

Suicidio. E poi...?

**Famiglia e suicidio.
I vissuti di chi resta**

***A cura di*
Susanna Messina
Caterina La Cascia
Livia Nuccio**

Suicidio. E poi...?

Famiglia e suicidio. I vissuti di chi resta

A cura di

Susanna Messina,
Caterina La Cascia, Livia Nuccio

PREMESSA

Come è stato già dimostrato con i precedenti lavori, la città di Palermo si è mostrata sensibile e pronta ad affrontare la spinosa tematica del suicidio; già un anno fa, si era riusciti a creare un incontro in cui i numerosi partecipanti avevano messo insieme i loro saperi e le loro competenze per produrre una ricca riflessione e un'attenta analisi sulla problematica del suicidio.

La volontà di non lasciare questi lavori circoscritti a una sola giornata e il desiderio che ciò che si è fatto ed è stato prodotto possa essere l'inizio di un reale percorso di intervento, hanno costituito l'*input* per dare vita ai contributi racchiusi in questo volume.

L'elemento innovativo, che contraddistingue questi scritti, è la capacità di guardare anche a situazioni "altre", e meno consuete, relative al suicidio; se prima, infatti, si era posta l'attenzione sul singolo, sul soggetto che, schiacciato da un peso inestimabile e sopraffatto da un forte disagio psichico, giunge a compiere un atto estremo e definitivo, adesso lo sguardo si estende anche oltre, verso chi resta a dover fare i conti con sensi di colpa, lutto e disperazione. Ecco che, quasi in modo paradossale si può parlare di un "poi", di un momento che supera il gesto suicidario i cui effetti si ripercuotono nei giorni, mesi, anni che seguono.

La riflessione sui modelli di prevenzione primaria che miravano a una gestione del problema e, quando possibile, a una sua soluzione, viene ora arricchita dalla discussione sugli interventi di supporto e sostegno per le famiglie che hanno perso un proprio caro in questo modo così atroce.

Crediamo, infatti, che debba farsi strada la concezione che all'interno di un nucleo familiare la morte di una persona non è la fine di tutto, ma diventa nodo da cui partire per affrontare un disagio, esso rappresenta, in ogni caso, un esplicito sintomo, una chiara richiesta d'aiuto da parte di quella famiglia a cui le politiche sociali non possono e non devono voltare le spalle. È

questa la matrice culturale in cui si muovono le associazioni come l'A.F.I.Pre.S. interessata non soltanto alla problematica del singolo ma pronta a mettersi in rete e offrire sostegno anche alle famiglie.

Inoltre, l'apertura a questo tema porta anche a preoccuparsi di una diversa accezione del "poi", del momento cioè post-suicidio; l'accento ricade non solo su chi resta in qualità di familiare ma anche su tutti coloro che hanno tentato un gesto suicidario ma non l'hanno portato a termine, rimanendo vivi. Queste persone devono essere il perno di interventi che si possono definire di "prevenzione secondaria"; a questi individui va data la possibilità di riprendersi dallo stato di prostrazione in cui sono finiti, va data l'opportunità di riscattarsi e reagire.

Oltre ad un tipo di sostegno propriamente personale e con valenza terapeutica, va, così, rivalutato il coinvolgimento di queste persone in occasioni di dibattito, confronto e riflessione che consentano di attivare processi di pensiero e che lascino spazio a soluzioni diverse e ad altre modalità di risoluzione dei problemi; la cultura della tolleranza e dell'accettazione del disagio, che si cerca qui di affermare, deve consentire a tutti di esplicitare senza remore né vergogna i propri bisogni, problemi e debolezze, tanto da non sentire come necessari gesti così gravi e assoluti.

In conclusione, vogliamo affermare che, anche quando si parla di questioni come quelle del suicidio, non va solamente sposata un'ottica prettamente individualista, che si concentra solo sul suicida, ma va anche considerata l'importanza di intervenire nel contesto e garantire supporto e qualità della vita anche a chi resta.

Antonino Nascè

*Assessore alla Salute e Servizi alla Persona
Comune di Palermo*

INTRODUZIONE

di Susanna Messina, Caterina La Cascia e Livia Nuccio

I contributi racchiusi in questo volume rappresentano il proseguo di un lavoro già intrapreso lo scorso anno sulla difficile tematica del suicidio. Dopo avere, infatti, focalizzato l'attenzione sul rapporto tra il suicidio, il disagio psichico e lo stigma sociale, il secondo convegno promosso dall'A.F.I.Pre.S. pone l'accento sui "sopravvissuti".

I sopravvissuti sono coloro che devono gestire da un punto di vista emotivo e cognitivo, l'esperienza di un tentato suicidio, i cui vissuti sono legati a sentimenti di *hopelessness* e *helplessness* come anche di vergogna e di colpevolezza in quanto, spesso, un atto suicidario pone sotto gli occhi di tutti l'emergenza di un disagio psichico fino a quel momento mal celato o a cui non si è prestata adeguata attenzione.

Tuttavia, i sopravvissuti sono, anche, coloro che si trovano a vivere la quanto mai complessa condizione di elaborazione di un lutto di un familiare suicida connessa al vissuto d'impotenza, di incomunicabilità, di inaccettabilità che si prova di fronte al gesto suicidario.

A partire da queste considerazioni, il volume racchiude interessanti spunti su cui riflettere per promuovere interventi sia di prevenzione che terapeutici o di sostegno.

I primi si pongono come strumenti di diffusione della cultura del benessere, sensibilizzando gli operatori del sociale a porre una particolare attenzione ai vissuti di coloro che, come, per esempio, gli adolescenti, attraversano un momento critico della loro vita. È in questo senso che si muovono i progetti e gli interventi di prevenzione, al fine di creare degli spazi in cui le persone possano esprimere il proprio disagio e i bisogni ad esso legati, che non trovano contenimento in altri contesti.

I secondi, invece, hanno lo scopo di "non lasciar soli i sopravvissuti" sia attraverso interventi di sostegno quali, per esempio, i gruppi di auto-aiuto costituiti da familiari che

condividono la medesima esperienza, sia da interventi psico e farmacoterapeutici necessari laddove il disagio psichico assume quelle specificità sintomatologiche, cliniche e sociali che caratterizzano la patologia francamente psichiatrica.

Per concludere riteniamo, ancora una volta, che l'incontro tra i saperi della psichiatria, della psicologia clinica e della psicologia di comunità rappresenti la condizione essenziale per promuovere una cultura della "persona", che tenga conto contemporaneamente della dimensione intrapsichica, relazionale e contestuale.

1. Il post-intervento: progetto SOPRoxi

di P. Scocco, A. Costacurta, A. Frasson e L. Pavan

1. Introduzione

Ogni anno nel mondo vi sono circa un milione di decessi per suicidio. È stato stimato che per ogni suicida sei persone, a lui vicine, cadano in un profondo sconforto (Shneidman, 1969).

I primi studi sul processo del lutto conseguente ad un suicidio sembravano evidenziarne una maggiore complessità rispetto a quello vissuto per altre tipologie di morte. Ricerche più recenti, tuttavia, hanno chiarito che il lutto per un suicidio non è necessariamente più grave di un altro, sebbene presenti delle caratteristiche peculiari (McIntosh, 1993; Jordan, 2001).

Alcuni studi suggeriscono che nei sopravvissuti di un suicidio è più elevato il rischio di sviluppare una depressione, più frequente la comparsa di ideazione suicidaria, e maggiore l'incidenza di patologie acute e croniche (Hall *et al.*, 2001).

Il lutto ha inizio immediatamente dopo la morte di una persona significativa e i segni e sintomi più tipici sono la tristezza, il ricordo reiterato della persona deceduta, il pianto, l'irritabilità, l'insonnia, la difficoltà a concentrarsi e a svolgere le attività quotidiane.

Il processo di elaborazione della perdita dura solitamente alcuni mesi, tuttavia può sfociare in un disturbo depressivo o in un lutto complicato che richiedono un trattamento (Florez, 2002).

Le persone che vivono un lutto non richiedono, in genere, un'assistenza psichiatrica e un invio improprio in tal senso può generare la credenza che provare dolore per la perdita di una persona cara sia innaturale e l'intero processo rischia quindi di venire "patologizzato".

2. Il lutto in caso di suicidio

Alcuni studi sostengono che i soggetti in lutto per un suicidio presentano più somiglianze che differenze rispetto a coloro che si trovano in lutto per altre tipologie di morte soprattutto se accidentale e improvvisa (Van der Waal, 1990). Tuttavia i primi possono presentare un recupero più lento nei due anni successivi al decesso (Farberow *et al.*, 1992) poiché chi è coinvolto in un lutto per suicidio non deve confrontarsi solamente con la perdita, ma anche con la vergogna, la paura, il rifiuto, la rabbia e i sensi di colpa.

Altri aspetti peculiari sono rappresentati dalle tematiche che emergono, dal processo sociale che i sopravvissuti devono affrontare, e dal differente impatto che un suicidio ha sull'equilibrio familiare rispetto ad un altro tipo di morte (Jordan, 2001). I sopravvissuti di un suicidio si interrogano più di altri sui temi che scaturiscono da domande come:

- perché lo ha fatto?
- Perché non sono intervenuto in tempo?
- Come ha potuto farmi questo?

Numerosi studi hanno rilevato ancora che i sopravvissuti al suicidio percepiscono frequentemente vissuti di responsabilità per quanto accaduto, una maggior difficoltà a capire il senso della morte e una maggior sensazione di essere stati rifiutati. (Jordan, 2001; Grad and Zavasnik, 1996; Reed and Greenwald, 1991; Silverman *et al.*, 1986)

Tra i sentimenti specifici provati da un sopravvissuto di un suicidio i più rappresentativi sono:

- la vergogna. Lo stigma associato al suicidio viene spesso vissuto con vergogna dai familiari del suicida (Séguin *et al.*, 1995a);
- la colpa. I sopravvissuti possono sentirsi in qualche modo responsabili per il gesto compiuto e spesso si interrogano a lungo sulle precauzioni che avrebbero potuto adottare per evitare il suicidio della persona cara (Clark and Goldney, 2000);
- l'accusa di qualcun altro può essere un tentativo di ridare un

senso a qualcosa che non si riesce a comprendere e di esprimere la rabbia legata alla percezione del gesto come un ripudio (Hawton, 2003):

- la paura. Farberow e colleghi (1987) hanno riscontrato alti livelli di ansia nei sopravvissuti in seguito ad un suicidio, rispetto a quelli associati a una morte naturale;
- l'aggressività e la rabbia verso chi se ne è andato. È ormai riconosciuto che l'atto suicida è un evento terribilmente distruttivo per coloro che rimangono in vita (Gabbard, 2002);
- la distorsione cognitiva. I sopravvissuti tendono a considerare la morte come accidentale, e non come un suicidio;
- la ricerca di una ragione che giustifichi il suicidio. I familiari esaminano gli eventi e le reazioni che hanno portato alla morte e indagano sul particolare stato emotivo del deceduto;
- la "crisi di valori". Van der Waal (1989) usa questo termine per descrivere il rapido declino dell'autostima e la confusione sui valori esistenziali e personali;
- i pensieri autosoppressivi sono comuni e possono riflettere il desiderio di ricongiungersi al deceduto e di chiudere le questioni rimaste aperte, oppure possono essere dovuti ad uno stato depressivo.

L'aumento del rischio di suicidio tra i familiari e i conoscenti di un suicida è stato ricondotto principalmente a 3 fattori (Krysinska, 2003):

- 1) il dolore provato dai sopravvissuti;
- 2) i *cluster* e patti suicidari (per *cluster* si intende un gruppo di suicidi e/o tentativi di suicidio che si verificano in una data comunità con una frequenza maggiore nel tempo e nello spazio rispetto alla norma. Per "patto", invece, si intende un mutuo accordo di suicidio in determinate circostanze);
- 3) le conseguenze delle descrizioni di un suicidio da parte dei mass media.

Infine, anche se cronologicamente è il primo evento, vi può essere lo shock relativo alla scoperta del cadavere, che può generare emozioni ricorrenti e di lunga durata.

Le reazioni che avvengono a seguito di una morte per suicidio sono quindi molto complesse e mutano con il passare del tempo. Non è raro che il livello di dolore si mantenga elevato per parecchi anni come dimostrato da diversi studi sui coniugi di persone morte suicide in cui è stata rilevata la presenza di dolore significativo fino a 2,5 anni dopo il lutto (Farberow *et al.*,1992), e in cui, a 4 anni, il 20% considera il proprio miglioramento solamente come “discreto” o “scarso” (Zisook e Shuchter, 1986).

3. Il post intervento

Il termine *postvention* (post intervento) fu coniato da Shneidman nel 1971 per descrivere il sostegno fornito a coloro che hanno perduto una persona cara. Può venire inteso come la possibilità di attuare un intervento indirizzato alle persone che sopravvivono al suicidio, coloro che vengono comunemente indicati come i "sopravvissuti".

Come si è visto, nel lutto vi sono diverse reazioni (rabbia, tristezza, distacco) che possono essere considerate normali.

Molti sono in grado di affrontare questi stati d'animo e di assolvere ai quattro compiti dell'elaborazione del lutto riuscendo così ad emergere dalla sofferenza (Worden, 1991), altri incontrano maggiori difficoltà e ciò può compromettere la possibilità di tornare a una vita normale.

L'intervento professionale deve essere modulato in base alla tipologia del lutto: in caso di lutti non complicati una *consulenza* può permettere di conseguire un miglioramento in un breve lasso di tempo, mentre in lutti complicati o sindromi depressive di rilevanza clinica è necessario l'impiego di *modelli psicoterapici* e, a volte, *farmacologici*.

4. La consulenza nel lutto

Il principale obiettivo della consulenza è quello di accompagnare e sostenere la persona in lutto allo scopo di facilitare il processo di elaborazione della perdita.

Secondo Parkes (1970) esistono tre categorie di consulenti: a) medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali; b) volontari debitamente istruiti da professionisti; c) gruppi di autoaiuto, con o senza il supporto di professionisti.

È frequente che, alla scomparsa di una persona cara, venga utilizzato come primo meccanismo di difesa la *negazione* dell'evento. Anche in caso di morte prevedibile e/o attesa, è possibile che emerga un vissuto di irrealtà, come se non fosse veramente accaduto. In tal caso il consulente può accompagnare il soggetto all'acquisizione di una più completa coscienza della perdita e della sua irreversibilità e può facilitare l'espressione di alcuni sentimenti particolarmente problematici (rabbia, colpa, ansietà ed impotenza).

Talvolta può essere fornito un aiuto alle persone che, trovandosi a vivere un lutto, non si sentono più in grado di affrontare le problematiche quotidiane che, in precedenza, venivano gestite soprattutto dal defunto. Il consulente, inoltre, favorendo un disinvestimento graduale del rapporto con la persona deceduta e una nuova collocazione nella vita affettiva di chi rimane, permetterà al soggetto in lutto di proseguire la propria esistenza e di instaurare nuove relazioni.

Il processo del lutto, in quanto volto a sciogliere i legami con una persona importante, può rivelarsi estremamente doloroso. È necessario, pertanto, rispettare i tempi di ciascuna persona e rassicurarla fornendo delle chiare informazioni riguardo alle reazioni e ai comportamenti tipici di questa fase, senza dimenticare che le risposte individuali risultano estremamente variabili.

Una buona assistenza al processo del lutto richiederebbe, infine, la disponibilità ad un supporto continuativo (almeno nelle fasi iniziali) e la conoscenza dei meccanismi di difesa che il

soggetto utilizza o ha utilizzato per affrontare situazioni di perdita e di abbandono.

Nel caso in cui le problematiche della persona che sta vivendo il lutto dovessero sfociare in un disturbo clinicamente significativo, si rende necessario l'intervento di uno specialista.

5. Consulenza del lutto in gruppo

La consulenza del lutto può essere effettuata anche attraverso un gruppo. Questa non solo si rivela molto efficace, ma offre altresì il supporto emozionale che la persona sta cercando. La formazione di un gruppo richiede l'individuazione di obiettivi precisi (supporto emozionale, educazione, o scopi sociali), di un tipo di strutturazione (durata limitata o illimitata) e di una logistica (numero dei componenti, durata e numero degli incontri). La formulazione di alcuni criteri di inclusione è importante affinché il gruppo risulti omogeneo e comprenda pertanto persone che abbiano subito perdite simili. È opportuno non reclutare utenti che siano in lutto da meno di sei settimane e bisogna porre particolare attenzione nell'escludere i soggetti con seri problemi emozionali o patologie gravi per i quali risulterà più utile una terapia individuale (McIntosh, 1993).

6. La terapia nel lutto

Nella terapia del lutto, l'obiettivo è quello di individuare e risolvere i conflitti interni e le problematiche di separazione che impediscono il completamento delle fasi del lutto. Tale terapia risulta più appropriata nelle seguenti situazioni:

- 1) lutto prolungato;
- 2) lutto mascherato, in cui i sintomi comportamentali o somatici non vengono attribuiti alla perdita della persona;
- 3) lutto eccessivamente doloroso;

4) lutto ritardato (la risposta di dolore sembra essere stata soppressa) (Worden, 1991).

In una terapia di tipo individuale è importante stabilire il numero degli incontri e la loro durata. Durante questi incontri, in genere sufficienti per l'elaborazione del lutto, possono emergere problematiche più complesse che richiedono una prosecuzione del trattamento. Secondo Worden (1991) per una buona conduzione del processo terapeutico è opportuno seguire alcune procedure, come la diagnosi differenziale con disturbi a livello somatico e la chiara esplicitazione del setting e dei contenuti che verranno affrontati durante la terapia (in particolare il rapporto del paziente con il defunto).

All'inizio è opportuno ricostruire un ricordo positivo del defunto affinché tale immagine sostenga il soggetto nel corso della terapia. Solo verso il termine del processo diventa possibile affrontare assieme al paziente anche gli aspetti relazionali negativi per permettergli di esprimere la quota di aggressività normalmente presente e finora negata. È fondamentale accertare quale dei quattro compiti dell'elaborazione del lutto non è stato completato e, una volta individuato il punto di *impasse*, aiutare il paziente ad affrontare e superare l'ostacolo.

Tra gli elementi che possono impedire il normale decorso del lutto figurano talora quegli oggetti che permettono di mantenere un legame con il defunto (una fotografia; un oggetto a portata di mano al momento della notizia della morte; una cosa appartenuta al defunto). Il loro significato è paragonabile a quello dell'*oggetto transizionale* per i bambini, la cui assenza scatena una forte ansia (Volkan, 1972, 1985). Questo fenomeno può essere inscritto all'interno di ciò che Volkan chiama "speranza cronica di riunione", giacché non tutti i soggetti realizzano subito l'irreversibilità della situazione (Volkan, 1972). La rinuncia a ogni desiderio di ricongiungimento rappresenta l'auspicabile fase finale di un percorso lungo e complesso, all'interno del quale è importante soffermarsi anche sulle fantasie relative alla rinuncia al dolore.

7. L'assistenza ai "sopravvissuti"

Le persone sopravvissute ad un suicidio tendono a condurre un'elaborazione dell'evento luttuoso incompleta e posticipata rispetto ad altre tipologie di persone in lutto e rappresentano un gruppo a rischio per comparsa di problemi psicosociali e comportamento suicidario. Tuttavia i programmi di intervento specificamente indirizzati a questa categoria di soggetti risultano estremamente scarsi. In molti casi i medici di base sono le prime figure coinvolte nell'assistenza ai sopravvissuti poiché conoscono, in genere, sia il defunto che la persona in lutto (Hawton, 2003). Anche amici e conoscenti possono rappresentare un'importante fonte di sostegno per i soggetti che stanno vivendo la perdita di una persona cara (specialmente se tale perdita è avvenuta per suicidio). Tale supporto può concretizzarsi innanzitutto in un aiuto di tipo economico (per il funerale e per le questioni finanziarie), per la cura della casa e per i bisogni personali (Morris, 1968). In linea con il precedente lavoro di Morris sulle possibilità di intervento da parte di amici e conoscenti, Osterweis (1984) descrive 6 aspetti in grado di garantire un buon sostegno ai sopravvissuti ad un suicidio:

- 1) ascolto partecipe;
- 2) assistenza continuativa nelle prime fasi del lutto;
- 3) empatia;
- 4) consigli per affrontare i problemi;
- 5) capacità di cogliere i bisogni del sopravvissuto;
- 6) disponibilità di nominativi di professionisti a cui eventualmente indirizzare la persona (Hall *et al.*, 2001).

Farberow (1998) nel revisionare i 52 stati membri dell'Associazione Internazionale per la Prevenzione dei Suicidi, concluse che solo nel 27% dei casi esistevano dei programmi di intervento strutturati rivolti ai sopravvissuti (soprattutto gruppi di supporto sostenuti da fonti non governative e non professionali).

Le proposte assistenziali (individuali, di gruppo o familiari) possono spaziare dall'intervento di crisi e ai molteplici presidi

psicoterapici e farmacologici, dai gruppi di auto-aiuto a quelli di reinserimento sociale. Alcune persone in lutto preferiscono il supporto di soggetti che hanno vissuto un'esperienza analoga e vari gruppi di auto-aiuto si sono costituiti proprio per questo motivo. Una revisione dei gruppi di supporto operanti negli USA ha stabilito che l'accesso avviene principalmente per accordo verbale e che esiste una penuria di servizi per determinate categorie, come bambini, adolescenti e alcuni gruppi etnici (Campbell, 1997; Rubey e McIntosh, 1996).

Il principio basilare della prevenzione terziaria è rappresentato dal tempestivo intervento sulle reazioni dei sopravvissuti volto a ridurre la morbilità e la mortalità conseguenti all'atto suicida mentre gli obiettivi più importanti sono l'assistenza dei sopravvissuti nel processo di elaborazione del lutto, l'identificazione e la presa in carico dei soggetti che potrebbero essere a rischio di suicidio, la presentazione di accurate informazioni sul suicidio allo scopo di ridurre al minimo i fenomeni mimetici. (Hazell, 1993; Underwood and Dunne-Maxim, 1997)

La prevenzione a questo livello coincide, quindi, con le terapie tradizionali anche se è necessario porre particolare attenzione a evitare quell'isolamento sociale che risulta essere uno dei principali fattori esacerbanti il disagio delle persone in difficoltà.

8. Consulenze al sopravvissuto di un suicidio

È noto che sulla morte per suicidio grava un inveterato tabù per cui risulta molto difficile poterne parlare. È necessario, pertanto, aiutare i sopravvissuti ad affrontare questo argomento e a ricolmare il distacco venutosi a creare con i componenti del loro ambiente sociale. La consulenza può mirare a ridimensionare i sentimenti di eccessiva colpa e di rifiuto dei familiari del defunto. La domanda "perché si è suicidato?" può diventare logorante, e, in questo caso, indirizzare l'attenzione

dei soggetti sopravvissuti su altri problemi può rivelarsi molto utile. È importante anche stimolare il confronto con la realtà del loro senso di colpa, o con la tendenza a colpevolizzare. Tanto più irrealistico risulta il senso di colpa tanto più facilmente l'esame di realtà fornirà un certo sollievo all'individuo. Qualora i sensi di colpa avessero un fondamento reale, il consulente dovrà aiutare il paziente ad affrontarli.

Un altro compito del consulente è quello di aiutare i soggetti a correggere il rifiuto e le distorsioni della realtà. I sopravvissuti devono affrontare la realtà del suicidio per poter essere poi in grado di elaborarla. Utilizzare espressioni forti come “uccidere sé stessi”, “impiccarsi” può favorire il processo elaborativo. Le persone coinvolte nel suicidio sono tormentate, a volte, dalle immagini della scena. Pertanto, la correzione dell'immagine distorta del defunto creata dal sopravvissuto e la sua ridefinizione costituiscono un altro momento importante della terapia.

