, così da far rinascere le passioni e così l'idea di “mollare la vita” non ci attraverserà la mente. A tal proposito viene riportata la parabola del “Buon samaritano” come esemplificazione di quanto questo tenere “gli occhi attaccati al cuore” sia fondamentale: la compassione mostrata per chi soffre è necessaria, ma essa è falsa e vuota se non si accompagna alla consolazione, intesa come “prendersi cura.” Nascondersi dietro il *“aiuterei l'altro, ma sono ferito anch'io”* non ci esonera dallo sperimentarci nella direzione di questa consolazione perché, anzi, proprio se siamo feriti anche noi siamo adatti a curare. Sarà importante infatti avvicinarci all'altro raccontandogli ciò che è stato un balsamo per noi, per poi procedere nell'aiutarlo come meglio possiamo.

Va da sé che nella clinica questo si traduce nell'importanza del ruolo dei professionisti, innanzitutto come coloro che devono sondare la presenza di pensieri suicidari, perché la persona che soffre spesso non ne parla in quanto parte dal presupposto che l'altro non possa capire. Un problema chiave infatti è quello della solitudine, come si diceva sopra, intesa non come assenza di persone attorno, ma come assenza di persone care. L'altro quindi è fondamentale in quanto consente la narrazione e permette di riconoscere la verità della persona, ovvero di trovare quale per lei è la soluzione possibile in quel dato momento. Regola chiave diventa perciò l'umanità delle figure professionali che si rapportano con questa estrema sofferenza.

Nel pomeriggio si è passati ad un coinvolgimento diretto di tutti i partecipanti mediante la divisione in gruppi di lavoro, coordinati dalla dott.ssa Zanetti, dal dott. Secco, dal dott. Colusso e dalla dott.ssa Moretto.

All'interno del gruppo a cui abbiamo partecipato condotto dalla dott.ssa Zanetti è emersa l'importanza, di avere strumenti diagnostici in grado di aiutare a rilevare il rischio suicidario. La dott.ssa Zanetti ha presentato il Test di Rorschach che può dare indicazioni circa il rischio suicidario. Il test delle macchie di inchiostro infatti permette di evidenziare alcuni elementi che concorrono a delineare “costellazione suicidaria”, che ci indica come la persona reagisca alle difficoltà, sul piano del pensiero, sulla visione di sé e del mondo. Nello specifico, in questa costellazione si trovano rilevati più fattori di rischio, tra cui il cedimento dell'esame di realtà, l'assenza di un “sano” conformismo, la presenza di affetti spiacevoli che connotano anche le situazioni felici, problematiche nell'identificazione al mondo umano, la visione negativa del sé, un'introspezione negativa caratterizzata da ruminazione sul sé, sensi di colpa, eccessive autocritiche, sovraccarico emozionale e l'impulsività.



Il dott. Marcon ha riportato poi qualche suggestione circa la terapia di un ragazzo il cui padre si era suicidato e, dalla discussione sul caso avvenuta nel gruppo, è emersa l'importanza del substrato di una buona relazione, in qualità di contenitore delle questioni esistenziali che porta chi soffre.



Immaginario: studi e ricerche
IL GUARITORE FERITO

Colusso Luigi
Medico psicoterapeuta

Advar ha attivato a partire dal 1999 un Servizio per l'accoglienza delle persone in lutto, *Rimanere insieme*, aperto a tutti i lutti, anche ai superstiti, i familiari dei suicidi. I dolenti trovano con l'accoglienza la possibilità di essere seguiti con colloqui personali/familiari, gruppi di mutuo aiuto (misti per tipologia di lutto), momenti di formazione e di socializzazione.

Per i superstiti sono stati attivati nel tempo gruppi specifici, che hanno trovato ampia accoglienza.

La risposta delle persone ne suggerisce l'efficacia nell'intento nell'attraversamento della sofferenza e nel recupero dell'equilibrio possibile delle relazioni familiari e con la comunità di appartenenza.

L'esperienza di *Rimanere insieme* è mia personale, in riferimento al tema della giornata, si è formata e cresciuta in tanti anni grazie a quattro fattori che si potenziano vicendevolmente:

- Il contatto con migliaia di famiglie in lutto per decessi variamente causati. Questo perché una parte di dolenti manifesta in parte esplicitamente, specie nel periodo iniziale dei colloqui personali e del gruppo, un desiderio di morte che si spinge, quando si fa divorante, fino a immaginare di porre fine alla propria vita, perché si ritiene che non abbia più senso.

La presenza di altre persone care e le precedenti ambizioni di realizzazione personale sono evaporate, o almeno non sono apprezzate quanto potrebbe bastare a preferire la vita alla morte.

Il passaggio da una prevalenza di pensieri di morte alla prevalenza di pensieri di vita richiede un tempo non breve e un investimento che non è solo clinico, richiede il recupero di una bellezza antropologica, o almeno delle prime tracce di un suo risorgere, riconosciuto come cosa propria dal dolente. Una bellezza "relazionale" che passa necessariamente per il tramite della costruzione, passo dopo passo, di relazioni significative capaci di equilibrare il vuoto che ha lasciato la morte della persona cara, vuoto che rappresenta la causa della scomparsa della bellezza costruita nel tempo.

L'essenzialità della bellezza per l'ottenimento di un nuovo, buon equilibrio (= qualità della vita) aiuta a capire l'importanza del gruppo basato sui principi di mutuo aiuto, per i legami pieni di senso che produce e per gli stimoli che evoca grazie ai neuroni specchio, per la bellezza antropologica che di conseguenza si produce.

- L'accoglienza di numerosi superstiti e il loro accompagnamento per l'elaborazione della perdita così particolare, con colloqui e, per una parte, in seno a gruppi di mutuo aiuto, con operatori di *Rimanere insieme* presenti come facilitatori.

Le narrazioni dei superstiti sono ricche di riferimenti ai pensieri e agli scambi relazionali precedenti l'evento. Li hanno raccolti dalla persona suicida, prima che compisse il gesto.

I superstiti narrano:

a volte delle dinamiche di sorpresa per il gesto;

altre volte di un cordoglio anticipatorio quando il gesto è minacciato o prevedibile;

molto spesso di contrasti e degli sforzi per comprendere l'evolvere del pensiero e delle preoccupazioni, che tante volte tradiscono l'esistenza di una disperazione legata più che al presente a un futuro, temuto come avverso e irrevocabilmente tale, quindi una disperazione legata al cordoglio anticipatorio, un sentire che può essere riconosciuto e potenzialmente oggetto di relazione, presa in carico e trasformazione.

Per questo, se si parla di tentativi di prevenzione, l'attenzione al cordoglio anticipatorio ne è certamente un pilastro.

- La collaborazione con alcune scuole, che sono state direttamente colpite dal fenomeno suicidario, a causa del gesto compiuto da persone presenti nella scuola o da loro familiari.

Questa esperienza ha insegnato molto: il gesto si ripercuote su un numero grande di persone, sia pure con intensità decrescente a mano a mano che ci si allontana dalla prossimità più stretta; pochissimi sono i superstiti, anche se competenti professionalmente nel loro campo, che sono in grado di reagire e intervenire efficacemente per gestire gli effetti del gesto su di sé e sugli altri; la collaborazione interprofessionale, come suggerita anche dal progetto europeo Euregenas (www.euregenas.eu), per esempio, genera empowerment diffuso, amplia la copertura delle aree della comunità locale su cui si riesce a intervenire con un progetto, e genera competente che si dimostrano utili per migliorare la qualità della relazione tra gruppi sociali differenti, che a volte in verità hanno rapporti *modicamente* collaborativi: per esempio insegnanti, personale ATA, studenti, familiari...

- I momenti formativi, necessariamente organizzati negli anni, via via più spesso, hanno coinvolto esperti di varia provenienza ed esperienza. Sono preziosi per ripensare l'agire professionale e aumentare le possibilità di intervenire precocemente, prima del gesto.

Partendo da questi due ultimi fattori (strutturati un poco grazie a un sostanzioso e nutriente contatto con i superstiti, dall'essere loro *compagni*, da una sofferta condivisione) due anni or sono si è creduto opportuno porre mano alla costruzione di un Tavolo provinciale per la prevenzione dei gesti suicidari, coinvolgendo persone e servizi che sono in front office.

Perché siamo qui oggi

La spiegazione, una parte almeno l'ha offerta una riflessione di una pediatra, che mi raccontava di alcuni ragazzi seguiti professionalmente, che in tempi successivi, da giovani adulti, hanno poi compiuto il gesto autosoppressivo. Alcuni segnali suggestivi di rischio li avevano mandati già in età pediatrica, e questa è una traccia per la possibilità di un riconoscimento precoce e per un tentativo di prevenzione, basata sullo scambio di competenze e di informazioni.

Come sempre, tutto parte da una attenzione profonda verso la persona, si concretizza nella capacità di accogliere/riconoscere i bisogni inespressi, andando oltre le domande espresse, soprattutto quando le domande non sono nemmeno poste, e chi accoglie ha la precauzione di antivedere, insieme con la persona, l'avvicinarsi di perdite considerate fondamentali ed esiziali, e lavora per l'elaborazione del cordoglio anticipatorio.

Quanto ai superstiti, se si tiene presente come il tema del suicidio ferisce, agita e allontana gli operatori, i religiosi, la prossimità, promuovendo quindi il contrario di ciò che sarebbe utile come intervento della comunità di appartenenza, è facile immaginare la potenza dei sentimenti negativi dei superstiti, e il loro bisogno primario di essere accolti e accompagnati verso vissuti di normalità, per quanto possibile, e sicuramente molto si può fare con questo obiettivo.

Per riuscire in questo intento è preziosa la collaborazione della rete di contatto con chi è a rischio di compiere il gesto, con la sua prossimità e dopo con i superstiti.

È questo un obiettivo primario, infatti, del Tavolo provinciale per la prevenzione dei gesti suicidari.

Una riflessione sul "guaritore ferito" è utile per una maggiore comprensione dei fenomeni che generano comportamenti suicidari e poi della sofferenza dei superstiti.

Questo tema, affrontato più volte in letteratura (un esempio: Henri Nouwen, *"Il guaritore ferito. Il ministero nella società contemporanea"* ancora nel 1972), può in senso generale ricordare come sia normale sentirsi, nella veste di genitore, figlio, partner, amico, maestro... un guaritore nel senso di avere il potere di consolare, rasserenare, proteggere e "guarire" i problemi di vita delle persone amate.



I percorsi della vita provocano come è noto molte ferite, psicologiche, relazionali, che sono fonte di sofferenza ben più potente di quella derivante dalle ferite fisiche, che oggi molto più facilmente possono trovare sollievo.

Doversi riconoscere nell'identità, nella funzione di guaritore ferito quando è una persona cara che causa la ferita suscita potenti reazioni negative, un vissuto di tradimento, un duro confronto con l'autostima in crisi. È quasi scandaloso e suscita aggressività. Nella relazione tra vivi dopo la reazione iniziale è però possibile un cambiamento positivo e il recupero, l'esercizio di questa funzione.

Riuscire a riconoscersi nuovamente l'identità di guaritore, e immaginarla anche più efficace dopo il trauma della ferita è molto più difficile dopo un suicidio. C'è una doppia difficoltà: il fallimento personale come guaritore e l'abbandono volontario della scena da parte dell'altro, che si confidava essere il proprio guaritore. In definitiva le identità fondanti l'orizzonte di senso personale sono in crisi totale.

Questa esperienza, propria dei familiari e della prossimità stretta della persona che compie il gesto autosoppressivo, tocca in sorte anche agli operatori professionali e volontari quando una persona di cui si prendono cura compie il gesto. In questa circostanza la ferita assume una gravità particolare, molto specifica, perché può ripresentarsi più volte e molte volte può essere temuta (con un cordoglio anticipatorio capace di mandare in burn out), e perché si somma con le ferite che si sperimentano nella propria sfera privata.

Di fatto, l'essere anche il professionista, il volontario, guaritori feriti, condizione certo in assoluto non desiderabile, si trasforma in strumento di positivo fronteggiamento della condizione di disperazione dei superstiti, come di seguito si propone.

