

# Il suicidio dal punto di vista di uno psicoanalista

MARCO CONCI

Il tema del suicidio è senz'altro uno dei problemi più spinosi, drammatici e misteriosi con cui ci troviamo confrontati non solo come esseri umani, ma anche come professionisti della salute mentale. Prerogativa dello psicoanalista è quella di poter accompagnare i suoi pazienti sia in maniera intensiva (vedendoli due e più volta alla settimana) che in maniera estensiva (continuandoli a vedere per periodi di vari anni) compiendo con loro un tragitto più o meno intenso e lungo, alla ricerca di nuove strade, nuove traiettorie, nuovi e migliori equilibri.

Un'immagine al tempo stesso molto suggestiva e precisa della natura di questo lavoro di ricerca che compiamo coi nostri pazienti è quella che emerge dalle seguenti parole di uno dei colleghi da cui ho imparato di più, ossia Gaetano Benedetti. In una breve nota che Benedetti scrisse nel 1988, in risposta al modo riduttivo in cui il filosofo Nicola Abbagnano aveva ritratto Freud nel suo libro del 1987 *La saggezza della filosofia*, troviamo queste parole: «Chi vive con Freud sa che l'essenza del pensiero freudiano non sta nella ripetizione concettuale, ma nell'*esposizione* della persona terapeutica alla libido e alla destrudo; agli immensi bisogni dell'uomo e alla sua distruttività; esposizione nelle mille varianti del transfert e del controtransfert, che ci fa conoscere la verità dell'esistenza nell'urto con essa e nell'impegno con essa». A vedere il solo schema concettuale, che in un medico come Freud non poteva essere quello di un filosofo, si finisce nell'opinione di Abbagnano: «questo psichiatra geniale ... aveva dell'uomo un concetto ben misero»<sup>1</sup>. Misero nel senso di sovrapponibile a quello di Empedocle, che riduceva l'esistenza umana alla dialettica tra Eros e Thanatos.

<sup>1</sup> Gaetano Benedetti, Sigmund Freud: una risposta a Nicola Abbagnano, in «Ann. Neurol. Psichiatr.», 82/1988, pp. 5-8.

Di fatto, questa rimane una delle cornici migliori in cui collocare il nostro lavoro quotidiano coi pazienti, fino a poter includere la possibilità di gettare un po' di luce su un fenomeno così problematico come il suicidio. Ben inteso, una tale disgrazia si verifica raramente tutte le volte che riusciamo a creare una situazione di comunicazione ottimale, in cui il paziente si senta capito e ascoltato, ovvero non si senta più solo, alla mercé dei propri problemi. Ma è proprio per la realizzazione di un tale clima e di una tale «alleanza di lavoro» (un termine tecnico del nostro campo!) che dobbiamo spesso lottare duramente, ovvero lavorare con impegno in ogni singola seduta – esponendo noi stessi, come scriveva Benedetti, alla distruttività, ovvero alle «cariche negative» dei pazienti. È così che il lavoro psicoanalitico può essere visto sia come un intervento altamente specifico, in cui aiutiamo il paziente a liberarsi dell'aggressività che rivolge contro se stesso e a ricostituire quel potenziale di speranza necessario a costruire una vita che valga la pena di essere vissuta, che come un laboratorio nel quale impariamo a conoscere sempre meglio le dinamiche inconsce che regolano la nostra vita.

Un caso specifico, che configura una situazione di predisposizione al suicidio, e al quale spesso riusciamo a lavorare con esito positivo, è quello dei pazienti con un danno così precoce dello sviluppo psichico da renderli quasi inadatti a vivere, ovvero dotati di un'autostima talmente bassa da fare molta fatica a costruirsi, a trovare una propria strada nella vita. Entrando con loro – con la dovuta cautela e gradualità – nel teatro della loro infanzia, in genere incontriamo «il bambino trascurato» che ancora vive dentro di loro. Ovvero il bambino che, non avendo goduto del necessario atteggiamento di ascolto da parte dei genitori, ovvero dello spazio psichico (all'interno del proprio ambiente) in cui potersi sviluppare, ha (come noi diciamo) internalizzato, ovvero fatto suo questo atteggiamento negativo, al punto da fare grande fatica a credere, ovvero a puntare su se stesso. Fortunatamente, a questi disturbi precoci della formazione del Sé, che se non trattati espongono chiunque al rischio del suicidio (o ad una condotta cosiddetta “parasuicidaria”, come l'abuso di droghe di tutti i tipi), la psicoanalisi contemporanea può provare a porre rimedio.