È utile indagare le fantasie e le aspettative del paziente riguardo al proprio futuro senza l'estinto e lavorare sui sentimenti di rabbia e collera per rinforzarne il controllo e consentirne lo sfogo.

Il vissuto d'abbandono conseguente ad un atto suicidario è probabilmente una delle sue conseguenze più devastanti. Esso compare persino a seguito di una morte per cause naturali e si può, quindi, ben immaginare quanto più profondamente possa venire avvertito nel caso di morte volontaria.

Per un intervento individuale può essere indicata una terapia farmacologica da sola o integrata con un ciclo di IPT – Psicoterapia Interpersonale (Scocco *et al.*, 2001) oppure di PCE – Psicoterapia della Crisi Emozionale – (Pavan *et al.*, 1996).

9. Psicoterapia di gruppo

In presenza di un numero sufficiente di persone che hanno subito la perdita di una persona cara per suicidio, è possibile

costituire un gruppo di psicoterapia. La psicoterapia di gruppo presenta caratteristiche diverse da quella individuale. La partecipazione al gruppo può aiutare il paziente a uscire dal contesto di isolamento e di vergogna che può contribuire al mantenimento del problema. In genere, le persone in lutto presentano condizioni di salute alterate particolarmente nei primi 3 anni del periodo di lutto. Sono inoltre caratteristici un aumento dei livelli di depressione e di *distress* psicologico e un insoddisfacente adattamento sociale (Farberow, 1992).

Le caratteristiche della psicoterapia interpersonale di gruppo la rendono particolarmente adatta agli obiettivi del superamento del lutto. (Scocco & Frank, 2002).

In uno studio volto a valutare l'*effectiveness* di due interventi di gruppo (uno di tipo psicoterapico e l'altro più focalizzato sulla socializzazione) indirizzati ai sopravvissuti al suicidio di un coniuge, non sono emerse differenze statisticamente significative rispetto alle variabili prese in esame (livelli di depressione, *distress* psicologico, risoluzione del dolore e adattamento sociale). Questo risultato potrebbe indicare che il più significativo fattore terapeutico sia individuabile nel semplice processo di confronto con un gruppo di altri sopravvissuti ad una morte per suicidio, indipendentemente dal focus del gruppo. (Constantino *et al.*, 2001)

10. Gruppi di auto-aiuto

I gruppi di auto-aiuto sono composti da persone impegnate ad affrontare uno specifico problema o una fase di crisi comune a tutti i partecipanti e, generalmente, sono organizzati in modo da svolgere particolari compiti. Tali gruppi non si pongono l'obiettivo di esplorare in profondità le dinamiche individuali o di modificare la personalità, ma sono in grado di migliorare lo stato di salute emozionale e il benessere dei partecipanti.

La condivisione del medesimo problema e delle singole esperienze personali (positive e negative) facilita l'espressione emozionale e l'offerta di mutuo sostegno.

Recentemente si è assistito ad un notevole aumento dei gruppi di sostegno per sopravvissuti al suicidio, dovuto probabilmente a una generale diminuzione dei tabù sociali riguardanti il suicidio (McIntosh, 1987). I gruppi di auto-sostegno per i sopravvissuti sembrano rispondere alla richiesta d'aiuto di coloro che, attraverso le tradizionali procedure dei centri di salute mentale, non avrebbero mai richiesto alcuna assistenza. L'utilizzo all'interno di gruppi di auto-aiuto di esperti di salute mentale che non siano essi stessi dei sopravvissuti genera polemiche (Heilig, 1985). Secondo Farberow il maggior vantaggio si ottiene quando si creano gruppi in cui sia presente un terapeuta esperto al fianco di moderatore anch'esso sopravvissuto. Dati empirici dimostrano che questi gruppi sono efficaci nell'aiutare i pazienti ad affrontare il proprio dolore (Farberow, 1992).

11. I farmaci

I principi per cui vengono utilizzati gli antidepressivi sono i medesimi di altre situazioni cliniche, con la sola avvertenza di scegliere antidepressivi affidabili per ridurre al minimo il rischio di un comportamento suicidario in un gruppo particolarmente vulnerabile. È opportuno sottolineare che questi farmaci vanno associati, e non sostituiti, ad un lavoro psicologico sul dolore.

12. Progetto SOPRoxi

Nel Veneto si suicidano in media 336 persone all'anno, quindi si stimano in circa duemila i soggetti coinvolti in un lutto per tale causa. Proprio l'assenza, nella nostra realtà, di programmi di sostegno destinati a coloro che sono in lutto per

una perdita a seguito di un suicidio ha suggerito l'idea di sviluppare il progetto SOPRoxi. Il termine SOPRoxi deriva dall'unione delle parole *sopravvissuti* e *prossimi*. I *sopravvissuti*, come è noto, sono coloro che avevano una relazione stretta con il defunto e che sopravvivono alla sua morte. Il termine *prossimi* indica esattamente il forte legame che esisteva con il defunto. Il progetto SOPRoxi si sviluppa a vari livelli. Innanzitutto si pone l'obiettivo di individuare quelle persone che necessitano veramente di un aiuto supplementare per superare il processo di lutto.

Il medico di base, favorito da un maggior contatto con queste persone, svolge, a tal proposito, un ruolo fondamentale nell'assistenza in quanto dovrebbe saper individuare i lutti richiedenti uno studio più rigoroso e, quindi, indirizzarli ad uno specialista. Alcune persone, prostrate dal dolore, cercano direttamente un consulente professionista che li aiuti ad affrontare i loro pensieri, sentimenti e comportamenti.

Una volta individuate le persone che necessitano di un sostegno psichiatrico è necessaria una valutazione con strumenti clinici e psicometrici del disagio psicologico. È importante scoprire a che livello è necessario intervenire, la gravità della situazione e il migliore intervento attuabile sull'utente. Per alcuni pazienti possono risultare sufficienti alcuni colloqui di approfondimento per riuscire ad affrontare correttamente i propri sentimenti e le proprie emozioni e completare, pertanto, il processo del lutto. Per altri saranno necessarie delle visite psichiatriche e l'utilizzo di farmaci.

Un passo ulteriore può essere rappresentato dalla psicoterapia di gruppo la cui peculiarità risiede nella possibilità di amplificazione delle potenzialità strategiche della psicoterapia individuale, consentendo al paziente di apprezzare il suo apporto allo sviluppo e al mantenimento dell'incontro relazionale con gli altri. Un'ulteriore possibilità terapeutica per i soggetti in lutto è rappresentata dall'aggancio ad un gruppo di auto-aiuto che può essere autogestito o condotto da un moderatore esperto. La

capacità di questi gruppi di fornire supporto e rassicurazione si manifesta con un effetto benefico sulla persona che li frequenta.

13. Considerazioni conclusive

Come già accennato precedentemente, dagli studi più recenti (Jordan, 2001) emerge che il lutto per un suicidio, pur non differendo completamente dalle altre tipologie, presenta caratteristiche peculiari che coinvolgono tre aree significative: il contenuto tematico del lutto (un maggiore struggimento per il significato del gesto, maggiori sensi di colpa per non essere intervenuti in tempo, una più vivida sensazione di essere stati rifiutati); il sistema sociale che circonda il sopravvissuto; l'impatto del suicidio sull'equilibrio familiare. Lo stigma che questa categoria di soggetti deve frequentemente affrontare non solo complica il già difficoltoso processo di elaborazione del lutto, ma potrebbe altresì minare in maniera significativa il loro equilibrio psicologico con la possibilità di manifestazioni psicopatologiche o la messa in atto di comportamenti disadattativi.

Sarebbe importante, per i professionisti che lavorano nell'ambito della Salute Mentale e per gli operatori sanitari che per primi vengono in contatto con questa particolare categoria di soggetti, saper individuare le persone che necessitano di aiuto ed il sostegno più adeguato da poter offrire loro. A causa dell'elevato numero di persone in lutto, ciò rappresenta chiaramente una sfida alle capacità assistenziali delle organizzazioni professionali e di volontariato.

Riferimenti bibliografici

Bowlby, J. (1973). Il processo del lutto. In Willard, G. (a cura di). *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio.

- Bowlby, J. (1980), *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression* (vol III). New York: Basic Books.
- Campbell, F.R. (1997). Changing the legacy of suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (4): 329-338.
- Clark, S.E., Goldney, R.D. The impact of suicide on relatives and friends. In Hawton, K., Van Heeringen, K. (eds.) (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- Constantino, R.E., Sekula, L.K., Rubinstein, E.N. (2001) Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(4): 428-441.
- Dunn, R.G., Morrish-Vidners, D. (1987). The psychological and social experiences of suicide survivors. *Omega*, IX (3): 175-215.
- Farberow, N. (1992). The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. *Crisis*, 13 (1): 23-34.
- Farberow, N. (1998). Suicide survivor programs in IASP member countries; a survey. In Kosky, R.J., Eshkevari, H.S., Goldney, R.D., Hassan, R. (Eds). *Suicide Prevention: The Global Context*. New York: Plenum.
- Farberow, N., Gallagher, D.E., Gilewski, M., Thompson, L. (1987). An examination of the early impact of psychological distress in survivors of suicide. *The Gerontologist*, 27 (5): 592-598.
- Farberow, N., Gallagher-Thompson, D.E., Gilewski, M., Thompson, L. (1992a). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, 47 (6): 357-366.
- Farberow, N., Gallagher-Thompson, D.E., Gilewski, M., Thompson L. (1992b). The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural death. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 22 (I): 107-124.
- Gould, M.S., Petrie, K., Kleinman, M., Wallenstein, S. (1994). Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *International Journal of Epidemiology*, 23: 1185-1189.
- Gould, M.S., Wallenstein, S., Kleinman, M.H., O'Carroll, P., Mercy, J. (1990a). Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80: 211-212.
- Grad, O.T., Zavasnik, A (1996). Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and after traffic fatalities in Slovenia. *Omega*, 33(3): 245-251.

- Grinberg L. (1971). *Colpa e depressione*. Roma: Astrolabio (1990).
- Hawton, K., Simkin, S. (2003). Helping people bereaved by suicide. *BMJ*, 327: 177-178.
- Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav*, 31: 91-102.
- Kaplan, H., Sadock, B. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. 8th Edition. Baltimore: Williams & Wilkens.
- Krysinska, K.E. (2003). Loss by suicide. *J Psych Nurs*, 41,7: 34-40.
- McIntosh, J.L. (1987). Survivor family relationships: literature review. In Dunne, E.J., McIntosh, J.L., Dunne-Maxim, K. (Eds) *Suicide and Its Aftermath. Understanding and Counselling the Survivors*. New York: W.W. Norton.
- McIntosh, J.L. (1993). Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 23:146-161.
- Parkes, C.M. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33: 444-467.
- Parkes, C.M., Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basi.
- Pavan, L., Banon, D. (1996). *Trauma, Vulnerabilità, Crisi. Il Trattamento della Crisi Emozionale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Rubey, C.T., McIntosh, J.L. (1996). Suicide survivors groups: results of a survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 26 (4): 351-358.
- Scocco, P., Frank, E. (2001). Psicoterapia Interpersonale di gruppo. In Scocco, P., De Leo, D., Pavan, L. (Eds) *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Scocco, P., De Girolamo, G., Frank, E. (2001). Psicoterapia Interpersonale. In Scocco, P., De Leo, D., Pavan, L. (Eds) *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Seguin, M., Lesage, A., Kiely, M.C. (1995a). Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25 (4): 489-498.
- Shneidman, E.S. (1969). Prologue. In Schneidman, E.S. (Ed.) *On the Nature of Suicide*. San Francisco CA: Jossev-Bass.
- Silverman, P.R. (1986). *Widow to widow*. New York: Springer Publishing Company.

- Van der Wal, J. (1989). The aftermath of suicide: a review of empirical evidence. *Omega*, 20(2): 149-171.
- Volkan, V. (1972). The linking objects of pathological mourners. *Archive of General Psychiatry*, 27: 215-221.
- Volkan, V.D. (1985). Complicated mourning. *Annual of Psychoanalysis*, 12: 323-348.
- Worden, J.W. (1991). *Grief Counseling & Grief Therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Zisook, S., DeVaul, R. A. (1976). Grief related facsimile illness. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 7: 329-336.
- Zisook, S., Shuchter, S.R. (1986). The first four years of widowhood. *Psychiatric Annals*, 16: 288-294.

2. Disturbo bipolare con condotte suicidarie: prevenzione delle ripetizioni dei tentativi autolesivi nei sopravvissuti

di G.P.A. Placidi, F. Turchi, C. Giannechini, C. Cecchelli, A. Martini, F. Martini, M. Rossi, I. Pampaloni e E. Cavalieri

1. Introduzione

Una delle conseguenze più gravi nei soggetti affetti da disturbi dell'umore è rappresentata dalle condotte suicidarie e, nonostante l'elevata frequenza delle ripetizioni dei gesti autolesivi nei pazienti con anamnesi positiva per condotte suicidarie (CS) sia un problema ben conosciuto, risulta ancora difficile stabilire dei protocolli di intervento validi per prevenire questi atti sia nei soggetti che commettono un tentativo di suicidio per la prima volta sia nei sopravvissuti a precedenti tentativi autolesivi.

Il nostro studio si prefiggeva come obiettivo quello di ampliare le conoscenze sulle caratteristiche cliniche, psicopatologiche e di decorso dei *multiple attempters* al fine di stilare un protocollo o comunque una serie di sintomi o segni guida da prendere in considerazione per attuare una strategia preventiva anche e soprattutto in questi soggetti.

2. Metodo

Il nostro studio è stato condotto su pazienti ricoverati sia in regime ordinario che di Day-Hospital presso l'Unità Ospedaliera di Psichiatria Universitaria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di Firenze negli anni 2001-2004.

Il nostro campione è costituito da 98 soggetti di età compresa tra 18 e 80 anni con diagnosi di disturbo dell'umore

con e senza storia di condotte autolesive. Per questo studio abbiamo esaminato soltanto i soggetti con una storia di condotte suicidarie (N= 40): di questi i *single attempters* erano 15 e i *multiple attempters* erano 25.

I pazienti sono stati intervistati utilizzando le *Structured Clinical Interview* per il DSM IV (SCID I) e *Structured Clinical Interview* per il DSM IV per i disturbi di personalità (SCID II). I soggetti sono stati valutati durante un episodio depressivo. Attraverso il colloquio sono state rilevate le variabili sociodemografiche dei soggetti (età, sesso, razza, stato civile, impiego, religione, grado di istruzione, familiarità per CS e per patologia psichiatrica, abitudine al fumo di sigaretta e numero di sigarette/die) e gli eventi vitali (lutto, rottura di relazioni interpersonali, separazione e divorzio, emigrazioni, abusi sessuali, effetto Werther, gravidanza non desiderata, fallimento economico). Per studiare le variabili psicopatologiche abbiamo utilizzato: la Storia dei Tentativi di Suicidio il cui scopo è quello di valutare per ogni tentativo il metodo usato, il grado di letalità e di identificare il primo tentato suicidio (TS), quello più recente e quello con maggiore letalità ; *Scale for Suicide Ideation* (SSI) che comprende 19 items attraverso i quali viene valutata l'ideazione suicidiaria (Desiderio di morire, Ragioni per vivere o per morire, Desiderio di mettere in atto un TS , Desiderio passivo di suicidio, Dimensione temporale dell'ideazione, Controllo sul gesto suicidiario, Deterrenti nei confronti del TS, Motivi per prendere in considerazione il tentativo, Metodo del tentativo progettato, Effettiva preparazione del tentativo, Scritti suicidiari, Atti finali in preparazione della morte, Dissimulazione del tentativo). La scala può essere divisa in due parti, la prima che contiene items che riguardano l'intenzione soggettiva, la seconda che invece contiene items che riguardano il livello obiettivo di pianificazione per il tentativo; *Suicide Intent Scale* (SIS) che comprende 20 items con i quali viene valutata l'intenzione di suicidio e quanto questa sia reale; BPRS; SANS; SAPS; *Mania Rating Scale*; *Hamilton Psychiatry Rating Scale* HPRS); *Brown-Goodwin Aggression Scale*; *Barrat*

Impulsivness Scale che viene suddivisa in tre subtotali ciascuno dei quali valuta: impulsività attentiva, impulsività motoria – perseveranza e impulsività da non pianificazione; *Beck Depression Inventory* (BDI); *Beck Hopelessness Inventory* (BHI).

Tutti i soggetti che hanno preso parte allo studio hanno firmato il Consenso Informato dopo esaustiva spiegazione della procedura.

3. Analisi statistica e risultati

I *single attempters* e i *multiple attempters* sono stati confrontati utilizzando il test di Student per le variabili continue assumendo una varianza non uguale per i campioni e il χ^2 di Pearson per le variabili categoriali.

I *multiple attempters* non differivano in modo statisticamente significativo dai *single attempters* per quanto riguarda le variabili socio-demografiche: sesso ed età.

La media dell'età era più alta tra i *multiple attempters*, per quanto non significativa; questo potrebbe significare che tali soggetti hanno avuto più tempo a loro disposizione per ripetere i gesti autolesivi (vedi tabella 1 e 2).

Tabella 1

Single vs multiple ts	Sesso		Tot
	F	M	
1.00	9	6	15
2.00	18	7	25
tot	27	13	40

Tabella 2

Età	Single vs multiple ts	N	media
	1.00	15	41.8
	2.00	25	47.2

Andando ad esaminare le diagnosi di asse I secondo il DSM IV abbiamo riscontrato come tra i *multiple attempters* fossero presenti un numero maggiore di pazienti con diagnosi di depressione maggiore, disturbo bipolare I, disturbo bipolare II, ma soprattutto come tra questi fosse più frequente la variante di disturbo a cicli rapidi, anche se i valori non raggiungono la significatività statistica. Questo sottolinea come i *multiple attempters* abbiano sia un maggior grado di gravità di malattia che un maggior rischio di avere stati misti e, come ritroviamo in letteratura, è proprio nel momento in cui sono contemporaneamente presenti sia l'agitazione motoria che il vissuto depressivo che questi pazienti sono a maggior rischio di commettere gesti autolesivi, in quanto da una parte è presente l'impulso ad agire e dall'altra la motivazione per farlo (ideazione depressiva). Anche le diagnosi in comorbilità e soprattutto disturbo di panico, DOC, fobia specifica sono più frequentemente rappresentate nel gruppo dei *multiple attempters* (vedi tabella 3).

Tabella 3

Diagnosi di Asse I	Single attempters	Multiple attempters	p
Depressione maggiore	4	9	.40
Disturbo bipolare I	5	9	.57
Disturbo bipolare II	5	7	.49
Disturbo bipolare a cicli rapidi	0	2	.38
DAP	6	11	.53
Fobia sociale	3	5	.65
DOC	0	5	.08
Fobia specifica	0	6	.046
Bulimia	1	6	.16

Abbiamo poi valutato le diagnosi di asse II secondo il DSM IV ed abbiamo trovato che i *multiple attempters* rispetto ai single avevano più frequentemente disturbi di cluster C (disturbo dipendente, evitante, ossessivo-compulsivo di personalità); potremmo quindi affermare che la perseveranza tipica della personalità ossessiva e del DOC potrebbe essere un tratto ricorrente nei *multiple attempters*, e potrebbe essere considerata un fattore di rischio per gesti autolesivi reiterati (vedi tabella 4).

Tabella 4

Disturbi di Personalità	Single attempters	Multiple attempters	p
Evitante	6	10	.62
Dipendente	2	5	.46
O-C	5	8	.59
Paranoide	2	5	.46
Schizotipico	0	1	.62
Schizoide	0	1	.62
Istrionico	0	1	.62
Narcisistico	-	-	-
Borderline	2	8	.17

Esaminando i sintomi psicotici che vengono valutati attraverso la SCID I abbiamo riscontrato come i *multiple attempters* avessero un maggior numero di deliri tipici della depressione come delirio di persecuzione, di riferimento e deliri somatici. È soprattutto ai deliri somatici che dovremmo prestare maggiore attenzione perché questi pazienti molto spesso hanno la delirante convinzione di avere una malattia incurabile e questo potrebbe rappresentare il *trigger* per un gesto autolesivo.

Abbiamo, inoltre, notato come anche le allucinazioni uditive fossero più frequenti nei *multiple attempters* (vedi tabella 5).

Sintomi psicotici	Single attempters	Multiple attempters	p
Deliri di riferimento	2	4	.6
Deliri di grandezza	1	1	1
Deliri di persecuzione	1	2	.68
Deliri somatici	0	4	.13
Altri deliri	0	2	.38
Controllo del pensiero	0	3	.23
Inserzione	0	2	.38
Furto del pensiero	0	1	.62
Allucinazioni uditive	0	4	.13
Allucinazioni visive	0	3	.23

Tabella 5

Confrontando i *single* vs i *multiple attempters* alla HDRS i punteggi tra i due gruppi di soggetti non differivano, così come alla BHI, mentre alla BDI i *multiple attempters* avevano un punteggio più alto, anche se non statisticamente significativo: se ne deduce quindi che è opportuna un'accurata valutazione della percezione soggettiva che il paziente ha della propria salute e del grado di depressione considerato invalidante. I *multiple attempters* avevano inoltre un valore di letalità massima (considerata come danno medico riportato) dei gesti autolesivi superiore, anche se non in modo statisticamente significativo, rispetto ai *single attempters* (vedi tabella 6).

Tabella 6

	Single vs multiple ts	N	media	d.s.
Tot HDRS	1.00 2.00	15 25	20.000 21.200	6.8139 7.1122
Tot BHI	1.00 2.00	15 25	11.600 13.200	5.9257 4.2984
Tot BDI	1.00 2.00	15 25	31.000 36.913	11.0324 13.1734
Letalità massima	1.00 2.00	15 25	2.200 6.800	1.9346 19.2815

Confrontando i *single* vs i *multiple attempters* alla BPRS i risultati tra i due gruppi di soggetti erano sovrapponibili mentre era presente una differenza anche se non statisticamente significativa alla SAPS e soprattutto alla SANS con punteggi superiori nel gruppo dei *multiple attempters* (vedi tabella 7).

Tabella 7

	Single vs multiple ts	N	media	d.s.
Tot BPRS	1.00 2.00	15 25	31.4000 30.2800	8.5840 9.7874
Tot SAPS	1.00 2.00	15 25	1.7333 2.6000	2.3745 5.2678
Tot SANS	1.00 2.00	15 25	16.8667 25.7600	17.3653 18.1757

Abbiamo poi confrontato il nostro campione per la dimensione dell'intenzione di suicidio; i *single attempters* avevano un punteggio più alto sia per l'intenzione del tentativo più letale che per quella del più recente. Questi dati concordano

con quelli ottenuti dal gruppo di ricerca del Presbyterian Hospital di New York (Comprehensive psychiatry, 2003) secondo i quali i *single attempters* mostrerebbero una maggiore intenzione al loro primo tentativo e sarebbero quindi a maggior rischio di portare a termine il gesto autolesivo.

Analizzando il nostro campione attraverso l'ideazione di suicidio con la SSI erano i *multiple attempters* ad ottenere un punteggio maggiore sia per l'ideazione al momento della valutazione sia per quella presente durante il mese precedente anche se i valori non raggiungono la significatività statistica (vedi tabella 8).

