

## IL SUICIDIO IN ADOLESCENZA E NELLA PRIMA GIOVINEZZA Nella Guidi

### 1. Introduzione

#### La pulsione aggressiva nella storia della psicoanalisi

Nel 1920 in “Al di là del principio di piacere”, S. Freud<sup>1</sup>, con una radicale revisione della sua teoria, comprese le pulsioni di autoconservazione e quelle sessuali nell’Eros ed enunciò l’esistenza di una pulsione di morte, Tanatos, contrapposta all’Eros. Nel 1932 in “Perché la guerra?” S. Freud<sup>2</sup> afferma: “La difficoltà di isolare le due specie di pulsioni (*Eros e Tanatos*) ha fatto sì che per molto tempo non si riuscisse ad identificarle”. Siamo persino giunti all’eresia di spiegare l’origine della nostra coscienza morale da questa interiorizzazione della pulsione distruttiva”.

“Il fatto che impulsi distruttivi siano mescolati con impulsi erotici e ideali, facilita naturalmente il loro soddisfacimento”. L’impasto-fusione delle pulsioni (Eros e Tanatos) e la sublimazione della libido erano i soli concetti di cui Freud disponeva per spiegare “il moderarsi degli effetti della distruttività e il favorire la libido nel raggiungere le sue mete”. Tale disimpasto sarebbe l’origine della generale caratteristica severità dell’ideale dell’Io, del suo imperativo “Tu devi”<sup>3</sup> quindi sarà sempre pessimista sulla possibilità di controllo da parte dell’essere umano sulla sua distruttività. H. Hartmann<sup>4</sup>, solo successivamente, concettualizzò ed elaborò la neutralizzazione delle pulsioni e in particolare dell’aggressività, come fonte autonoma di energia a disposizione dell’Io, per gli scopi personali del singolo individuo, e della sua specifica forza dell’Io, e quindi anche come indicatore

---

<sup>1</sup> Freud S (1920). Al di là del principio di piacere. *O.S.F.* Vol. 9. Torino: Boringhieri, 1977: 193-249.

<sup>2</sup> Freud S (1932). Perché la Guerra? *O.S.F.* Vol. 11. Torino: Boringhieri, 1979: 292-303.

<sup>3</sup> Freud S (1923). L’Io e l’Es. *O.S.F.* Vol. 9. Torino: Boringhieri, 1977: 475-520.

<sup>4</sup> Hartmann H. *Psicologia dell’io e problemi dell’adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

della sua effettiva autonomia e assertività. D'altronde Freud<sup>5</sup> già in "Dinamica della traslazione" (1912), nella sua descrizione per il trattamento nella situazione clinica del transfert, aveva contrapposto al transfert erotico, totalmente da ricondurre al passato infantile, e quindi totalmente da eliminare attraverso l'interpretazione della rimozione, il "transfert positivo irreprezibile". Questo transfert chiamato non a caso "irreprezibile" viene considerato un ingrediente indispensabile all'inizio e alla buona prosecuzione del trattamento. In quanto indice della serena fiducia per il medico cui ci si affida, è fondamentale per la conduzione della terapia. Al contrario, nella stessa opera, Freud non fa per quanto riguarda l'aggressività la stessa differenziazione. L'aggressività nella sua totalità è considerata resistenza cioè qualcosa che si oppone all'analisi e la rende spesso impossibile. Non viene concettualizzato un "irreprezibile transfert negativo"<sup>6</sup> come fondamentale per la conduzione della terapia stessa, in quanto rappresentante dell'assertività del paziente e della sua relativa autonomia. Questa ambiguità di Freud nei confronti dell'aggressività, così come appare già in "Dinamica della traslazione" può essere in parte responsabile del rifiuto messo poi in atto da diversi analisti che ritennero la successiva teorizzazione di Tanatos come una sorta di speculazione filosofica di Freud, più che una nuova teorizzazione in campo pulsionale di enorme valore clinico. L'aggressività (Tanatos) venne così rifiutata da alcuni analisti, mentre altri, soprattutto terapeuti di bambini e di gravi patologie ne intravidero subito le enormi implicazioni. Sia in campo clinico che teorico attualmente la funzione della pulsione aggressiva è ancora estremamente dibattuta, così come, il suo trattamento in terapia. Le crisi di vita da Erikson<sup>7</sup>, segnalate come fondamentali punti di snodo fisiologici, ma sempre cruciali, nella direzione del raggiungimento di una saggia e serena vecchiaia, sembrano ora aver perso la loro connotazione di criticità e, dal punto di vista terapeutico, aver perso la loro urgenza di aiuto immediato da parte del sociale. È come se le crisi di vita si evidenziassero, invece, troppo spesso con la più drammatica ed essenziale delle manifestazioni: il suicidio impulsivo ed inaspettato, in pieno benessere. Allo stesso modo

---

<sup>5</sup> Freud S (1910-1912). *Tecnica della psicoanalisi. Dinamica della traslazione. O.S.F. Vol. 6.* Torino: Boringhieri, 1974: 523-531.

<sup>6</sup> Guidi N. Unobjectionable negative transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 1993; 21: 107-21 (trad. it., Il transfert negativo irreprezibile; *Psicoter. Sc. Um.*, n. 4, 1994: 37-51).

<sup>7</sup> Erikson E. *I cicli della vita.* Roma: Armando, 1984.

le persone in difficoltà nel conciliare i nuovi diritti socialmente riconosciuti e i corrispondenti e susseguenti doveri verso sé e verso gli altri, si trovano spesso sole. Queste difficoltà dagli operatori sociali sono per lo più non viste, salvo poi ricorrere, a posteriori, come spiegazione all'“incomunicabilità attuale”, quando risultino innegabili i danni provocati dall'impulsività del paziente. Paziente che però non era stato prima aiutato a trasformare la sua impulsività tramite un'adeguata, cauta elaborazione, e verbalizzazione con operatori sociali o con specifici specialisti, in una più ponderata e meno impulsiva attività. Viene così ad essere negata nella sua totalità l'enorme valore terapeutico della “relazione interpersonale”, al di là degli studi storici, ora sempre più confermato negli studi più attuali, sia sociali che psicologici e psicoanalitici<sup>8</sup>. Se è vero che le crisi devono essere viste come momenti evolutivi ove le possibilità di crescita possono essere del tutto inaspettate, rimane comunque certo che le crisi sono soprattutto momenti di grave rischio personale, di grave disagio, di angosce e spesso anche di panico. Cogliere ciò in centri adeguati (pubblici o privati) ambulatori, scuole, centri sociali è di estrema importanza. Un empatico non intrusivo interlocutore che sopra tutto non abbia fretta di concludere, ma sappia aspettare, può dare inizio a uno specifico nuovo rapporto che facilita un “Nuovo Inizio”. Il paziente, d'accordo con il suo terapeuta, porrà quindi termine alla loro consultazione, una volta divenuto consapevole delle difficoltà, ora più elaborate, da cui era prima oppresso. Sapendo tuttavia di potersi rivolgere allo stesso referente, per eventuali future necessità nel corso della vita. Una “Nuova Speranza” quindi che si oppone a quel senso di vuoto e di solitudine così frequenti sopra tutto nei momenti di crisi.