Molto più chiara che un tempo ci risulta anche la dinamica inconscia di una condizione predisponente al rischio del suicidio come la malattia chiamata “depressione”. Ossia una dinamica conseguente non tanto alla frustrazione di un bisogno, o ad un trauma, o lutto improvviso, quanto all'atteggiamento di rinuncia, di abdicazione allo sviluppo di noi stessi, di chiusura agli altri e di ritiro dal nostro impegno nel mondo – che qualsiasi crisi può

far scattare dentro di noi. Un atteggiamento negativo simile a quello descritto al paragrafo precedente, e particolarmente frequente nell'adolescenza, in cui il suicidio è una tra le prime cause di morte. Da questo punto di vista, sappiamo anche che un adolescente dovrebbe avere il diritto a vivere ogni giorno come un momento di crescita, ossia avere la sensazione di «trovarsi in cammino», la gioia di percorrere una strada che lo porterà lontano.

È così che, dal punto di vista dello psicoanalista, prevenire il suicidio vuol dire non solo fornire a chi ne ha bisogno specifiche opportunità di cura, ma, ancora di più, unire i propri sforzi a quelli degli altri operatori della salute mentale in direzione di specifiche campagne di informazione e, quindi, di prevenzione. Nella mia esperienza, molto alta è ancora la percentuale di suicidi attuata da persone che più o meno improvvisamente vengono a trovarsi sole ed impreparate di fronte a una delle tante situazioni critiche a cui la vita regolarmente ci espone. Persone disorientate e senza sufficienti “riserve psichiche” a cui attingere. E come psicoanalista so anche quanto mediamente risulti tuttora molto più facile, ai membri della nostra società, riconoscere e correre dietro ai propri bisogni materiali che non ascoltare se stessi, cogliere i propri bisogni interiori e quelli delle altre persone con cui viviamo, ovvero essere in grado di fare, rispetto alla nostra vita psichica, quel lavoro di monitoraggio a cui molto più spesso sottoponiamo invece le nostre automobili, che ci siamo abituati a portare a... “fare il tagliando”.

## Aspetti psichiatrici del suicidio

GIANCARLO GIUPPONI

Il suicidio ha interessato nel corso dei secoli varie branche della scienza. Filosofi, teologi, sociologi ecc. hanno formulato giudizi e cercato di fornire, partendo da concezioni culturali molto differenti, dei modelli interpretativi. La medicina, e in particolar modo la psichiatria, ha iniziato ad occuparsene intensivamente un po' in ritardo, quasi come se il fenomeno non fosse di sua competenza. Superata la concezione religioso-morale del suicidio che ha dominato per secoli l'occidente cristiano (e che vedeva in esso essenzialmente un peccato gravissimo), il suicidio è stato talora considerato (e purtroppo qualche volta viene ancora) come un fenomeno esistenziale normale, quasi fisiologico alla natura umana stessa e non come qualcosa di patologico su cui si potesse e si dovesse in qualche modo intervenire. In base a questa visione l'uccisione di se stessi era vista come un atto razionale, espressione di una libera estrema scelta e in quanto “libera” questa scelta andava difesa ad oltranza. Sulla base dell'accettazione di questa scelta si poteva quindi legittimare in una certa misura il comportamento autoaggressivo dando al gesto stesso a seconda della cultura una qualche giustificazione (un valore romantico, sociale ecc.). L'interpretazione semplificatrice del suicidio come una conseguenza di qualche aspetto disfunzionale della società ha portato al suo uso improprio in funzione di qualche ideologia o idea dominante. La ricerca psichiatrica stessa ha spesso risentito dell'impostazione ideologica degli autori che ha inficiato un giusto apporto metodologico. (La scienza ahimè è spesso qualcosa di comodo, anziché di vero). È utile inoltre osservare come questi approcci abbiano avuto ovvie conseguenze nella discussione in una serie di situazioni ai suoi margini: l'eutanasia, le erosioni suicidarie (comportamenti di rifiuto d'assunzione di farmaci, di nutrizione, d'abuso di alcool ecc.) e i comportamenti suicidari mascherati (incidenti stradali e morti a domicilio per situazioni ambigue).

Ma esiste il problema del suicidio ed è questo davvero un problema prettamente psichiatrico? Oggi sappiamo, grazie a studi con autopsie psico-