Tabella 8

	Single vs multiple ts	N	media	d.s.
Tot SIS	1.00	15	50.8667	8.0522
most lethal	2.00	25	49.1600	11.7816
Tot SIS	1.00	15	51.3333	7.4033
most recent	2.00	25	48.4000	11.1093
Tot SSI	1.00	15	14.8667	9.9489
1 month before	2.00	25	19.7727	8.5909
Tot SSI at the	1.00	15	48.0000	6.1085
time of evaluation	2.00	25	6.9091	7.3284

Confrontando i *single vs i multiple attempters* con la *Barrat Impulsivity Scale* i *multiple attempters* ottenevano un punteggio più elevato sia al sottotale "impulsività attentava" sia a quello "impulsività motoria e perseveranza" mentre i *single attempters* avevano un punteggio più alto al sottotale "impulsività da non pianificazione". Sembrerebbe, quindi, importante per lo status di *multiple attempters* l'agitazione motoria e, quindi, la spinta ad agire, ma anche la dimensione perseveranza; questo concorderebbe con i risultati riportati riguardo alla comorbilità di questi pazienti con il DOC e la più frequente presenza in questi pazienti di diagnosi di asse II del cluster C (vedi tabella 9).

Barrat Impulsivity Scale	Single vs multiple ts	N	media	d.s.
Subtot 1	1.00	8	12.7500	4.0620
	2.00	12	14.0833	3.9877
Subtot 2	1.00	8	12.0000	4.0000
	2.00	12	15.0000	4.7482
Subtot 3	1.00	8	24.0000	4.8990
	2.00	12	22.8333	3.9734
Tot	1.00	8	48.7500	5.2847
	2.00	12	51.9167	5.6802

Tabella 9

Confrontando, infine, il nostro campione con la *Brown Goodwin Aggression Scale* abbiamo rilevato come sia nei punteggi dei subtotali in cui si divide la scala che nel punteggio totale i due gruppi non differivano in modo significativo ma i risultati tendevano ad essere simili sia nei due gruppi (vedi tabella 10).

Tabella 10

Brown Goodwin Scale	Single vs multiple ts	N	media	d.s.
Subtot B-G1	1.00	14	1.5000	.8549
	2.00	24	1.5000	.8847
Subtot B-G 2	1.00	14	1.7857	1.1883
	2.00	24	1.5833	1.0180
Subtot B-G 3	1.00	14	2.1429	1.0995
	2.00	24	2.5833	1.1389
Subtot B-G 4	1.00	14	1.8571	1.2924
	2.00	24	2.1250	1.2270
Subtot B-G 5	1.00	14	2.2143	.9750
	2.00	24	2.5833	1.1389
Subtot B-G 6	1.00	14	1.5000	.7596
	2.00	24	1.7083	.6580

Subtot B-G 7	1.00 2.00	14 24	1.7857 1.4583	.5789 .4815
Subtot B-G 8	1.00 2.00	14 24	1.2143 1.1667	.0000 .4815
Subtot B-G 9	1.00 2.00	14 24	1.0000 1.1667	.2673 .4815
Subtot B-G 10	1.00 2.00	14 24	1.0714 1.1667	.2673 .4815
Subtot B-G 11	1.00 2.00	14 24	1.4286 1.5417	1.0894 .9315
Subtot B-G 12	1.00 2.00	14 24	.3571 .5000	.4972 .5108
Tot B-G	1.00 2.00	14 24	17.8571 19.0833	5.3760 5.9776

4. Considerazioni conclusive

I risultati del nostro studio mostrano come non ci siano differenze statisticamente significative tra i *single* e i *multiple attempters*; ciò potrebbe essere dovuto al numero ridotto del nostro campione e al fatto che sono stati esclusi quasi tutti i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità a causa del criterio di esclusione dell'abuso di sostanze. Possiamo però notare come ci sia nei *multiple attempters* una tendenza ad una maggiore gravità specificamente per:

- depressione soggettiva;
- sintomi psicotici, prevalentemente negativi;
- maggiore ricorrenza e rapidità degli episodi;
- impulsività prevalentemente attentiva e motoria associata alla perseveranza;
- comorbilità soprattutto con disturbi di panico, DOC, fobia specifica.

Questi dati concordano con quanto ottenuto da uno studio di Forman *et al.* (Am. J. Psychiatry, 2004) dal quale emerge che i *multiple attempters* hanno un grado più elevato di psicopatologia (depressione, abuso di sostanze), più alti livelli di

suicidalità (ideazione suicidaria maggiore e ben strutturata), difficoltà interpersonali, vissuto complicato da storie di abusi fisici o psicologici nell'infanzia e storia di suicidi in famiglia.

Da quanto detto si evince come sia necessario un intervento preventivo su questi pazienti da effettuarsi previo un inquadramento accurato sia delle diagnosi di asse I, sia delle singole dimensioni psicopatologiche, al fine di rilevare quei fattori di rischio sui quali operare. Tale intervento dovrebbe effettuarsi tramite l'associazione di farmacoterapia, psicoterapia cognitiva, psicoeducazionale e riabilitativa, e interventi di *follow-up*.

Gli interventi di farmacoterapia dovrebbero tenere presente la maggiore gravità e ricorrenza dei disturbi dell'umore (regolatori del tono dell'umore, anche più di uno laddove necessario), la presenza di sintomi psicotici (neurolettici incisivi non depressogeni, quali i nuovi antipsicotici atipici), la dimensione impulsività/aggressività (antiepilettici).

È necessario un preciso programma di *follow-up* sia per valutare l'andamento della malattia e che la risposta al trattamento ed effettuare eventuali modifiche o potenziamenti.

È, inoltre, opportuno mettere in atto un programma di interventi psicologici al fine di migliorare il controllo degli impulsi (*Dialectical Behavioral Therapy*), di migliorare l'*insight* (interventi psicoeducazionali); è inoltre fondamentale che si stabilisca un contatto, un "aggancio" con una delle molteplici figure che dovrebbero ruotare intorno a soggetto di tale gravità al fine di migliorare le dimensioni di *hopelessness* e la depressione soggettiva.

3. La metafora e il suicidio. Disagio e rinascita in età adolescenziale

di K. Guccione

Nella realtà scolastica italiana il suicidio in età adolescenziale è una di quelle tematiche che raramente viene affrontata con sistematicità, mentre il più delle volte assistiamo a forme di negazione più o meno velate del problema, nel tentativo illusorio di allontanare una realtà preoccupante legata al disagio giovanile. Il suicidio è certamente, insieme alle condotte cosiddette *a rischio*, l'espressione più alta di tale disagio.

Da una ricerca condotta in Italia dal prof. Crepet (in Poland, 1995), è emerso che nel 1994 erano circa 730 i giovani che si toglievano la vita ogni anno e che la percentuale aumentava di 5-8 volte se si prendevano in considerazione i tentativi di suicidio.

Alcuni dati ci consentono una prima stima del fenomeno:

- dal 1991 al 1993 si è assistito ad un incremento del 19,4 % delle morti per suicidio degli adolescenti;
- l'aumento del tasso dei suicidi per i ragazzi di età inferiore ai 17 anni si aggira intorno al 106 %;
- il suicidio è stato ritenuto la seconda causa di morte per i ragazzi al di sotto dei 25 anni (1995).

Crepet (*op. cit.*) sostiene, tuttavia, che le statistiche sottostimano la reale dimensione del fenomeno, specialmente se prendiamo in considerazione il rischio di recidive dei tentati suicidi. Di qui la necessità di pensare ad interventi preventivi che non possono prescindere dai "fattori di rischio" associati al comportamento suicidario.

Il compito degli operatori diviene allora quello di identificare i fattori sociali e di personalità, che rendono un adolescente più vulnerabile a *breakdown evolutivi* e maggiormente predisposti a *comportamenti autodistruttivi*.

Parlare di suicidio in età adolescenziale ci pone un primo importante problema, legato alla definizione del fenomeno, al

fine di non banalizzarne la complessa fenomenologia, che spazia dal semplice comportamento autolesivo al suicidio psicotico. In tutte le sue diverse manifestazioni, il tentato suicidio in età adolescenziale ci pone di fronte ad un *arresto nel processo evolutivo* ed è in questa dimensione che il gesto va considerato. Ad un'analisi delle tipologie di atti autolesivi e delle condotte a rischio, appare evidente che ci troviamo di fronte ad un fenomeno che non si presta a facili riduzionismi.

La strategia messa in atto dal soggetto per suicidarsi, ad esempio, ci rivela molti elementi *significanti*. Luoghi diversi dove attuare il proposito suicidario, ad esempio, nascondono intenzionalità comunicative differenti, così come la modalità scelta per il passaggio all'atto. La reiterazione di condotte a rischio, inoltre - e il tentato suicidio rientra a pieno titolo in questo panorama - verosimilmente, ci indica l'esigenza di trovare un canale comunicativo e di ascolto di un disagio e di una sofferenza che il giovane avverte come irrisolvibile, spesso non adeguatamente attenzionata, pur nell'evidenza della drammaticità del gesto.

Se è pur vero che l'adolescenza è un periodo della vita connesso alla gestione di una "crisi evolutiva" che si rivela indispensabile per l'attuazione di una crescita sana, è altrettanto vero che alcuni comportamenti si rivelano indicatori di un disagio più profondo. La linea di confine tuttavia, tra il disagio fisiologico e quello patologico, non è facilmente delineabile. La ricerca di vitalità e di autonomia tipica dell'adolescenza, infatti, appare raramente disgiunta da una manipolazione dell'idea di morte. Il passaggio all'atto rappresenta, in questo senso, un abbozzo di trasformazione simbolica di emozioni che hanno assunto valore assoluto, senza essere state tuttavia elaborate. È partendo da queste considerazioni che va sottolineato l'aspetto relazionale e implicitamente comunicativo contenuto nel passaggio all'atto.

Attraverso studi attenti all'analisi delle variabili e alla loro definizione e quantificazione, si è cercato di giungere alla conoscenza dei fattori causali del suicidio, al fine di isolare

quelli predittivi e definire le categorie di soggetti *a rischio*. Complessivamente possiamo riassumere tali studi dicendo che vengono ritenuti *a rischio*, soggetti che presentano una *vulnerabilità di base* – sia di stampo costituzionale, sia biologico e/o psicologico – sulla quale intervengono fattori di tipo ambientale, relazionale, sociale.

Abbiamo sottolineato che, oltre al suicidio propriamente detto, vi sono tutta una serie di comportamenti che rientrano nelle *condotte suicidarie - condotte a rischio* - tra cui l'abuso di alcool e droghe, i comportamenti antisociali di stampo aggressivo, gli atti autolesivi, spesso anticipatori del suicidio vero e proprio. Rientrano in questo quadro i disturbi alimentari, l'anoressia e la bulimia, ad esempio, spesso inserite in un quadro di personalità con caratteristiche psicopatologiche. Si tratta cioè di comportamenti volontari che esprimono una forte aggressività, originariamente diretta verso l'ambiente e successivamente retroflessa contro se stessi.

Questo ci conferma la funzione comunicativa dell'atto suicidario. Esso spesso ci informa della rabbia connessa alla necessità di *essere visti* dagli altri significativi e risponde all'esigenza di non essere banalizzati e non percepire come facilmente circoscritto ciò che sentono.

Per non rischiare di perderci nel *mare* di fattori che possiamo considerare predisponenti, è interessante provare ad isolarne alcuni che possiamo definire "trasversali" alle diverse condizioni di disagio.

Esistono, ad esempio, *caratteristiche di personalità*, come la forte impulsività e la scarsa capacità di tollerare le frustrazioni, la bassa autostima, la chiusura relazionale, la credenza in un *locus of control* esterno, lo stile cognitivo improntato ad aspetti pessimistici e paranoici, la carenza di problem solving - soprattutto una minore capacità di individuare soluzioni alternative in condizioni di conflitto interpersonale - che possono essere definite predisponenti ad una manifestazione di disagio. Le caratteristiche citate sembrano essere fortemente influenzate dalla qualità dell'ambiente familiare, che incide

complessivamente nella costruzione dell'immagine di sé, che appare deficitaria in soggetti a rischio.

Allo stesso modo esistono alcune aree maggiormente associate alla suicidalità, tra cui la sessualità, il desiderio di affermazione e la sua sollecitazione, il suicidio in famiglia e le perdite affettive, la gestione delle dinamiche relazionali tra coetanei, siano esse amorose che amicali.

Connesso alla sessualità, ma meritevole di maggiore attenzione, proprio perché troppo spesso disatteso o soggetto a svalutazione, è il fenomeno dell'omosessualità e bisessualità in soggetti adolescenti, che ci porta ad attenzionare i fattori di rischio nell'*adolescenza omosessuale*. Le stime ci indicano una probabilità 2-3 volte maggiore di tentare il suicidio, in giovani omosessuali, rispetto agli eterosessuali. (Nizzoli, Colli, 2004). Garland e Zigler (in Cioffari, 2001), sono stati tra i primi a effettuare studi in questa direzione e ad analizzare la correlazione tra comportamenti suicidari e umiliazione subita dagli adolescenti omosessuali. Un altro importante studio di riferimento, quello di Tremblay (in Cioffari, 2001), presentato nel 1995 alla Sesta Conferenza Annuale dell'Associazione Canadese per la Prevenzione al Suicidio, evidenzia come in passato vi sia stata una scarsa attenzione a considerare l'omosessualità come un fattore correlato con il suicidio in adolescenza. Questi ed altri studi successivi, hanno dimostrato che sussiste una correlazione significativa tra omosessualità, bisessualità e condotte suicidarie e che tale correlazione porta a considerare a tutti gli effetti l'omosessualità come fattore di rischio. Allo stesso modo studi condotti sul fenomeno del suicidio e tentato suicidio che riguarda le giovani lesbiche e bisessuali femmine di Brandford e Caitland (in Cioffari, 2001) ci indicano la presenza di dati paragonabili e stime più elevate dei giovani omosessuali maschi.

La mia personale esperienza di *counseling* scolastico presso un istituto superiore della città di Palermo, mi ha indotto a ritenere altamente significativi questi studi, avendo avuto modo di riscontrare un alto tasso di *tentati suicidi* connessi alla

presenza di identità omosessuali e bisessuali in giovani adolescenti donne. L'attenzione a questa categoria di soggetti ci induce, inoltre, a poter effettuare un'ulteriore considerazione significativa e a mettere in luce un fattore importante.

I giovani gay, le lesbiche e i soggetti bisessuali infatti, presentano un maggiore *vulnerabilità sociale*, dettata dalla *mancaza di supporto sociale* e dalla *denegazione da parte dell'ambiente* della veridicità del "sentito" dell'adolescente omosessuale. Se la stigmatizzazione sociale produce il nascondimento, l'isolamento, il tentativo di cambiare il proprio orientamento sessuale, la negazione e l'aperta disconferma dell'esistenza di una condizione di consapevolezza connessa all'identità di genere, generano uno stato di *disperazione* connesso alla sensazione di *non essere visti*.

Prendere in considerazione la problematicità connessa alla condizione degli omosessuali adolescenti, ci spinge a *portare in figura* l'importanza che assume il contesto sociale nella sua funzione di *sostegno* alla crescita e al superamento della crisi adolescenziale. Lo scenario all'interno del quale si muove l'adolescente - scolastico, familiare, sociale - che tenta il suicidio, è allora la cornice da cui partire per cercare una possibile strategia di intervento che parta, per prima cosa, dall'assunzione di responsabilità di tutti coloro che ruotano attorno al soggetto che esprime un disagio, la famiglia, il contesto scolastico.

Il contatto con l'universo degli adolescenti è per molti aspetti affascinante, segnato dalla necessità di contattare le emozioni, spesso *estreme* connesse alle strategie di gestione della vita quotidiana. Chi ha lavorato con gli adolescenti, avrà certamente notato come l'universo emotivo sia, per i giovani, un mistero da scoprire. La nostra società induce a vivere le emozioni tenendoci a distanza dal nucleo doloroso che le contraddistingue. Le notizie ci vengono date insistendo sugli effetti degli eventi, portando l'attenzione degli spettatori sull'aspetto coreografico delle azioni pervase, non alle cause, alla natura del processo. Allo stesso modo, i racconti dei

giovani che hanno tentato il suicidio, insistono spesso sull'aspetto coreografico dell'atto e sugli effetti che esso ha avuto nell'ambiente circostante.

Se pensiamo all'adolescenza e a tutti i compiti evolutivi connessi a questa fase del ciclo di vita, il raggiungimento della maturità sessuale, la conquista del processo di autonomia, le trasformazioni corporee e la conquista dell'immagine di sé, la gestione delle emozioni - estreme nella loro modalità di manifestarsi - ci rendiamo conto di come, di fronte alla necessità di gestire tanti aspetti, ci si possa sentire smarriti. Qualora a questa sensazione di smarrimento si associ la mancanza di sostegno sociale e la difficoltà di trovare *contesti di ascolto*, il giovane può immaginare una soluzione in cui appare risolutivo uccidere la sofferenza attraverso la negazione dell'esperienza corporea e la denegazione dell'irreversibilità del gesto.

Il tentato suicidio, come le condotte a rischio, lasciano inevitabilmente un segno, nel corpo e nell'anima e non sempre il dolore si cicatrizza. Più spesso le ferite del corpo rimangono a memoria del dolore e della sofferenza che accompagnano la vita dell'adolescente dopo aver tentato un suicidio. I giovani che affrontano la sofferenza con comportamenti autolesivi – spicca tra questi comportamenti ferirsi le mani con il taglierino – riferiscono una sensazione momentanea di benessere connessa al fatto che “il sangue fuoriesce e con esso anche la sofferenza”. Parallelamente essi non sono consapevoli della gravità dell'atto, al quale non riescono a trovare aspetti sostitutivi.

Come agire per attuare un intervento preventivo in un contesto come quello scolastico dove si è a diretto contatto con queste espressioni di disagio?

Il contesto scolastico, come luogo in cui il giovane si sperimenta nell'incontro con gli altri, può essere considerato un interessante laboratorio di esperienze di crescita. La responsabilità che la scuola ha nella gestione predittiva delle forme di disagio giovanile, va sottolineata ed ufficializzata,

affinché venga attuata in loco un'efficace attenzione alle richieste implicite ed esplicite di ascolto, confronto, sostegno.

Lo psicologo, nella veste di esperto, ha un duplice compito: da una parte, egli è un agevolatore di una più aperta e consapevole comunicazione tra gli attori sociali che consenta una corretta gestione dei conflitti e permetta ai giovani di *apprendere a chiedere* in modo adeguato e a cercare *punti di riferimento* nel contesto sociale allargato; dall'altra parte egli riveste il ruolo di agevolatore dei processi di cambiamento interni e individualizzati.

In tal senso è prioritario pensare a forme d'intervento individualizzate che abbiano come scopo quello di aiutare il soggetto portatore di disagio, ad attuare una maggiore consapevolezza delle possibilità di azione e di movimento, in una situazione di apparente *impasse*.

Quest'ultimo processo passa attraverso la ridefinizione del problema o dei problemi e l'apertura a nuove possibilità di osservazione, ovvero una ri-definizione cognitiva. È fondamentale, inoltre, che questo processo consenta al giovane di identificare le risorse e i vincoli presenti nell'*hic et nunc*, siano esse personali, ambientali, sociali.

L'obiettivo complessivo che ci si pone e che diventa il minimo comune denominatore delle azioni di prevenzione secondaria e terziaria, si snoda su un duplice livello: *rendere consapevole* ciò che ha determinato la crisi e la scelta disperata del gesto suicidario e *mentalizzare* la possibilità di cambiamento attraverso la consapevolezza delle risorse a disposizione nel momento attuale.

Questo significa in primo luogo uscire da una *temporalità disfunzionale* che gestisce l'attimo come un'interminabile sofferenza fatta di vuoti incolmabili, per rendere consapevole la gestione del tempo attuale e le sensazioni connesse all'*ora*, per comprendere l'aspetto creativo del *vuoto*. Crediamo che in questo modo si apra la possibile strada verso la progettualità di percorsi personali e di scelte di vita funzionali.

La scuola è un contesto particolare di lavoro per effettuare attività di *counseling*. La richiesta di ascolto è presente a più livelli e il disagio si presenta sotto varie vesti. Nei casi in cui esso è legato a comportamenti a rischio e tendenze suicidarie già attuate o possibili di attuazione, la gestione del momento di *counseling* verte sulla possibilità di *agire in tempi brevi*, prendendo in considerazione più variabili contemporaneamente, senza che la confusione connessa alla molteplice natura della problematica diventi *immobilismo*, piuttosto cercando di far luce sui nessi che legano tali variabili e sulla possibilità di movimento.

È la consapevolezza, infatti, - in questo caso indissolubilmente legata alla capacità di simbolizzare le emozioni - che dà la possibilità di sentirsi protagonisti delle proprie scelte di vita e che, pertanto, costituisce un fattore determinante nel vedere la possibilità di liberarsi dai vincoli e dai condizionamenti indotti dall'esterno o gestiti dall'interno. In questo senso, riuscire a metaforizzare il cambiamento, significa averlo già attuato. Una strategia di intervento che corrisponde alle esigenze sia di tipo preventivo che di promozione è connessa all'uso della metafora. La metafora non è uno strumento nuovo in psicoterapia o nel *counseling*, solitamente assunto a supporto di una azione terapeutica. L'intenzionalità che tuttavia guida l'uso della metafora nel *counseling* scolastico è tuttavia legata a farne lo strumento elettivo di una forma di comunicazione con l'adolescente che sfrutta il canale simbolico per soddisfare la ricerca di uno spazio di differenziazione.

La metafora del giovane che ha tentato il suicidio si struttura come luogo simbolico in cui le emozioni e le pulsioni trovano modo di essere rappresentate e poi assimilate. Il lavoro con la metafora, inoltre, fa leva sulla possibilità di evidenziare alcuni fattori, connessi con la dimensione relazionale. In questo senso è anche uno strumento che consente di far luce sulla rete di sostegno percepita dal soggetto. L'uso della metafora con questa categoria di utenza, segue alcuni passaggi metodologici.

Vicina ai presupposti dello *story telling*, ovvero del *counseling* narrativo, basato sui principi umanistico-rogersiani, la metafora consente un'esplorazione interna e, contemporaneamente, l'attivazione di una *comunicazione attiva più prossima all'azione*. Per questo trova collocazione all'interno delle strategie di cambiamento di ampio respiro.

Il metodo sviluppato si fonda sull'uso delle immagini metaforiche prodotte spontaneamente dal ragazzo, in relazione al momento di disagio. Stimolando l'apertura all'immaginario metaforico, si attiva uno spostamento dal *significato logico*, associato al contenuto della comunicazione, al *significato analogico*, associato all'immagine metaforica. L'esplorazione dell'immagine prodotta consente di giungere ad una corretta visione di come il ragazzo percepisce se stesso in relazione a più dimensioni della sua vita. L'immagine metaforica, cioè, ci informa su come il ragazzo percepisce se stesso, gli altri significativi, la vita e apre una finestra sull'universo relazionale che concerne queste tre dimensioni. L'esplorazione dell'immagine consente al *counselor* e al ragazzo di mettere in luce alcuni elementi che hanno a che fare con l'autoefficacia, i processi attribuzionali, la prefigurazione del futuro, le strategie di *coping* e di *decision making*, le risorse individuate nell'ambiente e le risorse personali. È interessante analizzarle nel dettaglio per comprendere come tali fattori sono interconnessi:

- l'autoefficacia. Il costrutto di autoefficacia, derivato dalla psicologia sociale cognitiva, si riferisce alle credenze relative alle capacità individuali di mobilitare le proprie risorse cognitive e le proprie azioni al fine di soddisfare le aspettative situazionali;
- i processi attribuzionali connessi al *locus of control*. L'attribuzione di causalità viene di solito valutata seguendo due parametri, esternalità/internalità. Ricordiamo che ricondurre al proprio operato l'attribuzione di causalità, ovvero riconoscere il peso dell'impegno/disimpegno personale e l'influenza di fattori di natura personale, nelle scelte,

significa attuare un processo di responsabilizzazione. Viceversa, attribuire a fattori esterni a sé, o al caso, la responsabilità degli eventi, fa percepire gli eventi come sottratti dalla propria capacità di controllo;

- la prefigurazione del futuro, che risulta altamente correlata con i due costrutti precedentemente citati;
- le strategie di *coping* e di *decision making* presenti;
- le risorse individuate nell'ambiente, siano esse materiali o umane;
- le risorse personali di cui poter fare uso e quelle che possono essere attivate.

