

ATTI DEL CONVEGNO

XV Convegno Nazionale

**“Disagio individuale e crisi sociale nel
postmoderno”**

20 Ottobre 2010 - Palermo

Palazzo Steri – Piazza Marina

a cura di

Associazione A.F.I.Pre.S “Marco Saura” Onlus Palermo

Presentazione

Proseguendo l'opera di approfondimento delle tematiche e delle buone prassi connesse alla prevenzione dei comportamenti suicidari, dedichiamo questo XV Convegno al tema: *“Il disagio individuale e la crisi sociale nel postmoderno”*. L'inquadramento tematico di quest'anno è ispirato dalla constatazione di quanto i mutamenti culturali della nostra epoca si facciano promotori di nuove forme di disagio che obbligano a ripensare la modalità di prevenzione e presa in carico.

La postmodernità ha lasciato pochi spazi al desiderio, ha riempito compulsivamente l'intervallo tra un bisogno e l'altro e globalizzato il senso di comunità, distrutto i miti che viaggiano nell'humus culturale dei popoli rimpiazzandoli con il mito planetario della visibilità a tutti i costi. Queste ed altre evidenze suggeriscono che oggi la radice del disagio individuale sia da rintracciare in una diffusa condizione insuperabile di solitudine in mezzo alla gente, di appiattimento emotivo in un contesto di spettacolarizzazione delle emozioni, di espulsione del corpo nella sua esasperata esposizione, di ricerca quasi romantica del suo annullamento in favore di una necessità di individuazione che non trova altrove luoghi e riti di passaggio altrettanto forti.

Il divario generazionale che le nuove tecnologie hanno imposto con la loro esponenziale crescita, ha reso questa epoca, molto più di altre, portatrice di una nuova modalità di pensiero ed espressione, in cui a volte l'adulto o il curante, che ha il compito di prevenire o invertire il processo patogenetico, deve compiere lo sforzo di apprendere il linguaggio del “nativo digitale”, fatto di bisogni narcisistici non appagati ed incapacità a desiderare e impregnato, per questo, delle difficoltà di distinguere realtà e fantasia. Spesso la famiglia si trova allora a vivere una condizione di “survivor anzitempo”, espulsa dall'universo di significato dei soggetti a rischio e incapace di aprire quella porta dietro la quale si consuma la sofferenza e, a volte, il gesto estremo che la relegherà irrimediabilmente in questo difficile ruolo.

L'insieme di tali problematiche ha una ricaduta inevitabile, oltre che i suoi comportamenti auto lesivi e autodistruttivi propri delle nuove forme e declinazioni del disagio psichico, sulla prevenzione, la presa in carico, il trattamento e, più in generale, la risposta delle istituzioni sanitarie. Questo quadro è reso ulteriormente complesso dal momento di forte crisi e cambiamento che attraversano le strutture assistenziali, la cui attività è oggi travagliata da un impoverimento delle risorse che rischia di sfilacciare e rendere ancora più precaria e difficile l'attuazione di adeguate politiche sanitarie.

Mettere in rete le risorse di esperti e agenzie territoriali, informare le famiglie, con una specifica attenzione al necessario e imprescindibile processo di alfabetizzazione emotiva nei confronti delle nuove generazioni, è allora una delle vie più promettenti da percorrere per la prevenzione e il trattamento di questa area di rischio e coinvolge in modo circolare la famiglia, la scuola, ogni agenzia educativa e formativa. L'A.F.I.Pre.S. Marco Saura raccoglie ancora una volta la sfida, presentandovi il XV Convegno Nazionale dedicato ai cambiamenti culturali implicati nel disagio individuale e nella crisi sociale che permea i luoghi familiari e le istituzioni dedicate alla sua prevenzione e cura.

Saluti
e interventi introduttivi

NOTA PER IL LETTORE: *tutti i testi sono tratti da registrazione e conservano le caratteristiche del linguaggio parlato.*

GIUSEPPE MAZZOLA

Buongiorno a tutti, sono il Dr. Giuseppe Mazzola, Psichiatra e Consulente C.d.C. Villa Margherita Palermo.