L'obiettivo quando ci si prende cura dei superstiti è il recupero dell'equilibrio possibile, come per gli altri lutti, e l'attenzione come sempre è centrata sulle ferite più dolorose, e per i superstiti riconoscersi guaritore ferito e fallito è forse la ferita peggiore, quella ritenuta, a torto, insanabile.

Per consentire il recupero dell'equilibrio possibile, un contributo importante per l'operatore è riuscire ad accompagnare i superstiti nel compimento di alcuni passaggi, che sono:

- Accettare che l'identità di guaritore prevede come certo l'evento della ferita, anzi di ferite ricorrenti, anche gravi, quindi la normalità di questa condizione anche quando la ferita è devastante;
- Riconoscere che anche gli altri, tutti, sono guaritori, e parimenti feriti dalla vita;
- Riconoscere che la responsabilità delle ferite è sempre condivisa, e che per questo l'autostima va salvata;
- Scoprire che la ferita, quando si accetta di prendersene cura, libera gli umori negativi e si trasforma in feritoia, che significa poter osservare fatti persone e relazioni da un diverso punto di vista, prima non possibile;
- Godere dell'incontro molto prossimo e diretto con l'altro, un incontro autentico tra guaritori feriti, che consente lo scambio di doni, uno scambio che metacomunica il recupero di una identità di valore, che restituisce equilibrio rispetto alla perdita subita, quanto all'essere sopravvissuti;
- Proseguire il proprio percorso di vita con tutti i propri bagagli di perdite, di ferite, riconoscendo la loro graduale trasformazione in tappe della personale crescita umana.

Questo processo raggiunge la sua massima efficacia quando il processo di cambiamento dell'operatore è consensuale, condivide la crescita ed è capace, riconoscendo se stesso come guaritore ferito, di coinvolgersi con la sofferenza dell'altro, lasciandosene attraversare, ma senza trattenerla. Un comportamento che è un dono che i sopravvissuti e i dolenti in genere possono mutuare e mettere in pratica con successo.



Psicoterapia con l'ITP

LA COMPLESSITÀ DEL FENOMENO SUICIDIALE

Secco Silvano

psicologo clinico e psicoterapeuta ITP, direttore della Rivista

Il fenomeno del suicidio e gli altri fenomeni collegati verranno analizzati, in questo lavoro, all'interno della dimensione psicologica scegliendo come guida la teoria psicodinamica in primis, anche se parallelamente si dovranno prendere in considerazione, almeno genericamente, gli aspetti statistici o sociologici. Anche l'elemento neuropsicologico appare interessante ed utile per comprendere questi fenomeni così complessi ed indecifrabili.

Da dove nascono le sofferenze degli adolescenti?

Sempre in termini generali possiamo affermare che le angosce che gli adolescenti subiscono sono determinate da:

- sofferenze psicologiche determinate dai conflitti intergenerazionali;
- diversa maturazione tra zone cerebrali prefrontali e sottocorticali;
- evoluzione biologica del corpo e della psiche;
- etc.

Il corpo

Sappiamo che il *corpo* viene scelto/usato inopinatamente dagli adolescenti in molteplici modi perché è l'*oggetto* psicologico più a portata di mano. Più la sofferenza è incombente e dolorosa, più il corpo viene scisso da tutto il resto che è la persona ^[1]. Il corpo, come un vestito di pelle, viene adagiato su un appendino.

Il *corpo* viene in-vestito da tali sofferenze, da diacronie evolutive/maturative e inconsapevolmente, usato dall'adolescente mediante gli *agiti* come ad esempio i comportamenti auto lesivi, le diete estreme, l'uso di sostanze psicotrope, gli sport estremi, l'abbandono scolastico, le gravidanze.

Altre volte, le sofferenze si manifestano mediante i *disturbi somatoformi* che le agiscono più sul piano della raffigurazione come ad esempio le somatizzazioni, le dismorfobie, l'ipocondria.

Il deficit di mentalizzazione

Quello che manca agli adolescenti non sono le informazioni relative ai modi da utilizzare per mettersi in pericolo o per attuare un suicidio o i rischi connessi ad esempio al fumo o alcool. Anzi, molti adolescenti possiedono informazioni dettagliate. Gli adolescenti conoscono bene il funzionamento della moto o delle sostanze come la cannabis o la possibilità di rimanere in gravidanza. Quello che non riescono a pensare e a gestire, sono i *rischi* connessi a tali strumenti, anzi li usano in funzione di un controllo illusorio dei rischi mentre in altre situazioni è proprio il rischio che attrae la loro attenzione distortendo la percezione della realtà. Il rischio in sé trattiene la forza della seduzione, contiene un piacere mortuario della vita; come se per assaporare o comprendere il senso/significato della vita fosse necessario sperimentare il letto di morte. A tal proposito rammento il mito ^[2] di Psiche ed Eros: il padre, ascoltando il suggerimento degli dei, mise Psiche nel letto di morte, da dove poi Zefiro la condusse nel giardino del palazzo di Eros.

Come atto fallito

Una delle ipotesi più interessanti, utili ai fini della comprensione dei fenomeni – suicidio, atti autolesionistici, i disturbi somatoformi, disturbi del comportamento – è quella di considerarli come dei tentativi estremi falliti di controllo delle angosce. La domanda sottesa è: perché sono atti fallimentari? Nell'adolescente gli stati di *disregolazione* affettiva, emotiva o sensoriale, verificatisi precedentemente durante i primi due anni di vita, si trasformano in stati d'angoscia non più controllabili. Vi è, come conseguenza, un *deficit di mentalizzazione* ovvero di *elaborazione* mentale degli stati d'angoscia.

Il modo che ogni adolescente, inconsapevolmente, sceglie dipende dalla sua storia evolutiva, perché queste angosce sono state, di fatto, sperimentate durante i primi due anni di vita, e ciascuno ha già elaborato un proprio stile, propri schemi di risposta. Il problema quindi è duplice: 1) come far riconoscere all'adolescente tali schemi, 2) come interrompere il circolo vizioso o loop dove egli si viene a trovare durante questo momento evolutivo.

Per un altro verso, manca a questi adolescenti una struttura mentale esterna che li aiuti. Per struttura esterna si intende un buon gruppo di coetanei, un adulto competente che evitando etichette patologizzanti riesca a riconoscerne la sofferenza e ricondurre nell'alveo della normalizzazione evolutiva l'adolescente. Sembra che la scrittura, lo scrivere (e di questo ne parleremo nel prossimo Seminario sull'arte ed il suicidio) non sia una buona strategia d'aiuto.

La sofferenza e i conseguenti vissuti/comportamenti possiamo scriverli lungo un continuum. Più si procede verso la patologia maggiormente l'angoscia appare elevata, minore però è il contatto con l'angoscia perché si attivano delle scissioni sempre più estrema. Il contatto con la realtà sia interna sia esterna diventa flebile ed i livelli di riflessione sono inadeguati.

Schema di continuum:

- Comportamenti a rischio evolutivo;
- Autolesionismo;
- Incidenti (sport, stradali, casa, scuola, lavoro);
- Tentativo di suicidio;
- Suicidio riuscito.

Come esemplificazione la situazione di un adolescente condotto nel mio studio dal genitore, anche su propria esplicita richiesta, in consulenza psicologica perché era stato trovato piangente disteso sul pavimento della sua camera. Questo adolescente dichiarava di essere angosciato ed impaurito dalla presenza, nella sua mente, di tre personaggi quelli che lui chiamava il suo compagno immaginario (= il suo Doppio) da sempre presente in lui ed altre due presenze relativamente recenti: una entità che lo obbligava a punirsi ed una terza, quella più attuale, gli suggeriva/imponeva di compiere atti e desideri non accettabili anche a sfondo sessuale. In sintesi erano le tre istanze individuate da Freud e vissute concretamente da questo adolescente molto intelligente e sensibile, come l'Io, il Super Io e l'Es. Quando gli venne spiegato l'arcano mistero egli si rappacificò continuando così la sua vita.

La caduta

Tutti i comportamenti a rischio hanno a che fare in un modo o nell'altro con il tema della caduta forse perché è una esperienza che si è iscritta nella memoria del nostro corpo già durante la nascita, che presso certe tribù avviene ritualmente per caduta al suolo.

La caduta contiene il significato di rottura che consente il passaggio da un livello superficiale ad un altro sempre più profondo, *verso il basso* cioè verso il corporeo.

Il rischio è come la pausa tra l'inspirazione e l'espirazione. È una pausa simile alla *caduta* che conduce ad un cambiamento tramite una rottura di livello tale da consentire il passaggio ad un altro

livello. La caduta si trova come esperienza nelle favole e nelle storie, ricordiamo ad esempio Alice nel Paese delle meraviglie.

Durand G. nel suo libro ^[3] nel Capitolo dedicato ai simboli catamorfici (= verso il basso) parla molto dei diversi significati della caduta.

Anche i cambiamenti più profondi dell'animo umano sono preceduti da una caduta. Ricordiamo la caduta di San Paolo così come viene descritta negli Atti degli Apostoli e artisticamente rappresenta dal Caravaggio.

Adamo una volta caduto nel peccato verrà punito con la morte.

Il concetto di caduta nell'alveo della cristianità presuppone il passaggio dall'armonico rapporto con Dio padre e la Natura, alla rottura di tale legame; un po' come succede al bambino quando deve procedere verso la crescita ed entra nelle fasi critiche dello sviluppo, la pubertà e l'adolescenza.

I comportamenti a rischio

Alcune definizioni psicologiche di comportamenti a rischio possono essere queste: sono dei tentativi di mettere alla prova i livelli di controllo e di autonomia, di conoscenza del Sé profondo e quindi una ricerca di Sé.

Situazioni consigliabili ed accettabili ai fini di una sana sperimentazione sono i viaggi di vacanza, i viaggi studio, tutte situazioni parzialmente strutturate con presenti degli adulti o gruppi positivi. I viaggi sono delle condizioni accettabili, ma anche ricercate durante le vacanze, che consentono al soggetto di uscire dagli schemi della quotidianità e di inoltrarsi in territori che possiedono il fascino del non conosciuto. Vengono così a crearsi delle situazioni di rischio quasi calcolato: una escursione in canoa, una immersione subacquea, una scalata in montagna, etc.

I comportamenti di fuga o per contro di isolamento sociale sono dei tentativi estremi di evitamento, dei comportamenti a rischio.

Rischio come condizione neuropsicologica specifica

La ricerca del rischio da parte dell'essere umano si colloca tra l'esigenza biologica e la necessità di esternalizzare la sofferenza che deriva dai conflitti.

L'adolescenza è quella condizione biologica che spinge l'individuo alla ricerca di situazioni rischiose, per lo più scelte in contesti esterni alla propria cerchia familiare. È una ricerca del rischio inteso come ricerca del senso del *limite*.

L'adolescente per maturare necessita di situazioni contenenti elementi di rischio, dove potersi tenere sospeso tra il senso della vita e quello della morte. Questa ricerca del limite inteso come momento di sospensione tra il senso della vita ed il senso della morte è di intensa attrazione. È la stessa situazione e posizione in cui si trova ogni artista nell'atto creativo.

Dobbiamo affermare, ripetendoci, che la messa in atto o agito impulsivo da parte degli adolescenti di comportamenti a rischio *non* sono dovuti a mancanza di informazione. Gli adolescenti per un verso possiedono una propensione spontanea verso il rischio, che è specifica propensione in questa fase di sviluppo. Per un altro verso vi è nell'adolescente un deficit di mentalizzazione o di elaborazione anche di ordine neuropsicologico che non gli consente di operare in parallelo tra componenti emotive e aree cerebrali di controllo dell'azione, di riflessione. Questa difficoltà ad operare in parallelo tra aree cerebrali diverse, ovvero quella depositaria delle emozioni e quella dove troviamo le capacità riflessive, in questa fase dello sviluppo stanno maturando in maniera diversa ^[4].

La ricerca del rischio e la messa in atto di comportamenti a rischio sono, come abbiamo accennato sopra, anche una forma di esternalizzazione, di rappresentazione di conflitti intrafamiliari o intrapsichici tra le diverse istanze psicologiche che stanno emergendo come le faglie che spuntano durante un terremoto interno alla terra.



Questo significa che per aiutare un adolescente dovremmo far emergere il sommerso, le sofferenze determinate dai conflitti. Il dare le parole in un colloquio alle sofferenze può essere di aiuto per un adolescente. È questo che alcune volte i genitori si aspettano da uno psicologo quando conducono i figli chiedendo aiuto miracoloso.