Quando lavoriamo con una metafora, abbiamo la possibilità di far luce su tutte le variabili che in quel preciso momento condizionano la reazione dell'adolescente e che incidono sul disagio.

Questi aspetti costituiscono una prima importante base di lavoro che va adeguatamente sviluppata per trarne una reale possibilità di cambiamento. Ad uno sguardo attento possiamo notare come queste aree corrispondano ai fattori di personalità evidenziati precedentemente come fattori di rischio.

Possiamo dire quindi che la metafora ci consente di valutare il peso dei fattori di rischio e la loro influenza nel momento in cui il ragazzo effettua un colloquio. Abbiamo identificato quattro fasi di lavoro, che dettagliatamente possiamo analizzare e che consentono l'uso dell'immagine metaforica a scopo terapeutico.

La prima fase è quella propria dello *sviluppo dell'immagine metaforica*. I ragazzi portano spesso spontaneamente delle immagini metaforiche. Nei ragazzi che hanno tentato il suicidio, ci troviamo di fronte ad immagini in cui l'elemento comune è rimanere "senza via d'uscita" o lo "stare al buio" o "il precipitare". Per generare l'immagine mentale è sufficiente sollecitare la persona affinché ci descriva la metafora e ci dica quale immagine le viene in mente rispetto ad essa. Una frase che di solito utilizziamo a questo scopo è: "se io stessi vedendo l'immagine così come tu la vedi, cosa vedrei?"

Il passo successivo è dato *dall'esplorazione della metafora come immagine sensoriale*, secondo due parametri: ambientazione, azione/interazione. A questi parametri talora è possibile aggiungerne un terzo, quello temporale, ovvero cosa ha determinato questa situazione. Si preferisce tuttavia, mantenere l'attenzione della persona nel qui ed ora, portando in figura ciò che sta accadendo, in particolare si tende a focalizzare gli ostacoli che lo separano dalla gestione del problema. Questa è una fase del lavoro molto delicata, che, nei giovani che hanno tentato il suicidio, si presenta di difficile gestione. Il *counselor* fornirà la guida per una buona esplorazione, che prenda in considerazione elementi sensoriali là dove risultasse compromessa la possibilità di "vedere".

Il terzo passo è dato dalla trasformazione dell'immagine metaforica. Il presupposto è che cambiare l'immagine metaforica significa aver attuato uno spostamento e una ri-significazione della situazione che essa rappresenta. In questa fase la trasformazione è ancora metaforica. Un modo per invitare il soggetto ad operare questa trasformazione può essere: "se tu potessi cambiare in qualche modo questa immagine, come la cambieresti?", o ancora, con focalizzazione sugli ostacoli, "come potrebbero essere superati?". Nel caso in cui ad esempio, il ragazzo veda un muro, è possibile che veda un piccone come mezzo per farlo crollare. Anche questa fase è delicata, poiché non è detto che il ragazzo sia in grado di modificare l'immagine sin dal primo incontro. Più spesso accade che egli porti con sé l'immagine del disagio e che la riprenda spontaneamente negli incontri successivi, monitorando i cambiamenti e metaforizzandoli a loro volta.

Il quarto passo, più che un passaggio da uno stadio ad un altro è un meccanismo processuale di figura sfondo, in cui il *counselor* guida il ragazzo ad attraversare un ponte metaforico per tornare al campo del discorso logico. Si chiede al ragazzo di immaginare nella vita reale cosa potrebbe essere quello strumento, visualizzato per arginare gli ostacoli. Questo tipo di intervento genera un *insight* immediato nel ragazzo che gli

consente di portare in figura le similitudini tra immagine metaforica e vita reale. È interessante notare che le metafore prodotte, riportano la necessità di associare risorse personali e relazionali. Una ragazza, ad esempio, aveva individuato una persona in grado di tirarla su da un pozzo profondo, che le tendeva una corda.

Ritengo opportuno in questi casi fare leva sia sulla possibilità di condividere il disagio con altri significativi, sia sulla responsabilità connessa alla propria attivazione. Ciò che, infatti, genera disagio è l'immobilismo, la mancanza di azione, il sentirsi passivi. Usare la metafora, per mentalizzare un momento di forte disagio e le difficoltà connesse con la possibilità di proiettarsi nel futuro, può costituire un nuovo strumento di lavoro per chi è impegnato sul fronte del *counseling* scolastico e costituisce, sicuramente, una risorsa spendibile in tempi brevi. Proprio questa sua caratteristica di *temporalità*, rende l'uso della metafora la parte costitutiva di un modo nuovo di pensare al *counseling* scolastico specialmente con categorie di utenza a rischio poiché va pensato come la costruzione di uno spazio mentale in cui acquisire *consapevolezza*, non tanto e non solo della situazione nell'*hic et nunc*, ma di come si sta affrontando il momento di disagio, quali strategie di *coping* si mettono in atto, quanto ci si sente efficaci e consapevoli delle proprie risorse.

Il fatto che i giovani tendano a pensare per immagini rende la metafora uno strumento importante e valido, sia per ciò che concerne la prevenzione secondaria, che quella terziaria. Un primo importante risultato è dato dall'aumento del *senso di autoefficacia*. Il soggetto comprende l'importanza di una propria responsabilizzazione nel processo di cambiamento e come esso sia, di fatto, possibile. La consapevolezza è importante, per fare in modo che chi si sente in una condizione di *impasse*, se ne assuma la responsabilità, e in questo modo non sia indotto a forme di adeguamento ad una situazione disfunzionale.

Riferimenti bibliografici

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company. Trad. it. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
- Cioffari, M. (2001). *L'educazione sessuale a scuola. Il modello eterosessuale e il disagio degli adolescenti omosessuali. Disagio adolescenziale e orientamento sessuale. Il fenomeno del suicidio giovanile e del fattore omosessualità*. <http://www.gayroma.it/culture/cultura/cu-16> novembre 2001 SEDICI. htm.
- Crepet, P. (2000). *Le dimensioni del vuoto. I giovani e il suicidio*. Milano: Feltrinelli
- Garfield, C. (1984). *Peak performance*. Los Angeles: J.P. Tarcher.
- Heider, F. (1958). *Psicologia delle relazioni interpersonali*. Trad. it. (1982). Bologna: Il Mulino.
- Ladame, F. (1987). *I tentativi di suicidio negli adolescenti*. Roma: Borla.
- Nizzoli, U., Colli, C. (2004). *Giovani che rischiano al vita. Capire e trattare i comportamenti a rischio negli adolescenti*. Milano: McGraw-Hill.
- Poland, S. (1995). *Prevenzione del suicidio nell'adolescenza*. Trento: Erickson.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, Whole n.609.
- Weiner, B. (1987). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer – Verlag.

4. Effetti ed implicazioni affettivo/emotive degli eventi autolesivi nell'ambito familiare

di D. La Barbera e C. La Cascia

Il suicidio rappresenta per l'ambito familiare l'evento di perdita più impegnativo e difficile da elaborare, l'evento stressante maggiormente in grado di determinare un impatto intenso e duraturo sull'intero assetto affettivo e cognitivo del nucleo familiare, sulla sua cultura e sulla sua mitologia. A differenza di una morte violenta e improvvisa ma accidentale, o provocata da altri, come nel caso dell'omicidio, il suicidio di un familiare tende ad attivare circuiti depressivi, di colpa, disperazione, inadeguatezza, di responsabilità, rimpianto, risentimento, rancore, variamente connotati in rapporto alle caratteristiche situazionali e contestuali dell'atto autosoppressivo, ma accomunati dalla percezione a volte realistica, più spesso distorta ed illusoria, della sua evitabilità. Questo è, infatti, ciò che qualsiasi suicidio quasi sempre fa: lascia qualcosa in sospeso, lascia un discorso aperto, lascia alla famiglia il compito difficile e a volte impossibile, di chiudere il senso, di trovare significati e spiegazioni, di vagliare, in un ventaglio di possibilità pressoché infinite, se quella potenzialità di vita ancora inespressa avrebbe potuto diversamente dispiegarsi.

Sulle modalità profonde con le quali nel percorso esistenziale di alcuni individui si realizza una sorta di necessità autosoppressiva che finirà col risentire in misura sempre più trascurabile di qualsiasi misura preventiva o contenitiva, e, quindi, sul grande e impegnativo tema della inevitabilità di alcuni comportamenti suicidari e della loro relativa inconoscibilità, autori come Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, Carl Gustav Jung (1934), hanno scritto pagine intense e illuminanti.

Jung descrive in maniera mirabile il caso di una paziente da lui sottoposta a trattamento analitico che aveva evidenziato in

maniera chiara e incontrovertibile, già alcuni anni prima della realizzazione di un agito suicida, una sorta di inarrestabile propensione a porre volontariamente fine alla propria vita, mostrando una insopprimibile esigenza di morte riconducibile alla dimensione intrapsichica profonda e non suscettibile, questa fu la sensazione che Jung ne ricavò, di alcun cambiamento o evoluzione, ancorché non legata a fatti o eventi oggettivi.

Anche Binswanger (1944) attraverso il noto studio sul caso di Ellen West, tende a interpretare alcuni casi di suicidio come tentativi di trovare l'estrema significazione della propria esistenza, eventi radicali e ultimi della condizione umana, che pur nella loro estrema richiedono una comprensione come possibilità inerenti all'umano e ai suoi molteplici tentativi di ricerca del senso dell'esistere e del morire.

Infine Karl Jaspers (1932), richiamando il tema ineludibile della libertà umana immediatamente sollecitato da una riflessione filosofica sul suicidio, e rifiutando un approccio riduzionistico alla problematica del suicidio come evento definito nella e dalla sua connotazione clinica, afferma al contrario che esso emerge da una matrice incondizionata: "Per quel tanto che può essere un'azione libera dell'esistenza, nella situazione-limite, essa è aperta all'esistenza possibile, al suo problema, al suo amore, al suo sgomento. Come tale è oggetto di una valutazione etico-religiosa, sia che venga condannata, permessa o addirittura incoraggiata. L'origine incondizionata del suicidio rimane un segreto comunicabile del singolo".

Questi brevi inserti filosofico-psicologici hanno lo scopo di mettere a fuoco quanto sia a volte semplicistico e quanto trascuri la complessità del fenomeno il richiamare una concezione del suicidio come atto prevedibile e prevenibile; la maggior parte dei suicidi non sono né prevenibili, né prevedibili, tranne che non si voglia parlare di una prevedibilità in senso molto generale e aspecifico. Il che non significa che non dobbiamo continuare a sviluppare e a perfezionare al massimo le nostre capacità di previsione e di prevenzione dei comportamenti suicidari, ma dobbiamo approfondire le nostre conoscenze e i nostri studi

nella consapevolezza che ci muoviamo all'interno di una complessità di fattori di rischio, situati a diversi livelli e non interagenti secondo modelli di causalità lineare.

Lo schema proposto alla fine degli anni '80 dalla Blumenthal che individua cinque principali aree di vulnerabilità, rappresentate da fattori di ordine psichiatrico, fattori personologici, fattori familiari e genetici, eventi psicosociali e malattie fisiche e aspetti di tipo bioumorale, costituisce un tentativo interessante di strutturare un modello all'interno del quale una serie di molteplici fattori di rischio vengono variamente a intrecciarsi, a interagire e ad influenzarsi con modalità di tipo circolare.

Nell'affrontare problematiche di tale vastissima portata clinica, ma anche esistenziale e sociale, la psicologia, d'altro canto, denuncia tutti i suoi limiti se la intendiamo come scienza del disvelamento dello psichico, ma è proprio in questo scacco conoscitivo che riemerge il suo grande e significativo valore ermeneutico come scienza profondamente umana, nella quale comprensione e compassione, realizzano nell'atto clinico una perfetta sintesi di aspetti affettivi e cognitivi, cioè di quel movimento relazionale di avvicinamento alla persona sofferente nel quale dimensioni intuitivo-affettive si integrano con aspetti tecnici e dottrinali. Clinica psicologica, quindi, come capacità di avvicinarsi ai segreti ed alle contraddizioni dell'esistere con mano lieve e con sguardo colmo di rispetto per quella dimensione di mistero che non solo poeti e filosofi, ma anche psicopatologi e clinici hanno più volte delineato nella sua propria radicale resistenza a sfuggire ad ogni categorizzazione unilaterale e tendenzialmente esaustiva e definitiva.

Così come in ogni suicidio, allora, esiste un nucleo di significati e motivazioni che attengono al mistero di ogni destino individuale e non è mai del tutto conoscibile e valutabile, e come tale deve essere considerato, allo stesso modo nei complessi e delicati adattamenti che si realizzano in una famiglia nella quale si è verificata la morte volontaria di un congiunto, esistono delle dimensioni private e altrettanto

nascoste che spesso sfuggono a qualsiasi determinismo psicologico, a qualsiasi nostro tentativo onnipotente o retorico, intrusivo o idealizzante, di forzare l'interpretazione e di svelare significati e valori.

Infatti, sia che l'atto suicidario si realizzi all'interno del decorso di una definita patologia psichiatrica, sia che avvenga come riconoscibile risposta - impulsiva o meditata - a condizioni di vita non più tollerabili per la persona, o sia che, ancora, rimangano enigmatiche e misteriose le sue determinanti interne ed esterne, esso interroga sempre e drammaticamente tutto il contesto familiare sul suo senso - o sulla sua radicale mancanza di senso - sulla sua inutilità, sulla sua emendabilità; su quanto si poteva fare e non è stato fatto, su quanto si è fatto e non andava fatto; e in tale maniera, molto più che nel caso di altri eventi critici che colpiscano la sua storia, il suicidio coinvolge la famiglia in una dinamica psicologica di lungo termine, attorno alla quale si riorganizza spesso una nuova prospettiva affettiva e valoriale, vera e propria visione del mondo, a volte depressiva e dolorosa, altre volte riparativa e trasformativa.

Se, dunque, qualsiasi perdita o lutto richiede un faticoso travaglio, nel caso della perdita per suicidio di un congiunto, la famiglia ha il problematico compito di colmare, attraverso una straordinaria e difficile elaborazione affettivo-emotiva, questo vuoto non solo di affetti, ma anche di significati che il suicida lascia aperto, questa mancanza di ragioni che richiedono una ragione; questo è il senso profondo della rassegnazione, che proprio nel suo etimo di ri-segnare, segnare di nuovo, implica il ricorso ad un nuovo ordine cognitivo-affettivo, richiede l'emergere di una nuova configurazione interna individuale e familiare, nella quale sia faticosamente possibile ri-assegnare, nella dimensione interiore, nello spazio intrapsichico, un posto agli eventi e alle situazioni, alla vita e alla morte, all'amore e alla distruttività.

In modo trasversale, ma anche longitudinale, nell'*hic et nunc* del vissuto e di un preciso momento del decorso storico del gruppo familiare, ma anche nel suo sviluppo possibile

transgenerazionale, il suicidio tende quindi a divenire, rispetto alle matrici culturali e psicologiche di tale gruppo familiare, un organizzatore di senso polivalente e in questo aspetto possiamo riconoscere il suo valore di atto profondamente umano, sia pure estremo e definitivo; come tutte le esperienze e gli atti umani significativi, può infatti attivare come sua conseguenza, una molteplicità di eventi e di trasformazioni di segno diverso, può promuovere processi di cambiamento in senso evolutivo o regressivo, può favorire l'emergere di capacità di elaborazione e di adattamento o, al contrario - e attraverso una gradazione infinita di possibilità - può solidificare nella famiglia un vissuto di dolore e di colpa in un irreparabile, persistente e pervasivo sentimento di perdita e di mancanza di speranza.

Gli esiti psicologici di un evento suicidario per i familiari possono, dunque, essere molti e molto differenti ed è necessario, quindi, esaminare alcune possibili variabili significative che ci aiutino a comprendere attraverso quali processi e dinamiche può realizzarsi, in modo più o meno efficace, la bonifica degli elementi distruttivi che il suicidio ha messo in attività.

Il primo e più importante elemento capace di influenzare le dinamiche della famiglia dopo il suicidio di un congiunto è rappresentato dal possibile ruolo che gli aspetti familiari hanno svolto nel determinismo del suicidio stesso.

Nella psiche umana individuale e collettiva, cause ed effetti sono sempre intimamente interconnessi oltre a trapassare spesso le une sugli altri senza una netta e percepibile soluzione di continuità.

È possibile, allora, cominciare ad affermare che, in linea generale, la famiglia e ancor di più una valida relazione coniugale esercitano una azione protettiva nei confronti degli atti autolesivi dato che, come tutte le ricerche hanno invariabilmente dimostrato, il suicidio è più frequente nelle donne nubili rispetto alle donne sposate, e nei single, nei vedovi e nei divorziati rispetto agli uomini sposati; al contrario, i genitori con figli piccoli sono la categoria meno esposta agli agiti autosoppressivi.

Questo semplice dato ci consente di introdurre un concetto fondamentale, che, cioè, rispetto alle condotte autolesive, la famiglia, le sue relazioni e i suoi legami, possono rappresentare una risorsa e quindi costituire un insieme di fattori protettivi, oppure, al contrario, un elemento o una serie di elementi di rischio.

Tra i principali fattori di rischio extrasoggettivi che possono influenzare le condotte autolesive si riscontra infatti una patologia della famiglia, sia sottoforma di una comunicazione alterata o carente, sia come instabilità affettiva, sia per la presenza di turbe psichiche o alcolismo nei genitori, sia ancora per la presenza di rapporti incestuosi (Cazzullo *et al.*, 1987).

Molti autori hanno studiato la possibile relazione fra atto suicidario e contesto comunicativo familiare.

È stato sottolineato come l'atto suicidario contenga, al di là del suo senso autodistruttivo, una dimensione comunicativa a diversi livelli di interazione. Esso cioè, può assumere diversi significati: una richiesta di aiuto urgente, un'azione nel conflitto all'interno del sistema familiare, un tentativo di riaggiustamento di questo sistema o, ancora, il sacrificio di un membro del sistema perché il resto della famiglia possa mantenere i suoi circuiti relazionali abituali (Linares, 1984).

A partire da tali differenti condizioni, le influenze di un gesto suicidario sulla famiglia possono essere molto differenti; possono innestarsi in un tessuto familiare già disfunzionante, limitandone ulteriormente le possibilità evolutive e peggiorando l'eventuale patologia dei singoli membri, o possono, invece, agire su una matrice familiare sostanzialmente sana, qualora la condotta autolesiva sia essenzialmente in rapporto a fattori di rischio prevalentemente soggettivi.

Nel primo caso, quando cioè il suicidio trae in parte origine da una patologica organizzazione familiare, più difficile e prolungata appare l'elaborazione del lutto, più impegnativo il processo della risoluzione dei legami di dipendenza e di controdipendenza, più probabile l'instaurarsi, anche a una cospicua distanza di tempo, di meccanismi di tipo

identificativo-imitativo. È d'altra parte ben noto che la presenza di un evento suicidario all'interno di un gruppo familiare costituisce un significativo fattore di rischio per suicidio per i membri di questa famiglia e che, dall'altra parte, vi è una più elevata prevalenza di condotte autosoppressive nelle famiglie dove si sono già verificati dei suicidi.

Al di là del possibile ruolo giocato da fattori di ordine biologico e genetico che questi dati richiamano, indubbiamente la lacerazione brusca che il suicidio determina nella trama psichica familiare, può contribuire a costellare una sorta di destino suicidario, una processualità depressiva cioè, nella quale l'esperienza non elaborata della perdita di un congiunto, tende a riattualizzarsi a distanza di tempo attraverso l'agito autolesivo di un altro familiare; suggestivi di queste dinamiche sono i cosiddetti *anniversary suicides*, i suicidi messi in atto, cioè, nella ricorrenza della morte per suicidio di un altro membro della stessa famiglia e che evocano con grande efficacia il modo in cui la prospettiva suicidaria diventi per alcuni una sorta di appuntamento ineluttabile e ineludibile con la propria morte.

Sebbene gli studi più recenti sul suicidio abbiano escluso che esistano una psicodinamica specifica o una struttura di personalità caratteristica dei soggetti che metteranno in atto un proposito autosoppressivo, una serie di importanti informazioni sulle caratteristiche psicologiche e sulle motivazioni interiori di soggetti suicidi può essere ricavata dalle fantasie che essi avevano fatto, prima del passaggio all'atto, sulle conseguenze del loro gesto.

Tali informazioni sono, inoltre, di qualche interesse nell'indicare alcune possibili dinamiche intrafamiliari. Queste fantasie (Kaplan, Sadock, 1999) sembrano includere: desideri di vendetta, potere, controllo o punizione, riconciliazione, sacrificio o restituzione, fuga o sonno, salvezza, rinascita, riunione con una persona defunta o nuova vita.

Il gesto suicidario implica nell'ambito delle relazioni familiari l'attivazione di una serie di dinamiche complesse: interrogarsi, accettare, compensare, ricordare, risolvere la

dipendenza, riparare, ricostruire; operazioni che avvengono su più piani, su quelli degli affetti e della memoria, ma anche su quelli della realtà concreta, dei rapporti e delle scelte, delle azioni e dei progetti; l'atto suicidario sembra a volte richiedere alla famiglia di compiere delle trasformazioni; se queste non vengono realizzate è come se un potenziale depressivo o distruttivo, non modificato, permanesse allo stato latente e tendesse ad un'evoluzione transgenerazionale.

Da un angolo visuale di tipo psicodinamico e con particolare riferimento alle note posizioni di James Hillman (1964), la persona che realizza un proposito suicidario fallisce riguardo alla possibilità di sperimentare archetipicamente le dimensioni di morte e rinascita: la scelta di morire avverrebbe, quindi, sotto la spinta inconscia di un desiderio di rinascita, che non è stato possibile percepibile a livello simbolico o all'interno di una definita situazione psicoterapeutica; è, dunque, possibile ipotizzare che questo compito psichico di elaborazione profonda spetti successivamente alla famiglia e alla sua capacità di innescare una processualità, che dall'esperienza della perdita e della disperazione si rivolga nuovamente alla vita ed alle sue potenzialità positive.

Compito non facile, non sempre individuabile, non sempre realizzabile; ma l'alternativa a tale dinamica evolutiva appare essere la stasi, la paralisi affettiva, l'immodificabilità del dolore mentale e dunque il permanere di una condizione psichica nella quale l'esperienza di perdita non è trasformabile, l'evento suicidario viene per così dire incistato nella subcultura familiare, fino a quando di esso non si può neanche più parlare, e per le generazioni successive, per i discendenti, non sarà più neppure pensabile, pur continuando a esserci, come realtà inconscia familiare; in questi casi il suicidio finisce quindi per assumere la connotazione di un tabù familiare, con il risultato che, spesso, il fantasma della morte continua ad aleggiare e ad influenzare per generazioni la storia e lo psichismo familiari, dato che il non detto rischia di precipitare nei meccanismi relazionali e

comunicativi della struttura familiare con una forza dirompente capace di scardinare qualsiasi barriera di silenzio e di rimozione.

Nel recentissimo film *Non ti muovere*, tratto dall'omonimo romanzo di Margaret Mazzantini, viene rappresentata in maniera straordinariamente intensa la persistenza degli oggetti e dei legami di amore, anche quando drammaticamente scomparsi dalla realtà della vita - ma non dalla visione interiore - e la loro capacità di agire dal profondo della memoria, pur nei momenti più critici e spaventosi dell'esistenza.

