

Il paziente dimenticato: il suicidio. Quando la fine non diventa un inizio
di A. Casadei e S. Acampora. Milano: FrancoAngeli 2016

Recensione di **Adelina Detcheva**

“In accordo con le stime dell’OMS, nel 2020 approssimativamente 1,53 milioni di persone moriranno per suicidio e 10-20 volte di più compiranno un tentativo, il che significherà una morte ogni 20 secondi ed un tentativo ogni 1-2 secondi” (p. 81). La statistica è allarmante, l’argomento è ancora un tabù. Il paziente con tendenze al suicidio è un paziente che affida un grosso fardello al clinico: “questi pazienti inducono nel terapeuta una profonda inquietudine perché rifiutano a priori che, con la comprensione analitica, la vita possa diventare degna di essere vissuta” (p. 93). Di fronte alla distruttività del paziente, può accadere talvolta che il clinico provi un’angoscia eccessiva che ne paralizzi il pensiero e attacchi il lavoro della sua mente; che egli si senta colpito nella propria competenza o nel suo narcisismo; che si senta divorato dai sensi di colpa, soprattutto se la minaccia di suicidio si avvera; che ne esca devastato. Infatti, “esiste una linea sottile tra il desiderio altruistico di aiutare i nostri pazienti ed il tentativo onnipotente di guarirli” (p. 95). Quanto indicato sicuramente solleva questioni riguardanti il controtransfert e la sua necessaria e continua analisi, ma emergono anche altre questioni di carattere valoriale, culturale, spirituale, sociale, sanitario, personale.

Il libro di A. Casadei e S. Acampora si concentra su un testo implicito e trasversale a tutti i capitoli dell’opera: cosa c’è nella mente di chi si toglie la vita? Qual’è lo stato mentale di chi sta per compiere l’atto finale? “Il suicida in realtà rifiuta di vivere quella vita ma desidera viverne una diversa” (p. 19). Lo scenario è quello del dolore mentale insopportabile, della disperazione, della mancanza di speranza, che diventano il perno centrale della questione suicidaria. “Lo stato psichico è perturbato, sconvolto, scosso” (p. 22), “con manifestazioni somatiche e localizzazione dell’angoscia come nell’ipocondria o con disturbi alla gola, tipico del pianto trattenuto. Conseguente a questo è lo stato di *costrizione*” (*ibidem*); si entra nella visione *tunnel*, tipica del pensiero dicotomico: “poter risolvere magicamente il proprio dolore - impossibile - oppure suicidarsi - possibile” (p. 27). Cosicché sottrarsi a questo dolore, vissuto come “una forza estranea e ostile” (p. 23), costituisce l’unica soluzione di questo stato psichico intollerabile che disgrega il senso di sé.

L’ottica psicodinamica esplora le diverse configurazioni di questo stato della mente così invaso dai fantasmi: è un “omicidio mancato” (p. 66) o “invertito” (p. 67), ai danni di una persona importante, scelta narcisisticamente e quindi introiettata, amata e odiata, o è l’atto di punizione di un Io colpevole, modificato da tale oggetto assunto dentro con ambivalenza, ad opera di un Super Io persecutorio (Freud, 1917; Klein, 1978); è un atto di dissolvimento e ritorno ad uno stato primitivo, di fusione con l’oggetto primario (Fenichel, 1945); è l’unica possibilità di risolvere il conflitto di separazione-individuazione altrimenti impossibile da svolgere (Wade, 1987); è il tentativo di sfuggire ad una relazione primaria soffocante (Jan-Tausch, 1963); è l’autoaggressività che sconfinava dalla sua dimensione psicologica su quella fisica (Musatti, 1949); è la fantasia di diventare immortali nella mente di chi rimane (Stengel, 1977). Qualunque cosa sia, non si può dire a parole: la possibilità di elaborare psichicamente la sofferenza è in cortocircuito e ciò “si scontra con l’incapacità di contenimento degli impulsi e della mancata acquisizione del senso di autocontrollo” (p.

60). In fin dei conti, “il momento del tentato suicidio è sempre un momento profondamente psicotico” (Ladame, 1986, citato dalle autrici a p. 60).

Ed ora vediamo le potenzialità del lavoro clinico: se questa vita non ha senso e non è degna di essere vissuta, è possibile forse andare alla ricerca di un nuovo senso della vita, sostenendo i legami della mente. La modalità di trattamento di questo tipo di condizione esistenziale suggerita dalle autrici parte proprio da qui: il vuoto c'è, la negatività è vista. Lavorare *intorno* ad essa permette di uscire dalle dicotomie, dal binomio ‘vivere-non vivere’. Il punto qui è *come* vivere il tempo dell’esistenza. Se il suicidio è *la* soluzione, il lavoro clinico batte il sentiero dell’esplorazione delle alternative, l’esplorazione della flebile ipotesi che qualcosa di buono potrebbe esserci da qualche parte e, se pensato, potrebbe costituire il fondamento di un nuovo inizio.

Prevenire l'*agito* del suicidio, trasversale a tutte le età e ad una moltitudine di disturbi mentali (dalla depressione alla mania, alla malattia cronica, alla psicosi, ai disturbi di personalità, ai disturbi di *addiction*), vuol dire dare un senso al dolore, favorirne il contenimento e l’elaborazione, aiutando il paziente a ritrovare l’appagamento del continuare a vivere mentre attende pazientemente la morte (Tatarelli e Pompili, 2007, citati dalle autrici a p. 13).

Bibliografia

Fenichel, O (1945), *Trattato di psicoanalisi. Delle nevrosi e delle psicosi*. Roma: Astrolabio 1978.

Freud, S. (1917), *Lutto e malinconia*. Torino: Bollati Boringhieri 1978.

Jan-Tausch, J. (1963), *Suicide in children, New Jersey public school students*, Trenton NJ State of NJ Department of Education (n.d.).

Ladame, F. (1987), *I tentativi di suicidio degli adolescenti*. Borla: Roma.

Klein, M. (1978), *Scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.

Musatti, C. L. (1949), *Trattato di psicoanalisi*. Torino: Boringhieri 1970.

Stengel, E. (1977), *Il suicidio e il tentato suicidio*. Milano: Feltrinelli.

Tatarelli, R., Pompili, M. (2007), *Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro*. *Minerva Psichiatrica 1*, pp. 99-118.

Wade, N. L. (1987), *Suicide as a Resolution of Separation-Individuation among Adolescent girls*. *Adolescence 22* (85), pp. 169-177.

Adelina Detcheva è psicologa clinica e psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicologia Clinica della Sapienza Università di Roma; consulente in ambito privato, collabora con il Consultorio Familiare di San Basilio (ASL RM2).

Email: adelina.detcheva@gmail.com