Chi si occupa di psicoterapia sa che il paziente quando lascia emergere questa sofferenza sommersa può confonderla e così affermare che non va bene, perché lo fa star male. Dobbiamo quindi chiarire: *quello che senti, questa sofferenza, è quella che hai già sperimentato e che era sommersa*. Non è la scrittura da prediligere, ma è l'atto di parola che può produrre abreazione ed effetto catartico.

A cosa serve l'assunzione/sperimentazione del rischio

Vi è *assunzione* del rischio quando è presente una percezione, anche se limitata, dei pericoli associati all'azione, quando vi è un livello di partecipazione della coscienza. È come se il soggetto fosse in bilico tra la coscienza ed il vuoto che attrae.

Uso il termine assunzione nel senso di: far proprio qualcosa in termini coscienti o parzialmente coscienti. L'assunzione del rischio e la sua sperimentazione entro certi limiti è salutare perché aiuta l'adolescente a raggiungere iniziali forme di identità, di maturità, di indipendenza.

Nei comportamenti a rischio di tipo patologico non esiste alcuna assunzione del rischio da parte dell'adolescente. Ovviamente stiamo parlando di assunzione come atto di coscienza.

Nell'anoressica o nella bulimica vi è la sperimentazione di Sé come cibo che cade nel vuoto intestinale.

Nella persona che si getta da una finestra vi è la sperimentazione del vuoto spaziale, come per Psiche che posta nel letto di morte dal proprio padre venne presa da Zefiro, il vento di Zeus, che la condusse da Amore.

Nella persona che corre a tutta velocità con la propria moto vi è il confronto con la sfida, ovvero con l'ignoto, la fuga dal vuoto, per comprendere chi è più veloce.

Alcune motivazioni alla ricerca del rischio

La ricerca del rischio può avere varie motivazioni come:

- la necessità di opporsi alla passività,
- la ricerca di sensazioni o sensation seeking,
- il bisogno di fuggire dall'angoscia o dalla depressione,
- etc.

Comportamenti a rischio e passività

La ricerca del rischio può essere determinata dalla necessità di allontanarsi dalla *passività* vissuta in maniera negativa, come immobilizzazione del corpo, come esperienza di costrizione.

Possiamo distinguere una passività positiva ed una passività negativa. Il neonato vive fisiologicamente delle sane esperienze di passività. Quando la persona non ha sperimentato in un contesto protetto, come l'abbraccio contenitivo del genitore, delle sane esperienze di passività, sostituisce questa deprivazione con i suoi opposti quali la maniacalità o la sensation seeking. Nella sua quotidianità, questi tipo di persona, non riesce a dormire normalmente, non riesce a vivere e apprezzare i momenti di tranquillità, mentre invece durante la giornata sfoggia una energia in apparenza inesauribile.

Nelle sedute con l'ITP, queste persone in particolare durante le prime sedute hanno la necessità di sperimentare molte Imagerie passive, totalmente inattive e riescono a raggiungere il movimento partendo da Imagerie di osservazione e di sperimentazione posturale. Con Imagerie di osservazione intendo ad esempio immaginare di osservare il movimento lento di una foglia che si stacca dall'albero o il volo di un gabbiano. Con Imagerie di postura intendo immaginare di ascoltare le proprie gambe sostenute dalla curvatura di una collina o di una sedia.

Comportamenti a rischio e sensation seeking

Il rischio viene definito come la tensione verso un oggetto-meta non sicuramente raggiungibile (Kogan, Wallach 1967) ed implica anche una perdita possibile.

Nella sperimentazione di sport a rischio Csikszentmihalyi ha scoperto negli scalatori il fenomeno chiamato flow^[5] o deep flow quando è particolarmente intenso. Per loro esiste solo l'azione presente in quel momento ed il tempo e lo spazio si annullano, ovvero si concentrano solo sull'istante. I movimenti e i gesti si adeguano alla roccia senza riflessione alcuna.

Un altro ricercatore Zuckerman ha osservato che vi sono alcuni soggetti che diventano inquieti quando vengono a mancare forti stimolazioni. Egli quindi ha chiamato sensation seeking la ricerca di sensazioni ed impressioni varie, nuove, complesse.

Zuckerman ha ripreso l'ipotesi avanzata da Stein (1978) circa l'attivazione biochimica del sistema limbico con produzione di dopamina e l'enzima monoaminoossidasi (MAO). Per cui sono queste differenze individuali in tali processi a produrre le differenze di sensation seeking. Di fatto a tutt'oggi non vi sono dimostrazioni certe.

Da un punto di vista di ricerca psicologica è stato formulato un questionario Sensation seeking scale di valutazione, scala di Zuckerman. Sembra dalle analisi dei questionari che l'elemento decisivo non sia lo sport in sé, quanto invece il rischio contenuto in tale attività e forse anche il tipo di rischio affrontato.

Alcuni comportamenti a rischio sono il bullismo e cyber bullismo, il sexting, l'abuso di alcool e stupefacenti, le attività sessuali non protette, l'anoressia e bulimia, il bullismo e l'abbandono scolastico, le fughe da casa, i tentativi di suicidio, i comportamenti violenti contro oggetti, animali e persone, gli incidenti in vari contesti.

Il rischio tra salute e morte

I comportamenti a rischio utilizzano il corpo inteso come oggetto, cosa materiale. Ve ne sono alcuni che minano la salute, altri che possono condurre alla morte distruttiva.

Parlo di morte distruttiva per distinguerla dalla morte simbolica, altrettanto reale sul piano psicologico, a livello dell'inconscio. Ad esempio con il passaggio alla fase preadolescenziale qualcosa deve morire; e questo qualcosa è la morte simbolica dello stato infantile.

Kafka non si uccise certamente, ma chiese all'amico Max Brod di bruciare tutte le sue opere, scritte, alla sua morte; questo è l'equivalente di un suicidio simbolico, l'annientamento della sua scrittura. La minaccia alla salute ha a che fare con il suo opposto ovvero la Cura, mentre la morte si intrattiene con la Creatività. Questi dunque sono le coppie: salute minacciata/cura, morte/creatività.

Alcune strategie di protezione

Quando l'obiettivo attrattivo del comportamento a rischio è la morte ci vuole un contesto protettivo affinché questo incontro non si concretizzi nella morte distruttiva. L'individuo per non lasciarsi andare all'abbraccio della morte distruttiva ha bisogno sia costruito un recinto o contesto protettivo che lo aiuti ad apprendere competenze riflessive: il gruppo dei pari, un adulto competente, la presenza di rituali di passaggio, la possibilità di sperimentare la morte accettando strumenti di protezione.



Il rischio: i diversi significati

Il concetto di rischio è *fluid*o quando viene calato inevitabilmente nella soggettività denominata *vissuto* del rischio.

Nel contesto di vita dell'adolescente la ricerca del rischio risponde ad una necessità fisiologica, biologica, organica e quindi pulsionale. L'altro termine opposto al rischio è la creatività.

Così, possiamo intendere meglio una gravidanza che in generale come progetto di vita contiene sempre un progetto di morte. Le gravidanze delle adolescenti o preadolescenti vengono chiamate anche gravidanze indesiderate, gravidanze a rischio. Nella visione orgiastica che alcuni adulti hanno dell'adolescenza le gravidanze sono gli unici comportamenti a rischio che vengono presi in considerazione nella così detta prevenzione e nel funzionamento dei Consultori giovani; dimenticandosi dei molti altri comportamenti a rischio che sottendono sofferenza negli adolescenti, lasciandoli così soli.

Il termine rischio quindi assume un diverso significato a seconda del contesto di riferimento: psicologico, sociale, statistico.

Da un punto di vista psicologico il rischio ha a che fare con la morale, ovvero con il senso di colpa, perché comporta sempre la possibilità della perdita. A tal proposito lo ritroviamo ben rappresentato all'interno dell'alveo del pensiero religioso, nei miti.

Sempre nel contesto psicologico il rischio viene per così dire misurato con il metro delle emozioni e dei valori viscerali che noi diamo agli eventi. Ad esempio sentirsi dire che se facciamo una determinata cura avremmo degli effetti entro un certo tempo o che la nostra vita potrà essere prolungata per un certo periodo, tutto questo avrà un certo tipo di valutazione dal nostro punto di vista o dal punto di vista del medico. Lo stesso per quanto concerne l'accettazione del rischio in un investimento economico o affettivo.

La percezione del rischio risente delle reazioni emotive ad un dato evento che condizionano i processi cognitivi, che alterano la realtà. Risente anche della tappa evolutiva o dal tipo di maturazione psicoaffettiva dell'individuo, dalla sua intelligenza emotiva.

La nostra mente è per così dire cablata dalla misurazione del rischio. Ad ogni nostra azione quotidiana corrisponde un calcolo mentale veloce dei rischi: se faccio questo otterrò o non otterrò questo *Altro* risultato. Ad esempio quando giochiamo a dama o a scacchi, ogni mossa comporta un rischio a breve e a lungo termine; ogni mossa può comportare la perdita di una pedina o della partita.

Il rischio quindi ha a che fare con il tempo futuro, con quello che potrà avvenire *se*. Purtroppo negli adolescenti alcune volte manca questa proiezione nel futuro, la capacità di fare dei progetti di vita. Per comprendere la definizione che ne dà l'adolescente del rischio è assolutamente necessario andar a recuperare le nostre memorie di adolescenti.

Nel contesto matematico statistico il concetto di rischio corrisponde al grado di perdita o di guadagno, coincide quindi ad un calcolo probalistico nato nel contesto del gioco d'azzardo a fine '700, ripreso dalle grandi compagnie assicurative ed infine utilizzato dalle scienze sociali e sanitarie. La definizione statistica di rischio non corrisponde a quella che viene vissuta ed intesa dall'adolescente.

Il valore statistico di un dato matematico può essere inteso solo dalle persone che lavorano e hanno una teoria e cultura statistica che consente loro di comprendere il peso matematico del numero ed il suo significato. Del resto anche la matematica è un linguaggio.

Le diverse categorie (adolescenti, genitori, educatori, insegnanti, medico di famiglia, psicoterapeuta) hanno una diversa definizione intrinseca del termine rischio e dei vissuti altrettanto diversi del rischio.

La complessità del fenomeno suicidale per i viventi

Il suicidio è un fenomeno psicobiosociale complesso. Coinvolge drasticamente la persona che l'esegue e drammaticamente il vivente, il gruppo di riferimento, la famiglia in primis, ma anche altri gruppi come ad esempio i compagni di classe se frequenta la scuola, gli amici, le famiglie del vicinato.

Il suicidio si propaga a centri concentrici, dalla scena del suicidio ad altre persone, aree sociali più o meno estese. Produce un effetto pigmalione che si dilata/espande sempre più verso l'esterno e, delle volte, si amplifica con il contributo della stampa che, come una cassa di risonanza, contribuisce a trasferire le informazioni e trasformare il messaggio criptato, contenuto nell'atto suicidale, aumentandone l'intensità di contagio sociale, le ambiguità e le falsità. È una situazione simile ad una epidemia sociale che alcune volte, nei giovani, si trasforma in emulazione.

Il suicidio appare quindi come un evento psicosociale critico, di difficile decifrazione per la collettività, crea una situazione simile ad un terremoto sociale, con effetti simili ad una sindrome traumatica collettiva. In questo contesto per evento psicosociale critico si intende un evento che appare come non decifrabile e contenente in sé una forza distruttiva vissuta dal vivente come violenza subita.

Il lutto che ne consegue è un lavoro complicato dalla presenza del trauma, con tutte le sue caratteristiche conseguenze.

Quando questo evento si manifesta la prima domanda che sorge nelle mente di ciascuno e si accompagna ad uno stato interiore di smarrimento/impotenza, è: *perché* l'avrà fatto? Effettivamente il suicidio è un fenomeno che lascia transitare elementi di *vuoto di significati* inerenti per lo più il senso della vita, l'insopportabilità a vivere la vita, la morte.

Il dramma dei viventi

Il vivente parente, amico o conoscente viene coinvolto nella situazione suicidale e le caratteristiche cliniche del suo coinvolgimento sono simili a quella di un *trauma oggettivo*, perché è come avesse subito una violenza.