## 2. Rassegna degli articoli della letteratura internazionale

Negli Stati Uniti il suicidio è la causa più frequente di morte. I medici hanno quindi deciso di dare la priorità nazionale alla prevenzione del suicidio. Esiste una stretta correlazione tra avverse esperienze infantili e tentativi di suicidio che si

---

<sup>8</sup> S.A. Mitchel. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.

possono manifestare lungo tutto l'arco della vita. Abusi<sup>9,10</sup> emozionali infantili connessi a maltrattamenti fisici, disturbi dell'accudimento, abusi sessuali, sono di estrema importanza nel creare predisposizione al suicidio anche in età adulta. Individui che hanno tentato il suicidio sono sempre a rischio e questo vale soprattutto per i giovani maschi<sup>11</sup>. L'essere maschio, l'essere giovane, l'aver già tentato il suicidio, costituisce la situazione a più alto rischio in assoluto per un futuro suicidio letale<sup>12</sup>. Difficile è individuare le persone a rischio al di là della franca patologia psichiatrica<sup>13</sup> (psicosi maniaco-depressiva, depressione endogena, psicosi schizofreniche). Alterazioni del comportamento che possono fare presagire rischi di suicidio si possono evidenziare in coloro che abusano di droghe e alcol<sup>14</sup>, nei casi di insuccesso scolastico o lavorativo. Separazioni, divorzi<sup>15</sup>, lutti e, soprattutto negli anziani, l'estrema povertà e la solitudine<sup>16,17,18</sup>, sono potenzialmente indicatori di rischio di suicidio. Per quanto riguarda gli individui separati o divorziati<sup>19</sup> la letteratura mostra che, in queste due categorie di adulti, il numero dei suicidi è di due, quattro volte superiore a quella degli individui regolarmente sposati<sup>20</sup>. I dati sono tratti dall'U.S. National Longitudinal Mortality Study. Per ogni

<sup>9</sup> Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089-96.

<sup>10</sup> Trad PV. The association between early life mental representations and suicidal behavior. *Child Psychiatry Hum Dev* 1994; 24: 201-12.

<sup>11</sup> Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 117-21.

<sup>12</sup> Swahn MH, Potter LB. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adult. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 21-9.

<sup>13</sup> Mello MF. Suicide and its psychopathological relations: a qualitative analysis of 6 cases rational suicide. *Cad Saude Publica* 2000; 16: 163-70.

<sup>14</sup> Bartels SJ, Coakley E, Oxman Te et al. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10 (4): 417-27.

<sup>15</sup> Krosowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 993.

<sup>16</sup> Freud S (1923). L'Io e l'Es. *O.S.F.* Vol. 9. Torino: Boringhieri, 1977: 475-520.

<sup>17</sup> Heise] MJ, Flett GL, Besser A. Cognitive functioning and geriatric suicide ideation: testing a mediational model. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10 (4): 428-36.

<sup>18</sup> Goszcz H. Social conditions of suicidal poisonings. *Przeegl Lek* 1999; 56: 422-7.

<sup>19</sup> Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 117-21

<sup>20</sup> Goszcz H. Social conditions of suicidal poisonings. *Przeegl Lek* 1999; 56: 422-7

donna divorziata che tenta il suicidio, nove uomini divorziati si uccidono<sup>21</sup>. Mentre i problemi psicologici e sociali e anche personali delle donne sarebbero prontamente denunciati e affrontati, le istituzioni tenderebbero a minimizzare i problemi degli uomini<sup>22</sup>. Nell'associazione divorzio/suicidio maschile, l'impatto della situazione post-divorzio viene considerata, per il sesso maschile, un marker per il rischio suicida<sup>23,24</sup>. Gli adolescenti che vivono in famiglie con un solo genitore oppure con un patrigno o una matrigna<sup>25</sup>, così come gli adolescenti adottati<sup>26</sup>, hanno una più bassa autostima, più sentimenti di angoscia e solitudine, più sentimenti suicidali e intraprendono il suicidio con più frequenza degli adolescenti provenienti da famiglie integre. Sono state rilevate differenze tra ragazze e ragazzi<sup>27</sup>. Sebbene le ragazze che vivono con un solo genitore<sup>28</sup> sembrano avere in generale più problemi delle ragazze che vivono in famiglie con un patrigno o una matrigna, in entrambe le categorie si riscontra un tasso di tentativi di suicidio molto più elevato di quelle che vivono in famiglie integre. Al contrario, per i maschi<sup>29</sup>, il vivere con un patrigno o con una matrigna è correlato ad un più alto incremento dei tentativi di suicidio, mentre non lo è il vivere con un solo genitore. Altri lavori<sup>30</sup> segnalano invece, che il divorzio sembrerebbe non avere effetti negativi sui figli, se non a breve termine, ma a questo fine è fondamentale che il

---

<sup>21</sup> Kposawa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 254-61.

<sup>22</sup> Perrault C. And if we speak about men? *Sante Ment Que* 1990; 15: 134-44.

<sup>23</sup> Farrel W. The myth of male power. New York: Simon and Schuster 1993: 250-286.

<sup>24</sup> Krosowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 993.

<sup>25</sup> Garnefski N, Diekstra RF. Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts. *J Adolesc* 1997; 20: 201-8.

<sup>26</sup> Siap G, Goodman E, Huang B. Adoption as a risk for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics* 2001; 108: E30.

<sup>27</sup> Allison S, Roeger L, Martin G, Keeves J. gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2001; 35 (4): 498-503.

<sup>28</sup> Chase-Lansdale PL (1994). Policies for stepfamilies: crosswalking private and public domains. In: *Stepparent families with children: who benefits and who does not?* Booth A, Dunn J, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 205ss.

<sup>29</sup> Garnefski H, Diekstra RFW (1997). Adolescent from one parent, step-parent and intact families: emotional problems and suicide attempts. *J Adolesc* 20: 201-208.

<sup>30</sup> Chase-Lansdale PL, Cherlin AJ, Kiernan KE (1995). The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: a developmental perspective. *Child Dev* 66: 1614-34.

prendersi cura dei figli da parte dei padri<sup>31</sup> non venga a mancare. Vi è stata una valorizzazione dei pediatri nella prevenzione, tramite training, per poter mettere in atto interventi nella direzione di favorire la coesione familiare e di ridurre la facilità di accesso a mezzi letali. Giovani adulti e adolescenti, come pure bambini, nel pieno di un apparente benessere e successo sociale, possono improvvisamente porre fine alla loro vita<sup>32</sup>. Allo stesso modo anziani, soprattutto uomini, che sembravano vivere del tutto serenamente. Mentre per le donne il picco del suicidio è in adolescenza e nella prima giovinezza, con un netto decremento dopo i 25 anni, per gli uomini il picco del suicidio è dai 60 agli 84 anni. Nelle donne sono più frequenti i tentativi di suicidio<sup>33</sup>, mentre il suicidio letale è più frequente nel sesso maschile. Soprattutto nei giovani maschi le malattie fisiche gravi sono considerate un marker di rischio suicida<sup>34</sup>. A due decenni da quando l'associazione psichiatrica americana ha dichiarato che l'omosessualità non deve più essere considerata una condizione patologica, le statistiche continuano a mostrare più alti tassi di depressione, di tentativi di suicidio<sup>35,36,37,38,39,40</sup> e di abuso di droghe e alcol negli omosessuali, rispetto agli eterosessuali. La letteratura recente dà molta importanza all'angoscia e agli stati di panico come cause determinanti il suicidio. In particolare segnala come giovani affetti cronicamente da angoscia, possano improvvisamente andare incontro ad un'acuta e profonda depressione che può determinare un

<sup>31</sup> Campbell D. The role of the father in a pre-suicide state. *Int J Psychoanal* 1995; 76: 315-3.

<sup>32</sup> Kposawa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 254-61.

<sup>33</sup> Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 1998; 39 (4): 165-75.

<sup>34</sup> Swahn MH, Potter LB. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adult. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 21-9.

<sup>35</sup> Ikeda RM, Kresnow MJ, Mercy JA, et al. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 suppl): 60-7.

<sup>36</sup> Canetto SS. Meaning of gender and suicidal behaviour during adolescence. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27 (4): 339-51.

<sup>37</sup> Erwin K. Interpreting the evidence: competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a "social fact". *Int J Health Serv* 1993; 23 (3): 437-53.