“Chi ti ama c'è sempre”: l'affermazione che conclude libro e film ci fa riflettere sulla esigenza che gli esseri umani, nel fronteggiare le esperienze estreme di vuoto - certe volte inaccettabili ed insopportabili - della loro esistenza, possano accedere a quel codice simbolico, che è loro proprio, attraverso il quale eventi di perdita per così dire assoluti, senza nome e senza ragione, possano essere lentamente trasformati ed integrati; là dove la vita incontra la morte, specialmente se la incontra prematuramente, solo tutta la forza dell'eros, e quindi la capacità di preservare gli oggetti buoni interiorizzati, può spingere ancora verso la vita, attingendo dal dolore e dal ricordo una rinnovata capacità di amare.

Riferimenti bibliografici

- Cazzullo, C. L., Invernizzi G., Vitali, A. (1987). *Le condotte suicidarie*. Firenze: USES.
- Binswanger, L.(1944). *Il caso Ellen West*. Milano: Bompiani, 1973.
- Blumenthal, E., et al. (1984). *Il coraggio di non essere perfetti*. Assisi: Cittadella Editrice.
- Jaspers, K. (1932). *Filosofia*. U. Galimberti, (a cura di). Torino: UTET, 1978.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1999). *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. Torino: Centro Scientifico Internazionale, 2001.
- Jung, C. G. (1934). Anima e morte. In *La realtà dell'anima*. Torino: Boringhieri, 1983.

Hillman J. (1964). *Il suicidio e l'anima*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1972.

Linares, J. L. (1984). Le emozioni nella separazione coniugale. In Andolfi, M., Angelo, C., De Nicheli, M. *Sentimenti e sistemi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996.

5. La prevenzione del suicidio nella rete dei servizi

di E. Aguglia, D. Carlino e M. De Vanna

Mann *et al.* (1999), attraverso studi che evidenziano le caratteristiche comuni alle condotte suicidarie in diversi disturbi psichiatrici, hanno cercato di determinare la generalizzabilità e l'importanza relativa dei fattori di rischio attraverso i confini diagnostici e di sviluppare un modello esplicativo e predittivo del comportamento suicidario. Gli autori propongono un modello di diatesi-stress, secondo cui il rischio di gesti suicidari è determinato non solo dalla malattia psichiatrica, lo *stressor*, ma anche da una diatesi che costituisce un *pattern* preesistente al disturbo e in qualche misura indipendente da esso. La complessità e la multifattorialità del comportamento suicidario implicano, quindi, la necessità di una strategia di fronteggiamento globale, che si avvalga di una molteplicità di approcci e di interventi.

Il sistema di rilevazione dei dati sulla "suicidalità" (termine utilizzato dagli autori di scuola anglosassone e che comprende i fenomeni dell'ideazione suicidaria, dell'intenzionalità e dei tentativi) ha evidenziato il problema della comunicazione della suicidalità stessa agli operatori interessati.

Wolk-Wasserman (1987) ha sottolineato l'esistenza di diverse modalità di comunicazione in relazione alla patologia psichiatrica.

Per i pazienti affetti da disturbi d'ansia, per esempio, prendono il sopravvento difese di tipo narcisistico che possono portare lo psichiatra a sottovalutare il rischio suicidario. Anche per i pazienti psicotici la comunicazione e l'attenzione dei comportamenti presuicidari è risultata problematica.

L'abuso di alcool e sostanze, importanti fattori di rischio nella ripetitività delle condotte suicidarie, vengono spesso sottovalutati interpretando alcuni comportamenti e messaggi come manipolativi.

Linehan (1997) ha esaminato la letteratura in tema di prevenzione suicidaria, focalizzando l'attenzione su studi randomizzati: non sono emerse in questo caso evidenze conclusive circa le strategie di prevenzione da intraprendere per ridurre il tasso di suicidi.

In una *review* di Gunnell e Frankel (1994), gli autori concludono che dagli studi randomizzati e controllati emerge la necessità di interventi polifunzionali che possano adattarsi alla molteplicità delle variabili coinvolte nelle condotte suicidarie. Di particolare rilievo sono i risultati ottenuti nei *suicide prevention centers* dei paesi anglosassoni.

Secondo uno studio di Miller *et al* (1984), un buon successo nella diminuzione del numero di suicidi si sarebbe avuto soprattutto con una popolazione di giovani donne, peraltro, evidentemente per motivi antropologico-culturali, i principali utenti di queste strutture.

In questi casi la comunicazione terapeutica avrebbe avuto un reale effetto preventivo attraverso la costruzione di una "relazione terapeutica", spesso anche poco agevole, dato che nella maggior parte delle situazioni il contatto avviene per via telefonica.

Per quanto riguarda la ripetizione del parasuicidio, cinque studi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la frequenza (Comtois *et al.*, 2002).

Tra i quattro interventi di tipo psicosociale, due sono centrati sul *problem-solving*, mentre gli altri prevedevano colloqui di sostegno e visite domiciliari. Un solo *trial* prevedeva come intervento terapeutico la farmacoterapia.

Tuttavia, questi studi non essendo omogenei riguardo il trattamento, non permettono un adeguato raffronto tra le diverse strategie; ciò è anche confermato dalle *review* condotte da Hawton *et al.* (1998), Linehan *et al.* (1991) e da van der Sande *et al.* (1994): le scarse indicazioni emerse dipendono anche dall'esiguità dei campioni. Linehan *et al.* (1997) sottolinea come un importante fonte di errore statistico consista nei criteri di inclusione ed esclusione della popolazione a rischio.

Per quanto riguarda invece l'utilizzo dei servizi, già in passato diversi autori hanno sottolineato il ruolo del contatto con i servizi psichiatrici nella prevenzione delle condotte suicidarie considerando che era possibile registrare almeno un contatto nei sei mesi precedenti il gesto suicidario in percentuali variabili dal 29% dello studio di Beskow (1979) al 63% di quello di Sundqvist-Stensman (1987) ed infine al 50% di Runeson (1994).

Nel campione di donne studiate da Asgad nel 1990, il 76% ha avuto un contatto con i servizi psichiatrici nell'anno precedente il suicidio.

Nello studio di Salkovskis *et al.* (1990), un programma di terapia cognitivo comportamentale orientata al *problem solving* è risultato in media efficace per 6 mesi dopo la cessazione del trattamento, lo stesso risultato che ha ottenuto Linehan *et al.* (1997) in un campione di donne affette da disturbo borderline di personalità con un trattamento di tipo dialettico-comportamentale.

In un recente e vasto studio condotto da Motto *et al.* (2001) su 2782 pazienti seguiti per cinque anni dopo le dimissioni per un tentativo di suicidio, il gruppo di pazienti che è stato contattato dai servizi psichiatrici ha mostrato un tasso suicidario significativamente minore rispetto ai controlli nei primi due anni del *follow-up*. L'andamento dei tassi suicidari diventava parallelo in riferimento al terzo e quarto anno per poi convergere nel quinto. Tuttavia, nonostante il programma di contatti cessasse proprio dopo cinque anni, solo in occasione del 14esimo anno le due curve venivano a coincidere.

L'efficacia degli interventi messi in atto da parte dei servizi psichiatrici sembra essere indipendente dalle modalità e dal tipo di terapia non farmacologica utilizzate mostrando nei diversi studi una sovrapposizione rispetto al periodo di tempo tra un tentativo ed il successivo; nello stesso tempo però emerge la necessità di ulteriori e più approfonditi studi longitudinali.

In riferimento all'esperienza triestina, nel 41% dei casi l'ultimo contatto ha avuto luogo entro la settimana precedente il decesso e nel 11% dei casi entro le 24 ore. Per il 52% dei

soggetti il contatto era più che altro di routine (di solito con lo psichiatra o con l'infermiere di riferimento) piuttosto che motivato da un'urgenza. Tuttavia, esistono anche in questo caso delle problematiche metodologiche inerenti le differenti classi di età, l'epoca dello studio e le modalità di gestione del paziente psichiatrico proprie di ogni paese (Souminen *et al.*, 1997).

In campo suicidologico la prevenzione primaria può essere definita come prevenzione dei fattori di rischio e quindi ha come oggetto della prevenzione la popolazione generale. La prevenzione primaria dovrebbe, inoltre, tentare d'influire sulle circostanze in grado di determinare la comparsa di problemi psicologici e comportamentali che possono esitare in un'ideazione suicidaria.

In tal senso possono risultare di sicura utilità l'informazione rivolta alla popolazione e mirante a ridurre lo stigma sociale legato non solo ai comportamenti suicidari, ma alla malattia psichiatrica in generale. Altrettanto importante è la formazione degli operatori (sanitari e non) che più spesso vengono a contatto con gruppi di soggetti a rischio. In questa direzione, alcuni programmi educativi rivolti al personale sanitario di base nel riconoscimento e nella gestione del paziente depresso hanno già dato ottimi risultati in alcuni paesi.

La prevenzione secondaria viene intesa come insieme di provvedimenti per il controllo del fenomeno nelle popolazioni a rischio, ovvero alla diagnosi e al trattamento precoci. In questo caso c'è da considerare che il rischio non sempre s'identifica con l'acuzie, semmai con la crisi, per cui il lavoro di prevenzione sui gruppi a rischio deve essere attuato anche a lungo termine.

La prevenzione secondaria è orientata alla diminuzione dell'incidenza di comportamenti suicidari in gruppi considerati ad alto rischio, quindi, in particolar modo, nei soggetti affetti da patologie psichiatriche ed in quelli che hanno già compiuto un tentativo di suicidio. In tal senso è necessaria un'organizzazione dei servizi che permetta innanzitutto di riconoscere precocemente tali soggetti, magari fondata su una

collaborazione più stretta tra operatori sanitari di base e specialisti psichiatri, ma anche di rispondere in tempi brevi e in maniera efficace alla presentazione di una crisi suicidaria: a quest'ultimo scopo, per esempio, sono nate diverse esperienze di centri crisi o linee telefoniche disponibili 24 ore su 24 e diverse tipologie di intervento sulla crisi emozionale.

Soggetti che hanno già realizzato un tentativo di suicidio, in particolare, sono ad alto rischio di ripetizione dello stesso: dal 10 al 12% di questi ripete l'atto entro i dodici mesi successivi; circa l'1% va incontro a morte per suicidio nel corso dell'anno successivo, e dal 10 al 30% nei dieci anni seguenti (Bianco *et al.*, 1998).

Infine, la prevenzione terziaria è riferita a quegli interventi che possono essere intrapresi per evitare il fenomeno della ripetizione del gesto suicida.

Nell'ambito più generale della prevenzione suicidaria, infine, rientra anche l'assistenza ai soggetti che hanno sperimentato la morte di un familiare per suicidio. Sicuramente anche in questo caso si tratta di soggetti a maggior rischio suicidario ed in ogni caso portatori di una sofferenza che necessita di adeguate risposte: proprio a tale scopo sono sorte negli ultimi anni diverse esperienze di gruppi terapeutici per i "sopravvissuti" e meritano particolare menzione le iniziative dei gruppi di auto-aiuto, che, pur non essendo connotati da una valenza specificamente terapeutica, forniscono un importante sostegno per rielaborare sentimenti di colpa e d'impotenza altrimenti difficilmente affrontabili.

Questi gruppi, sorti in Nord America negli anni Settanta, sono ora diffusi in parecchi paesi e spesso organizzati in veri e propri movimenti, quali *The Compassionate Friends* e CRUSE in Gran Bretagna e Nord America, SPES in Svezia, *Vermaiste Eltern* in Germania (Padoani *et al.*, 2002).

Nell'ottica di una prevenzione secondaria e terziaria anche a Trieste è stato istituito, grazie ad una collaborazione tra Clinica Psichiatrica e A.S.S. n.1, un Osservatorio Epidemiologico sul problema dei comportamenti suicidari. Inoltre,

l'implementazione del cosiddetto progetto "Amalia", conferma l'utilizzo di un servizio assistenziale di rete che operando 24 ore su 24, permette un approccio tempestivo e globale orientato alla risoluzione del rischio suicidario.

Al Telefono Speciale, sono giunte dal gennaio 1999 al febbraio 2001, 4771 chiamate. In prevalenza si tratta di donne (67%). L'età media è di 44 anni, 46 anni per le donne e 41 per gli uomini. Il 47% ha dichiarato di essere già seguito sul territorio. La maggior parte dei soggetti identificati (63%) ha riferito di avere un problema di salute mentale soprattutto di tipo depressivo (69%), ed ha espresso di avere al momento della telefonata ideazione e/o intenzione suicidaria (48%), mentre il 13% ha confermato di avere compiuto in passato un precedente tentativo.

In riferimento alla specificità degli interventi dei servizi psichiatrici, diversi autori hanno sottolineato il peso specifico della *non-compliance* nella difficoltà a stabilire dei programmi di *follow-up* in pazienti appena dimessi dalle unità di crisi: tale rifiuto è stato stimato, a seconda degli studi, in percentuale variabile dal 11% al 50%.

De Vanna *et al.* (1990) indicano che la scarsa *compliance* dei pazienti può essere imputabile anche ad una centralizzazione degli interventi delle unità di crisi sul versante somatico e sottolineando in questi termini il ruolo determinante dello scarso *insight* nella *compliance* al trattamento.

Negli studi di Van Heringen *et al.* (1990) e di Torhost *et al.* (1987) un programma di visite domiciliari ha permesso, a distanza di un anno, un miglioramento della *compliance* dal 43% al 53%; tuttavia il tasso di ripetizione di condotte suicidarie non si differenziava significativamente rispetto al gruppo di controllo. Analoghi risultati sono stati ottenuti da Litman (1996), il cui programma di terapia relazionale ha migliorato la sintomatologia depressiva non influenzando però il numero di tentativi commessi dai pazienti. È possibile che ciò sia imputabile all'inclusione nel gruppo in studio di pazienti affetti da etilismo cronico.

A proposito dell'*insight*, per quanto studi precedenti (Amador *et al.*, 1996; Schwartz, 1999a; Schwartz, 1999b) abbiano sottolineato che l'acquisita consapevolezza delle conseguenze psicosociali della malattia incrementino il rischio suicidario, secondo lo studio condotto da Yen *et al.* (2002) allo scopo di valutare il valore predittivo dell'*insight* nelle recidive di tentato suicidio in pazienti schizofrenici, la natura multidimensionale dell'*insight* non permette tuttavia di considerarlo un *marker* sufficientemente specifico per valutare il rischio suicidario o comportamenti violenti.

Tuttavia è stata riscontrata una correlazione statisticamente significativa tra il grado di *insight* e sia la *compliance* al trattamento sia con il tasso di ospedalizzazione.

Schwartz *et al.* (1999), supportando l'ipotesi di una quarta dimensione psicopatologica della schizofrenia ed inerente al tono dell'umore, ipotizza che una relativa inefficacia del trattamento sul carico emozionale del paziente, incrementi il rischio di condotte suicidarie tra gli schizofrenici.

Sempre più necessario appare quindi il coinvolgimento diretto di tutti i nodi che compongono la rete dei servizi socio-sanitari.

Motto *et al.* (2001) hanno condotto uno studio su 3005 pazienti ricoverati a seguito di un tentativo o affetti da depressione maggiore e ad alto rischio suicidario, teso a valutare l'influenza di un programma di *follow-up* a lungo termine per 5 anni. È stato poi valutato il tasso suicidario nei seguenti 10 anni.

Il gruppo di controllo ha dimostrato un numero di morti per suicidio significativamente maggiore rispetto al gruppo sottoposto al *follow-up* per i primi 2 anni dello studio. Successivamente la differenza risultava minore fino ad annullarsi in corrispondenza del 14esimo anno.

Secondo una recente *review* di Luoma *et al.* (2002), 3/4 delle vittime di suicidio hanno avuto un contatto con il medico di medicina generale nell'anno precedente il tentativo di suicidio. Nello stesso periodo di tempo 1/3 delle vittime è entrato in contatto almeno una volta con i servizi psichiatrici territoriali;

1/5 delle vittime addirittura nel mese precedente il tentativo, mentre la percentuale si alza al 45% per i contatti con il medico di medicina generale, la maggior parte dei quali ha un'età superiore ai 55 anni.

In particolare, i medici di medicina generale spesso si lamentano di non essere tempestivamente ed adeguatamente informati sui tentativi di suicidio compiuti dai loro pazienti.

Gli interventi di crisi non possono trascurare il fondamentale supporto rappresentato dai Distretti Sanitari: essi possono coordinare e attivare specifici interventi rivolti a modificare i fattori di malattia ed il contesto ambientale in cui è maturato il tentativo di suicidio.

Assistenti sanitari e assistenti sociali, infermieri ed educatori professionali, medici, psicologi, psichiatri possono elaborare progetti individualizzati per migliorare la qualità di vita dei cittadini alleviandone le sofferenze sia somatiche che mentali.

Riferimenti bibliografici

- Amador, X.F., Friedman, J.H., Kasapis, C., Yale, S.A., Flaum, M., Gorman, J.M. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*, 153(9):1185-8.
- Beskow, J. (1979). Suicide in mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 277: 1-138.
- Bianco, G., D'Alessandro, G., Tarquini, E., Rossi, G., Mazzoccoli, G. (1998). Epidemiology and chronorhythmicity of recurrences of attempted suicide. *Recenti Prog Med.*, 89(3): 114-7.
- Comtois, K.A. (2002). A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatr Serv.*, 53(9): 1138-44.
- De Leo, D., Padoani, W., Lonnqvist, J. *et al.* (2002). Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 72:291-295.
- De Vanna, M., Zolli, P., Bercio, G. *et al.* (1990). Parasuicide: benefits and limitations of aftercare program. In Ferrari, G., Bellini, M.,

- Crepet, P. (Edts.). *Suicidal Behaviour and Risk Factors*. Bologna: Monduzzi.
- Gunnell, D., Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*, 308(6938): 1227-33.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Harriss, L., Malmberg, A. (1998). Methods used for suicide by farmers in England and Wales. The contribution of availability and its relevance to prevention. *Br J Psychiatry*, 173: 320-4.
- Linehan, M.M. (1997). Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes. *Ann N Y Acad Sci*, 836: 302-28.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48(12): 1060-4.
- Litman, R.E. (1996). Suicidology: a look backward and ahead. *Suicide Life Threat Behav.*, 26(1): 1-7.
- Lo Perfido, A., Cannalire, M., Forti, B. *Spezzarsi la vita*. Ministero della Sanità. Istituto Superiore di Sanità ASS N, 6 "Friuli Occidentale".
- Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*, 159: 909-916.
- Mann, J.J., Oquendo, M., Underwood, M.D., Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60: 7-11.
- Miller, H.L., Coombs, D.W., Leeper, J.D., Barton, S.N. (1984). An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *Am J Public Health*, 4(4): 340-3.
- Motto, J.A., Bostrom, A.G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv.*, 52(6): 828-33.
- Padovani, W., Marini, M., Pavan, L. (2002). Attualità in tema di prevenzione e trattamento del comportamento suicidario. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 8 (3).
- Runeson, B., Wasserman, D. (1994). Management of suicide attempters: what are the outlines and the costs? *Acta Psychiatr Scand*, 90: 222-228.
- Schwartz, H.I., Curry, L., Blank, K., Gruman, C. (1999). The physician-assisted suicide policy dilemma: a pilot study of the

- views and experiences of Connecticut physicians. *J Am Acad Psychiatry Law*, 27(4): 527-39; discussion 540-5.
- Schwartz, R.C., Petersen, S. (1999). The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 187(6): 376-8.
- Salkovskis, P., Atha, C., Stover, D. (1990). Cognitive-behavioral problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157: 871-6.
- Sundqvist-Stensman, U.B. (1987). Suicides in close connection with psychiatric care: an analysis of 57 cases in a Swedish county. *Acta Psychiatr Scand.*, 76(1) : 15-20.
- Suominen, K., Isometsa, E., Henriksson, M., Ostamo, A., Lonnqvist, J. (1997). Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatr Scand.*, 96(2): 142-9.
- Torhorst, A., Möller, H.J., Buerk, F., *et al.* (1987). The psychiatric management of parasuicide patients: a control clinical study comparing different strategies of outpatients treatment. *Crisis*, 8: 53-61.
- Yen, C.F., Yeh, M.L., Chen, C.S., Chung, H.H., (2002). Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6): 443-447.
- Van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., Van der Graaf, Y., Van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand.*, 96(1): 43-50.
- Van Heringen, C., Jannes, C., Van Remoortel, J. (1990). The predictive value of after-care compliance. In Ferrari, G., Bellini, M., Crepet, P. *Suicidal Behaviour and Risk Factors*. Bologna: Monduzzi.
- Wolk-Wasserman, D. (1987). Contacts of suicidal alcohol and drug abuse patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand.*, 76(4): 394-405.

6. Etica della vita: dalla solitudine alla testimonianza. Adulti significativi per giovani in cammino

di G. Notari

1. Premessa

Quanto disincanto circola per le strade della vita! Forse perché siamo inzuppati di delusioni... Ci sentiamo spiazzati e perplessi.

Dopo il fallimento pratico del mito della Rivoluzione e del grande Progetto sembra imporsi il silenzio della speranza. Non interessa più a nessuno sapere che il mondo, come dice un verso di Brecht, ha bisogno di essere cambiato e riscattato. E a poco servono le esortazioni d'alcuni profeti solitari che tenacemente continuano a proclamare le ragioni dell'utopia, non arrendendosi alle cose come sono e lottando per le cose così come dovrebbero essere. Tutto appare provvisorio, instabile; ogni equilibrio morale, politico ed economico è rimesso in discussione.

Tocchiamo con mano quanto Pascal diceva nella constatazione del suo tempo: "Tale è la nostra condizione. Essa ci rende incapaci di conoscere con piena certezza come di ignorare in maniera assoluta. Noi voghiamo in un vasto mare, sospinti da un estremo all'altro, sempre incerti e fluttuanti. Ogni termine al quale pensiamo di ormeggiarci e di fissarci vacilla e ci lascia, e se lo seguiamo si sottrae, scorre via e fugge in una eterna fuga. Nulla si ferma per noi. È questo lo stato delle cose che ci è naturale e che, tuttavia, è più contrario alle nostre inclinazioni. Noi bruciamo dal desiderio di trovare un assetto stabile e un'ultima base sicura per edificare una torre che si innalzi, ma ogni nostro fondamento scricchiola, e la terra si apre fino agli abissi".

Fino ad oggi, a fronte di tutto ciò, abbiamo assistito alla fuga. Molti scappano nell'effimero, nel "micro" e nei fantasmi

seducenti del “paese delle meraviglie”. I grandi scenari sono ridotti a piccole dimensioni, miniature dipinte per rimpiangere quello che non c’è più o che si sarebbe voluto realizzare. Il respiro si fa corto e ci si chiude nel proprio mondo, tappandosi le orecchie e chiudendo gli occhi alla vita. Addirittura molti accettano di vivere come burattini manovrati da un potere economico che frustra il sogno di una vita che abbia spessore e dignità.

Molti sono affetti dalla *sindrome di Alice*, una malattia grave determinata dalla paura di vivere il dolore e di assumersi delle responsabilità. Tuttavia questa malattia è curabile allorché ci si risveglia all’immediatezza dell’incontro e gradualmente si coglie, nel disincanto, una forma ironica, malinconica e agguerrita della speranza. Coloro che vogliono resistere, chiudendosi, all’inarrestabile sopraggiungere della notte più profonda entreranno nel limbo delle cose che non contano; si ritroveranno in balia di padroni che dicono in maniera dispotica cosa debba esser ritenuto bianco o cosa nero.

L’unica via d’uscita è *esserci* nella grande avventura del nostro presente: assumere aporie e contraddizioni, sofferenza e rabbia, frustrazioni e sogni. E non cessare di sperare, di riconoscere che c’è sempre “una stella danzante nel caos dell’esistenza” (Nietzsche). Il presente, nonostante i disincanti da esso generati, ha un suo senso che va colto nel suo dispiegarsi. Guarirci dalla *sindrome di Alice* e prenderci cura della nostra realtà dovrebbero essere gli orizzonti all’interno dei quali potersi muovere.