Quando parlo di trauma oggettivo mi riferisco in generale ad un evento improvviso, catastrofico dove la persona, suo malgrado, viene coinvolta e non ha alcuna possibilità di reagire, né con la fuga né con l'attacco. La persona vivente subisce l'evento suicidale in maniera improvvisa, percependosi come impotente di fronte al fatto.

Altri elementi fondamentali che appartengono al vivente con trauma da suicidio sono il senso di colpa e la vergogna, l'incredulità ed il deficit da comprensione. Senso di colpa e vergogna sono stati neuropsicologici collegati, così anche l'incredulità si espande verso un deficit cognitivo di comprensione del gesto.

Una conseguenza sul piano operativo è che il lavoro che attende il vivente, utile a superare l'evento, non è paragonabile al lavoro del lutto che troviamo in una situazione di morte di un parente deceduto per morte naturale o per malattia. Nelle situazioni di suicidio si dovrebbero prevedere dei passaggi inizialmente simili a quelli del lavoro con il trauma oggettivo. Solo successivamente sarà possibile il lavoro del lutto.

Nel caso di un suicidio riuscito il primo passo sarà quello di affrontare il trauma, la ferita che il suicidio ha determinato nei viventi. L'atto suicidale è un'azione violenta diretta sia verso se stesso, ma anche verso i viventi, qualsiasi sia la motivazione sottostante.

Nella situazione di suicidio non riuscito o tentativo fallito, gli interventi – uso il plurale perché il lavoro che si dovrà fare è anche verso la persona rimasta viva – saranno diversi perché vi è un residuo di vita che si accompagna ad una probabile possibilità di un recupero, come anche una probabilità di ripetizione del gesto suicidale.

Eutanasia

Il tema dell'eutanasia da un punto di vista legislativo trova varie forme di regolamentazione. Il suicidio assistito in Italia è un reato e secondo l'articolo 580 del Codice Penale è punito con una reclusione da 6 a 15 anni. Mentre l'eutanasia attiva è assimilata all'omicidio volontario secondo l'articolo 575 del Codice penale.

Vi è senza alcun dubbio, per la persona che si suicida, un confronto graduale ed una attrazione verso la morte. Vi sono persone che lungo il percorso della propria vita approdano all'accettazione della vita e altre invece che deviano la traiettoria ed ormeggiano l'opposto, la morte.

Il suicidio come ciclo

Il suicidio non deve essere inteso solo come un progetto quasi studiato a tavolino, pensato, programmato. Questa visione è una forma interpretativa antica che possiamo far risalire al pensiero degli stoici. Sarebbe riduttivo rispetto alla sua complessità sia per chi lo compie sia per i viventi.

Il suicidio è un evento complesso che si evolve a cicli o successione di eventi intrapsichici e relazionali che tendono a coinvolgere una molteplicità di persone. Come quando si lancia un sasso in acqua e questo poi produce dei cerchi concentrici sulla superficie e infine si adagia sul fondo dello stagno. Ecco questo adattarsi è quello che noi percepiamo, la fase finale simile a corpo del suicida.

Alcune volte quello colpisce la nostra etica è che quando una persona è giunta alla *decisione* di farla finita, nessuno riesce a trattenerla. È come trattenere un pulcino in un nido, è impossibile fermarlo perché quando sente che è giunta l'ora di spiccare il volo si lancia tra le braccia del vento e del vuoto, sperimentando così la caduta.

Di fronte a questa impossibilità a trattenere il suicidio viene da ipotizzare che quella del suicidio non sembra tanto una decisione quanto invece un'azione. Sarebbe più esatto quindi definire il suicidio una *idea-azione* più o meno definita.

La presupposta *lucidità*, di cui alcuni parlano, ha più a che fare con la sensazione di essersi liberati da qualcosa: uccidendomi non proverò più dolore/angoscia.

La *morte per suicidio* è una morte complessa. Quando si analizza il ciclo del suicidio nella sua complessità non si deve confondere il tema/significato della morte con l'atto suicidale, anche quando l'atto suicidale conduce la persona verso la fine della propria esistenza. La morte naturale è il punto o tappa di arrivo, la conclusione di un percorso evolutivo.

La morte da un punto di vista psicobiologico è collegata a Thanatos ^[6] e alla destrudo ^[7].

L'ideazione e la lucidità

Il suicidio è il prodotto di una idea-azione? Per idea-azione suicidaria si intende sia la progettualità (pensiero) sia la lucidità.

Ipotizzo che l'idea-azione o progettazione faccia parte del ciclo suicidale.

Gli studi di anatomia psicologica condotti da Brent ^[8] sembrano dimostrare che gli agiti suicidari siano determinati dalla impulsività e solo 1 su 4 dimostra di essere stato programmato.

L'ideazione suicidaria è analoga alla *idealizzazione* di una valutazione dell'oggetto d'amore da parte di una persona con struttura di personalità narcisistica o con esperienza di uno stato di abbandono che un minore subisce da parte di uno dei due genitori biologici.

Per idealizzazione intendo un surplus di idee e di accreditamento di valori, un esempio tipico è quello della persona che abbandonata o rifiutata dal genitore lo descrive come onnipotente, meraviglioso, potente.

L'ideazione è una tappa del percorso suicidale, non è però quella fondamentale, né il punto d'inizio.

Suicidio come deficit di mentalizzazione

Ipotizzo che vi sia nel soggetto che decide il suicidio un *deficit di mentalizzazione* nel senso che:

- A un certo punto del ciclo suicidale si presenta il pensiero (... *“devo farla finita”*... *“mi uccido”*...) che colonizza la mente della persona.
- Il soggetto suicidale o non possiede la macchina per pensare e trattare il pensiero di suicidio o questa si è bloccata.

Questa distinzione è preziosa sul piano operativo di aiuto. La domanda è allora: Come posso aiutare la persona che sta *progettando* l'atto? Una possibile risposta operativa in ambito psicoterapico può essere allora: *dovremmo aiutare la persona a pensare assieme il pensiero, a trattarlo, a contenerlo*. In questo caso si tratta di un *pensiero di morte*.

Il suicidio ha un effetto tabù anche nei professionisti. Il tabù, rispetto all'argomento della morte in generale e del suicidio in particolare, lascia da sole le persone, condannandole all'isolamento.

Nell'adolescente è presente un naturale *bisogno di sfida* (= difesa di tipo antidepressivo) che si accompagna alla tendenza ad agire con *impulsività*. In uno studio [9] su un ampio campione di 10.000 adolescenti con tentativi di suicidio è stata dimostrata la presenza di elevati livelli di impulsività, anche quando sia presente una lunga pianificazione.

Il tipo di rapporto con il proprio *corpo* è un altro fattore che gioca un ruolo importante, perché molte volte l'adolescente vive il proprio corpo come sconosciuto, fonte di stimoli prima mai così evidenti, un corpo di cui vergognarsi e quindi, in quanto fonte di vergogna, nemico da eliminare. Altre volte il suicidio, ed in particolare il tentato suicidio, può essere anche una richiesta mascherata di aiuto.

La percezione di un senso di *lucidità* è analogo a quello che avviene nel funzionamento psicotico. Ipotizzo dipenda dalla sensazione di liberazione dall'angoscia. È in tale momento che il pensiero suicidale, intervenendo, viene percepito come un atto liberatorio dall'angoscia stessa. Non è quindi una lucidità di pensiero, di miglioramento delle capacità cognitive e critiche. In altri termini mano a mano che la persona perde il contatto con l'angoscia, più avanza verso il momento della realizzazione del suicidio e più sperimenta la lucidità della mente. La mente del soggetto suicidale in questa fase del ciclo è come un cielo che viene pulito dalle nuvole dell'angoscia ed il vento, che soffia per spingere oltre le nuvole, in un'altra parte del cielo, produce la sensazione di liberazione, di luce. Vento e luce così si con-fondono.

I segnali criptati lanciati dagli adolescenti

Il soggetto suicidale all'inizio del suo percorso può involontariamente manifestare dei *segnali criptati* relativi:

- alla propria angoscia di vita,
- all'insopportabilità verso la vita,
- alla perdita del senso/significato della vita.

Questi segnali sono criptati e quindi difficili da cogliere e decifrare. Sono lanciati per lo più all'interno dei gruppi di appartenenza, non nei contesti di lavoro dei professionisti della salute o della malattia. È per questi motivi che una sana prevenzione dovrebbe prevedere una sensibilizzazione attraverso dei progetti di peer tutoring dei giovani e degli adulti di riferimento (genitori e insegnanti).

Con il procedere del ciclo suicidale e in particolare quando la persona approda alla progettazione tende ad attuare/escogitare dei comportamenti di *nascondimento* del proprio progetto di morte, assumendo anche vere e proprie forme di elusione in particolare agli occhi degli esperti. Attua cioè dei comportamenti verbali e non verbali di protezione del proprio progetto di morte, aumentando così il proprio senso di onnipotenza e di solitudine/isolamento; o per contro nei casi di suicidio motivato dal martirio aumentano i gesti di affettività come ad esempio il commiato dai propri genitori, amici.



La scelta del metodo

La scelta del metodo dipende da fattori culturali e ambientali, da aspetti personali. Anche la cronaca può determinare una diffusione e conseguente imitazioni; in particolare le persone famose o nuovi eroi tendono ad essere imitati dai giovani.

La scena

I *professionisti d'aiuto* nei contesti sanitario o sociale, come la polizia, i vigili del fuoco, gli infermieri e medici che intervengono nella situazione suicidale possono assorbire il trauma mediante la forma vicariante di adesione inconsapevole al trauma, provocata dal coinvolgimento prettamente emotivo della scena suicidale, dalla presenza di parenti, amici.

La scena a cui andranno incontro i soccorritori è determinante per quanto concerne l'assorbimento del trauma. Così ad esempio avere in anticipo delle notizie, dalle persone già presenti nello scenario dell'evento suicidale, può preparare psicologicamente i soccorritori.

In questa nostra analisi del fenomeno si tratta quindi di guardare al suicidio in maniera *binoculare*: il punto di vista del suicida e quello del vivente (parente e soccorritore).

La *scena* suicidale dovrebbe essere considerata come parte essenziale dell'evento traumatico. Per *scena* si intende le condizioni oggettive in cui verrà ritrovato il corpo del suicida, l'ambiente dove è avvenuto il suicidio, i messaggi lasciati dalla persona prima di compiere l'atto.

Vari quindi gli attori:

- Il suicida
- La scena suicidale
- I soccorritori
- I parenti
- I gruppi di appartenenza
- Gli estranei

La destrudo nella scena suicidale

Ciascuno ha un proprio punto di vista e una sua logica, specifici vissuti emotivi e un peso affettivo specifico che appesantisce la scena. Tutti si trovano ad interagire, loro malgrado, costretti dalla forza soverchiante che proviene dall'evento. Questa forza la possiamo chiamare la *destrudo* dell'evento, nel senso di energia dell'impulso distruttivo, una forza disgregatrice, che riduce l'oggetto in polvere, frantumando e scomponendo gli elementi.

Il suicidio crea un impatto sociale molto esteso sui famigliari, conoscenti. Alcune ricerche hanno calcolato che un suicidio colpisce circa altre sei persone. Se la scena del suicidio è una scuola o il posto di lavoro verranno coinvolte decine o centinaia di individui che loro malgrado frequentavano quegli spazi.

Il dolore

Anche la *sperimentazione* del *dolore* fisico auto procurato, con lesioni di vario tipo ed intensità, può essere interpretata come una forma di *allenamento*, utile a depotenziare la paura del dolore, inducendo così la persona ad affrontare la prova finale, ovvero la messa in atto del suicidio. La paura del dolore è un deterrente positivo verso il mantenimento in vita del corpo.

Ipotizzo poi che anche le azioni auto lesive e fra queste gli incidenti, siano in generale caratterizzate o determinate da una *mancanza di mentalizzazione* e che vi sia un prevalere dei processi primari, caratteristici del funzionamento dell'Inconscio e dell'Immaginario.