<sup>38</sup> Russel ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health* 2001; 91 (8): 1276-81.

<sup>39</sup> Savin-Williams RC. Suicide attempts among sexual-minority youths: population and measurement issues. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (6): 983-91.

<sup>40</sup> Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000; 90 (4): 573-8.

inaspettato gesto suicida<sup>41,42,43</sup>. Data la difficoltà a identificare le persone a rischio, in letteratura, si consiglia di concentrare gli sforzi sugli ideatori di suicidio che hanno verbalizzato o eseguito autolesioni e sono quindi sempre a rischio lungo tutta l'arco della vita<sup>44,45,46</sup>. Purtroppo medici e personale sanitario tendono a coludere con i pazienti, sottovalutando i cosiddetti “gesti dimostrativi”, “vendicativi” o “ricattatori” delle persone autolesioniste, che spesso finiscono poi con il mettere in atto suicidi letali.

Per quanto riguarda la verbalizzazione dell'ideazione suicida è in letteratura riportato, così come nella mia esperienza, come giovani maschi, sopravvissuti casualmente a mancati suicidi estremamente violenti, avessero, prima del gesto autodistruttivo, verbalizzato a parenti o amici il loro proposito, senza che questi siano stati in grado di capire il significato profondo della loro verbalizzazione, né di contenerli<sup>47,48,49</sup>. Alcuni di essi nel corso dell'ultimo mese precedente il gesto suicida, avevano consultato un medico o addirittura uno psichiatra che non erano stati in grado di valutare le loro tendenze suicida. L'aumento di visita medica e ancor più di visita psichiatrica va quindi considerata un marker di rischio

---

<sup>41</sup> Pilowsky DJ, Wu LT, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1545-9.

<sup>42</sup> Strass J, Birmaher B, Bridge J, et al. Anxiety disorders in suicidal youth. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 739-46.

<sup>43</sup> Ghaziuddin N, King CA, Naylor MW, Ghaziuddin M. Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depress Anxiety*, 2000; 11: 134-8.

<sup>44</sup> Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A, Little TD, Grapentine WL. Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients suicidal ideation severity. *J Clin Child Psychol* 2000; 29:392- 405.

<sup>45</sup> Esposito CL, Clum GA. Psychiatric symptoms and their relationship in to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 41: 4451.

<sup>46</sup> Swan MH, Potter LB. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults. *Suicide Life Threat Behav* 2001;32: 21-9.

<sup>47</sup> Knott E, Range LM. Does suicidal history enhance acceptance of other suicidal individuals? *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31 (4): 397-404.

<sup>48</sup> Ramberg IL, Wasserman D. Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med* 2000; 30 (5): 1189-96.

<sup>49</sup> Barnes LS, Ikeda RM, Kresnow MJ. Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 68-75.

suicida<sup>50,51</sup>. In un recente lavoro del 2012, Christopher Fowler<sup>52</sup> e collaboratori affermano che, dopo anni di ricerca, la possibilità di previsione di suicidio e di seri tentativi di suicidio dal punto di vista medico, sono state eluse e l'Associazione Psichiatrica Americana ha quindi affermato che è impossibile prevedere il suicidio. Da parte loro gli autori del lavoro enfatizzano la formulazione psicodinamica sia per la diagnosi che per il trattamento delle crisi suicidal. Sottolineano poi come la psicoterapia focalizzata sul transfert porterebbe, dopo un anno di trattamento nei pazienti borderline, ad una diminuzione del numero dei suicidi. Katie C. Lewis e collaboratori nel *Poster Summaries From The 2014 Poster Session Of American Psychoanalytic Association*<sup>53</sup> affermano che nella passata decade il suicidio era stato considerato una delle più importanti cause di morte negli Stati Uniti. Tra gli anni 2009 e 2011 il suicidio è stato considerato essere una delle 5 principali cause di mortalità tra l'età di 5 e 44 anni. Alcuni studi hanno considerato l'impulsività come un importante fattore per il rischio di suicidio anche se il ruolo dell'impulsività nello sviluppo e nella capacità di determinare il comportamento suicidale rimane non chiaro. Alcuni studi hanno sottolineato che uno specifico tipo di impulsività in cui il comportamento impulsivo emerge solo in un contesto di schiacciati affetti negativi (urgenza negativa) è collegato con il comportamento suicidale<sup>54,55</sup>.

Il campione utilizzato per lo studio di Katie Lewis e collaboratori è costituito da 124 soggetti, che erano stati preventivamente seguiti con 4 sedute settimanali per almeno 6 settimane. Tra questi soggetti vi è una predominanza di donne (63%) ed una predominanza di bianchi (89%). Tra tutti i 124 soggetti presi in considerazione, 67 avevano alle spalle almeno un tentativo di suicidio.

È stato riscontrato che i soggetti con un più alto livello di impulsività non

<sup>50</sup> Madoz-Gurpide A, Baca-García E, Diaz-Sastre C, et al. Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 329-33.

<sup>51</sup> Barnes LS, Ikeda RM, Kresnow MJ. Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 68-75.

<sup>52</sup> J. Christofer Fowler, Mark J. Hilsenroth, Michael Groat, Spencer Biel, Christina Biedermann, Steven Ackerman. *International Journal of Psychoanalysis*. 60: 555-577.

<sup>53</sup> Katie C. Lewis et al., *Poster Summaries From The 2014 Poster Session Of American Psychoanalytic Association, Japa*, Vol. 62, n. 3, June 2014 : 485 – 492.

<sup>54</sup> Bornavalova et al., 2011, *Psychological Trauma; Theory, Research, Practice, Policy* 3: 349 – 359.

<sup>55</sup> Klonsky et al., 2010, *Suicide & Life – Threatening Behavior* 40: 612 – 619.



pianificata, che avevano un passato con un numero più elevato di tentativi di suicidio, mostravano anche di avere una maggiore difficoltà nel gestire impulsi aggressivi, cioè (aggressività su scala SCORS). Questo effetto non era altrettanto riscontrabile nei soggetti con bassi livelli di impulsività non-pianificata. Ciò fa emergere una significativa interazione tra l'aggressività SCORS ed i tratti di impulsività non pianificata. I soggetti con un più alto livello di impulsività non pianificata mostrano inoltre relazioni oggettuali interiorizzate ostili e malevoli. Il corrente studio è il primo che paragona le qualità delle rappresentazioni oggettuali interiorizzate aggressive inconscie, valutate attraverso tecniche proiettive, rispetto ai livelli dei riportati tratti impulsivi, per la previsione del comportamento suicidale.

Indubbiamente, nonostante rimanga ancora molto lavoro da farsi per la previsione del comportamento suicidale, nella relazione tra aggressività e impulsività, questi risultati costituiscono un supporto all'idea che l'ostilità internalizzata contribuisca ad innalzare il rischio suicidale nei soggetti che manifestano tratti di difficoltà nel considerare il rapporto causa-effetto.