2. Il cambiamento e la complessità

Il cambiamento in atto ha prodotto scenari inediti e in gran parte imprevedibili; sono mutate tutte le coordinate classiche di lettura della condizione umana. La frammentazione e la perdita del “centro” sono diventati la caratteristica della post-modernità. Non vi è più un solo punto dal quale sia

possibile abbracciare la realtà sociale, ma esistono molteplici osservatori e, quindi, altrettanti punti di vista dai quali guardare ad una realtà che, proprio per la molteplicità dei punti di osservazione e dei criteri che determinano l'osservazione stessa, non può essere che varia e polimorfa.

L'immagine di uomo e di società che ne deriva è quella di una condizione umana e sociale deprivata di una meta collettiva condivisa. L'uomo si rapporta con il suo ambiente in termini di riduzione della complessità mediante una serie di comportamenti abitudinari che lo esimono dalla responsabilità. È in questo "vuoto" che trionfano i modelli della "decadenza", l'oblio della solidarietà dietro la maschera dello stile del "fai da te", che sacrifica precisamente i più deboli e i meno provveduti, la ricerca del guadagno facile e del successo a qualunque costo.

Questa crisi dei riferimenti stabili e dei suoi codici simbolici mette il soggetto in uno stato di disagio esistenziale che è accentuato dalla paura di sbagliare. Non riuscire a trovare ciò che rende sicuro il percorso dell'esistenza. Oggi tutto sfugge; le tipologie dell'esistere sono sempre meno definite; l'icona del tempo presente è la grande strada di *Internet*, un percorso non quantificabile dove le varie proposte ospitate sono alternative ad altre ed ognuna pretende di essere assoluta.

In questa esperienza "telematica" si tocca con mano la crisi teleologica che pervade le società dell'Occidente. La folla dei riferimenti è resa più confusa e caotica dalle ferree leggi del *marketing*: vince chi alza più la voce e rende accattivanti i suoi prodotti. È tutto un mercato con prezzi altamente competitivi. Vincenti appaiono il pragmatismo, la forza dei persuasori occulti e la capacità di seduzione.

L'appiattimento sul presente, la frammentarietà della vita e del tempo psichico, la dilatazione delle aspettative, il rapportarsi alla società non in termini di trasformazione, ma di adattamento passivo, la destrutturazione del tempo biografico, vaghi e depressivi sentimenti di impotenza... sono questi alcuni esiti di un processo che sfugge ad ogni definizione e che mette in

difficoltà ogni serio tentativo di costruzione dell'identità personale.

3. Il vagabondo e il pellegrino

Come osserva Melucci, rifacendosi alle analisi di Berger, la possibilità per gli individui di dire con certezza e con continuità “io sono x, y o z” diventa più aleatoria. Aumenta la necessità di ridefinire *chi sono io e* che cosa assicura continuità alla mia biografia. Si produce la situazione che è stata descritta come “mancanza di dimora” dell'identità individuale, che deve costruirsi e ricostruirsi nella variabilità delle situazioni e degli eventi. È la parabola di esistenza del “vagabondo”.

A differenza del pellegrino che conosce la meta del suo andare, il vagabondo vive di espedienti; è uno senza fissa dimora; e, se ha un posto dove andare, esso è sempre provvisorio. Ci si sente autonomi di fronte ad ogni istituzione o autorità nell'elaborare il senso della propria vita o il proprio codice etico; come rileva Galimberti, il progetto ha il respiro di un giorno, l'interesse la durata di un'emozione, il gesto non diventa stile di vita e l'azione si esaurisce nel gesto.

Viene celebrata così l'apoteosi di quell'individualismo radicale che ha svuotato di significati fenomeni sociali come il lavoro, il matrimonio, l'amore, la comunità democratica. Ciò che conta non è la meta, ma fare nel miglior modo possibile il cammino. E, quando ci si stanca, c'è il “gioco della morte”. Ci si fa del male per togliersi dalla mischia... droga, alcool, violenza, fino al suicidio. L'Istat ci dice che in Italia tra gli *under 21* il suicidio è la seconda causa di morte dopo gli incidenti automobilistici che, solo per differente livello di coscienza, possiamo tener distinti dai suicidi veri e propri. In ogni caso, questi sono quattromila all'anno di cui il 60% nell'età compresa tra i 15 e i 30 anni. E sono appunto i giovani che pagano maggiormente il prezzo dei disagio, definiti da Meister come “la forma simbolica della modernità”.

A questo punto ricordiamo due storie, quella della giovane protagonista del film di Agnes Varda *Senza tetto né legge* e quella di Thelma e Louise, le protagoniste dell'omonimo film di Ridley Scott; esse potrebbero essere l'emblema di un rapporto non riuscito con la vita, di una fuga da un mondo che non sembra più parlare al cuore. Le tre donne sono in fuga: hanno abbandonato i luoghi della loro appartenenza. Fuggono dal lavoro, dalla famiglia, dalle regole sempre uguali e omologanti dei loro luoghi sociali (segretaria, casalinga, impiegata). Nel viaggio non hanno portato nulla che ricordi il passato, se non un piccolo zaino e un'auto. Hanno abbandonato tutto. Anche la possibilità di un futuro diverso, perché non hanno un luogo dove andare, né la possibilità di costruirne uno proprio. Sono sole perché, per difendersi, Thelma e Louise hanno dovuto uccidere un uomo, l'altra ha dovuto cancellare il proprio passato. Sono sulla strada come nomadi. Thelma e Louise si muovono, senza alcuna meta, lungo le autostrade americane.

La protagonista del film di Varda attraversa una campagna desolata, fredda, tagliata da sentieri fangosi e sconnessi. Ma non è uno spazio-altro rispetto alla metropoli. Sono strade lucidamente e stabilmente segnate, indifferenti alla qualità dei singoli luoghi. Strade senza monumenti, senza storia, senza cultura. Ogni profondità è dissolta: sono superfici neutre, mobili, brillanti. Le tre donne vivono il presente intensamente, nessuna di loro ha la pretesa di sovvertirlo o di trasformarlo. Solo chi crede in un futuro visto come possibile può tentare di farlo. Ma vivono con rabbia, con la rabbia disperata di chi vuole trovare un varco qui e ora per gridare la propria differenza e irripetibilità. Fino alla morte. E sono questi sentimenti a lasciare un segno, una traccia del loro "passaggio".

Queste due storie sono il segno di una sensibilità squisitamente giovanile: il desiderio dell'oltre, di una pienezza di senso che però non trova sbocchi; un anelito al "meglio" che però viene mortificato dalla solitudine e dall'oscuramento della gratuità. Comunque esse vogliono trovare un varco, un varco in questo presente reso confuso dall'oscuramento dell'identità.

4. Il necessario cammino della consapevolezza

La “contraddizione” sembra essere divenuta la condizione esistenziale di molti giovani e giovanissimi, che devono elaborare una propria identità stabile nei molteplici ruoli della società plurale, ma che soprattutto vivono il desiderio di una sempre maggiore autonomia di scelte cercando contemporaneamente la garanzia offerta dalla sicurezza affettiva; questa è, infatti, un elemento indispensabile per il benessere della persona, per la sua stabilità e per una soddisfacente qualità della vita. I simboli di questi desideri in contraddizione (ma forse è una contraddizione solo apparente) sono gli zaini dei ragazzi, sempre più capienti e colorati: zaini per viaggiare, per scoprire, per contenere oggetti che diventano simboli di esperienze vissute; ma da questi zaini pende spesso un orsacchiotto, un piccolo peluche che richiama l’infanzia, il desiderio di affetto e di carezze.

Il passaggio dall’infanzia all’età adulta è un momento fondamentale nei processi di formazione identitaria e soprattutto di assunzione dell’autonomia da parte del soggetto. Durante i primi anni i figli si affidano totalmente ai genitori; in questa età l’autonomia della persona è nulla e la gratificazione è somma. Poi lentamente, esperienza dopo esperienza, il bambino impara a camminare da solo, a lasciare la mano dei genitori: un momento fisico che è anche simbolo di un profondo accadimento psicologico e spirituale che segna la vita dell’individuo. È un momento essenziale perché i modi e gli esiti di questo processo sono alla base della formazione di una propria autonomia critica in un percorso di maturazione ma anche di appropriazione della propria identità che rende il soggetto capace di elaborare decisioni consapevoli e responsabili.

È in questa fase che l’individuo dà forma al proprio peculiare modo di essere, mediando fra le opposte spinte all’identificazione ed alla differenziazione: fra le aspettative della società e le proprie intime aspirazioni. In questa fase, infatti, il futuro adulto deve imparare ad assumere i ruoli sociali,

deve imparare, cioè, ad agire osservando le norme che regolano la condotta cui sono sottoposti i membri del gruppo in base al sesso, all'età, allo stato civile, alla professione. Ma dall'altro lato, deve gestire e dare spazio al bisogno di essere se stesso, di essere unico e diverso. Bisogna compiere scelte, ma scegliere è sempre un compito molto laborioso che prevede l'impegno nel valutare e scartare opzioni alla luce di una razionalità necessariamente limitata. Spesso si fugge dalle scelte rifugiandosi in una condotta automatica che porta a ripetere ogni giorno gesti e atteggiamenti imparati da sempre, perché ciò evita la fatica o l'ansia di dover trovare ogni volta la scelta più opportuna e conveniente da compiere. Come robot viventi lasciamo che le nostre azioni siano scandite da un automatismo acritico, accettiamo di vivere una vita sempre più programmata esimendoci dall'ansia del decidere, del valutare, del trovare nuove opportune modalità di agire. Così alla scelta si sostituisce il rito e le azioni perdono le motivazioni originarie che attribuivano loro un senso per divenire sterili ripetizioni di se stesse.

In questo mondo post-moderno, plurale, caotico, mobile, continuamente in definizione ma privo di certezze e di punti stabili, l'individuo perde la capacità di agire. Il conformismo diventa la prassi e la passività un atto di rinuncia ad influire sul futuro. Schiacciato sul presente e sulla sua contingenza, l'individuo rituale rinuncia ad esprimere la propria identità e il futuro diventa una dimensione esistenziale che fa paura, verso la quale si fatica ad assumere un atteggiamento progettuale.

5. L'assunzione critica della propria identità

Favorire l'assunzione di questo atteggiamento progettuale è, invece, la nuova scommessa educativa da cui questa società sempre più sgretolata ed individualizzata non può esimersi: l'atteggiamento progettuale rifiuta la passività del subire l'esistenza e del percorrere strade che altri hanno deciso e

delineato, rivendicando così un “protagonismo esistenziale”. Il soggetto riscopre le sue potenzialità, le sue possibilità di esprimersi, di far sentire una voce non più soffocata dal conformismo e dalla passività.

La sollecitazione delle capacità critiche delle persone nei confronti dei condizionamenti che provengono dal contesto in cui vivono, o dal loro stesso monologo interiore che li ha assimilati ed elaborati, costituisce un primo e necessario passo per agevolare un percorso di individuazione di sé che si configura anche come individuazione di obiettivi corrispondenti a bisogni, motivazioni e sistemi di valori scelti e non subiti. È una crescita e come tale si configura come un processo, composto da piccoli momenti quotidiani di assunzione di consapevolezza; un continuo andare avanti in cui la persona diviene protagonista del cambiamento e lo diviene in maniera attiva e responsabile. Sciolte le catene della passività, l'individuo diventa attore capace di esprimere il proprio senso critico sul presente e la progettualità sul futuro.

L'identità è frutto di un *continuum* esistenziale che lega insieme passato, presente e futuro. Tre dimensioni continuamente in dialogo che impegnano il soggetto a cercare una propria modalità d'essere mettendo ordine fra i diversi stimoli e le diverse esperienze. Tutto ciò che l'individuo assimila viene metabolizzato e diviene parte del suo mondo psichico ma anche pre-condizione e motivazione per le sue azioni future. L'identità non è una forma stabile, un'assunzione definita e definitiva del soggetto, ma è un processo continuo che si compone di momenti e di percorsi; è un “andare verso”: verso il futuro, verso se stessi, verso gli altri. Perché questo accada, però, è necessaria la consapevolezza e l'assunzione critica della propria identità. È possibile, infatti, andare verso una direzione solo se si ha coscienza del proprio punto di partenza e se si può immaginare il proprio percorso di vita riconoscendone l'origine e immaginandone la destinazione.

In quest'ottica, l'identità è sia la chiara percezione della propria persona come unica ed irripetibile, sia il risultato di una

costruzione. Per percepirne la completezza, ognuno deve cogliere la continuità progressiva tra ciò che ha costruito gradualmente a partire dagli anni dell'infanzia e ciò che vuole diventare in avvenire, tenendo conto che ci deve essere un accordo tra ciò che il singolo si convince di essere e ciò che gli sembra altri vedano e si spettino da lui: la nostra identità, infatti, entra in crisi quando gli altri ci rimandano di noi un'immagine nella quale non ci riconosciamo.

La struttura identitaria si compone, di fatto, anche di un essenziale aspetto sociale che pone l'individuo in dialogo con la comunità di cui è parte; perché questo rapporto porti alla definizione di un'identità autonoma e matura è necessario che il soggetto non sia schiacciato da richieste di conformità e subordinazione ma che abbia la possibilità di dimostrare le proprie potenzialità. In caso contrario, il rischio che si corre è che al dialogo subentri la contrapposizione e l'individuo si senta costretto a strutturare un' "identità contro", non riuscendo ad individuare altre strade per manifestare la propria singolarità. L'identità negativa appare, così, l'unico modo per esprimere il proprio autonomo modo di essere in opposizione a ciò che viene imposto. Questo è evidente soprattutto negli adolescenti: il ragazzo sbruffone che sovverte l'ordine e i progetti pensati per lui, attirando su di sé l'attenzione e ancora di più la preoccupazione, manifesta l'esigenza irrinunciabile di essere riconosciuto, poiché ciò che teme più di ogni altra cosa è l'indifferenza. D'altra parte, il non essere riconosciuti dagli altri coincide con l'insignificanza che, al suo apice, diventa impossibilità di autoriconoscersi.

6. I giovani e gli adulti

A questi livelli s'impone la necessità etica di farsi compagni di chi intraprende i difficili sentieri della consapevolezza e dell'assunzione critica del presente.

Lavorando sul campo abbiamo sperimentato che la realtà giovanile oggi è un grande laboratorio all'interno del quale gli adulti possono essere co-protagonisti nella ricerca di alternative agli attuali modelli societari non più parlanti alla vita delle giovani generazioni. Si ha l'impressione di trovarsi di fronte ad una generazione in cerca di adulti significativi, come sembra indicare lo sforzo di recuperare credibilità di risposte in alcune figure istituzionali autorevoli e portatrici di senso.

Tiziana, diceva fortemente: "Pare che noi giovani non siamo più come quelli di una volta. E com'erano i giovani di una volta? Come quelli della volta prima? Ma una volta quando? Quando si faceva la guerra? Quando si è fatto il 68? Quando si credeva in qualcosa? E chi ve lo dice che noi non crediamo più a niente? Ci raccontano che il mondo intorno a noi è cambiato, che la società è cambiata. Ma noi prima non c'eravamo, non siamo stati noi a cambiarli. I valori sono scomparsi, ma non siamo stati noi ad ucciderli. Intorno a noi i valori non ci sono più o sono talmente ben nascosti che è tremendamente difficile trovarli. Lo sappiamo, ce ne accorgiamo. E non facciamo altro che cercarli. È difficile perché spesso non sappiamo neanche come sono fatti. Ce li hanno raccontati, ce li hanno spiegati, ce li hanno insegnati, ma nella realtà noi non li abbiamo visti".

Tiziana lanciava un appello-monito con il quale invitava noi adulti a diventare credibili, a dare ai giovani visibilità di quei valori solo raccontati, solo insegnati e teorizzati, ma negati nella pratica quotidiana. Ella chiedeva di "vedere" perché da sola non ce la faceva.

I giovani sono stanchi di prediche astratte, legittimate solo dalla fumosità delle ideologie. Per tanti giovani è meglio vestire *trend*, ascoltare *R n'B*, ballare *house*, andare ai *rave*, mangiare *fast*, "cliccare" *Internet*, che essere presi in giro da chi vende fumo.

È urgente l'offerta di esperienze adulte che indichino alternative a quel diffuso cinismo che ammalia e paralizza.

Il giovane, anche se frastornato dal *Big-bang* nella testa e avvelenato dalla Nutella nelle vene, è affascinato dalla persona

“viandante del quotidiano”, aperta sull’altro, la persona inventrice di sentieri nuovi, ma con gli occhi ben aperti sulla realtà del presente, sulla sua situazione e quella del mondo in cui vive; il giovane è coinvolto da chi si fa costruttore di storie, non scritte con l’inchiostro dell’ambiguità.

Gli adulti-testimoni saranno modelli plausibili che potranno favorire processi di crescita autentica, essere sostegno per le decisioni significative della vita e soprattutto creare quel contesto che indica la vivibilità di proposte alternative al consumismo imperante. A questo proposito ritengo necessarie tre dimensioni di partenza: uno sguardo olistico senza narcisismi; il coraggio della trascendenza; la scoperta dell’alterità.

7. Uno sguardo olistico senza narcisismi

C’era una volta un uomo intento a costruirsi la casa. Voleva che fosse la casa più bella, calda e accogliente del mondo. Un giorno vennero a chiedere il suo aiuto perché il mondo stava andando a fuoco. Ma a lui interessava la sua casa, non il mondo. Quando finalmente ebbe finito, scoprì che non c’era più un pianeta dove posarla.

Quant’è forte la tentazione di limitarsi a costruire la propria sicurezza, disinteressandosi del resto. Nella nostra società è sempre più frequente l’assunzione di uno stile di vita che mira esclusivamente a creare oasi protette dove c’è poco spazio per i non garantiti e la solitudine degli infelici. Si diventa così schiavi del complesso dell’ostrica, come amava definirlo il vescovo Tonino Bello. Si ama la tana, ci si lascia ovattare dall’intimità di un nido curato nei minimi particolari. E terrorizza l’idea di rompere gli ormeggi, di spiegare le vele, di avventurarsi sul mare aperto.

L’attenzione esasperata a se stessi è il frutto di una mentalità narcisistica. Come rilevava Fromm in *Anatomia della distruttività umana*, il narcisista si percepisce come realtà totale;

soltanto il suo corpo, i suoi bisogni, i suoi sentimenti, i suoi pensieri, la sua proprietà gli appartengono, mentre ciò che non è oggetto dei suoi bisogni non gli interessa, non è completamente reale; è effettivamente privo di peso e di colore. Eccitare, stupire, affascinare, incuriosire, fare colpo, avere in mano la situazione, sbarazzarsi di frammenti imbarazzanti: sono gli strumenti del suo operare.

E gli altri? Quale posto occupano nella vita? La risposta è drammatica: per loro non c'è posto. E se un poco c'è, è solo per renderli funzionali al proprio potere.

Etica della vita è andare al di là del proprio narcisismo. Avere delle ragioni che spingono un po' più in là il proprio orizzonte.

8. Il coraggio della trascendenza ovvero qualcosa in più dei propri bisogni

Quando a Bataille, uno dei padri del pensiero negativo, fu chiesto cosa fosse l'uomo, così egli rispose, con cinico distacco: "È solo un essere che annulla la trascendenza, da cui niente è più separato: un po' burattino, un po' Dio, un po' pazzo... Non gli resta che la convulsione del riso", la grande risata di zarathustriana memoria. Con queste premesse il percorso possibile è perdersi nell'immanenza, il principio che resta è quello dell'insignificanza: insignificanza di ciò che è logico, veritativo, unificante, sostanziale, finalizzato. Di qui la morte dello "scopo": si realizza l'aforisma della *gaia scienza*, dove al grido del folle - "Dio è morto" - Nietzsche fa seguire il commento del mare succhiato fino all'ultima goccia, dell'orizzonte strusciato, del sole spento. Non c'è unità, non c'è un andar verso: nell'assoluto molteplice ogni "diverso" è un "verso dove", senza preferenza oggettiva. E se uno scopo di vita c'è, è quello dell'*eros*, considerato come il nuovo principio teleologico. Si configura quell'utopia dell'erotismo che mira alla ricerca di ciò che è immediato, a scapito di un "trascendersi" che, pur nella fatica della ricerca, apre a dimensioni più ampie e

permette la costruzione di un'identità aperta all'alterità. E perché no, alla gratuità.

La logica dell'erotismo è detta da Bataille “legge della continuità”: tu non devi essere altro da me, ti voglio mio, voglio entrare nel tuo essere, farlo mio, farlo entrare nella mia continuità. Per questo ti possiedo. E la condizione è quella di spogliarti; ma nel possederti ti violo, ti sacrifico nel tuo “tu”, così che lo stesso “io” perde il rapporto. È il possesso: consumare, consumarsi e basta (emblematiche sono le frastornanti pagine de *La filosofia del boudoir* di De Sade).

Questo modo di sentire, amplificato dai mezzi della comunicazione, ingenera disagio, incompiutezza, fino alla follia e alla morte. I costumi e gli stili di vita elaborati negli ultimi anni disegnano scenari che hanno il fascino ambiguo del crollo e della fine. L'esistenza perde valore e valori; e l'incompiutezza disperata alimenta il ritorno ai mostri, osceni e terribili, come nelle tele di Bosch. A ciò si aggiunge tanta paura: la paura di sostenere un presente che non ha una “casa”, né riferimenti pacificanti. Ci si abbandona così all'opportunità del mercato - anche religioso - senza un discernimento critico ed intelligente: sette più o meno intriganti, soffi di spiritualità orientaleggiante, fondamentalismi, un frullato mistico dal quale si spera di ottenere qualcosa di non facilmente identificabile.

9. La scoperta dell'alterità

È sempre più urgente ridare speranza alla condizione umana. Non in nome di astratti moralismi o di proibizioni che hanno lo spessore di un gretto fariseismo (dove il “perché” della cose è rimandato a ciò che non si ancora in un cuore che batte), ma in nome di una vita che ha diritto alla felicità: un'esistenza in cui l'estasi dell'unicità, della novità, del non-ancora-vissuto si accompagna a quella della beatitudine, della liberazione, del vissuto.

Come non è giusto dicotomizzare, così non è giusto ridurre l'uomo a una qualsivoglia dimensione: è necessario garantire processi globali, in cui la persona si senta all'interno di una bella, anche se sofferta, avventura di senso, che avrà il suo esito più vero in quella che Bonhoeffer chiama la "festa suprema" della morte.

Le "torri troppo alte" - osservava Kant - danno le vertigini e intorno a loro vi è di solito molto vento. Fuori metafora: chi accompagna le persone, in ogni professione, si assume la responsabilità di offrire esperienze che diano il gusto della "terra". Le "torri troppo alte", le liberazioni drogate impediscono il gusto della "fertile bassura", il senso della gradualità, della crescita e della progressiva acquisizione; favoriscono la perdita di quelle dimensioni che danno alla trama dell'esistenza un orizzonte luminoso e compiuto. I fantasmi di morte e gli apocalittici fallimenti lasciano il passo alla dignità di un percorso che in una meta finale, riconosciuta come vitale, trova il suo significato.

Dal possesso al dono. Dalla confusione all'alterità. Dal narcisismo alla relazione.