Secondo alcune ricerche uno dei luoghi più frequentati dagli adolescenti è il Pronto Soccorso dove vanno perché frequentemente si fanno male. È per tal motivo che all'interno dei Servizi Ospedalieri di Pronto Soccorso dovrebbero essere presenti *Centri di ascolto* con psicologi esperti sul tema del suicidio e dei comportamenti a rischio. Successivamente le persone che hanno tentato il suicidio o hanno fatto degli incidenti dovrebbero essere motivate a rivolgersi a Centri territoriali, come ad esempio Consultori giovani, Associazioni di volontariato. Se la persona non viene ascoltata subentrano due meccanismi psicologici di difesa: la dimenticanza o la sottovalutazione, che si esprime solitamente con frasi del tipo “*è stata una ragazzata*”.

Il dolore fisico e le forme di apprendimento

Nell'analizzare il ciclo suicidale ed in particolare le prime fasi di preparazione all'atto vero e proprio, appare importante prendere in considerazione il rapporto della persona che compirà il suicidio con il meccanismo del dolore *fisico*. Vi è una relazione intima e biologica (con produzione di ormoni specifici) tra il dolore e gli stati d'ansia (nel nevrotico) o con gli stati d'angoscia (nello psicotico).

Vi sono persone che si procurano dolore fisico inventandosi le tecniche più creative, al fine di mitigare l'ansia o l'angoscia. I candidati al suicidio fanno esperienze di dolore, lo cercano, se lo procurano al fine di prepararsi per affrontare la paura del dolore prima della morte.

Vi sono persone che temendo il dolore, ma desiderando la morte, si suicidano inscenando inconsapevolmente degli incidenti stradali.

Le lesioni fisiche ed il conseguente dolore provocano a più livelli il rilascio di *endorfine* associate al piacere e al rilassamento.

Durante la pubertà, afferma George Patton, avvengono dei cambiamenti cerebrali, così la corteccia frontale matura più tardi rispetto al sistema limbico determinando una sorta di squilibrio, analogo a quello che succede nei primi due anni di vita, avviando così un deficit di regolazione emotiva.

Non solo, vi è come sappiamo anche un importante cambiamento ormonale che Paul Moran descrive con *melting pot* chimico. Lo studio del Murdoch Children's Research Institute di Melbourne ha dimostrato per la prima volta che durante gli 8-9 anni, fase denominata *adrenarca*, che si estende alla fase della pubertà, vi è la comparsa di ormoni androgeni con apparizione di peli pubici, ascellari ed è responsabile dei primi cambiamenti emotivi, umorali, ma anche cognitivi con passaggio dal pensiero concreto a quello ipotetico deduttivo.

È la fase in cui tra l'altro i bambini comprendono la funzione del padre nella procreazione, intuendo chi in concreto deposita il seme nel ventre della madre.

Questa fase di avvio/ponte ai cambiamenti il cui apice si trova nell'adolescenza, questa forma biologica interna di pre-iniziazione, può essere vista in termini costruttivi positivi, poiché rappresenta una opportunità per quegli interventi, in particolare di tipo educativo relazionale, che hanno come obiettivo il recupero o la riparazione di situazioni traumatiche, di esperienze di abbandono. È un periodo di grandi occasioni in termini di opportunità perché è simile, sotto certi aspetti, a quello che avviene durante i primi due anni di vita dal punto di vista della maturazione del sistema neurologico.

In altri termini, quello che non è stato possibile costruire prima, ad esempio da quei genitori assenti per motivi legati agli impegni di lavoro o di disattenzione, ora in questa delicata fase di crescita che va dagli 8 anni ai 13 hanno una possibilità di *recupero/riparazione relazionale*. È un periodo di esplosione di plasticità neuronale che si accompagna a forti reazioni di adattamento ambientale, ma anche di fragilità emotiva e comportamentale. Per tali motivi in questa fase è anche più difficile relazionarsi, serve molta più calma/pazienza da parte del genitore e l'intelligenza di non cadere nelle trappole psicologiche, messe in mostra da atteggiamenti provocatori.

Alcune volte nelle relazioni d'amore di questa età adolescenziale nella scelta del partner violento sia da parte della ragazza che del ragazzo, è come se si attivasse la parte metaforicamente *malata* del cervello, una parte che appare bisognosa di provare/sperimentare dolore. Una scelta di forme

comportamentali del partner che, nella sperimentazione del dolore, consentano sia il controllo sia le scelte valoriali o regole morali.

È simile alla situazione del bambino piccolo che frequenta l'asilo nido e che mentre passa vicino ai compagni li pizzica o li morde; sembra inspiegabile un tale comportamento ed anche riprovevole da un punto di vista educativo, ma contiene una sua logica, ovvero la sperimentazione in vivo degli effetti di una azione negativa. Effetti che sperimentalmente possono essere osservati direttamente dal bambino. Il bambino quando provoca sofferenza agli altri coetanei sembra riuscir a capire mentalmente l'effetto del suo agire, perché ora è in grado di osservarne gli effetti.

Importante è l'intervento esterno dell'educatore il quale interpone, in queste battaglie morali fra bambini piccoli, la regola *non si deve far del male alle persone, agli animali e alle piante*. Anche nelle relazioni amorose patologiche è altrettanto importante l'intervento esterno di un adulto o di un coetaneo che aiuti a riflettere sia la vittima sia il violentatore, poiché entrambi devono modificarsi ed apprendere dall'esperienza per evitare forme di coazione a ripetere.

Breve introduzione all'autolesionismo

Il DSM 5 ha inserito la categoria diagnostica *Autolesionismo non suicidario* (NSSI = not suicidal self injury) ed il disturbo è stato inserito nella categoria dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza.

Prendiamo in considerazione alcuni dati statistici significativi per iniziare a comprendere la vastità e le caratteristiche del fenomeno.

Iniziamo dall'*incidenza* e vediamo che secondo una ricerca del 2002 di Ross ^[10] il 15-20% di adolescenti e giovani adulti compie atti di NSSI e l'esordio è tra i 13 e 14 anni. In età adulta l'incidenza passa al 6%.

Sia nella prima fascia d'età che tra gli adulti gli NSSI si trovano persone con elevati livelli di disturbo di disregolazione emotiva. Tra gli adolescenti si aggiungono poi, come concause, il disturbo della condotta, l'abuso di sostanze, l'isolamento sociale, relazioni intrafamiliari disfunzionali, basso rendimento scolastico.

Varie poi sono le *forme* di autolesionismo. Vi sono le *condotte a rischio* (self harm = auto danno) che comprendono l'abuso di sostanze psicoattive, la sessualità promiscua, il gioco d'azzardo. L'*autoavvelenamento* (self poisoning) con ingestione di sostanze tossiche, overdose di droghe. Le *condotte auto lesive* immediate ed intenzionali (self injury = auto ferita) come il tagliarsi (cutting), bruciarsi.

Si crea una sorta di dipendenza con questi comportamenti auto lesivi poiché diventa una strategia capace di regolare emozioni e fra queste l'ansia o l'angoscia, ma anche la disperazione, la tristezza, la solitudine, la rabbia. Questi adolescenti raccontano che mentre il corpo si intorpidisce la sensazione di dolore si liquefa, producendo così una sensazione di calma, la mente si concentra nel dolore e si distrae dall'angoscia; emergono poi sentimenti di forza e di orgoglio, di tristezza e di rabbia.

Classificazione dell'autolesionismo

Alcuni autori ^[11] classificano il fenomeno a seconda del grado di danno ai tessuti e al pattern comportamentale.

Autolesionismo maggiore è formato da atti infrequenti ed isolati con danno grave e permanente ai tessuti, include anche atti di castrazione ed enucleazione oculare, è associato a forme psicotiche, a intossicazioni acute. Autolesionismo stereotipato consiste in comportamenti ripetuti in maniera costante e ritmica e si trova in particolare in gravi ritardi mentali, nell'autismo, nella sindrome di Tourette.



Autolesionismo moderato comprende atti episodici con lievi danni ai tessuti mediante tagli, bruciature, abrasioni mediante lamette, forbici, sono gesti a valenza comunicativa/simbolica di tipo relazionale e privi di intenzionalità al suicidio.

Quest'ultima forma di autolesionismo moderato viene ulteriormente suddivisa in una forma compulsiva con inclusione di comportamenti ripetuti a carattere anche ritualistico più volte al giorno come la tricotillomania, l'onicofagia, il graffiarsi e viene interpretato come un disturbo del controllo degli impulsi.

Vi è poi l'autolesionismo moderato episodico quando la persona mediante il tagliarsi, bruciarsi, colpirsi trova sollievo alle emozioni o pensieri non sopportabili, un modo per ritrovare il controllo di Sé. L'autolesionismo moderato ripetitivo come ad esempio il cutting, induce il soggetto a percepirlo come una dipendenza e lo incorpora nei meccanismi finalizzati alla costruzione della propria identità.

I meccanismi di base dell'autolesionismo

I meccanismi di base che andremo a descrivere come antecedenti il suicidio, ci spiegano quali sono i meccanismi che agiscono anche nel suicida.

Nell'ambito della teoria cognitivista si parla di autolesionismo come strategia disadattiva di coping in risposta alla regolazione del distress e stati d'ansia. Mentre in psicodinamica si parla di strategie di difesa psicologica. Entrambe le teorie sono d'accordo nel sottolineare come, di fronte agli stati di tensione, la persona utilizzi queste tecniche di autolesionismo che producono dolore, al fine di *ridurre* gli stati d'ansia o d'angoscia.

L'autolesionismo appare quindi come una strategia di *trasformazione* della sofferenza emozionale che la psiche non riesce a trasformare in forme corporee di dolore/sofferenza. Il dolore e la ferita diventano una prova tangibile, concreta, reale e quindi illusoriamente più controllabile della sofferenza emozionale. Vi è quindi un *deficit di mentalizzazione* delle emozioni ed un deficit di regolazione alla base del processo autolesionistico.

L'altra determinante, che troviamo anche nei parenti o amici del suicida, sono i *sensi di colpa* o l'autocritismo che si accompagna ai comportamenti autolesionistici. Le persone che compiono un atto suicidario hanno un livello di percezione di Sé estremamente negativo e presentano una forma di rabbia auto diretta che si manifesta con il desiderio di autopunirsi. Vi è quindi una pericolosa oscillazione tra *l'Io non valgo niente* e *l'Io sono sbagliato e sbaglio tutto* e come conseguenza l'attivazione del senso di colpa di tipo autopersecutorio. Una forma di choc da Super Io. Potremmo affermare che nel suicida esista un Super-Io rigido, punitivo e forse anche sadico, che successivamente viene proiettato nella mente del vivente (sia nel caso di suicidi riusciti sia nel caso di non riuscita o autolesionismo) sotto le sembianze del senso di *vergogna*.

In altri termini, il senso di colpa appartiene alla persona che si suicida e anche al vivente, solo che in quest'ultimo, e in particolare nei parenti, si trasforma in vergogna.

È questo uno dei motivi che spinge i parenti a nascondere la verità.

Autolesionismo e antropologia

In alcune culture l'autolesionismo viene inglobato in un percorso comunitario, diventando un comportamento socializzante. In tal senso appartiene ad una cultura e fa parte di rituali dove viene consacrata l'appartenenza al gruppo comunitario, o la conquista di un livello di individuazione, maturazione. Gli stessi tatuaggi, piercing, trasportati nel mondo occidentale, pur riflettendo un elemento sociale, contengono elementi simili, ma più superficiali. Nella nostra società industrializzata sono per lo più dei modi per richiamare l'attenzione anche in termini provocatori, delle forme narcisistiche di esibire una personalità che ha difficoltà a decollare.

Il passaggio: dall'autolesionismo ai tentativi di suicidio

Possiamo affermare che esiste un continuum tra comportamenti autolesionistici e suicidio. Si inizia dalle condotte auto lesive e tentativi falliti di suicidio per approdare, con una certa probabilità, a suicidi riusciti. Di fatto, secondo alcuni studiosi ^[12] del fenomeno, le persone che usano condotte auto lesive non intendono con queste azioni attuare dei suicidi. È anche per questa spiegazione che nel DSM 5 è stata attuata la scelta di isolare il disturbo, dandogli l'etichetta di NSSI.