### 3. Critica della letteratura, riflessioni personali

Questi articoli, nel complesso, riconfermano l'importanza dello stabilizzare l'identità del singolo, dell'assunzione di un ruolo sociale stabile<sup>56</sup>. Ma questo non solo in adolescenza, bensì durante tutto l'arco della vita. La variabilità attuale dei ruoli, la loro possibilità di succedersi rapidamente nel corso della vita (convivenze, separazioni, divorzi, successive convivenze o matrimoni con successive nascite di figli da diversi partner, le così dette famiglie allargate, fecondazione artificiale omologa o eterologa), rendono più difficile non tanto il pensare di trovare una "propria nicchia nel sociale" quanto il pensare di riuscire a mantenerla in maniera stabile. Fantasie di onnipotenza-impotenza, sono così continuamente stimolate: i ruoli non più codificati, possono subire modificazioni, mutazioni. Gli individui necessitano per assumerli, sapendo di poterli perdere, per lasciarli, poi in funzione di assumerne altri, altrettanto perdibili, una attività dell'Io, una flessibilità che non è facile né conquistare, né possedere nel tempo in maniera continuativa. Le

<sup>56</sup> Erikson E. *I cicli della vita*. Roma: Armando, 1984.

categorie più a rischio di suicidio, oltre quella degli adolescenti considerata classicamente tale, sono infatti quelle dei separati, dei divorziati, degli adottati, dei figli di divorziati, delle persone anziane, soprattutto maschi, ossia di tutte quelle persone che in maggior misura, hanno subito e/o provocato perdite di ruolo. Del tutto fisiologicamente, stati di passività<sup>57</sup> con un aumento delle manifestazioni impulsive sorgono in occasione dell'abbandono-assunzione di nuovi ruoli sociali, le cosiddette crisi di vita<sup>58,59,60</sup>. Troppo spesso questo stato intrapsichico di passività dell'Io sfugge ora all'osservazione del singolo e di chi lo circonda, operatori psichiatrici compresi, mentre continua ad essere responsabile di ulteriori agite, impulsive<sup>61</sup>, razionalizzabili, e quindi socialmente accettate, assunzioni-abbandoni-riassunzioni di ruolo ad elevato contenuto auto ed etero distruttivo. Viene troppo spesso omesso un intervento di crisi immediato e indispensabile ai fini della prevenzione del suicidio, come ultimo agito irrimediabile<sup>62,63</sup>. Per il sesso maschile in cui il suicidio letale è più frequente, rimane un fatto certo che in età<sup>64, 65</sup> giovanile, gli uomini, lo commettono per lo più per insuccessi scolastici, mentre al contrario, le donne eseguono tentativi di suicidio per delusioni sentimentali. Le modifiche nell'ambito sociale hanno fatto sì che il maschio anziano abbia repentinamente perso quelle caratteristiche di autorevolezza e di rispetto

---

<sup>57</sup> Rapaport D. Some metapsychological consideration concerning activity and passivity. In: Merton M. Gill Ed., *The Collected Papers of Rapaport*. New York: Basic Books, p. 530-68. Trad. It.. Alcune considerazioni metapsicologiche riguardanti l'attività e la passività. In: *Il modello concettuale della psicoanalisi*, Milano: Feltrinelli, 1977.

<sup>58</sup> Simon OR, Swann AC, Powell Ke, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 Suppl): 49-59.

<sup>59</sup> Pawlak C, Pascual-Sanchez T, Rae P, Fischer W, Ladame F. Anxiety disorders, comorbidity, and suicide attempts in adolescence: a preliminary investigation. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 132-6.

<sup>60</sup> Ikeda RM, Kresnow MJ, Mercy JA, et ai. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide life Threat Behav* 2001; 32: 60-7.

<sup>61</sup> Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann NY Acad Sci* 2001; 932: 94-105.

<sup>62</sup> Simon OR, Swann AC, Powell Ke, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 Suppl): 49-59.

<sup>63</sup> Pawlak C, Pascual-Sanchez T, Rae P, Fischer W, Ladame F. Anxiety disorders, comorbidity, and suicide attempts in adolescence: a preliminary investigation. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 132-6.

<sup>64</sup> Ottino J. Suicide attempts during adolescence: systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20: 41-8.

<sup>65</sup> Simon OR, Swann AC, Powell Ke, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 Suppl): 49-59.

che gli erano dovute di diritto come capo indiscusso della famiglia e per la sua saggezza maturata nell'ambito della propria vita. Nella civiltà del benessere i miti sono altri, un riconosciuto attuale successo professionale, la prestanza fisica, la forza, e quindi la giovinezza, ormai irrimediabilmente perdute. Per il sesso<sup>66,67</sup> maschile, il ruolo professionale, rimane ancora fondamentale e spesso, purtroppo, l'unico. Tra l'altro oggi l'uomo ha usualmente una vicinanza e un contatto fisico con figli neonati, inusitato in epoche precedenti. Questo può però da un lato ostacolare la naturale simbiosi madre-figlio, e in seguito anche ostacolare l'utilizzo da parte del padre di competenze più specificamente congeniali al suo essere maschio, cioè l'assunzione del suo specifico ruolo educativo autorevole. Ruolo tipico del maschio, come l'etologia dimostra, di contenimento-controllo delle pulsioni, e di terzo separatore dalla madre e quindi autonomizzante nei confronti dei figli. In adolescenza, inoltre, i figli maschi soprattutto, necessitano un secondo processo di separazione-individuazione non solo dall'immagine materna ma anche da quella paterna<sup>68</sup>. Ciò al fine di poter raggiungere l'autonomia, una piena virilità con una specifica di fase, ulteriore neutralizzazione pulsionale, sopra tutto dell'aggressività<sup>69</sup>. Processo complicato ora dalle nuove modalità di allevamento che richiedono più presenza del padre, in fase neonatale. È reso più difficile il superamento del complesso edipico in questa situazione storica, date le condizioni attuali di allevamento, sia nei confronti del padre che della madre. Superando il complesso edipico, viene facilitata la strutturazione dell'Ideale dell'Io adulto a partire dal Super Io infantile. L'Ideale dell'Io adulto<sup>70</sup> rende l'individuo meno soggetto immediatamente alle influenze del sociale ed ai suoi dettami di comportamento. Separazione e divorzio rendono attualmente più difficile svolgere questi ruoli fondamentali all'uomo a scapito della sua stessa autostima e della sua piena identità virile. Al contrario separazione e divorzio, diventano semmai per le donne causa di eccessiva vicinanza ai figli, in età più prolungata dell'usuale, con pari, anche se opposte, problematiche nel superamento del complesso edipico e la strutturazione del Super Io adulto nei figli.

<sup>66</sup> Perrault C. And if we speak about men? *Sante Ment Que* 1990;15: 134-44.

<sup>67</sup> Farrel W. *The myth of male power*. New York: Simon and Schuster 1993; 250-286.

<sup>68</sup> Blos P. Son and father. *J Am Psychoanal Ass* 1994; 2: 301-23.

<sup>69</sup> Hartmann H. *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

<sup>70</sup> Jacobson E. *Il Sé e il mondo oggettuale*. Firenze: G. Martinelli, 1974.

Ritengo che l'aver, nel sociale, così rapidamente, e senza adeguata integrazione, messo in atto quanto i nuovi diritti legalmente riconosciuti permettono, abbia reso molti individui più vittime che non protagonisti della loro stessa "libertà" con una riduzione, dal punto di vista intrapsichico dell'autonomia e della forza dell'Io. La debolezza dell'Io si manifesta soprattutto nella difficoltà al controllo della propria aggressività, come mostrano le statistiche sull'elevato numero di aborti provocati non più giustificato in era di anticoncezionali. Così come l'incremento della delinquenza minorile, in una società ove reciprocamente, insegnanti e genitori si rimproverano di non contenere l'aggressività e/o di inibirla troppo, più alla ricerca di un "capro espiatorio" che alla soluzione di un problema innegabile di una diffusa anarcoide delinquenziale condotta ormai non più tollerabile né a scuola né nel più ampio ambiente sociale. Nella clinica si riscontra attualmente un aumento della patologia borderline e dei disturbi del carattere a scapito delle più usuali in passato nevrosi e psicosi<sup>71,72,73</sup>. Quello che in questo momento storico in molti individui è venuto meno, rispetto all'ampliamento dei diritti, è l'indispensabile, corrispondente e personale-individuale ampliamento e integrazione dei diritti-doveri verso sé e verso gli altri. Scriveva Freud nel 1920 in "Al di là del principio di piacere": "Può essere difficile per molti di noi rinunciare a credere che nell'uomo sia insita una pulsione che lo spinga a cercare la perfezione. Solo che io non credo all'esistenza di tale pulsione interiore....". Freud ha più volte ribadito questo suo pessimismo, sottolineando sempre che una etica personale e interiorizzata è una conquista strutturale propria solo ad una minoranza di individui. In questo momento storico, come in una situazione post-traumatica da stress, gli individui pur dotati di un Ideale dell'Io adulto ben strutturato sono in difficoltà, e si sentono a disagio. L'utilizzo di ogni nuovo diritto comporta infatti l'emergere di innumerevoli conseguenze, a priori inaspettate. Solo la successiva presa di coscienza di ciò che l'applicazione dei nuovi diritti può provocare tramite riflessione e la comparsa di subitane angosce e quindi anche tramite l'eventuale ed auspicabile rinforzo di persone autorevoli, al momento disponibili

---

<sup>71</sup> Ramberg IL, Wasserman D. Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med* 2000; 30 (5): 1189-96.