Penso che la maggior parte di voi conosca l'A.F.I.Pre.S., che ormai da tempo, dal '95, porta avanti la sua attività, e questo è il 15° Convegno organizzato dall'Associazione. Abbiamo toccato tutti i vari argomenti, iniziando con cosa è il suicidio e come considerarlo, per passare pian piano al suicidio della legge, al suicidio della religione, alla cultura, alla clinica, a come i media affrontano il problema, ai non luoghi dove può avvenire il suicidio. Quest'anno il tema prescelto è il disagio individuale, la solitudine, la crisi dell'individuo, tipiche dell'epoca in cui viviamo e di tutte le problematiche connesse.

C'è da fare sempre un plauso alla Sig.ra Nuccio, Presidentessa dell'A.F.I.Pre.S., che ogni anno organizza e porta avanti queste campagne di sensibilizzazione, in quanto è divenuto sempre più problematiche e difficile che un'istituzione possa aiutare ed intervenire; quindi quest'anno, sempre grazie alla testardaggine della Sig.ra Nuccio siamo arrivati a questo XV° Convegno, nella speranza che se ne possano continuare a fare altri.

Un'altra notizia, che ormai tutti voi sapete è che l'A.F.I.Pre.S. è uscita dai confini palermitani in quanto è affiliata a due grosse organizzazioni mondiali: l'IFOTES (International Federation of Telephone Emergency Services) relativa al Telefono Giallo, cioè il telefono d'aiuto, e l'Associazione Mondiale di prevenzione del suicidio.

Quest'anno l'A.F.I.Pre.S. è stata presentata a Roma con grande successo, dimostrando che nonostante si viva in periferia non si fanno cose diverse o inferiori rispetto a quelle che possono fare altri enti.

La vera difficoltà è invece il riconoscimento e la possibilità che queste attività siano sempre più riconosciute e possano avere maggiore sostegno.

Quest'anno abbiamo l'adesione di grossi personaggi del mondo universitario che ci onorano con la loro presenza, il professor Eugenio Aguglia dell'Università di Catania, il professore Nivoli dell'Università di Sassari, il professore Quartesan dell'Università di Perugia, il professore Pompili di Roma.

Quando abbiamo affrontato il tema dell'autopsia psicologica abbiamo avuto la possibilità di avere qui il professore Nivoli e il professore Pompili che era proprio in diretto contatto con la scuola americana che ha elaborato tutte le tecniche dell'autopsia psicologica. Tale tecnica risulta ancora poco utilizzata in Italia, anche se solo in campo clinico è stata usata qui a Palermo.

Poi avremo il dottor Cardinale dell'Università di Palermo, nonché il professor Augusto Cavadi del Liceo Garibaldi di Palermo, la dottoressa Billeci psicoterapeuta di Palermo, la dottoressa Viviana Cutaia psicologa e coordinatrice del telefono giallo e il dottor Gaetano Bonaviri che è l'animatore vero e proprio della scuola di riabilitazione psicosociale presente a Palermo. Con l'occasione posso dire che in questo momento presso la clinica presso la quale io lavoro, Villa Margherita, si sta facendo il primo esperimento, per la città di Palermo, non so se per la Sicilia, di riabilitazione psicosociale intensive durante il ricovero. È un esperimento che da maggio sta andando abbastanza bene e quindi speriamo che possa avere ulteriore incremento e successo.

L'inquadramento tematico di quest'anno è ispirato alla constatazione di quanti mutamenti culturali della nostra epoca si facciano promotori di nuove forme di disagio che obbligano a ripensare la modalità di prevenzione e presa in carico. La postmodernità ha lasciato pochi spazi al desiderio riempito compulsivamente, l'intervallo tra un bisogno e l'altro ha globalizzato il senso di comunità, distrutto i miti che viaggiano nell'humus culturale dei popoli rimpiazzandoli con un mito planetario della visibilità a tutti i costi.