Risulta allora saggio considerare i comportamenti auto lesivi come fattori di rischio per il suicidio, da interpretare come messaggi criptati da ascoltare. Gli stessi autori, Klonsky ^[13] in particolare, hanno trovato delle significative correlazioni tra comportamenti auto lesivi e suicidi, tra l'altro più alti rispetto ad altri fattori di rischio come la depressione, l'ansia, l'impulsività, i disturbi borderline di personalità e pregressi tentati suicidi ^[14].

È probabile che, come suggerisce Joiner ^[15], queste condotte auto lesive avviino una forma di *desensibilizzazione* che aiuta la persona a superare la paura del dolore e successivamente a fare il salto ^[16].

Correlazione tra disturbi psichici, mal-essere e suicidio

Tra i disturbi psichici certamente la depressione è riconosciuta come la principale situazione intrapsichica presente nei comportamenti suicidari.

Per quanto concerne gli adolescenti però si è visto che non tutti gli adolescenti che hanno tentato il suicidio sono depressi. Vi è una significativa correlazione tra comportamento suicidario ed uso di sostanze psicotrope e/o alcool.

Negli adolescenti dietro ai comportamenti suicidari si trovano per lo più forme di organizzazione di personalità con caratteristiche difficoltà di mentalizzazione, tendenza alla impulsività, senso di disperazione, disregolazione emotiva, inefficienze nelle strategie di difesa o coping, elevati livelli di rabbia, tendenza al perfezionismo ^[17]. Spicca tra le determinanti la perdita del senso e significato di vivere la vita.

Il suicidio e le varie interpretazioni

Nel contesto della psicologia esistono varie scuole di pensiero, vi è il filone cognitivista che dà importanza alla ideazione suicidale, che come si è cercato di spiegare è una delle tappe finali del percorso suicidale.

Gli studi di tipo psicodinamico cercano di collegare l'impulsività con la de-mentalizzazione dell'evento suicidale ed affrontano in termini fenomenologici il processo suicidale che viene inteso alla stregua di un percorso a tappe, un fenomeno complesso. Si cerca di *non* confondere il senso di lucidità, di cui fa esperienza il suicida, con il pensiero vero e proprio. L'ipotesi è che non vi sia un pensiero vero e proprio del tipo "io ora ho deciso... mi uccido", ma un agito che ha le sembianze di un pensiero. Lo stesso processo avviene nei soggetti con comportamenti auto lesivi.

La *de-mentalizzazione* procede invece nella trasformazione degli affetti/emozioni in agiti, producendo quel fenomeno che chiamiamo lucidità e si associa a prodotti con sembianze di pensiero: emozioni + agiti > lucidità.

Parallelamente è presente anche una perdita di contatto con il proprio corpo e l'esperienza del dolore sembra essere quel ponte che consente di mantenere il legame con il corpo.

La teoria interpersonale suggerisce l'esistenza di alcune variabili come spinta al suicidio, quali il senso di non appartenenza, la perdita della speranza di cambiare, la convinzione di sentirsi un peso per gli altri, la diminuzione della paura verso la sofferenza fisica.

Il desiderio di morire non basta per tentare il suicidio, occorre la capacità a suicidarsi che la persona acquisisce dalle esperienze di de-sensibilizzazione, come l'esposizione graduale al dolore presente nei comportamenti auto lesivi.



Vi è poi il punto di vista sociologico e culturale che offre il proprio contributo nel tentativo di leggere i significati nascosti. Durkheim E. ha condotto degli studi importanti basandosi sui dati statistici, sostenendo che il suicidio è un atto individuale che dipende da fattori sociali e non c'è alcun nesso significativo con la malattia mentale.

La statistica

Un'indagine di EU 27 del 2007 ha evidenziato come nell'età compresa tra i 15 e 24 vi sia un vero e proprio balzo che porta il 65% delle morti causate da trauma per incidenti. Di questi il 53,4% da incidenti stradali (il 59% in auto), il 21,3 da suicidi, il 14,1 da sport, tempo libero, casa.

Gli infortuni sono la causa principale dei ricoveri in Ospedale sempre questa fascia d'età, 5-14 anni il 18% e 15-24 anni il 17%. Circa il 20% di tutte le visite effettuate nei Dipartimenti di Emergenza della maggior parte degli Stati Europei.

In Italia secondo una indagine ISTAT del 2002 i morti causati da traumi accidentali sono più del 55%.

Nel 2012, per quanto concerne le morti per suicidio, che in Italia sono la seconda causa di decesso nella fascia d'età tra i maschi di 15-24 anni, il nostro paese presenta i livelli più bassi di suicidalità. Le morti causate da incidenti stradali è del 35% sul totale, la prima causa.

Altro dato interessante, secondo l'OMS, il 40% dei ragazzi che non riesce a suicidarsi e che non segue un percorso di cura fa un secondo tentativo.

I dati o fattori psichiatrici secondo questa analisi hanno poca evidenza statistica, mentre quello che incide sembra essere il grave malessere esistenziale che al giorno d'oggi si sta trasformando in una forma di malattia. Quello che la logoterapia e il suo inventore Frankl Viktor, chiama crisi noetica, ovvero una perdita del significato della vita ed il suo vuoto viene riempito dal suo opposto, l'attrazione verso la morte.

Le cause motivazionali del suicidio

Indagare sulle cause e attorno alle cause significa analizzare la struttura di personalità dell'adolescente, ma anche del suo contesto sociale (famigliare ed amicale). Sappiamo ad esempio che un eccessivo mobbing ambientale come il bullismo può indurre un ragazzo a togliersi la vita.

L'adolescenza è caratterizzata da fragilità e cambiamento, fattori intersecanti e difficilmente distinguibili. Rende bene la metafora usata dalla Dolto F. dell'adolescente simile al gambero nel periodo di muta, allorquando, avendo perso la corazza in attesa della muta-azione, per difendersi dalle aggressioni, mancando delle sue difese psicologiche, si ripara dietro alle rocce isolandosi. Nella nostra società tecnologica le rocce, ovvero gli adulti, la famiglia in primis e successivamente le altre istituzioni, non sono sempre adeguatamente presenti, non offrono adeguate difese e riconoscimenti della sofferenza dell'adolescente.

Altre volte manca anche il gruppo di coetanei di riferimento. Se pensiamo ad esempio ai fenomeni di bullismo sappiamo che il livello di vulnerabilità dell'adolescente e di rischio aumentano anche per l'azione negativa del gruppo.

I moventi del suicidio nell'adolescenza

Nel movente esistenziale troviamo la perdita del significato della vita, della fiducia in sé. Compare allora il cinismo e l'apatia che non sono una vera e propria depressione.

La disperazione è il continuo oscillare tra un senso di amore verso se stessi e un altrettanto forte odio verso sé. La perdita, in questo caso, concerne lo smarrimento di un oggetto d'amore e collegato a questo il desiderio, come ad esempio la fidanzatina, la pagella non soddisfacente, il riconoscimento di un insegnante, il feeling con il gruppo di riferimento o con l'amico del cuore.



La disperazione per altruismo può essere espressa dalla frase: non soffrirete più per colpa mia.

Altre volte prevale la coppia emozionale vendetta-rivincita. La vendetta può essere determinata dalla percezione/interpretazione del comportamento degli altri come indifferenza, cattiveria; per cui il ragazzo si suicida per punire i responsabili del suo dolore. Altre volte attraverso la morte il ragazzo cerca di ottenere le attenzioni che aveva ricevuto da vivo.

Un altro movente è percepire l'atto suicidario come una azione che consentirà il ricongiungimento con l'amato/a come ad esempio nei casi in cui il ragazzo ha perso la ragazza morta in un incidente d'auto.

Messaggi criptati

Le statistiche affermano che il 70-75% dei giovani invia nel periodo che precede il suicidio dei messaggi ai propri coetanei. È per tal motivo che nelle campagne di formazione e sensibilizzazione si dovrebbero privilegiare una strategia di peer tutoring dove chi incontra i gruppi di adolescenti è un adolescente formato a tale tematica.

Gli interventi

Vi è un filo rosso che collega comportamenti auto lesivi, tentativi suicidari, incidenti. Vari sono i tentativi di interpretazione e lettura di questi fenomeni.

Gli incidenti gravi e ripetuti sono chiamati anche *equivalenti* suicidari.

Gli interventi su tale complicata tematica si possono alternare e modificare a seconda del contesto dove manifestano malesseri, ideazioni, accenni criptati da parte degli adolescenti.

I fattori associati al suicidio sono molto variegati. Vi sono fattori sociali come ad esempio il sesso maschile, la fascia d'età, l'isolamento sociale, l'essere divorziati o vedovi, divorziati o single, patologie organiche croniche e dolorose, i disturbi della salute mentale (depressione, alcoolismo)

Altro intervento iniziale sempre di tipo conoscitivo è la somministrazione di Scale di valutazione che quantificano lo stato di hopelessness (mancanza di speranza) e successivo intervento tramite un breve colloquio.

Sappiamo che un precedente tentativo di suicidio è considerato uno dei maggiori indicatori predittivi nel 40% dei casi di ennesimo tentativo di suicidio. La depressione è la componente maggiormente indicativa della possibilità di una ripetizione anche se alcune persone si sentono per lo più perseguitate dai pensieri di morte; altre depresse, ma non attratte dalla morte.

In queste situazioni comunque il parlare con qualcuno della morte o dei pensieri di morte che popolano la mente può essere di grande aiuto. È importante che la persona che aiuta non vada in ansia.

Durante il colloquio è fondamentale anche prendere in esame il sistema cognitivo di aspettative negative verso la vita, la visione negativa del mondo, la disistima del Sé. È indispensabile quindi il passare in esame i motivi per vivere e quelli per morire, aiutare la persona a trovare degli appigli per continuare a vivere.

Di un certo interesse sono le esperienze di attivazione di linee telefoniche alle quali le persone possono accedere per parlare dei loro progetti di morte o per raccontare la loro disperazione, l'isolamento in cui vivono.

¹ Appendino che si ispira a Magritte.

² *Amore e Psiche* è la storia raccontata da Apuleio e contenuta nell'opera *Le metamorfosi*.

³ Durand G., *Le strutture antropologiche dell'Immaginario*, Dedalo, Bari, 1987, pp 105 sg.



- 4 Il periodo di rischio (risk period) è definito dall'aree tratteggiate dalla quale risulta che le regioni limbiche, deputate al sistema di gratificazione, maturano prima delle regioni frontali deputate al controllo
- 5 Flusso
- 6 Thanatos è la pulsione di morte, il cui opposto è Eros o pulsione di vita
- 7 È l'energia dell'impulso distruttivo inteso come disgregativo. Nella teoria freudiana ha fatto la sua prima comparsa in L'Io e l'Es, 1922.
- 8 Brent D.A., 1997, The psychological autopsy. Methodological consideration for the study of adolescent suicide, Suicide and Life-Threatening behavior, 19.
- 9 Witte T.K., Merrill K.A., Stellrecht N.E., Bernet R.A., Hollar D.L., Schtschneider C., Joiner T.E., 2007, Impulsive youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive, Journal of Affective Disorders, Vol. 107. 107-116.
- 10 Ross S., Heath N., A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents, Journal of Youth and Adolescence, 31 (1), 67-77.
- 11 Favazza A., Rosenthal R., 1993, Diagnostic issues in self-mutilation. Hospital and Community Psychiatry, 44, 130-144.
- 12 Klosky E. D., 2007, The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence, Clin. Psychol. Rev., 27 (2), 226-239. Favazza A. R., 1998, The coming of age of self mutilation. Journal of Nervous and Mental Disease, 186 (5), 259-268.
- 13 Klosky E. D., May A. M., Glenn C. R., 2013, The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. J. Abnorm. Psycho. 122 (1), 231-237
- 14 Asarnow J. R., Porta G., Spirito A., 2011, Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study., J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 50 (8), 772-781.
- 15 Joiner T. E., *Why people die by suicide*, 2005
- 16 Vedi anche l'articolo *Voglia di morire* dove sono riportati alcuni commenti di Pool Robert nella Rivista scientifica New Scientist.
- 17 Blumenthal et al., 1990, Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients, American Psychiatric Press. Washington DC.
- Boergers J., Spirito A., Donaldson D., 1998, Reason for adolescent suicide attempts: Adolescent Psychiatry, Vol. 37: 1287-1293.
- Dori G.A., Overholser J.C., Depression, hopelessness and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Vol. 29:309-318
- Kanshden J., Fremouw W.J., Callahan T.S., Franzen M.D., 1993, Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 21:3



Psicoterapia con l'ITP

IL SUICIDIO: CASI CLINICI E ITP

Zanola Gabriele

medico psicoterapeuta ITP

Il professor Leopoldo Rigo incontrò nel 1° Congresso Internazionale Tecniche di Imagerie Mentale a Ginevra, nel 1968, dove fu presidente Virel, il dr Thomas, vicepresidente come lui nell'occasione. Questo psichiatra era il responsabile del Centro Prevenzione suicidio di Berlino (Ovest). Il latore della notizia mi dice che a quella struttura affluivano 15\20.000 pazienti. Il dr Thomas, nel corso del Convegno, dichiarò che il 50% dei nevrotici ha pensieri o tendenze suicide e, per la cronaca, fu ringraziato da un paziente giovane per averlo salvato con una serie di colloqui. Thomas, che curava con l'imagerie descriveva alcuni strumenti simbolici che utilizzava: per esempio mi riferiscono che un paziente immaginava di portare con sé un bastone nella mano destra che utilizzava all'occasione per difendersi contro improvvisi attacchi; a sinistra aveva un anello per illuminare la scena. Era dell'idea che se apparivano nell'immaginario figure angoscianti (animali o altro) bisognava aiutare il paziente a farle a pezzi, utilizzando l'aggressività.