7. Organizzare la prevenzione: *caregivers* e formazione degli operatori

di G. Lavanco e B. Scira

Operando la sottile distinzione fra il verbo *to care* (prendersi cura) e il verbo *to cure* (curare), gli anglofoni utilizzano il termine *caregivers* per descrivere tutti coloro che accudiscono e assistono i portatori di un disagio ma anche, più genericamente, coloro che si prendono cura dei propri cari. Prendersi cura di una persona cara (che vive o no una condizione di disagio) sembra essere cosa tanto naturale da sembrare radicata nella stessa condizione umana. Insieme a quelle figure professionali specificamente deputate all'attività di cura (il cosiddetto *sistema supportivo formale*), infatti, vengono definiti *caregivers* tutta quella serie di persone (parenti, amici e vicini) che costituiscono il *sistema supportivo informale*. Viene definita "rete supportiva informale" la trama di relazioni (e il conseguente sistema supportivo) costituiti da familiari e amici, da quelle persone cioè che si mobilitano spontaneamente alla presenza di una situazione problematica (Lavanco, Novara, 2002).

Il *caregiving* costituisce la base forte su cui poggia il sistema sanitario del nostro paese. I servizi di cura prestati dai *caregivers* rappresentano ben l'80% di tutti gli interventi di assistenza domiciliare che vengono prestati. Oggigiorno, cioè, il *caregiving* costituisce una vera e propria necessità sociale.

Come abbiamo già detto, l'attività di *caregiving* è radicata nella stessa condizione umana: da sempre le famiglie si sono prese cura dei loro cari, da sempre all'interno delle comunità umane si è prestato aiuto reciproco nei momenti di difficoltà.

Tuttavia, il motivo per cui oggi, più di ieri, il *caregiving* è argomento di discussione politica e oggetto di ricerche è rappresentato dal fatto che prestare cura ai nostri giorni è una cosa ben diversa rispetto al passato. In passato, infatti, le famiglie non prestavano cure per tempi prolungati (giacché la vita media era di gran lunga più bassa), all'interno di ogni

nucleo familiare diverse persone passavano il loro tempo a casa (il livello di disoccupazione era maggiore) e molti morivano di quei mali che adesso vengono curati e “assistiti”. Prendersi cura di qualcuno è un lavoro duro. È amare, dare e condividere; è accettare e imparare cose nuove e andare avanti; è molte domande e poche risposte. Il *caregiving* è tutte queste cose e molte di più.

Come sostiene Levine (direttrice del progetto “Families and Health Care” dell’United Hospital Fund di New York), il termine *caregiver* descrive un’insieme di attività complesse che vanno dalla cura della persona alla somministrazione di farmaci, dall’organizzazione dell’ambiente domestico all’interazione con le istituzioni: ma i *caregivers* sono molto di più della somma delle loro attività, sono persone con reazioni complesse alle difficili situazioni che fronteggiano. A conferma di ciò, volendo provare a trovare un filo conduttore comune a tutti coloro che si possono definire *caregivers*, l’Associazione Nazionale Caregivers Statunitensi (National Family Caregivers Association) ha affermato che ciò che unisce tutti i *caregivers* è senza ombra di dubbio l’impatto emotivo che questa attività ha su di loro: la frustrazione, l’isolamento, l’incomprensione e gli stati depressivi di cui spesso sono vittime.

Scopo del presente contributo è richiamare l’attenzione sulla necessità del supporto psicologico che deve essere fornito ai *caregivers* di soggetti che hanno tentato o portato a termine un suicidio.

Ormai è ampiamente dimostrato in letteratura che il supporto psicologico ha delle connessioni con il benessere individuale e con le modalità di fronteggiamento delle situazioni stressanti. Secondo la cosiddetta *buffering hypothesis*, il supporto psicologico svolge la sua funzione positiva in maniera indiretta, intervenendo come mediatore fra eventi stressanti e benessere attraverso un “effetto tampone”: il sostegno, cioè, aiuta gli individui a percepirsi come più capaci di fronteggiare gli eventi e a percepire le situazioni come meno minacciose (Sgarro, 1998).

La dimensione psico-affettiva dei *caregivers* cui ci stiamo riferendo si snoda attraverso quattro principali vissuti: confusione, autocolpevolizzazione, incapacità reattiva e isolamento sociale. Di fronte al suicidio di un loro congiunto, i *caregivers* si sentono frustrati e prostrati, isolati in un mondo che non conoscono e che spesso li fa sentire in colpa e impotenti. Il suicidio di una persona cara (tentato o riuscito che sia) implica non solo una ri-significazione da parte del *caregiver* del mondo in cui vive, ma anche un mutamento del modo in cui viverci. Allo scopo di diminuire l'isolamento, di eliminare i sensi di colpa, di aiutare le persone in un frangente che non sono preparati ad affrontare, offrire sostegno ai familiari è una necessità imprescindibile.

Si tratta di quegli interventi che la psicologia di comunità definisce di "sostegno alla rete": interventi volti, cioè, a rafforzare e sostenere la rete supportiva informale in cui l'individuo portatore di disagio è inserito.

L'importanza del sostegno ai *caregivers* di persone suicide non si riduce al fronteggiamento della specifica situazione: il sostegno ricevuto si traduce in una serie di risorse attivabili in una vasta gamma di situazioni. Secondo la Teoria della Conservazione delle Risorse (Hobfoll, 2002) gli individui sottoposti ad un forte stress, come il suicidio di un familiare, cercano non solo di reagire all'evento in sé ma anche di acquisire quelle risorse che gli consentiranno di far fronte a tutte quelle richieste (come il lutto, l'elaborazione della perdita o la stigmatizzazione sociale) che all'evento seguiranno.

Una prima considerazione da fare, se si vuole pensare ad un sistema di sostegno per i *caregivers*, è sicuramente individuare i loro bisogni, stilarne una lista e operare così il loro riconoscimento. Chiunque si affidi ad una qualche forma di sostegno psicologico, infatti, si aspetta innanzitutto comprensione.

La prima forma di supporto psicologico che può essere offerta ai *caregivers* è naturalmente rappresentata dal ***counseling***, cioè da quell'ascolto empatico fornito da un

professionista della relazione attraverso una serie di colloqui. L'importanza del *counseling* psicologico risiede nella sua duplice funzione espressiva e contenitivo-propositiva. Fornire sostegno psicologico ai *caregivers*, infatti, significa dare loro l'opportunità di esprimere se stessi per sentirsi sollevati, di esternare il proprio turbamento, il proprio dolore o le proprie colpe; ma significa anche, contemporaneamente, poter elaborare con l'aiuto di uno specialista un programma d'azione, trovare nell'ascolto partecipato la rassicurazione necessaria alle scelte quotidiane e alla rivitalizzazione delle proprie energie (Scira, 2004).

Particolare rilevanza nel sostegno ai *caregivers* assume, poi, la dimensione gruppale. Il gruppo sembra costituire la prima risposta all'isolamento sociale cui i *caregivers* di individui suicidi sono spesso sottoposti. Come, infatti, si legge nella letteratura sui suicidi, le relazioni sociali possono divenire fonte di tensione anziché di supporto. Spesso, infatti, queste persone sperimentano da parte dei loro amici e dei loro familiari comportamenti di evitamento e di ritiro (frutto di quelle stigmatizzazioni che sono ancora oggi associate al suicidio) che si traducono in un'ulteriore fonte di stress anziché di sostegno.

I **gruppi di supporto** sono oggi considerati fra le forme di sostegno psicologico più diffuse e maggiormente significative. Essi costituiscono in fondo la naturale evoluzione dell'istinto umano a riunirsi in gruppo per rispondere ai propri bisogni; non si tratta altro che del precipitato psicologico di quel comportamento che lega la sopravvivenza della nostra specie all'aiuto reciproco (Kurtz, 1997). Da numerosi studi emerge che le variabili maggiormente correlate alla partecipazione ai gruppi di supporto sono: l'apprendimento di abilità di *coping*, di senso di appartenenza e di informazioni.

Un discorso a parte meritano i gruppi di supporto del lutto, ovvero quei gruppi di supporto che nascono specificamente per individui che si trovano ad affrontare la dolorosa esperienza della perdita di una persona cara. Anche in questi gruppi il ruolo più importante è sostenuto dall'offrire assistenza diretta sulla

base della propria esperienza, garantendo supporto emotivo e al contempo senso di appartenenza. Benché il contenuto degli incontri dei gruppi di supporto del lutto differisca dai più generici gruppi di supporto alle situazioni di disagio e stress, gli scopi (ridurre l'isolamento, alleviare la tensione, diminuire lo stato di depressione e incrementare le abilità di coping), le tecniche usate (informazione, condivisione e supporto) e i risultati terapeutici riscontrati sembrano essere molto simili. I gruppi di supporto del lutto agiscono essenzialmente in due modi: da una parte facilitano il normale processo di lutto cercando di prevenire e di combattere i primi segni di lutto patologico; dall'altra stimolano l'espressione di tutti quei dolorosi e confusi sentimenti che si accompagnano alla perdita e che spesso rimangono senza voce. In questo modo, questi gruppi di supporto si costituiscono come luoghi dove il lutto deve essere *agito* piuttosto che *superato*. Nondimeno, per la delicatezza dell'argomento, per la difficoltà ancora diffusa a parlare di suicidio, questa forma di sostegno rappresenta spesso l'unica occasione che viene offerta alle famiglie per discutere con altri la propria convivenza con la morte di una persona cara.

La condivisione e il confronto rappresentano la ragione del successo anche dei **gruppi di auto-aiuto**. A causa della loro nascita spontanea e svincolata da specifici interventi professionali o istituzionali, questi gruppi, più di altri, costruiscono nuovi legami fra le persone. Nel momento in cui, all'interno di un gruppo di *self-help*, le persone si confrontano sui significati che danno alla morte e al suicidio di un loro caro, nel gruppo si costruisce una rete di esperienze collettive condivise che crea la cultura del gruppo. Nascono così l'ideologia e i valori peculiari di ogni gruppo di *self-help* che permettono agli individui di rinforzare il loro senso di appartenenza ma anche di individuare degli obiettivi da raggiungere.

All'interno di ogni gruppo di *self-help*, l'assenza di leader professionisti mantiene appositamente implicita la non distinzione fra chi aiuta e chi è aiutato. Presupposti fondamentali

di ognuno di questi gruppi sono, infatti, considerati: “solo chi vive una determinata esperienza può veramente comprendere e aiutare” e “colui che offre delle cure è al tempo stesso colui che ne usufruisce”. Si tratta del principio dell' *helper*, per cui chi si prende cura di un altro beneficia del fatto di svolgere questo ruolo attivo e accresce il senso di controllo sulla propria vita e l'autostima. I gruppi di *self-help*, così, sottraggono i familiari di chi ha tentato o portato a termine un suicidio all'impotenza, alla sfiducia e alla passività.

Anche all'interno dell'orizzonte specificamente psicoterapeutico, vi sono due modelli terapeutici gruppali che ottengono il maggior numero di successi con i *caregivers*: la **Terapia Cognitivo Comportamentale** e la **Terapia Supportivo Espressiva**. Mentre la prima rappresenta un modello di intervento altamente strutturato che, attraverso strumenti cognitivi e comportamentali, promuove l'adattamento e l'assunzione di specifici *stili di coping* (cioè di fronteggiamento di situazioni stressanti); la seconda pone maggiormente l'accento sul supporto sociale e sulla veicolazione delle emozioni all'interno del setting gruppale.

Ma chi ha vissuto un suicidio in famiglia difficilmente fa domanda di supporto di natura psicoterapeutica; i *caregivers* non fanno domande “tecniche”: essi cercano soprattutto il supporto del gruppo su come affrontare questa situazione, come non sentirsi colpevoli, come celare il turbamento, come rispondere a domande difficili e gestire gli sbalzi d'umore. Sembra, quindi, che la domanda sia soprattutto quella di ricevere informazioni anche pratiche e banali circa le risorse presenti nella comunità, di sperimentare condivisione rispetto alla situazione che si vive e ridurre così l'isolamento sociale.

Si tratta di quella *practical assistance* che ad oggi in Italia è soddisfatta per lo più dalle associazioni no-profit. Sostenere il disagio psicologico legato al mondo dei suicidi familiari, significa, infatti, non solo raggiungere questa delicata fascia di utenza, spesso attraverso una costruzione della domanda, ma anche collaborare con le agenzie, pubbliche e private, che

gravitano nella stessa area di competenza. Ci riferiamo soprattutto ad un maggior contatto con quel privato sociale che oggi, sempre più, risponde proprio ai bisogni psicosociali dei *caregivers*. Le associazioni no-profit non dovrebbero presentarsi come l'ultima ed unica *chance* per chi vive una situazione di disagio, dovrebbero piuttosto affiancarsi al servizio pubblico in un'ottica, quanto mai attuale, di *welfare mix*.

Dal punto di vista della psicologia di comunità, l'obiettivo primario deve essere quello di creare *comunità competenti*, che sappiano riconoscere le proprie risorse e metterle a servizio dei suoi membri. Ci chiediamo, quindi, se non siano necessari almeno due ordini di interventi.

Il primo, che si iscrive nell'area della progettazione, riguarda interventi di *agenda setting* che mettano all'attenzione delle comunità locali i reali e profondi bisogni di coloro che in famiglia abbiano vissuto un evento destabilizzante come il suicidio; si tratta innanzitutto di rendere *narrabile* alla comunità, e quindi condivisibile, sia l'evento che il suo conseguente vissuto, di liberare le energie sommerse del territorio e di aprirsi all'altro anche quando su questi *altri* grava il fantasma ingombrante del suicidio.

Il secondo, di natura più operativa, fa riferimento a possibili interventi che abbiano come obiettivo il cambiamento. Proviamo a citarne solo alcuni: riconoscimento di figure specializzate che sostengano i *caregivers*; creazione sul territorio di sportelli d'ascolto; adeguamento legislativo a sostegno dei *caregivers*.

Rispetto a quest'ultimo punto, vale la pena ricordare che se la 328/2000 istituzionalizza i *caregivers* (cioè legalizza il ruolo di assistenza dei privati), perché si realizzi davvero un sistema integrato è ancora necessario che si attui quel collegamento fra gli Enti Locali, i privati e il privato sociale previsto dai Piani di Zona.

Perché, quindi, si possa parlare veramente di "sostegno alla rete" occorre cominciare a pensare a quel sostegno che solo il "lavoro in rete" può veramente dare.

Riferimenti bibliografici

Kurtz, L. (1997). *Self-help and Support groups: a handbook for practitioners*. California: Thousand Oaks.

Lavanco, G., Novara, C. (2002). *Elementi di psicologia di comunità*. Milano: Mc Graw-Hill.

Scira, B. (2004). Aiutare chi aiuta. *HR- Handicap Risposte*, XIX, 182-3: 52-54.

Sgarro, M. (1998). *Il sostegno sociale*. Roma: Edizioni Kappa.

8. La *Peer Education* come strumento di prevenzione

di M. Mandalà e S. Messina

1. Premessa

Il presente contributo si propone di offrire, attraverso il modello della *Peer Education*, una chiave di lettura e di prevenzione alle condotte autolesive, nell'ottica della psicologia di comunità all'interno della quale esse possono essere viste come la manifestazione di un deficit nella rete di supporto sociale e dell'impossibilità di partecipare i propri bisogni.

In questo senso prevenire significa, orientarsi al futuro al fine di intervenire su qualcosa che sta per accadere. Come scrive Orford (1995), assumere un approccio preventivo è semplicemente estendere la gamma di attività di un servizio per coprire in modo adeguato lo spettro delle possibilità di ridurre i disturbi e le loro conseguenze.

L'educazione attraverso i pari, servendosi della comunicazione di messaggi preventivi effettuata da pari a pari, rende l'individuo partecipe della costruzione di un codice condiviso, per la responsabilizzazione che ciascun singolo ha nei confronti di se stesso e degli altri all'interno del contesto in cui vive. Responsabilità che diventa risorsa per l'attraversamento del proprio malessere psichico e sociale, in quanto la consapevolezza di sé permette lo sviluppo di un efficace *empowerment* individuale, in modo tale che il soggetto si senta artefice del proprio cambiamento.

2. Adolescenti protagonisti nel disagio

L'adolescenza si caratterizza come periodo evolutivo in cui avviene un cambiamento nella rete relazionale dell'individuo, per cui diminuisce l'influenza che il mondo adulto esercita su di

lui, mentre cresce l'attrazione per i coetanei. È un momento di passaggio verso la formazione di un'identità propria ritagliata soprattutto nel, e attraverso il gruppo dei pari.

Durante questa fase evolutiva, le accresciute abilità intellettuali dell'adolescente sviluppano un atteggiamento critico verso le opinioni e i comportamenti degli adulti; egli è sostenuto, in questo senso, dal confronto tra le proprie idee e quelle dei coetanei, che lo aiuta in questo processo di autonomizzazione del giudizio. Queste dinamiche definiscono l'adolescenza come un'età in cui l'individuo sulla spinta di una nuova pulsionalità, di nuove motivazioni e interessi, esce da ambiti primari, come quelli determinati dalla famiglia di origine, che divengono per l'adolescente "ristretti", e si apre a nuove forme di socialità e relazione, ma anche a nuovi mondi "istituzionali" con i tipici modelli di riferimento.

I compiti di sviluppo, che l'adolescente è chiamato ad affrontare in questa fase, si identificano in rapporto con la realtà in cui ogni individuo è posto: in certe condizioni possono essere affrontati senza drammi, in altre appaiono tutti insieme particolarmente difficili, creando frustrazioni, angoscia che portano irrequietezza o aggressività.

Nel caso in cui, l'adolescente sia privo degli strumenti utili alla sua crescita individuale e sociale, con grandi carichi d'ansia, è socialmente portato al gregarismo, alla dipendenza o a comportamenti autolesivi; egli trova difficoltà a canalizzare in forme socialmente accettabili i suoi bisogni o comunque privatizza ciò che gli viene offerto come risposta nelle relazioni interpersonali o dalla società; l'esito più tipico è quello dell'*isolamento*, del rifiuto degli altri o della fuga dalla realtà ed egli potrebbe trovarsi facilmente in balia di intenti suicidari, dell'integrismo come pratica di gruppo o vissuto individuale.

Un'altra tendenza consiste nell'assumere atteggiamenti ideologicamente rigidi che danno il senso della sicurezza e denotano incapacità ad accettare il pluralismo, conformismo e mancanza di criticità, pertanto il soggetto è sempre alla ricerca di consenso e di conferma, e lega la sua identità alla risposta

degli altri. Se quest'ultima è negativa il soggetto subisce un processo di disorientamento individuale che causa disperazione e l'impossibilità di trovare delle soluzioni al proprio disagio psichico (De Nicolò, 1990). Inoltre, è importante sottolineare come il vissuto di contro-dipendenza che caratterizza questa fase evolutiva, ha come esito lo scontro con la scuola, la famiglia e lo stesso gruppo dei pari. Questa dinamica porta il soggetto a vivere esperienze che lo espongono a situazioni di conflitto e di disagio non affrontabili senza l'aiuto degli altri.

A fronte di quanto detto, il soggetto transita da forme "fisiologiche" di disadattamento a vere e proprie forme di devianza. Situazioni che, come sottolinea la Borsani (1997) "avvertite come negative dall'individuo, possono complicare ed aggravare momenti di particolare vulnerabilità personale e che possono tradursi, in ambito sociale, in evidenti contrapposizioni, portando a manifestazioni di disadattamento".

3. Il *peer group* come strumento di azione

La *Peer Education*, rimanda a tutti quei processi formativi che fanno ricorso alle naturali abilità comunicative e relazionali, implicate in gruppi di soggetti di pari status. Si configura, quindi, come un sistema grazie a cui persone di età, status ed esperienza simile possono passarsi reciprocamente informazioni e imparare una dall'altra; significa che persone con interesse comune vengono istruite a sviluppare conoscenze e a condividerle, in modo da informare e preparare altri a diffondere competenze e abilità simili all'interno dello stesso gruppo di interesse (Kranzier, 1999).

In tal senso, il *peer group* permette il riconoscimento della propria soggettività; infatti, è attraverso l'esperienza socializzante del gruppo dei pari che l'adolescente perviene alla percezione più chiara di sé, all'auto-scoperta attraverso l'eterovalutazione e alla identificazione di sé come individualità distinta ed autonoma rispetto al gruppo.

Il gruppo, quindi, assolve una funzione di scoperta della soggettività e di spazio di espressività, mentre si affranca dai modelli di interazione e di valori acquisiti dall'ambiente. Le sue dimensioni piuttosto ridotte, la spontaneità e l'immediatezza della comunicazione, la presenza e il contatto prolungato con gli altri permettono all'adolescente di riconoscersi ed essere riconosciuto dagli altri come soggetto, come persona in grado di elaborare e di attivare idee e condotte interessanti per tutti, ma soprattutto gli permettono di mettersi in rapporto con l'altro, inteso come altro da sé, portatore, quindi, di una diversità che non si pone come barriera ma come arricchimento.

Il *peer group* rappresenta, allora, per l'adolescente, un laboratorio sociale in cui vengono elaborati significati e valori; attraverso la relazione *in-gruppo* il soggetto può sperimentare ruoli nuovi e più personalizzati soddisfacendo il proprio bisogno di essere protagonista attivo e indipendente. Il "fare" esperienza di gruppo in un contesto paritario, inoltre, facilita la rielaborazione dei significati veicolati dai sistemi primari di crescita, avviando processi di trasformazione attraverso cui ognuno ridefinisce il proprio sé e il proprio ruolo sociale.

La *Peer Education*, in tal senso, fondandosi sul modello dei "pari che educano i pari" migliora l'efficacia del processo relazionale e gli facilita il fronteggiamento dei compiti evolutivi, in quanto l'interazione tra pari si esplica attraverso il medesimo patrimonio linguistico, valoriale e rituale, facilitando una dinamica sentita come "meno giudicante" (Pellai, Rinaldin, Tamborini, 2002).

La caratteristica che la contraddistingue come modello di intervento consiste nel rendere protagonisti e facilitatori di cambiamento gli stessi giovani presenti all'interno del gruppo destinatario.

La possibilità di prevenire i comportamenti autolesivi, potrebbe essere affidata, quindi, agli stessi destinatari dell'intervento; se l'evento suicidario prende forma da un disagio adolescenziale, non adeguatamente contenuto e

partecipato, allora potrebbero essere gli stessi adolescenti a sentirsi partners dell'intervento e promotori di se stessi.

Nello specifico, i programmi di *Peer Education* prevedono una preliminare formazione dei *peer educator*, ovvero di coloro che scelti all'interno del gruppo dei pari, si proporranno come attivatori e, allo stesso tempo, fruitori dell'intervento. I *peer educator* hanno il compito di creare uno spazio in cui l'adolescente possa narrarsi e sentirsi accolto all'interno di un gruppo. Ciò rende l'adolescente consapevole della propria difficoltà a comunicare i suoi bisogni, che potrebbe in questo contesto essere "partecipata", e, quindi, gestita. Occorre, dunque, che i *peer educator* possano sperimentare un vasto spettro di tecniche per trattare con gli altri e che possano imparare a trasmettere questi modi di coinvolgimento ai loro coetanei.

Nell'ottica della *Peer Education*, gli adolescenti da semplici utenti di un intervento divengono promotori del cambiamento sia nel ruolo di *peer educator* stimolando la riflessione, la comunicazione e la circolazione delle idee nel gruppo, sia in quello di pari mettendo in atto attraverso il proprio contributo attivo un processo di significazione originale. In tal modo, i giovani si attivano per il riconoscimento dei bisogni, quale passaggio fondamentale per la presa di coscienza di modi e metodi utili alla costruzione del proprio e altrui benessere e allo sviluppo di processi di *empowerment*.

Agire in un contesto in cui è assente una verticalizzazione del potere tra i partecipanti al gruppo (*peer educator* e *peer*), facilita il raggiungimento degli obiettivi proposti dall'intervento, potenziando le dinamiche comunicative e relazionali, nonché lo scambio dei contenuti cognitivi ed emozionali. Infatti, il *peer group* si contraddistingue proprio per la mancanza di una dimensione autoritaria del potere, fondata esclusivamente sulla contrapposizione di status e di età, che caratterizza la relazione adulto-giovane. Piuttosto, la presenza di una dimensione partecipata del potere permette una migliore condivisione degli obiettivi e delle problematiche inerenti il disagio, facilitando il

cambiamento e il raggiungimento di un benessere condiviso socialmente.