Queste e altre evidenze suggeriscono che oggi la radice del disagio individuale sia da rintracciare in una diffusa cognizione insuperabile di solitudine in mezzo alla gente, di appiattimento emotivo in un contesto di spettacolarizzazione dell'emozione, di espulsione del corpo nella sua esasperata esposizione, di ricerca quasi romantica del suo annullamento in favore di una necessità di individuazione che non trova altrove luoghi e riti di passaggio altrettanto forti.

Il divario generazionale che le nuove tecnologie hanno imposto con la loro esponenziale crescita ha espressioni in cui, a volte, l'adulto o il curante, che ha il compito di prevenire o invertire il processo patogenetico, deve compiere lo sforzo di apprendere il linguaggio del "nativo digitale" fatto di bisogni narcisistici non appagati, di incapacità a desiderare e impregnato per questo delle difficoltà di distinguere realtà e fantasia.

Spesso la famiglia si trova allora vivere una condizione di "survivor anzitempo" espulsa dall'universo di significati di soggetti a rischio e incapace di aprire quella porta dietro la quale si consuma la sofferenza e, a volte, il gesto estremo che la relegherà irrimediabilmente in questo difficile ruolo.

L'insieme di tali problematiche ha una ricaduta inevitabile, oltre che nei suoi comportamenti autolesivi e autodistruttivi propri delle nuove forme e declinazioni del disagio psichico, sulla prevenzione, la presa in carico, il trattamento e più in generale, la risposta delle istituzioni sanitarie.

Questo quadro è reso ulteriormente complesso dal momento di forte crisi e cambiamento che attraversano le strutture assistenziali, la cui attività è oggi travagliata da un impoverimento delle risorse che rischia di "sfilacciare" e rendere ancora più precaria e difficile l'attuazione di adeguate politiche sanitarie.

Mettere in rete le risorse di esperti ed agenzie territoriali, informare le famiglie, con una specifica attenzione al necessario e imprescindibile processo di alfabetizzazione emotiva nei confronti delle nuove generazioni, è allora una delle vie più promettenti da percorrere per la prevenzione e il trattamento di questa area di rischio e coinvolge in modo circolare la famiglia, la scuola, ogni agenzia educativa e formativa.

L'A.F.I.Pre.S Marco Saura raccoglie ancora una volta la sfida, presentandovi il XV° Congresso Nazionale dedicato ai cambiamenti culturali implicati nel disagio individuale e nella crisi sociale che permea i luoghi familiari e le istituzioni dedicate alla prevenzione e cura.

In questi giorni c'è un processo ai social network; ho letto ad esempio, quali sono le problematiche di facebook dove è presente la necessità di essere tutti amici e nello stesso tempo di essere totalmente soli in quanto non c'è uno scambio vero; si sta agitando questa problematica: più si vive da soli chiusi nella propria stanza, più invece si ha l'illusione di essere nel mondo perchè il mezzo permette di essere nel mondo.

Ma è un vero essere nel mondo? Si può dire che alla fine la solitudine dell'uomo c'è sempre stata, i movimenti assistenzialistici alla fine non hanno altro che sottolineato il significato dell'essere soli, del non potere avere un "tu" significativo a cui rivolgersi e oggi siamo invece nelle condizioni in cui esiste un "tu", ma è un "tu" virtuale, un "tu" a cui non ci si rivolge facilmente personalmente ma in maniera mediata senza dubbio.

Adesso cedo la parola al professore Nivoli dell'Università di Sassari e ringrazio il professore Lagalla, Rettore dell'Università di Palermo che ci ha ceduto questa prestigiosa sede. Il professor Nivoli affronterà il tema della valutazione del rischio suicidario in ospedale, argomento abbastanza importante per chi di noi lavora in ospedale e che a volte, si può trovare di fronte a questo gravissimo evento. È bene quindi approfondire l'argomento.

Relazioni

NOTA PER IL LETTORE: *tutti i testi sono tratti da registrazione e conservano le caratteristiche del linguaggio parlato.*

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DEL SUICIDIO IN OSPEDALE

Giancarlo Nivoli

Cercherò di illustrarvi in una prima parte che cosa si può chiedere ad un paziente per sapere se ha un grande rischio o meno di uccidersi.