Più prudente mi sembra l'atteggiamento di Rigo che suggeriva di depotenziare il fantasma pericoloso: per esempio se sei nella foresta immagina di salire su un albero alto e osservare gli animali sottostanti in arrivo (es. tigre o leone). Lasciando poi che si allontanassero o se doveva affrontarle suggeriva di dargli da mangiare abbondantemente per ammansirli. Si può usare come modello Cerbero, il cagnaccio mostruoso che, nell'Eneide, Virgilio ammansisce gettandogli la focaccia soporifera con miele e farina drogata; più precisamente, nella Commedia, Virgilio gli getta due pugni di fango così Dante propone di calmarlo. Anche Leuner, coevo di Thomas, proponeva di sfamare gli istinti aggressivi, dar da mangiare alle figure conflittuali, da cui possono venire attacchi all'Io troppo debole.

Ma tutta la psicoterapia di Rigo può indirizzare alla prevenzione. Facciamo un excursus breve.

Secondo un autore della scuola psicoanalitica, W. Fairbairn, di Edimburgo, l'aggressività è una reazione alla frustrazione o alla deprivazione. Il bimbo frustrato scinde, diciamo così, la figura materna in buona e cattiva; interiorizza l'oggetto materno cattivo e lo scinde in eccitante e rifiutante. E' quindi preda di istanze negative e distruttive. Fairbairn lo definisce Io antilibidico o sabotatore interno. Questo crea una scissione difficilmente controllabile, che genera nevrosi e aggressività. Come uscirne, se il soggetto si trova davanti a una pasticceria con i vetri chiusi e inaccessibile? Rigo, semplificando, se il soggetto si trova nella fase Ristrutturante suggerisce semplicemente che apra le porte della pasticceria, dando soddisfazioni orali, e anche fetali, intense che rafforzano con gradualità l'Io. Fa diventare più buona la figura materna, che così offre gratificazioni. Diminuisce la forza dei fantasmi, mentre le istanze aggressive diventano più malleabili. L'azione si rafforza nelle fasi successive: conflittuale, archetipica, stati luce. L'Io, man mano procede il lavoro di cura, domina lo Scenario interiore, depotenziando il cosiddetto sabotatore di Fairbairn che altrimenti lo porterebbe all'autodistruzione o alla aggressività paranoica verso gli altri.

Caso A

Il paziente A aveva 30 anni, i genitori mi chiamarono quando il figlio ebbe il primo incidente. Aveva urtato frontalmente un muro in paese, a bassa velocità, con notevole danno dell'automobile, mentre rientrava a casa la sera tardi, dopo la discoteca. Alcool? Non era il problema principale. In Pronto soccorso, dove fu accompagnato dopo il fatto dagli amici, i medici evidenziarono presenza nelle urine di derivati della cocaina. Ne usava da tempo, ma teneva ben nascosta l'abitudine. Tutto avveniva in poco tempo, usciva dal lavoro alle 18. Alle 18.30 era in paese, sniffava la sostanza e stava mezz'ora o 1 ora da solo. Poi andava dalla morosa allegro e usciva con lei. Oppure passava da casa, in cascina, mangiava qualcosa di fretta ed usciva con gli "amici" nel vicino paese, il nostro, di 12.000 abitanti. Ragazzo di pochissime parole e molto tempo fuori casa.

Scoperto l'abuso prolungato, perde la relazione con la ragazza e viene indirizzato al SERT del vicino Distretto per tentare di iniziare un percorso, ma ci va poco e riprende l'abuso. Successivo incidente e sospensione patente di guida. Rifiuta comunità e rinviato al SERT. Lo affianco a un volontario che lo accompagna al SERT e si fa raccontare la sua storia. A, è collegato con una rete locale di abusers, di cui conosco e curo come paziente uno dei capi, poi deceduto per AIDS come altri della rete. Questo bel tipo, sornione e intelligente, vantava un credito di 4 mln di lire verso di lui. A mi racconta che per *chiudere la partita* gli ha proposto un viaggio Spagna-Francia con autocarro che trasporta anche *altro*. Alla frontiera una segnalazione anonima fa perquisire il camion e lui viene arrestato in Spagna, poi scarcerato perché risultò non responsabile del trasporto.

Smise un anno la dipendenza, riprese il lavoro. Ma alla ricaduta una overdose (probabilmente volontaria?) lo portò all'arresto cardiaco. La sofferenza dei suoi fu grave, la madre, di fatto capofamiglia, il padre, contadino, simpatico ma chiuso, non espresse mai il dolore e continuò l'abuso di alcool cronico per anni, finché fu ricoverato per cirrosi epatica e poi HCC.

La vita di questo ragazzo è sempre stata impostata sul passaggio all'atto, senza forme di condivisione, pur essendo tipo cordiale e generoso, manteneva un segreto, impenetrabile fino all'ultimo, come fosse ineluttabile. Anche il padre era così e continuò vivaci discussioni su questo argomento con la moglie fino alla fine, ormai malato.

Caso B

Questo è un caso misterioso, per le poche notizie a ridosso dell'evento, e doloroso, per la personalità in precedenza mite e positiva del soggetto. B, Infermiere professionale 33enne, con notevole e qualificata esperienza clinica, aveva tentato anche un'attività di volontariato, ma venne ostacolato da collaboratori, anche economicamente. Quindi lasciò l'ospedale dove si era affermato: stress lavorativo, o problemi economici, oppure cattivo rapporto con colleghi? Viveva solo, ma provvedeva a un figlio piccolo, che viveva con la moglie, dalla quale egli si era separato.

Un grave episodio 3 anni prima potrebbe aver avuto un ruolo non marginale (oltre all'aspetto della familiarità psichiatrica): mi telefonò la domenica per avvisarmi del suicidio del padre 70enne che viveva altrove. All'incontro successivo mi spiegò l'antefatto: negli ultimi giorni ci sarebbe stato uno scontro inaspettato con parenti. Del tutto ignaro, secondo il racconto di B, il padre era stato accusato di comportamento scorretto a danno di una parente giovane. La ragazza, poco stabile emotivamente da sempre, avrebbe riferito alla madre di attenzioni particolari (non specificate) manifestate in un incontro casuale in casa. La madre, preoccupata, avrebbe accusato il parente con attacco aperto, respinto da questi, che si sentì però profondamente e insopportabilmente umiliato di fronte alla famiglia. Il padre della ragazza era ignaro di tutto come anche la famiglia del 70enne. Questi, per reazione alle accuse, sarebbe andato in campagna per farla finita e così venne trovato dai Carabinieri avvertiti da passanti. La ragazza fu inviata a psicologa, non ci fu denuncia. B, nell'occasione molto dispiaciuto era comunque sintonico e tranquillo: nulla avrebbe fatto pensare alla sua evoluzione successiva. Vedeva il fatto in modo pacato e voleva parlare con i parenti per contrastare le accuse.

Seppi dalla madre, 3 anni dopo la dipartita del padre, del gesto di B eseguito a casa propria. B era molto alterato per il conflitto apertosi con la ex moglie e aveva *annunciato* che, se fosse capitato a lui qualcosa di grave, sapeva come fare ad uscirne, lucido e deciso come era nella sua natura.

Anamnesi pregressa: qualche anno prima si era fatto ricoverare per obesità grave, dopo infruttuosi trattamenti dietologici e farmacologici in ospedale di altra città per resezione parziale gastrica restrittiva. Nei 3 anni successivi lo stress cui era sottoposto a livello familiare e lavorativo trasformò una persona apparentemente serena e sicura nelle vicende professionali delicate in un'altra persona, angosciata e turbata, come lo vide poco tempo prima la madre, ma non riuscì a far nulla per fermarlo. Lei sentiva a livello profondo una forte inquietudine per l'animo del figlio e per la sua situazione generale, ma non poteva esprimerla data la tendenza figlio a dominare le situazioni e la scarsa propensione a condividere pensieri e sentimenti con qualcuno.



Psicoterapia con l'ITP

IL MEDICO DI BASE E IL RISCHIO SUICIDARIO

Condotta Tiziano
medico psicoterapeuta ITP

Da alcuni dati della letteratura emerge che tra il 40% ed il 60% delle persone che si sono tolte la vita ha visto un medico nel mese precedente il gesto: la maggior parte di queste aveva visto un medico di medicina generale e non uno psichiatra. Altri studi in accordo con questo indicano che percentuali tra il 25% ed il 75% dei pazienti che si suicidano, hanno un contatto con la medicina di base in intervallo di tempo che varia dai 30 ai 90 giorni precedenti.

Questi dati indicano che medico di medicina generale per la sua facile accessibilità e per il particolare rapporto di continuità che egli ha con il paziente e spesso con la sua famiglia, svolge un ruolo cruciale nell'identificazione precoce di eventuali condizioni a rischio suicidiario e nel successivo invio ai Servizi di competenza: per questo egli necessita di una stretta collaborazione ed interazione sia con i Servizi territoriali di Salute mentale, sia con Servizi per l'età evolutiva al fine di un trattamento tempestivo ed appropriato del paziente.

Identificare, valutare e gestire il rischio di suicidio è un importante compito che il medico di medicina generale si trova ad affrontare; tuttavia valutare una prevedibilità e quindi una possibile prevenzione del suicidio è particolarmente difficile per le molteplici variabili che entrano a far parte della storia soggettiva e particolare di ogni singola persona. Inoltre il suicidio di per sé non è una malattia, né è necessariamente la manifestazione di una malattia, né necessariamente il suo epilogo.

Esistono delle condizioni patologiche di pertinenza psichiatrica in cui vi è un aumentato rischio di suicidio; studi effettuati sia nei paesi in via di sviluppo sia nei paesi industrializzati evidenziano una prevalenza di disturbi mentali in una percentuale che varia dall'80 al 100% dei casi di suicidio; inoltre nel corso della vita il rischio stimato di suicidio è del 6-15% in persone con disturbi dell'umore, del 7-15% in caso di alcolismo e del 4-10% in caso di schizofrenia.

Esistono molteplici condizioni patologiche cliniche, soprattutto se croniche, che comportano disabilità permanente o che sono gravate da una prognosi infausta, che mettono a dura prova le capacità di adattamento della persona, spesso a causa delle condizioni di vita rese inaccettabili e prive di senso, per le quali il suicidio può rappresentare l'unica soluzione.

Questi dati e queste considerazioni anche se aiutano ad identificare delle categorie a rischio di suicidio gettano solo qualche sprazzo di luce e sono ben lontane dall'esaurire l'argomento in questione, pertanto sento di dover concludere con la frase di Albert Camus con la quale avevo iniziato la mia presentazione dei casi clinici:

“Vi è solamente un problema filosofico veramente serio: quello del suicidio. Giudicare se la vita valga o non valga la pena di essere vissuta, è rispondere al quesito fondamentale della filosofia”.



Psicoterapia con l'ITP

IL SUICIDIO: PERCHÉ?