<sup>72</sup> Dori GA, Overholser JC. Depression, hopelessness, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29: 309-18.

<sup>73</sup> Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 49-59.

(educatori, operatori del clero, dei centri sociali, psicologi, medici psichiatri, giuristi, scienziati, amministratori, politici, artisti), può in tempi più o meno lunghi determinare il costituirsi di nuovi diritti-doveri verso sé stessi e quindi anche verso gli altri “Se è vero che il sonno della ragione genera mostri”, il suo risveglio però per quanto positivo, non basta a farli svanire. L’immediata applicazione dei nuovi diritti, senza un’adeguata sensibilizzazione degli individui tramite un intervento sociale più adeguato, in taluni casi, può generare mostri altrettanto terribili che immancabilmente risprofondano la ragione in un nuovo sonno dogmatico rinforzato dalla passiva ed irriflessa adesione alle conquiste più innovative. L’immediata<sup>74,75,76,77,78</sup> applicazione dei nuovi diritti non tiene conto della personale fragilità intrapsichica strutturale determinando un adeguamento passivo e massivo, (secondo la condiscendenza sociale<sup>79</sup>) a ciò che ora la società permette. È in atto una sovra stimolazione dell’ambiente sulla strutturazione psichica individuale, tramite un “Ora Tu puoi”. Come se non esistesse già un Super Io come rappresentante nei confronti dell’Io sia degli standard sociali che delle domande dell’Es, che tende a regredire ora quindi più verso contenuti di potenza e di concreto successo sociale e a divenire più simile a un Super Io arcaico (Precursori del Super Io). Mentre un Ideale dell’Io adulto connesso a valori morali, interessi intellettuali, generazionali e personali individuali, tramite l’egoificazione di nuovi “diritti-doveri” è una difficile conquista che richiede l’elaborazione dei diversi conflitti, anche e soprattutto dell’Io. È<sup>80</sup> quindi un processo di lunga durata, in quanto richiede l’elaborazione dei rapporti con le più antiche e varie

<sup>74</sup> Koopmans M. A case of family disfunction and teenage suicide attempt: applicability of a family systems paradigm. *Adolescence* 1995; 87-94.

<sup>75</sup> Chase-Lansdale PL (1994). Policies for stepfamilies: crosswalking private and public domains. In: *Stepparent families with children: who benefits and who does not?* Booth A, Dunn J, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp 205.

<sup>76</sup> McDermut W, Muller 1W, Solomon D, Ryan CE, Keiter GI. Family functioning and suicidality in depressed adults. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 96-104.

<sup>77</sup> Szanto K, Mulsant BH, Houck PR, ed al. Treatment outcome in suicidal vs. non -suicidal elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 261-8.

<sup>78</sup> Spirito A, Stanton C, Donaldson D., Boergers J. Treatment-as-usual for adolescent suicide attempters: implications for the choice of comparison groups in psychotherapy research. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31: 41-7.

<sup>79</sup> Hartmann H. *Psicologia dell’io e problemi dell’adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

<sup>80</sup> Sullivan 1-I S. The theory of anxiety and the nature of psychotherapy. *Psychiatry* 1949; 12: 3-17. La teoria dell’angoscia e la natura della psicoterapia, *Psicoterapia e Scienze Umane*. N. 4, 1992.

rappresentazioni oggettuali e le corrispondenti rappresentazioni del Sé, con una contemporanea neutralizzazione dell'aggressività.

In assenza di contenimento e di contrapposizione da parte del sociale verso l'individuo e dell'individuo verso il sociale, le angosce, le fantasie infantili di distruzione di Sé e dell'oggetto e i conflitti sottostanti possono essere negati ed evitati, ma non elaborati, determinando una generale carenza di assertività e di autostima. A questa carenza di assertività degli adulti sembra essere connessa quella sorta di "resa" che molti adulti, genitori ed educatori, sembrano attualmente mettere in atto nei confronti delle nuove generazioni. L'aggressività impulsivamente agita da bambini e adolescenti sia a casa che a scuola, non viene per lo più dialetticamente contenuta, come invece richiederebbe la fase evolutiva, in funzione di neutralizzazione della distruttività. La capacità di dilazionare la scarica rimane così carente, così come anche lo sviluppo del pensiero, della fantasia creativa, dei sentimenti e dei segnali d'affetto. In un ambiente familiare che non contiene e che non si contrappone dialetticamente, non è possibile sentirsi più "autonomi". Qui la libertà è piuttosto vissuta come abbandono, come indifferenza da parte degli astanti. Al di là dell'apparente non conflittualità con l'oggetto d'amore l'aggressività non contenuta, viene continuamente frustrata. Rimane a livello pulsionale, e come tale, è messa continuamente in atto, scaricata a scapito di una effettiva assertività e della personale autostima. A questo proposito ritengo che la pratica attualmente in voga dell'allattamento a richiesta del bambino, da un punto di vista intrapsichico, possa rientrare in questo tipo di problematica. La risposta sempre uguale della madre (seno) al pianto del bambino, non aiuta né la madre né il bambino, a differenziare e a sviluppare i diversi segnali del bambino. Ostacola il costituirsi nel bambino, dei controlli per le pulsioni orali che, se non vengono "mai deliberatamente" frustrate nella loro componente libidica, lo sono sempre nella componente aggressiva. Viene così facilitata la strutturazione della personalità in direzione narcisistico-perversa/narcisistico-distruttiva lungo tutto il normale processo evolutivo.

"Il grande mondo dei simboli e dei miti appartiene all'uomo sin dai primordi della sua esistenza" afferma Portmann<sup>81</sup> in "Nuove prospettive della biologia - Principi ordinatori della vita":

"Nonostante lo sviluppo scientifico restiamo oggi, come sempre,

---

<sup>81</sup> Adolf Portmann, *Le forme viventi. Nuove prospettive della biologia*, Adelphi, 1969

legati con tutto il nostro sentire e tutte le nostre necessità al mondo come ci si presenta. E noi abbiamo bisogno di questa sfera dell'esperienza originaria: in ognuno di noi c'è anche l'esigenza di un rifugio sicuro, di una patria, di un mondo intimo e familiare. Lo sviluppo della scienza assorbe già un forte quantitativo di uomini e di forze: ne nascono molti problemi educativi non ancora risolti. Questi vengono visti ancora come problemi di scelta, di adescamento, di potenziamento di facoltà specifiche dell'intelletto.

Troppo poco si bada al fatto che la sempre maggiore potenza di questa selezione porta con sé anche nuovi pericoli: e ciò soprattutto a causa della scarsa considerazione di altre facoltà innate dell'allievo, l'atrofizzarsi delle forze spirituali inutilizzate nell'esercizio ogni giorno più numeroso di individui condizionati dalla tecnica. Innumerevoli individui in ogni parte della Terra vengono educati in forza all'evolversi della vita sul nostro pianeta, a una visione tecnicizzata del mondo, a un pensiero tecnologico che è opera dello spirito occidentale. [...] Dobbiamo innanzitutto imparare a riconoscere quali selezioni l'uomo occidentale ha operato nella trama incredibilmente complessa del nostro spirito" (Portmann 1969).