Quindi è una cosa che può interessare tutti. Cosa si chiede ad un paziente, per sapere se si vuole uccidere o no? Se c'è un rischio reale? Noi vedremo tre atteggiamenti del terapeuta molto differenti l'uno dall'altro.

Il primo atteggiamento è relativo all'analisi dei dati obiettivi, quelli su cui c'è poco da discutere; ad esempio, il primo dato fondamentale è sapere se ci sono precedenti tentativi di suicidio, in quanto tale evento comporta una possibilità maggiore di reiterazione rispetto ad un soggetto che non ha mai commesso un atto suicidario.

Il secondo aspetto da analizzare è la familiarità, cioè se all'interno della famiglia un soggetto si è suicidato. Ci sono famiglie intere che si sono suicidate. Di cosa si tratta? Di una promessa genetica? Di un'imitazione?

Tra gli aspetti da considerare vi sono, oltre l'accadimento di un grave lutto in famiglia, l'uso di droghe e/o di alcool. Si tratta di aspetti a cui possiamo rivolgere una domanda e rispondere in maniera affermativa o negativa senza ulteriori discussioni.

Ha una malattia mentale? Sappiamo che la malattia mentale non è la causa del suicidio ma è una delle venti/trenta motivazioni che lo possono provocare; se affermiamo che un soggetto si è ucciso perché depresso, facciamo una ipersemplicificazione dannosissima e pericolosissima.

Diamo un'ipotesi di senso per spiegare un fenomeno estremamente complesso: si è ucciso perché la maestra le ha detto che aveva dei brutti voti a scuola e l'ha sgridato oppure si è ucciso perché era depresso; queste affermazioni non sono assolutamente vere, non tutti i depressi si uccidono, si dovrebbe dire invece: si è ucciso non solo perché era depresso, ma perché era impulsivo, aggressivo, aveva perso la speranza, era solo, non aveva più una buona concezione di se stesso come persona.

Si ricorre spesso a queste ipotesi ipersemplicative che possono divenire ancora più dannose se pubblicizzate dai mass media.

RELAZIONI

La prima parte è semplice, perché si tratta di dati obiettivi e il professionista non è minimamente implicato.

La presenza di una malattia mentale, quale può essere ad esempio il disturbo bipolare, cioè l'alternarsi di momenti di euforia a momenti di depressione, comporta un maggiore rischio suicidario rispetto ad una personalità istrionica, cioè una persona a cui piace fare spettacolo e che vuole essere al centro dell'attenzione.

Il secondo passaggio prevede l'analisi di cosa pensa il paziente, indagando la presenza o meno di ideazione suicidaria; le domande devono essere poste in maniera indiretta, ad esempio: "*lei pensa che la vita valga la pena di essere vissuta?*". Si chiede poco, perché il professionista deve sapere a che punto del tragitto è la persona, quindi se è tra il non avere una grande gioia di vivere e l'aver già preparato un progetto per uccidersi.

Ecco gli aspetti da indagare: c'è un'ideazione suicidaria? C'è un desiderio suicidario? C'è un'intenzione suicidaria? C'è un progetto?

A questo punto entriamo in qualcosa di più difficile; in questa fase molti terapeuti si fermano perché hanno paura di chiedere queste cose. Qui inizia il punto cruciale. Il suicidio fa paura al terapeuta, fa paura alla famiglia e molti terapeuti non chiedono. Ovviamente quando vengono interrogati non diranno mai che hanno paura, diranno mille altre cose; la risposta più frequente sarà che è meglio non parlare di suicidio perché altrimenti si rischia di mettere in testa questa idea al soggetto. Questa è la cosa più sbagliata che ci sia, bisogna parlarne; se il discorso non viene affrontato è perché il terapeuta ha dei problemi.

Questo secondo aspetto ci permette veramente di capire se la persona si ucciderà?

Voi pensate veramente che una persona che ha intenzione di uccidersi ve lo venga a dire?

Voi pensate che una persona che ha intenzione di uccidersi mantenga sempre questa idea? Oppure la sua volontà oscilla? Anche quando noi cerchiamo di "*penetrare nella testa*" della persona con grande sforzo e grande emotività abbiamo delle difficoltà. La persona che vuole uccidersi spesso dissimula, non lo fa vedere, lo dice troppo o non lo dice mai e poi lo fa. Ecco come ci troviamo di fronte al problema tecnico: la prevedibilità. Nessuno è in grado di prevedere.