4. La dimensione partecipata della *Peer Education*

La possibilità di prevenire i comportamenti autolesivi, coinvolgendo gli stessi destinatari dell'intervento nella sua progettazione e attuazione, è una delle finalità del metodo della *Peer Education*, applicato alla problematica in questione. A ragion di ciò, se l'evento suicidario prende forma da un disagio adolescenziale, non adeguatamente contenuto e partecipato, allora, il divenire partner dell'intervento equivale a rendere gli adolescenti promotori di se stessi. Si tratta di attuare un *intervento partecipato di prevenzione* attraverso un "programma peer", in cui ogni interlocutore sia, allo stesso tempo, attore e promotore dell'intervento.

Per far questo, come Shiner (1999) ci ricorda, è necessario: comprendere quali sono gli elementi rilevanti della *peeriness*, ovvero dell'appartenere al gruppo dei pari; definire obiettivi e metodi sui quali si pensa di lavorare; stabilire il grado di coinvolgimento del *peer* nell'intervento.

Dove, la valorizzazione dell'aspetto relativo alla *partecipazione sociale*, permette la condivisione, come elemento distintivo di un *peer group*, e diviene una risorsa che mette in risalto la "visibilità dell'azione", in modo da poter intervenire su questa sin dal momento in cui prende avvio.

Dunque, in una prima fase, bisognerebbe attuare degli interventi di *empowerment* per lo sviluppo delle competenze: migliorare il concetto di sé, analizzare i bisogni di crescita, sia per dare forma al proprio ambiente, sia per negoziare con i formatori esterni le attività del progetto e, infine, per sviluppare le capacità di scelta.

Nella seconda fase, bisognerebbe favorire il processo di *partecipazione sociale*, attraverso la presa di coscienza degli aspetti relativi alla responsabilità dell'azione, alla disponibilità

al dialogo, al confronto con l'altro, alle capacità di mettersi in gioco e, infine, all'analisi delle risorse presenti nel gruppo.

Infine, in una terza fase, ci si potrebbe dedicare alla realizzazione del progetto in forma partecipata, per l'attivazione delle risorse umane (in questo caso i *peer*) al fine di risolvere i conflitti e le problematiche inerenti la vita quotidiana.

5. Considerazioni conclusive

Scegliere la morte per un adolescente assume il significato di concedersi per la prima volta la possibilità di attuare processi decisionali autoreferenti. Dove, la crisi adolescenziale non trova contenimento nelle relazioni interpersonali, subentra un sentimento di solitudine e di frustrazione che non permette all'adolescente di elaborare in modo personale, soluzioni efficaci per il superamento del proprio disagio.

L'attribuzione di senso al comportamento suicidario si amplifica nel momento in cui si acquista la consapevolezza di poter agire secondo la propria volontà, al di là delle restrizioni e dei limiti imposti dal contesto in cui il soggetto è inserito. La prevenzione al suicidio si trasforma, da puro semplice contenimento del disagio a promozione di processi di *empowerment* positivo, fondato cioè, sulla possibilità di essere protagonista dei propri processi decisionali, non esclusivamente unidirezionali, che vedono la morte come unica via di fuga. Piuttosto, l'idea è quella di avere la capacità di trovare ulteriori spazi personali di scelta in cui possa emergere il confronto e il dialogo con l'altro, attraverso una dinamica di reciproco scambio e rinforzo.

In questo senso, la *Peer Education* si propone di utilizzare il gruppo dei pari come facilitatore per il raggiungimento di tali obiettivi, possibile solamente, se si struttura un intervento di rete che promuova spazi di partecipazione del disagio adolescenziale, affrontato ad un livello sovraindividuale,

coinvolgendo la dimensione comunitaria che si prende carico dei suoi membri.

Riferimenti Bibliografici

- Borsani, A. (1997). *Istituzioni e devianza minorile*. Milano: Franco Angeli.
- De Nicolò, G. (1990). L'adolescente in una società complessa. In De Pieri, S., Tonolo, G., (a cura di). *Preadolescenza. Le crescite nascoste*. Roma: Armando.
- Orford, J. (1998). *Psicologia di comunità*. Milano: Franco Angeli.
- Pellai, A. Rinaldin, V., Tamburini, B. (2002). *Educazione tra pari. Manuale teorico pratico di empowered peer education*. Trento: Erickson.
- Shiner, M. (1999). Defining Peer Education. *Journal of Adolescence*, 22: 555-566.

9. L'A.FI.PRE.S. fra la promozione del benessere e l'intervento della crisi

di V. Cutaia e L. Misuraca

1. Prevenzione al suicidio e promozione del benessere

Quando si parla di benessere, al giorno d'oggi, si pensa a come migliorare l'aspetto fisico, ad un'alimentazione equilibrata, alla bellezza estetica, allo sport, ai centri di benessere. Ma tutto ciò basta per *stare bene*? Cosa s'intende per benessere? E come mai è così importante?

Il benessere dell'essere umano inizia nel grembo materno: ogni stimolo, emozione, situazione vissuta dal feto durante la gestazione va ad influire sulla crescita e sullo sviluppo della persona che verrà al mondo.

La parola benessere deriva dal latino e si riferisce al concetto di buona salute, ricchezza, felicità, benessere; viene intesa come quella capacità di promuovere azioni positive, evolutive della propria persona, ma anche di prendersi cura di sé, del proprio habitat umano e fisico, di superare le situazioni di crisi, salvaguardando le proprie finalità.

Benché non sia semplice definire la salute mentale, essa è sia assenza di malattie, sia presenza di una sensazione soggettiva di benessere. Nonostante i dati statistici non siano sempre pienamente condivisibili, sappiamo che, negli ultimi anni, i fattori di rischio per la salute mentale sono aumentati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala, da alcuni anni, che sono in aumento le malattie mentali: si stima che circa 340 milioni di persone sono affette da depressione, 45 milioni da schizofrenia, 100 milioni da ritardo mentale e 80 milioni da demenza. Tra l'altro le problematiche oggi più diffuse e in rapido aumento sono i disturbi alimentari, problemi d'ansia e attacchi di panico.

L'ultima emergenza è la malinconia, così come sono in aumento le condizioni che provocano una situazione di

sofferenza, i cosiddetti “tumori dell’anima”, con un peggioramento della qualità della vita, i cui fattori non sempre sono ben riconoscibili. Alle malattie e ai problemi, si uniscono, a volte, condizioni di disagio psicosociale (povertà, violenza, stress) fonte di sofferenza.

Si tratta, quindi, di porre l’attenzione ad una popolazione che si trova a rischio di perdere i propri diritti alla salute mentale, che ha bisogno di sostegno e di condizioni specifiche di aiuto, di servizi accessibili, di essere inclusa in una rete di scambio che generi risorse materiali e/o relazionali.

La tentazione, può essere quella di fuggire di fronte alla natura e alle dimensioni del problema, negando la complessità, banalizzando la sofferenza. Non è affatto semplice, tra l’altro, prevenire qualcosa le cui cause non sono del tutto note o molto complesse in quanto derivanti da molteplici fattori.

Che fare, allora, per prevenire?

Nell’ambito della Psicologia della Salute, tra gli interventi di prevenzione primaria, un ruolo cruciale è ricoperto dall’informazione, anche se non è sufficiente per risolvere un problema così ampio e complesso. “Se lo conosci, non ti uccide” potrebbe essere lo slogan, infatti, sapere cosa si può fare è il primo passo per stare bene anche se a questo bisogna accompagnare il “mettere in pratica ciò che si è conosciuto”.

Tra gli interventi di prevenzione secondaria, citiamo la psicoterapia, come ricerca di un miglioramento del benessere individuale dopo avere risolto dei disagi e problematiche di difficile convivenza. Si stima che in Italia circa 500mila persone avrebbero bisogno di una psicoterapia, che non sempre possono permettersi; il servizio pubblico offre alcune soluzioni terapeutiche ma le liste d’attesa sono molto lunghe e il servizio non risponde a tutte le richieste.

Dal punto di vista dell’informazione è indiscusso il ruolo di giornali, riviste specializzate, siti internet, forum di discussione, mailing list, newsgroup, newsletter, associazioni di volontariato e non.

Tra l'altro, i concetti di normalità, salute e malattia sono da ritenersi delle categorie generali e di per sé relative, basate sull'integrazione di caratteristiche individuali nei confronti di elementi o parametri comuni di cultura, di costume, di miti, di abitudini, di ambiente.

La salute mentale, quindi, è il prodotto dell'interazione e dell'integrazione di almeno tre ordini di fattori ovvero quelli psichici, fisici e sociali.

Nella promozione della cultura di un benessere psicofisico, in un'ottica dell'educazione alla salute, si può parlare di attività ritenute promozionali in quanto caratterizzate dall'attuazione di condizioni psicofisiche che favoriscono la salute attraverso interventi generali che non mirano soltanto alla risoluzione di un problema specifico.

Parallelamente alla cultura del *piacere immediato* e all'*accelerazione del tempo*, che contraddistingue la nostra società, il benessere, inteso in senso psicologico, è la conseguenza della comprensione personale dell'importanza data ai diversi "pezzetti" della propria esistenza.

Infine, un altro aspetto importante, è il suggerimento fatto alla persona di provare a contare sulla sua rete sociale: esistono, infatti, nella comunità, nel quartiere, diversi servizi designati non solo al sostegno psichico, ma che promuovono la partecipazione e l'inserimento dell'individuo nella vita della comunità di appartenenza.

Per attivare, quindi, un intervento di tipo preventivo, bisogna:

- focalizzare i nodi problematici;
- potenziare lo sviluppo delle caratteristiche personali che sono fondamentali per raggiungere il benessere;
- promuovere l'acquisizione di nuovi atteggiamenti congeniali allo "star bene".

All'esatto opposto della tematica del benessere, si trova un fenomeno allarmante: il suicidio giovanile.

Durkheim vi si dedicò nel 1897, definendolo come "ogni caso di morte direttamente o indirettamente risultante da un atto positivo o negativo compiuto dalla stessa vittima pienamente

consapevole di produrre questo risultato”. Lo psichiatra austriaco Ringel ha proposto di distinguere tre componenti del processo suicidale: la chiusura esistenziale, l’autoaggressività repressa e le fantasie suicide.

La ricerca sul suicidio si allarga, inoltre, necessariamente, al fenomeno del tentato suicidio, che pure presenta alcune caratteristiche sue proprie, fra cui quella che ad esso ricorrono più le donne che gli uomini (mentre, il rapporto numerico fra suicidi di uomini e suicidi di donne è di circa 3 a 1).

Il suicidio rappresenta in tutti i paesi del mondo un’emergenza sociale, essendo diventata la terza causa di morte degli adolescenti del mondo Occidentale con un picco di casi in Danimarca; nel mondo orientale, in Giappone, per esempio, è la prima causa di morte. Ogni anno quasi un milione di persone muore per suicidio (WHO, 1998). Tale fenomeno è in aumento e, se diamo uno sguardo alle statistiche ufficiali dell’ISTAT si può comprenderne la gravità. Nel comune di Palermo, dal 2000 al 2002, per esempio, la percentuale di suicidi per 100.000 abitanti è passata dal 4,4% all’8,5%.

Di fronte alla drammaticità di tali dati, numerosi paesi hanno deciso di introdurre nelle loro iniziative di politica sanitaria, la prevenzione al suicidio e l’Organizzazione Mondiale della Sanità inserisce come parte dell’*Health for target*, la diminuzione dei comportamenti suicidari, sia quelli ad esito fatale che quelli ad esito non fatale.

In quest’ottica di prevenzione, è sorta nel 1995 a Palermo l’associazione A.F.I.Pre.S. – Marco Saura (Associazione famiglie italiane per il suicidio), con la finalità operativa di prevenire e gestire, attraverso l’intervento, forme di disagio, e fragilità psicologica, che noi registriamo come predittori di comportamenti autolesivi e suicidari.

- Ciò viene reso possibile grazie a numerosi strumenti, quali:
- il centro di ascolto *Telefono Giallo, Centro di prima accoglienza* e il centro aggregativi ed educativo *I girasoli*;
 - il coordinamento operativo con strutture pubbliche e private;

- iniziative preventive ed informative nella scuola, nei consultori e nelle strutture di quartiere;
- le giornate di studio (convegni, conferenze, seminari).

Il centro di ascolto *Telefono Giallo*, è costituito da volontari opportunamente formati alla gestione della relazione telefonica con utenti affetti da disagio psichico, e formati, in particolare, nella prevenzione al suicidio (li definiamo *operatori del mondo interiore*).

Gli ostacoli più difficili da superare sono, senza dubbio, l'ignoranza e la disinformazione che generano numerosi pregiudizi. Una delle conseguenze è un elevato tasso di mortalità: le persone affette da problemi psichici gravi (prevalentemente psicotiche) si tolgono la vita a causa dello stato di angoscia e d'isolamento nel quale si trovano.

Un altro servizio offerto è quello relativo allo *spazio di ascolto per le famiglie*. Da tali gruppi di auto-aiuto, i familiari che vivono la drammaticità dell'evento suicidario o del tentato suicidio, trovano conforto e sostegno nel potersi confrontare con uno psicologo.

Il desiderio che nutriamo è che i nostri "malati" diventino leaders di se stessi, imparando a sapere gestire le difficoltà e i piccoli, grandi imprevisti della vita quotidiana. Per questo, mettiamo a disposizione i nostri servizi e la nostra professionalità: ci occupiamo del malato e della sua famiglia con l'ascolto attivo telefonico e il centro di prima accoglienza, portiamo avanti delle campagne pubblicitarie per educare alla cultura della vita, forniamo professionisti del settore, ci occupiamo dei giovani del nostro quartiere, parliamo del suicidio, attiviamo laboratori a scuola dove è possibile attivare il confronto sia con i giovani che con i loro insegnanti.

Crediamo fermamente in ciò che facciamo, la strada è ancora molto lunga per arrivare a sensibilizzare l'opinione pubblica rispetto alla tematica della prevenzione al suicidio.

Vorremmo continuare a credere, a sperare, a lottare per chi è affetto da disagio psichico affinché non arrivi a credere che la soluzione ai suoi problemi sia soltanto la morte. Vorremmo

portare avanti i nostri obiettivi di promozione della qualità della vita e, per questo, chiediamo continuamente alle Istituzioni un aiuto sensibile e concreto per fare in modo che chi è affetto da disagio psichico non si trovi solo nel proprio malessere, ma possa essere aiutato a uscire fuori da un tunnel senza via di fuga.

2. L'intervento sulla crisi: il centro di prima accoglienza

Il centro di prima accoglienza dell'associazione A.F.I.Pre.S., composto da un'équipe di psicologi e psicoterapeuti, effettua attività di valutazione ed interventi brevi, attraverso il sostegno psicologico ed una cura particolare dell'ascolto e del contenimento di individui in condizione di profondo malessere e disagio psicologico, a rischio di attuare condotte autolesive suicidarie o che hanno già tentato il suicidio.

Volendo descrivere il nostro schema operativo è importante sottolineare che inizialmente lo psicologo accoglie la richiesta filtrata, in una fase di pre-contatto, dagli operatori del Telefono Giallo, e, attraverso alcuni colloqui iniziali, esegue una prima valutazione di tipo prevalentemente fenomenologico, esplorando la qualità del disagio, la sua storicizzazione, i vissuti relativi al malessere, il funzionamento dell'Io, il livello d'angoscia, le relazioni interpersonali e l'adattamento sociale e lavorativo.

A questa prima fase conoscitiva, segue l'intervento breve di sostegno centrato sulla crisi e, non di rado, l'affiancamento del soggetto alle strutture socio-sanitarie, per una presa in carico globale, sotto il profilo neuropsichiatrico, psicoterapico o riabilitativo.

Il lavoro di accoglienza si configura, quindi, come intervento sulla crisi, intesa come evento di destabilizzazione dell'equilibrio emotivo, che, inevitabilmente, comporta alterazioni del processo di adattamento e di contatto con l'ambiente.

Pur occupandoci della situazione problematica nel qui e ora, riteniamo importante leggere e contestualizzare l'episodio di

crisi nell'ambito della storia personale e familiare del soggetto. Ci si chiede, infatti, da una parte, in che fase del ciclo vitale personale e familiare si colloca l'esordio del disagio - ovvero, come direbbe Erikson, con quale tema esistenziale esso coincide - e, dall'altra, in quale fase dello stesso ciclo vitale affiora la richiesta d'aiuto.

Se il disagio, infatti, va legato alla storia, il problema è quello presentato nella dimensione del "qui e adesso": è qualcosa di attuale che motiva a richiedere aiuto in un particolare momento.

Rispetto al proprio malessere, notiamo come la persona sperimenta vissuti d'impotenza, per cui da un lato *non riesce a crescere* e, quindi, ad affrontare le novità che l'ambiente gli presenta, ma dall'altro *non rinuncia a crescere* ed è spesso questa spinta motivazionale che lo induce a chiedere aiuto. Oltre alla risoluzione dei sintomi, ci sembra, dunque, che il bisogno soggiacente, sia quello di affrontare il *next* ovvero il momento successivo del proprio ciclo vitale. Sotto questo aspetto la crisi può contenere potenzialità evolutive, di maturazione, insite nella richiesta d'aiuto. E, tale possibilità di superamento del limite, richiede un sostegno specifico e adeguato affinché questo possa avviarsi.

La richiesta d'aiuto e l'analisi della stessa costituiscono allora il *focus* dell'accoglienza, la leva su cui costruiamo una relazione di fiducia. D'altra parte, il tema della fiducia appare quanto mai importante nel nostro ambito d'intervento, se pensiamo che alcuni modelli epistemologici, in particolare gli approcci umanistico-esistenziali, leggono l'atto suicidario come estremo atto *retroflessivo*, ossia come modalità d'interruzione del contatto, fondata su un'incapacità a fidarsi dell'ambiente.

Lavorare sulla fiducia ci riconduce ad un uso del colloquio come esperienza di *riconoscimento*, di accoglienza della presenza dell'altro e del suo valore in quanto individuo. Lo sfondo relazionale è, dunque, l'equità, la *fiducia nell'autoregolazione*, come pure, la lettura del processo di aiuto attraverso criteri quali la stima del soggetto nel suo complesso, il

lasciarsi affascinare dalla sua narrazione, così come descrive E. Poster nel testo “La vita di ogni uomo merita un romanzo”.

Questo stile di conduzione, che riproduce un’esperienza in cui il soggetto si sente accolto aldilà dell’individuazione degli elementi disfunzionali, applica il paradigma positivo del guardare *cosa funziona come*, giungendo alla lettura di sintomo in termini di *adattamento creativo*.

La consulenza breve e il sostegno in prima accoglienza sono solo un aspetto del più vasto processo di *empowerment* e di cura, affidati ai servizi specialistici, eppure essi costituiscono un passaggio importantissimo in ordine alla possibilità di coinvolgimento del paziente con ideazioni e comportamenti suicidari, sia per la specifica collocazione temporale all’interno del processo terapeutico (coincide, infatti, con il momento della richiesta d’aiuto ovvero quando la mobilitazione dell’energia e intenzionalità della persona sono massivamente protese verso la ricerca di un contatto), sia per la connotazione del servizio a *bassa soglia*, contattato maggiormente da persone che hanno difficoltà a rivolgersi alle strutture istituzionali.

Tra gli obiettivi che ci poniamo, è importante segnalare sia l’*estensione della consapevolezza* rispetto ai propri bisogni ed al modo personale di entrare in contatto (o interromperlo) nel presente della relazione con lo psicologo, sia l’*azione costruttiva* che facilita e sostiene l’orientamento e l’intenzionalità relativa al cambiamento e comprende l’individuazione di tempi, spazi modalità ed eventuali persone che possono essere coinvolte nell’attuazione del proprio processo di cambiamento.

Vengono, così, promossi i valori di autodeterminazione, conoscenza di sé, responsabilità della persona. Lo sfondo di questa operatività è cogliere momento per momento il processo relazionale, attraverso la nostra esperienza soggettiva dei modi di entrare in contatto del paziente nella relazione con noi.

NOTE SUGLI AUTORI
(come fornite dagli stessi)

E. Aguglia, professore di Psichiatria, Università degli Studi di Trieste, direttore dell'U.O. Clinica Psichiatrica e del Centro U.V.A.. dell'Azienda Sanitaria n.1 Triestina.

D. Carlino, U.C.O. di Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università degli Studi di Trieste.

E. Cavaliere, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze.

C. Cecchelli, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze.

V. Cutaia, musicoterapista, coordinatrice del Telefono Giallo presso l'A.F.I.Pre.S.

A. Costacurta, Università degli Studi di Padova.

M. De Vanna, U.C.O. di Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università degli Studi di Trieste.

A. Frasson, Università degli Studi di Padova.

C. Giannecchini, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di

Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze.

K. Guccione, psicologo clinico e di comunità, psicoterapeuta, esperto di counseling.

D. La Barbera, professore di Psicoterapia e Psicologia Clinica, Università di Palermo, presidente di corso di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli Studi di Palermo

C. La Cascia, psicologa, docente di Psicologia dello Sviluppo presso il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli Studi di Palermo.

G. Lavanco, professore di Psicologia di Comunità presso l'Università degli Studi di Palermo e di Catania, membro del direttivo nazionale della Società Italiana di Psicologia di Comunità (SIPCO).

M. Mandalà, dottorando di ricerca in Psicologia di comunità e modelli formativi, Università degli Studi di Lecce.

A. Martini, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze

F. Martini, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze.

S. Messina, psicologa di comunità, collabora con la cattedra di Psicologia di Comunità presso l'Università degli Studi di Palermo.

L. Misuraca, psicologa clinica e di comunità

G. Notari, direttore dell'Istituto Pedro Arrupe S. J.

L. Pavan, professore di Psichiatria, direttore della Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Padova; presidente della Società Italiana di Suicidologia.

L. Pampaloni, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze

G. P. A. Placidi, medico psichiatra, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze.

M. Rossi, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze

P. Scocco, Università degli Studi di Padova.

B. Scira, dottore in psicologia clinica e di comunità

F. Turchi, Centro per lo Studio e la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (CSPCS), U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Firenze.

INDICE

Premessa, di *A. Nascè*

Introduzione, di *S. Messina, C. La Cascia e L. Nuccio*

1. Il post-intervento: progetto SOPRoxi, di *P. Scocco, A. Costacurta, A. Frasson e L. Pavan*

2. Disturbo bipolare con condotte suicidarie: prevenzione delle ripetizione dei tentativi autolesivi nei sopravvissuti, di *G.P.A. Placidi, F. Turch., C. Giannecchini, C. Cecchelli, A. Martini, F. Martini, M. Rossi, L. Pampaloni e E. Cavalieri*

3. La metafora e il suicidio, di *K. Guccione*

4. Effetti ed implicazioni affettivo/emotive degli eventi autolesivi nell'ambito familiare, di *D. La Barbera e E. La Cascia*

5. La prevenzione del suicidio nella rete dei servizi, di *E. Aguglia, D. Carlino e M. De Vanna*

6. Etica della vita: dalla solitudine alla testimonianza. Adulti significativi per giovani in cammino, di *G. Notari*

7. Organizzare la prevenzione: caregivers e formazione degli operatori, di *G. Lavanco e B. Scira*

8. La Peer Education come strumento di prevenzione, di *M. Mandalà e S. Messina*

9. L'A.FI.PRE.S. fra la promozione del benessere e l'intervento della crisi, di *V. Cutaia e L. Misuraca*

Gli autori