La tesi centrale di Hannah Arendt <sup>82</sup> ne "Le origini del totalitarismo" è che il totalitarismo sia una forma politica radicalmente nuova e essenzialmente diversa da altre forme storicamente conosciute di origine autoritaria e di potere personale, come il dispotismo, la tirannide e la dittatura.

Là dove il totalitarismo ha conquistato il potere ha distrutto tutte le tradizioni sociali, politiche, giuridiche del paese creando istituzioni del tutto nuove. Il totalitarismo non è un'anomalia, un accidente storico, ma è intrinsecamente connesso allo sviluppo della società moderna; è una delle varianti del suo sviluppo e può scaturire sia dalla crisi della democrazia parlamentare come nel caso della Germania weimariana, sia dalle contraddizioni di una rivoluzione comunista nell'Unione Sovietica.

L'Arendt è sempre stata molto cauta nel connettere la tradizione filosofica con lo sviluppo del totalitarismo sostenendo però che la lunga tradizione

---

<sup>82</sup> Hannah Arendt, *Le origini del totalitarismo*, Einaudi, 2004.

dell'obbligatorietà dei precetti morali ha determinato la relazione deresponsabilizzante tra comando e obbedienza, favorendo l'accadere del male estremo. Sarebbe già una grande conquista se potessimo cancellare dal vocabolario del nostro pensiero politico e morale l'orribile parola "obbedienza"<sup>83</sup>. La preoccupazione che percorre la riflessione sul giudizio e la potenzialità morale del pensiero della Arendt non è quella di porre rimedio al possibile crollo dei valori morali condivisi di una comunità, ma è esattamente l'opposto. Come è possibile resistere al conformismo e all'ethos collettivo. "Pensare e ricordare, è il modo umano di radicarsi di affondare le radici, di assumere il proprio posto in quel mondo in cui arriviamo come stranieri". Se qualcuno è un essere pensante radicato con i propri pensieri e ricordi, sa che deve vivere con se stesso. Ci saranno sempre dei limiti a ciò che permetterà a se stesso di fare. Ma il male estremo e senza limiti è possibile solo quando queste radici sono completamente assenti. Non vi è infatti etica senza responsabilità, non vi è responsabilità senza qualcosa che impedisce, che ostacola, senza un'obbligazione duplice e alternativa. Solo quando siamo condannati ad essere liberi i giudizi diventano prassi della responsabilità. Nel vuoto dell'etica la responsabilità morale è qualcosa che si rivolge a me soltanto al mio Io empirico, una responsabilità che viene sollecitata dalla concretezza degli eventi. "La coscienza di Eichmann era come un contenitore vuoto non aveva un proprio linguaggio ma articolava la lingua della società rispettabile". Hannah Arendt assimila il giudizio morale al giudizio estetico che afferma "mi piace, non mi piace", è un giudizio che nasce dalla riflessione, non può avvalersi di qualcosa stabilito a priori "io vivo insieme agli altri ma anche insieme a me stesso, e questo insieme "a me stesso" ha la precedenza su tutto il resto". In vita activa<sup>84</sup>, utilizzando la maieutica di Socrate, Hannah Arendt recupera la terza critica kantiana "stressando il pensiero e la ragione del singolo individuo nella pluralità degli individui".

Infatti ciò che fa funzionare la macchina statale totalitaria e che garantisce il controllo sociale è la combinazione tra ideologia, terrore e volontà del capo. Rimane altresì vero che ogni fine nella storia contiene necessariamente un nuovo inizio; quest'inizio è la promessa, l'unico messaggio che la fine possa presentare. L'inizio, prima di diventare avvenimento storico è la suprema capacità dell'uomo;

<sup>83</sup> Hannah Arendt, *La banalità del male*, Giancarlo Feltrinelli, 1964.

<sup>84</sup> Hannah Arendt, *Vita activa, la condizione umana (the human condition)*, The University of Chicago 1958, Bompiani/RCS Libri S.p.a. 1964/2012.



politicamente si identifica con la libertà umana. “Inizium ut esset, creatus est homo” come dice Agostino. Quest’inizio è garantito da ogni nuova nascita; è in verità da ogni uomo.

#### 4. Presa in carico e trattamento del paziente suicidale adolescente o giovane adulto

Fermo restando la necessità che l'emergenza sia accolta con empatia e calore al suo esordio e soprattutto al momento del ricovero<sup>85</sup>, ritengo che la capacità di essere di sollievo<sup>86</sup> alla sofferenza psichica richieda una raffinata e duttile<sup>87</sup> capacità di controllare e di dirigere la propria aggressività per utilizzarla nel contenimento, empatico ma fermo, dell'auto ed etero distruttività del paziente<sup>88,89</sup>. Questo soprattutto con il paziente adolescente che ha la necessità di fase evolutiva, di contenimento della sua impulsività<sup>90</sup> e onnipotenza, tramite la contrapposizione dialettica da parte di figure adulte significative<sup>91,92,93</sup>.

Il trattamento psicoterapeutico del paziente suicida, soprattutto se

---

<sup>85</sup> Ottino J. Suicide attempts during adolescence: systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20: 41-8.

<sup>86</sup> Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorders. *Behav Res Ther* 2001; 39 (6): 635-49.

<sup>87</sup> Guidi N. Unobjectionable negative transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 1993; 21: 107-21. Trad. It., Il transfert negativo irreprensibile; *Psicoter. Sc. Um.*, n. 4, 1994, 37-51.

<sup>88</sup> Ronningstam EF, Maltzberger JT. Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28 (3): 261-71.

<sup>89</sup> Gabbard GO. Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contemporary. *Bull Menninger Clin* 2001; 65 (1): 41-57.

<sup>90</sup> Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorders. *Behav Res Ther* 2001; 39 (6): 635-49.

<sup>91</sup> Aoun S, Johnson L. A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *Aust NZ J Ment Health Nurs* 2001; 10 (2): 97-104.

<sup>92</sup> King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, et al. Psychosocial and risk behaviour correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (7): 837-46.

<sup>93</sup> Hulten A, Jiang GX, Wasserman D, et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10 (3): 161-9.

adolescente deve iniziare con un trattamento di crisi<sup>94</sup>. Il fattore scatenante di crisi<sup>95</sup> esiste sempre, in ogni tentativo di suicidio. Solo successivamente, in un reciproco accordo, può essere decisa la prosecuzione del rapporto psicoterapeutico. Merton M. Gill nel suo volume “Teoria e tecnica dell’analisi del transfert”<sup>96</sup> afferma che nella tecnica analitica un ruolo più importante e centrale, dovrebbe essere assunto dall’analisi del transfert. Il transfert è onnipresente dall’inizio e per tutto il corso dell’analisi come risultato dell’interazione dell’analista con il paziente e come amalgama di passato e presente. Il transfert è spesso nascosto; il mascheramento più comune avviene per mezzo di allusioni contenute nelle associazioni che non riguardano apertamente il transfert. Per Gill l’analisi del transfert equivale all’analisi della nevrosi.

L’aumentata importanza del lavoro sul transfert nell’*hic et nunc* sia alle resistenze alla presa di coscienza del transfert, che alle resistenze alla risoluzione del transfert, conferisce minore importanza alle interpretazioni fuori dal transfert che alle interpretazioni transferenziali genetiche.

L’esame del transfert comporta inevitabilmente un’esperienza interpersonale con l’analista che è più benefica dell’esperienza del transfert e che si pone come “esperienza emozionale correttiva” non voluta, ma che è un sottoprodotto essenziale del lavoro di analisi. Sarebbe quindi possibile applicare la psicoanalisi a una gamma più ampia di pazienti.