Queste sono le variabili importanti che accompagnano la seconda parte.

Qual'è la terza parte? Qual'è l'esame più profondo ed impegnativo? Dove si ferma la maggior parte delle persone? Qual'è il terzo aspetto da esaminare nel rischio suicidario?

Il terzo aspetto è relativo all'analisi delle emozioni del paziente, cioè capire che cosa succede. È necessario sentire il dolore della persona e capire che è un dolore tremendo, è un dolore morale

fortissimo, mescolato a tante di quelle componenti che riescono a demolire e a frantumare la resistenza stessa mettendo a dura prova le possibilità di ascolto del terapeuta.

Come può essere questo tipo di dolore? Vediamone alcuni esempi.

Il primo tipo di dolore è così grande da comportare l'immobilità della persona. Il paziente è fermo, non dice nemmeno: “ *io mi uccido*”. L'ha scritto sul volto, non riesce a parlare, non risponde agli stimoli, è in preda all'annichilimento, sembra che nulla si possa fare. A questo punto, cosa fa il terapeuta con un soggetto che non parla minimamente e che non ha più speranze?

Anche il terapeuta si trova in difficoltà, non sa cosa fare e cosa dire, è disperato. La mancanza di speranza, la mancanza di possibilità di ricevere aiuto, l'assoluto sentimento di indegnità, l'impotenza del terapeuta causano l'annichilimento.

A questo punto pensate la forza del terapeuta perché è facilissimo scrivere un antidepressivo e mandarlo via e fare una diagnosi di depressione: in realtà questo permette solo curare il terapeuta. La diagnosi e l'antidepressivo curano il terapeuta ma non il paziente; il vero annichilimento è poter ricostruire le relazioni. A volte questo dolore diventa troppo forte per il professionista perché ci sono terapeuti che hanno una enorme paura che il proprio paziente si uccida; il timore non riguarda solo la presenza davanti al giudice, ma c'è qualcosa di più profondo. Magari questi terapeuti sono stati abbandonati da piccoli e non vogliono essere abbandonati dal loro paziente, stabilendo così un legame patologico di tipo coercitivo; l'idea che trasmettono è: “*non ti ammazzare, non puoi farmi questo*”. Il terapeuta quindi, mostra più preoccupazione del paziente rispetto a questo legame patologico e di conseguenza il paziente si approfitta della situazione creatasi usando il ricatto, telefonando a qualsiasi ora del giorno e della notte. Ecco quindi il legame patologico e l'emergere di tutta l'aggressività del paziente suicidario nei confronti del terapeuta.

Si tratta di un dolore difficile da capire e da dominare perché può portare ad una pseudo-empatia. Si pensa che se ci trovassimo nella situazione che vive il paziente anche noi compiremmo un atto suicidario.

Pensiamo ad esempio ad una persona con un carcinoma diffuso. Quanti di noi pensano: “*anch'io mi ammazzerei se mi trovassi in quella situazione*”.

Nel momento in cui il paziente sostiene di voler togliersi la vita, il terapeuta potrebbe sostenere quell'idea, pensando: “*anch'io lo farei*”. Non ha capito però che non si parla di lui ma del paziente che vuole uccidersi a causa del dolore che prova; se il terapeuta cancella il dolore, il paziente vuole continuare a vivere e a lottare. Ecco quindi, la pseudo-empatia, il contagio emotivo.

RELAZIONI

Possiamo citare ad esempio “i dolori del giovane Werther”, il romanzo in cui un ragazzo dipinto come un eroe si uccide a causa del rifiuto di una donna. Il romanzo è stato proibito perché si era riscontrato un aumento di suicidi tra i giovani.

Ma cosa succede quando il contagio avviene tra paziente e terapeuta? Potrebbe capitare che il paziente durante il colloquio esponga il suo problema e il terapeuta dica di averne di peggiori; in questo caso si ha un’inversione di ruolo e anche se potrebbero sembrare dei casi assurdi non sono meno frequenti di quanto si pensi.