Zanetti Ivana

Psicologa psicoterapeuta ITP. Presidente GITIM. Direttore della Scuola di Psicoterapia ITP

Quando ci si avvicina al tema del suicidio anche attraverso un Convegno, che si è avvalso di vari e diversi contributi nel campo della testimonianza e della competenza di figure professionali che hanno a che fare con il disagio psichico (psicologi, psicoterapeuti, medici, psichiatri, nonché sacerdoti) si è sempre mossi dalla speranza di poter comprendere sempre di più in questo fenomeno sconcertante. Fondamentale è anche la speranza di individuare sempre meglio i fattori di rischio che possano aiutarci in una prevenzione difficile e certamente mai afferrabile e definibile del tutto.

In questa direzione va questo mio contributo. Mi riferisco ad un lavoro di Michelle Carr (ricercatrice allo "Swansea University Sleep Laboratory") pubblicato online sul blog di 'Scientific American MIND' in ottobre 2016, di cui allego il link:

<https://blogs.scientificamerican.com/mind-guest-blog/can-treating-nightmares-prevent-suicides/>.

Ho trovato interessanti non solo gli studi, ma anche la proposta di intervento, ed è venuto spontaneo il confronto con le Tecniche immaginative che pratica il Gruppo GITIM, utilizzando la tecnica immaginativa ITP di Leopoldo Rigo. Ne emergono interessanti somiglianze e divergenze.

Lo studio, ripreso in sintesi nel numero di gennaio 2017 della rivista 'Scientific American MIND':

<https://www.scientificamerican.com/article/nightmares-may-signal-increased-risk-of-suicide/>

tratta degli incubi notturni e del loro rapporto con i comportamenti suicidari, e riferisce varie e documentate ricerche effettuate sia in USA che in Europa.

Nello studio si afferma che nel 2016, oltre 40.000 decessi negli Stati Uniti sono stati dovuti a suicidio, e si osserva che il tasso di suicidi è aumentato di oltre il 20 per cento negli ultimi 10 anni. Per ogni suicidio, è da considerare inoltre che vi sono stati ben altri 25 tentativi di suicidio.

Queste statistiche indicano una cosa: che gli interventi attuali non stanno funzionando e che c'è bisogno di nuovi metodi per impedire alle persone di perdere la propria vita. Ma da dove cominciare?

Michael R. Nadorff, direttore dello 'Sleep, Suicide, and Aging Laboratory' alla 'Mississippi State University', sostiene che c'è un fattore di rischio curabile, nascosto nel buio: sono gli incubi.

Come viene riferito nell'articolo, la ricerca di Nadorff effettuata negli ultimi cinque anni ha dimostrato che gli incubi sono associati a un alto rischio di suicidio. L'autore stesso sostiene che gli incubi si possono tuttavia trattare, e questo può essere un approccio innovativo per prevenire il suicidio.

In termini scientifici, il rischio di suicidio è misurato da tre elementi: i pensieri di suicidio, i comportamenti suicidari, e la probabilità con cui una persona crede che morirà per suicidio. In uno studio del 2011, pubblicato sulla rivista "Sleep", Nadorff ed i suoi colleghi hanno valutato il rischio di suicidio in 583 studenti universitari, e quindi hanno esaminato sintomi quali l'ansia, la depressione e gli incubi notturni, in relazione al rischio suicidario. Semplice dire cosa abbiano trovato: più severi erano gli indicatori e più alto era il rischio di suicidio. Tuttavia, quando si osservò più da vicino l'effetto degli incubi, si vide che il valore predittivo di questo elemento era più significativo di altri fattori. È proprio questo che stupisce, non solo che gli incubi sono connessi al suicidio, ma soprattutto che il loro valore predittivo sia più alto di altri fattori.

Nadorff ha ampliato queste scoperte nel 2013, in uno studio sul comportamento suicidario in cui ha mostrato l'importanza della durata di tempo effettiva in cui una persona sperimenta incubi notturni. In altre parole: più a lungo si hanno i brutti sogni, più alto è il rischio di suicidio.



Nel 2014, in un articolo pubblicato sul 'Journal of Affective Disorders', Nadorff ha continuato a osservare come gli incubi siano collegati ad un numero elevato di tentativi di suicidio. Anche in questo caso, ha voluto vedere come tutti i diversi fattori di rischio siano relazionati. Se qualcuno ha già tentato il suicidio, quali fattori permettono di distinguere chi si ferma a un tentativo e chi cercherà di nuovo il suicidio? La depressione e l'ansia non sono discriminanti, osserva Nadorff. Al contrario gli incubi aumentano il rischio di ritentare il suicidio, "di un fattore quattro".

Altri ricercatori hanno trovato risultati simili in altri paesi. Il 'National FINRISK Study' ha effettuato una serie di indagini sulla salute della popolazione adulta finlandese, riproponendole ogni cinque anni nel periodo 1972/2012, per un totale di 76,071 intervistati. I ricercatori dell'Università di Turku hanno analizzato dati provenienti da questo ampio studio, e hanno scoperto che la popolazione a rischio suicidario che ha frequenti incubi presenta un maggior rischio di morte per suicidio, "più del doppio". Le informazioni sono ottenute tramite il 'Death Register' nazionale finlandese.

Presso l'Università di Gothenburg in Svezia, uno studio longitudinale pubblicato in 'Psychiatric Research' ha rilevato che, in un campione di individui che avevano tentato il suicidio, chi soffriva di incubi era a maggior rischio di ritentare il suicidio nel corso dei successivi due anni. Infine una meta-analisi di 14 studi pubblicati sul 'Journal of Clinical Psychiatry' ha concluso che coloro che soffrono di incubi hanno 2,61 volte più probabilità di mostrare comportamenti suicidari rispetto agli individui che non hanno incubi.

È giusto chiederci: perché?

Perché? Perché avere incubi notturni è in relazione a un comportamento suicidario?

La risposta probabilmente è ancora da trovare. Nell'articolo si dice che la prima cosa da notare è il contesto situazionale in cui si ha un incubo. Il risveglio notturno da un brutto sogno è un'esperienza fortemente dolorosa e travolgente. Il soggetto ha un risveglio improvviso dal sonno a causa di immagini disturbanti e giace da solo al buio con il cuore in gola. Vari possono essere i contenuti degli incubi: forse ha sognato un contrasto con l'ex-moglie, la recente morte di una persona cara, o di perdere il lavoro... o di essere minacciato. Nella notte è solo, ed è intrappolato in questo stato ansioso, incapace di riaddormentarsi, e rimugina sui problemi emotivi che probabilmente preferirebbe evitare.

In uno studio pubblicato nel 2014, condotto presso la 'University of Pennsylvania', i ricercatori hanno trovato prove riguardo al fatto che è più probabile che il suicidio si verifichi di notte, in particolare tra mezzanotte e le 6 del mattino, con un forte picco tra le 2 e le 3. In un documento pubblicato su 'Sleep Medicine Review' nel 2016, gli stessi ricercatori ipotizzano che il solo fatto di essere svegli di notte aumenti il rischio di suicidio, e suggeriscono di incorporare nei programmi di prevenzione del suicidio un trattamento mirato per incubi ed insonnia.

Purtroppo, chi soffre di incubi difficilmente lo segnala agli addetti ai servizi sanitari, che a loro volta in genere non sondano i pazienti circa gli incubi notturni, come riportato da Nadorff e colleghi in un documento pubblicato nel 2015 sul 'Journal of Clinical Sleep Medicine'.

Per fortuna, riporta l'articolo di Michelle Carr, ci sono trattamenti efficaci per gli incubi, e il più comune negli Stati Uniti è la 'Imagery Rehearsal Therapy (IRT)', che si concentra sulla modifica dell'incubo attraverso la visualizzazione. Il primo passo è quello di immaginare l'incubo e scriverlo, per poi riscrivere la storia con un finale più desiderabile. Questa versione "a lieto fine" dell'incubo viene poi visualizzata e provata per 10-20 minuti durante il giorno. L'IRT è ben tollerata dai pazienti, e riduce significativamente la frequenza e la gravità dell'incubo, a lungo termine. Nadorff dice che, trattando gli incubi, si ha un effetto benefico anche sulla depressione e sull'ansia.

Secondo gli autori questa tecnica è efficace nel trattamento degli incubi anche con poche sessioni di terapia, anche se ritengono necessari ulteriori studi longitudinali per valutare il grado di efficacia nell'ambito del trattamento del rischio suicidario.



Leggendo questo articolo, viene spontanea l'associazione con le Terapie Immaginative e in particolare con la Terapia ITP di Leopoldo Rigo, praticata dal GITIM. Vorremmo sottolineare le analogie, ma anche le differenze, secondo noi significative.

È frequente e significativo nell'ITP l'utilizzo, nel corso del trattamento, del sogno e soprattutto del sogno angoscioso, dell'incubo o del sogno "non concluso". Nell'ITP, la seduta immaginativa avviene in un contesto ben definito, all'interno di un setting, di una relazione terapeutica, di un transfert accettante e materno e ben consolidato, elemento questo estremamente significativo. La seduta immaginativa avviene inoltre in uno stato di rilassamento ottenuto con una tecnica specifica, che porta il soggetto in uno stato particolare di abbassamento della vigilanza e di maggior "apertura" all'inconscio che si manifesta anche e particolarmente nell'Incubo notturno. In questo "stato", meno difeso e più aperto, viene proposto al soggetto di riprendere il sogno angoscioso precedentemente narrato al terapeuta. L'inconscio quindi e l'incubo viene avvicinato meglio e in un modo più partecipato, rispetto a quello che può avvenire in un "racconto", che usa solo il tramite verbale.

Nella Tecnica ITP, infatti, il sogno viene precedentemente "narrato" verbalmente ad un terapeuta accogliente e rassicurante, e viene "sgonfiato"; già il racconto ha così un effetto catartico. Rigo sottolinea molto l'effetto catartico del racconto, soprattutto se viene spesso anche ripetuto. Naturalmente il sogno non viene "interpretato", eventualmente solo "ventilato" nel senso che il soggetto parla attorno ad esso ed esprime le sue emozioni.

Il sogno viene successivamente proposto nella seduta immaginativa, che avviene nelle condizioni su esposte brevemente (transfer e rilassamento). L'incubo o il sogno viene rivissuto; la presenza del terapeuta e i suoi interventi sostengono tuttavia il paziente quando prova emozioni negative molto forti e disturbanti. Il terapeuta fornisce suggerimenti, strumenti trasformativi dei vissuti spiacevoli, e aiuta il paziente a mettere in moto difese e "soluzioni", naturalmente utilizzando le immagini, che si calano in modo appropriato al contesto dell'incubo e soprattutto sono in sintonia con il paziente. Il tal modo il paziente, opportunamente sostenuto, vive attraverso le immagini simboliche esperienze alternative ai vissuti spiacevoli che si condensano in immagini distruttive o autodistruttive. Il terapeuta aiuta anche in questo caso a trovare un "lieto fine" al sogno o all'incubo, ma non si tratta e non si deve trattare di una operazione solamente cognitiva/intellettuale, bensì soprattutto di una messa in moto di stati d'animo ed emozioni, vissute con tutta la sensorialità del soggetto che portano spesso a esperienze fortemente partecipate di sollievo e rassicurazione. Il livello psicocorporeo in cui avviene la "trasformazione" del sogno, ci garantisce della profonda partecipazione del soggetto, e quindi della trasformazione del suo mondo simbolico, che è alla base dell'incubo. Incubo che è, come abbiamo visto, un elemento significativo nel malessere vissuto dalla persona che attenta alla sua vita.

Ci auguriamo che questi studi e ricerche possano incoraggiare la ricerca anche in Italia e possano essere tenuti in conto da chi si occupa della salute mentale, innanzitutto indagando in una "visita", o in una "anamnesi", o in un "incontro", anche la presenza di incubi notturni nei pazienti sofferenti a vario titolo, e in particolare nei pazienti a rischio suicidario. Ci pare soprattutto che non sia da sottovalutare il peso predittivo elevato dell'incubo notturno.

Soprattutto, è da tener presente la possibilità di affrontare con una tecnica adeguata, come può essere la Tecnica Immaginativa ITP, l'incubo stesso, e di conseguenza ciò che nell'inconscio lo genera e ciò che l'incubo fa affiorare.