È fondamentale che il trattamento sia condotto in doppio assetto, preferibilmente con lo psichiatra che per primo ha trattato l’emergenza suicidale. Così come anche chiarire e indagare accuratamente le sue manifestazioni impulsive<sup>97,98</sup>, sia auto che etero distruttive, al fine che il paziente stesso possa apprendere come proteggersene<sup>99</sup>. La letteratura segnala un notevole aumento dei suicidi

<sup>94</sup> Ottino J. Suicide attempts during adolescence: systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20: 41-8.

<sup>95</sup> Fritsch S, Donaldson D, Spirito A, Plummer 13. Personality characteristics of adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev* 2000; 30: 219-35.

<sup>96</sup> Merton M. Gill, *Teoria e tecnica dell’analisi del transfert*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1985.

<sup>97</sup> McKinlay A, Couston M, Cowan S. Nurses’ behaviour intentions towards self-poisoning patients: a theory of reasoned action, comparison of attitudes and subjective norms as predictive variables. *J Adv Nurs* 2001; 34 (1): 107-16.

<sup>98</sup> Aoun S, Johnson L. A consumer’s perspective of a suicide intervention programme. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 2001; 10 (2): 97-104.

<sup>99</sup> Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 932: 94-102;

impulsivi<sup>100</sup>. A questo proposito una particolare attenzione deve essere posta nell'analisi del transfert nell'*hic et nunc* del rapporto con lo psicoterapeuta, all'evidenziazione di una carenza di quello che io chiamo l'"irreprendibile transfert negativo"<sup>101</sup>. È necessario mostrare al paziente quell'adesività, così frequente in adolescenza, quella sottomissione passiva all'autorità, cioè quella così detta "gentilezza" che è una mancanza di assertività, che induce sia alla condiscendenza sociale che alla impulsività. "Può così iniziare a partire dall'analisi del transfert "dalla superficie" la confrontazione del paziente con i suoi problemi di gestione della aggressività". Ciò nel paziente facilita l'introspezione e l'osservazione di come questo comportamento ora messo in atto con il terapeuta sia una "gentilezza" per lui abituale, nel mondo sociale qualora abbia a che fare con persone autorevoli; salvo non rispettarne gli ordini qualora esse non siano presenti. Come afferma Proust: "La persona gentile non ha bisogno di essere gentile."

A mio parere il paziente adolescente necessita di stabilire con il terapeuta quel rapporto di distruttività/aggressività che gli è mancato nella prima infanzia e successivamente in adolescenza, con un'immagine parentale affettivamente importante e costante, "criticabile, ma non rigida" e sempre contenitiva<sup>102</sup>. Ciò al fine di potersi interiormente costruire una immagine meno "demonizzata" dell'aggressività. L'aggressività, infatti, che può spesso essere distruttiva non si esaurisce in questo. Le funzioni dell'aggressività nella vita dei singoli e della collettività sono da un lato fondamentali per la loro sopravvivenza, per il loro continuo accrescimento e sviluppo psichico, per il loro armonico coesistere.

Questa problematica si presenta in maniera evidente negli adolescenti con identità sessuale non definita. Essi si trovano costretti, al di là dell'apparente liberalizzazione sociale, ad affrontare giudizi e pregiudizi anche da loro stessi, ontogeneticamente e filogeneticamente introiettati nei confronti dell'omosessualità. La scelta di una identità omosessuale richiederebbe di per sé una maggior elaborazione di conflitti interni rispetto alla più usuale scelta eterosessuale. Negli adolescenti con identità sessuale non definita, l'assunzione del "ruolo" di omosessuale

---

discussion 102-5.

<sup>100</sup> Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 49-59.

<sup>101</sup> Guidi N. Unobjectionable negative transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 1993; 21: 107-21. Trad. It., Il transfert negativo irreprendibile; *Psicoter. Sc. Um.*, n. 4, 1994, 37-51.

<sup>102</sup> Blos P. Son and father. *J Am Psychoanal Ass* 1994; 2: 301-23.

potrebbe in certi casi essere un'assunzione di una "identità negativa"<sup>103</sup> favorita dall'attuale condiscendenza sociale nei confronti della omosessualità. Condiscendenza sociale funzionale, in alcuni casi di identità sessuale non definita, all'evitamento del dolore e delle angosce relative a conflitti intrapsichici più profondi. Angosce che rendono difficile una piena virilità, in questi casi, inconsciamente temuta, in quanto vissuta come distruttiva. In questi casi il suicidio, così come l'abuso di droghe e alcol e la depressione, segnalati dalla letteratura, come più frequenti negli omosessuali, potrebbero essere connessi a questi conflitti non elaborati, a questa distruttività temuta e non neutralizzata. La consapevolezza dell'attualità di questa problematica richiede da parte degli psichiatri sensibilità, acutezza diagnostica ed empatia terapeutica nel rispetto e salvaguardia della possibile scelta di identità sessuale del singolo giovane paziente, quale essa sia.

Il passaggio della distruttività sull'"oggetto" psicoterapeuta, anche se difficile da reggere e angosciante, è per il paziente suicidale presupposto indispensabile alla possibilità di impasto-fusione delle sue pulsioni libidiche e distruttive, di neutralizzazione<sup>104</sup> delle pulsioni in funzione della sua assertività e dell'acquisizione di un sano narcisismo.

Come afferma Sullivan<sup>105</sup> se la psicoterapia non porta a una espansione della vitalità del paziente nella vita reale, allora la psicoterapia è una sorta di "follia a due" tra paziente e terapeuta. Cioè se i sintomi negativi non recedono, la psicoterapia è inefficace al di là di qualsiasi "buona" relazione si sia stabilita con il terapeuta. Nel corso del rapporto psicoterapeutico con l'adolescente può divenire evidente un mancato utilizzo di capacità intellettuali e di talenti, sinora non coltivati in funzione di evitare angosce, sentimenti negativi spiacevoli, e soprattutto, la vergogna nei confronti dei sempre possibili insuccessi. La capacità del terapeuta di interessarsi, di partecipare e anche di risvegliare ambizioni sopite può essere, per il giovane paziente, un'esperienza di particolare e nuovo valore affettivo. La progressiva capacità di avvertire i sentimenti negativi non più come esplosivi, ma come segnali facilita la presa di coscienza e l'elaborazione delle angosce di morte, portando a un progressivo ampliamento delle capacità cognitive, in particolare

<sup>103</sup> Erikson E. *I cicli della vita*. Roma: Armando, 1984.

<sup>104</sup> Hartmann H. *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

<sup>105</sup> Sullivan I-I S. The theory of anxiety and the nature of psychotherapy. *Psychiatry* 1949; 12: 3-17. La teoria dell'angoscia e la natura della psicoterapia, *Psicoterapia e Scienze Umane*. N. 4, 1992.

dei processi di pensiero e di verbalizzazione, e di quelle affettive, a scapito degli agiti auto ed etero distruttivi così come parallelamente anche degli stati di panico.

La spontaneità della verbalizzazione, sempre e solo liberamente condivisa con il terapeuta, e mai da lui suggerita, di sentimenti positivi e negativi, può permettere, in un rapporto rispettoso e distanziato, la protezione dal sempre presente rischio di adesività, e di sottomissione passiva.

Il terapeuta deve però essere in grado di controllare il suo controtransfert nei confronti non solo del transfert negativo “irreprendibile”, ma anche dei transfert narcisistici, così arroganti e svalutanti, che spesso sanno cogliere il tallone vulnerabile del terapeuta. Con pazienti per lo più ipersensibili alle reazioni del terapeuta è indispensabile da parte del terapeuta confrontare il paziente con il suo comportamento, indagando le motivazioni che l’hanno provocato, le fantasie sottostanti e gli eventuali sentimenti non verbalizzati, con naturalezza, ma soprattutto con sincera spontaneità.