Adesso faremo un esempio che provocherà delle reazioni emotive e delle sensazioni negative comprensibili. Il paziente dice: *“io mi uccido, però prima di uccidermi uccido mia moglie, i miei due figli e il capo ufficio che mi ha rovinato la vita”*, e poi venite a sapere che il vostro paziente si è ucciso senza uccidere gli altri. Che reazione avreste e che emozioni provereste? Ha risparmiato delle vite, sicuramente... Ma qual è la vostra emozione? Solievo, rabbia? Allora voi pensate che non abbia la stessa reazione un terapeuta nel momento in cui arriva un paziente in queste condizioni, carico di aggressività e violento?

Cosa fa un terapeuta in una situazione del genere? Ad esempio, se prima il paziente aveva i colloqui con cadenza settimanale, pian piano le sedute si diradano e si indirizzano ad una cadenza mensile, anziché porre le domande sull’analisi dello stato psichico, sulle emozioni o sulle idee suicidarie, vengono fatte delle domande generiche e si invia ad un terapeuta più giovane, cosa succede?

Il terapeuta reagisce con l’aggressività all’aggressività del paziente, allontanandolo volontariamente perché spesso il paziente suicidario è percepito dall’altro come un soggetto aggressivo e “lamentoso”.

Ma qual è il significato del lamento di un soggetto?

Chi si lamenta è sempre una persona che accusa e le persone non vogliono essere accusate.

A volte i familiari sono straziati dal dolore e non sanno cosa fare. A volte il paziente provoca agli altri molta aggressività e in lui c’è sempre una componente narcisistica ed un’incapacità di tollerare le frustrazioni.

Un terapeuta non adeguatamente formato di fronte ad un paziente suicidario, può pensare come una “persona comune”, dicendo magari: *“ma cosa mi dici? Ma cos’hai che non va? Ne ho più io cose che non vanno, eppure le sopporto, chino il capo e vado avanti”*. Tutto ciò è sbagliato terapeutamente, si tratta di reazioni emotive estremamente sfavorevoli e negative che possono

portare a reazioni terribili, innominabili, sconvenienti, che conducono il terapeuta a “far uccidere” il paziente. Sicuramente non sono casi di tutti i giorni, ma bisogna comunque tenerli presenti.

Se chiedessi la percentuale di soggetti con diagnosi di depressione che manifestano l'intenzione di uccidersi, quanto potrebbe essere? Potrebbe essere l'1% della popolazione. E se chiedessi quanti sono in percentuale i terapeuti, gli psichiatri, gli assistenti sociali affetti da depressione, che manifestano la medesima ideazione?

Se la percentuale di professionisti che dovrebbe curare arrivasse all'8 o al 9%?

Arrivati a questo punto, io mi pongo la domanda: *“se un terapeuta che cura un paziente depresso in preda ad un'ideazione suicidaria, presentasse il medesimo disturbo e le medesime idee, come andrebbe a finire”?*

Con tali affermazioni ho voluto condurvi in un mondo difficile, in un mondo in cui, per sapere se una persona manifesta l'intenzione di uccidersi, lo si può portare ad indagare le variabili obiettive: ha tentato il suicidio precedentemente? Ci sono stati casi di suicidio in famiglia? Fa uso di sostanze stupefacenti? Ha una malattia mentale? Ha desiderio di ucciderti? Pensa che la vita valga la pena di essere vissuta? Ha già un progetto? Si tratta di quesiti apparentemente semplici.

Bisogna comunque arrivare a comprendere il dolore di questa persona, la frustrazione e la rabbia, ed essere in grado di dominare le emozioni e le reazioni al fine di comprendere il percorso che conduce dal dolore al suicidio.

Sono quindi molteplici gli aspetti per valutare il suicidio, non dimenticando l'aspetto medico-legale.

È fondamentale prestare attenzione nella compilazione della cartella clinica per fornire le indicazioni rilevanti del soggetto puntualizzando gli aspetti relativi a cosa pensa il paziente, al dolore che prova, alla reazione di fronte alle frustrazioni.