Dalle confrontazioni e susseguenti discussioni possono emergere fatti nuovi del paziente, che ora diventano conoscenza comune, ma anche il paziente può scoprire nuovi indizi della personalità del terapeuta che prima non conosceva. Una particolare attenzione merita il silenzio del paziente che va ascoltato con un attento silenzio di confrontazione, senza alcuna ipotesi interpretativa e senza nessuna volontà onnipotente di interromperlo da parte del terapeuta. Solo successivamente nel tempo, il paziente ci saprà fornire le chiavi dei suoi segreti se e quando sarà per lui possibile.

I possibili eventuali successi ottenuti durante il trattamento psicoterapeutico possono scatenare reazioni terapeutiche negative. Queste reazioni terapeutiche negative possono prendere la forma del narcisismo distruttivo di Rosenfeld<sup>106</sup>, di Searles<sup>107</sup>. Sentimenti negativi e pensieri connessi verso il terapeuta, che possono anche non essere immediatamente verbalizzati, ma solo vissuti dal paziente, tendono a sostituire man mano i sintomi negativi e le impulsività più autolesionistiche. La progressiva verbalizzazione dei sentimenti negativi e delle angosce di morte porta a un progressivo ampliamento delle capacità cognitive ed affettive a scapito degli agiti auto ed etero distruttivi. Il doloroso processo di

<sup>106</sup> Rosenfeld H. Il narcisismo distruttivo e la pulsione di morte. In: *Comunicazione e Interpretazione*. Torino: Boringhieri, 1989: 67-136.

<sup>107</sup> H. F. Searles. *Scritti sulla schizofrenia*. Edizione originale 1965. Torino: Boringhieri, 1974.

elaborazione delle relazioni oggettuali interiorizzate arcaiche, simbioticamente fuse, o rigidamente scisse del Sé e dell'oggetto, può essere portato avanti all'interno della relazione terapeutica. Processo di elaborazione che il paziente potrà, in ogni situazione di crisi, essere lui stesso a decidere se voler continuare autonomamente o con successivi aiuti. Le continue confrontazioni del paziente con il suo comportamento attuale, così come si manifesta ora nel *hic et nunc* del rapporto psicoterapeutico, e tramite confrontazioni con quanto da lui stesso precedentemente affermato e creduto, permette al paziente la spontanea distinzione tra passato e presente e la ricostruzione del suo passato. Ricostruzione spontanea e assertiva nella direzione di un "futuro" ora possibile. "Ora che l'ombra del passato si è ritirata dal presente", ciò favorisce anche la salvaguardia delle figure genitoriali e delle altre figure importanti del passato che il paziente ora potrà vedere e "criticare", "giudicare" e "amare" in modo nuovo, quando sarà in grado di farlo senza intrusioni da parte del terapeuta nella sua intimità storica personale, nel rispetto della sua "libertà umana".

PAROLE CHIAVE: *Adolescenza, Suicidio, Tentato suicidio, Famiglia, Fattori di rischio.*

KEYWORDS: *Adolescence, Suicide, Attempted suicide, Family, Risk factors.*

## SINTESI

*L'analisi della letteratura internazionale psichiatrica e psicoanalitica sul suicidio fornisce elementi nuovi di conoscenza su come l'applicazione, troppo rapida e quindi non intrapsichicamente meditata dei nuovi diritti nei paesi a più alto*

*sviluppo economico abbia influito sulla strutturazione psichica, sull'“autonomia”, e quindi anche sulla problematica suicidale degli individui. Il diritto acquisito dalle donne allo studio e al lavoro professionale, il diritto all'aborto, al divorzio, gli interventi sui fondamenti genetici della vita, il prolungarsi della vita media dovuti ai rapidi successi della medicina facilitando il risvegliarsi di fantasie di impotenza-onnipotenza, hanno rapidamente modificato abitudini, stili di vita e moralità. Ritengo che attualmente la possibilità di variare i ruoli sociali con una accettazione di normalità troppo rapida e superficiale da parte del mondo esterno possa mascherare, tramite una impulsiva attività, uno stato di passività dell'Io, una fragilità che neppure gli operatori della salute mentale spesso sono in grado di cogliere. Una difficoltà che spesso si mostra nel controllo della personale aggressività, è evidenziata dalla frequenza con cui si ricorre all'aborto che, seppur depenalizzato, resta comunque una pratica omicida e per di più, in era di anticoncezionali. Così come l'aumento di comportamenti delinquenziali nei giovani, le autoeteromutilazioni, l'abuso di droghe e i tentativi di suicidio.*

*Ritengo che un più accurato, prolungato processo di integrazione dei nuovi diritti, con i nuovi connessi e corrispondenti diritti e doveri nei confronti degli altri, svolto con l'aiuto di persone esperte (insegnanti, medici, psichiatri, operatori del clero, operatori sociali, intellettuali) possa facilitare una miglior integrazione del Sé. Lo sviluppo del processo di pensiero e della capacità di modulare gli affetti, non più massivi possono permettere una maggior attività dell'Io sia nei confronti della pulsionalità che dell'immediata realtà sociale. Adolf Portman (1897-1982) professore di zoologia all'Università di Basilea, una delle figure più significative del dibattito tuttora in corso tra biologia teoretica e antropologia filosofica. Afferma infatti «Non faremo come quei cercatori di tesori che credono che le cose di maggior pregio si trovino sempre e soltanto a oscure profondità» e nella “La forma degli animali”. Portman, si arresta al mondo della visione a occhio nudo per arrivare tramite l'esperienza dei sensi, alla questione del senso...*

*“Per il singolo, premessa indispensabile alla felicità umana è dare un senso alle cose”. La forma degli animali viene descritta da Portmann come “Autorappresentazione di Sé e della propria interiorità”. Al di là dell'usuale e artificiale scissione corpo/spirito della scienza biologica e dell'antropologia attuale, la loro integrazione potrebbe facilitare una ulteriore Autorappresentazione dell'interiorità dell'uomo più ricca, più creativa in senso umanistico, letterario e artistico, e quindi facilitante nel trovare il senso delle cose e quindi della vita stessa.*

## ABSTRACT

*In countries with high economic development, the rapid and non-psychologically-integrated enforcement of the new rights recently acquired by individuals seems to have influenced their psychological structures, and therefore also their approach to suicide. Women's acquired right to study and pursue a professional career, the right of abortion and divorce, as well as the possibility of in-utero genetic manipulation – fuelling fantasies of omnipotence/impotence – have rapidly changed customs and morality, triggering an extreme stimulation of the most preconscious anxieties of self-and-object-destruction. The present variability of the possible roles in society facilitates – in the individuals, often through impulsive activity – the disguise of the intrapsychic condition of self-passiveness (Rapaport). The destructive behaviour arising from the difficulty in self-control – such as an increase of juvenile delinquency, of self and etero-mutilations, and also suicide attempts – is too often accepted as a consequence of rational actions. At present, existential crises frequently reveal themselves in the most dramatic and essential way – an unexpected suicide under conditions of apparent well-being. As far as international literature goes, the groups with a higher risk of mortal suicide – apart from the category of adolescents and young adults, classically referred to this way – are those of people separated, divorced, and adopted, as well as seniors – especially those of male sex. These are the individuals that during their life have usually suffered more role losses. Given the potential associated with every life crisis towards reaching a better structural equilibrium – regarding synthesis and integration – a crisis-intervention becomes of critical importance especially for those risk groups. A short-time psychotherapeutical intervention – with main objective the hic-et-nunc problems of aggressiveness in the therapeutical relation – is fundamental, so that the most preconscious anxieties of self- and object-destruction can be better tolerated and opposed.*