È dovere dei terapeuti evitare il suicidio.

Naturalmente, all'interno di un ospedale bisogna rispettare una serie di precauzioni.

Ad esempio, preparare tutte le stanze dell'ospedale secondo criteri ben precisi, in modo da evitare che il soggetto possa attentare alla propria vita; evitare quindi, che il soggetto abbia a propria disposizione i mezzi per suicidarsi, predisporre le misure precauzionali, essere osservato a vista, affidarlo ad un operatore qualificato ed informato sullo stato psichico del soggetto quindi, quando si presenta l'invio ad un altro terapeuta è necessario fornire tutte le informazioni necessarie al nuovo professionista.

RELAZIONI

Esistono quindi delle regole fondamentali. La prima è la posizione di garanzia, il dovere deontologico di ogni professionista, cioè il terapeuta è deputato alla cura ed alla protezione: il paziente che si vuole uccidere va dal terapeuta per essere curato e il terapeuta deve fare tutto quello che può, per curare nel migliore dei modi il paziente e per proteggerlo.

IL SUICIDIO NELL'ANZIANO

Eugenio Aguglia

Intanto ringrazio il collega Mazzola organizzatore di questa splendida opportunità di approfondimento culturale e grazie anche alla Sig.ra Nuccio per la sua abilità a livello organizzativo. Credo che questo sia un aspetto di grande significatività che dimostra come, solo attraverso la possibilità di condividere momenti così difficili dal punto di vista della tematica affrontata, ci dà poi anche la possibilità di prospettare oltre, e di vedere in che misura si possa prevenire e/o ridurre questa sofferenza legata al drammatico evento quale è il suicidio.

Cercherò di porre l'attenzione sulla problematica del suicidio nell'anziano, su quello che di fatto è una problematica che sembra legata in maniera esclusiva alla terza età ma che di fatto così non è.

Il suicidio nell'anziano ha delle connotazioni e delle caratteristiche sicuramente differenziali. Inizio con Yaspers, il padre della psicopatologia. Egli aveva già sottolineato come, l'azione suicida non la si può conoscere nella sua incondizionatezza ma solo nelle condizioni e nei motivi che la determinano.

Ecco l'assetto fondante. A noi non interessa ciò che avviene dopo, quando è troppo tardi, a noi interessa invece, cogliere quello che avviene prima e in che misura, attraverso l'attenta analisi del nostro paziente, attraverso la capacità di empatia, attraverso una spinta forte al fine di costruire una relazione sicuramente molto contrattuale e certamente terapeutica. Anche per Minkowski, solo penetrando nel paziente siamo in grado di capire quello che realmente ci vuole comunicare; riusciamo in buona sostanza a capire condizioni e motivi che hanno poi portato ad un epifenomeno così drammatico qual è il suicidio.

Molte volte, anche noi psichiatri restiamo senza parole rispetto a questo evento che sembra un pò a sorpresa; sembra un evento che ci è sfuggito di mano, che forse non siamo stati in grado di prevenire in assoluto. Probabilmente questo non è avvenuto nella buona prassi quotidiana, non è avvenuto a danno della nostra professionalità, ma è determinato dal fatto che forse abbiamo lasciato poco tempo e poco spazio all'approfondimento di questi aspetti del nostro paziente. L'analisi di ciò, ci avrebbero consentito di leggere tra le pieghe del discorso verbale e non: di fatto era questo un pò il drammatico obiettivo che aveva.

Nell'ambito della realtà internazionale, secondo i dati odierni dell'International Association For Suicide Prevention, la stima dei morti suicidi è di un milione di persone.

RELAZIONI

Si tratta di una cifra molto ampia in un capoluogo di provincia. Ciò determina un rapporto del 16 per centomila. Quindi, ogni centomila persone ci sono 16 di questi che, ahimè vanno incontro a questa drammatica realtà. L'aspetto ancora più tragico è che ogni 40 secondi nel globo terrestre avviene un suicidio. Allora ecco, noi psichiatri dobbiamo riflettere, non è un evento da banalizzare e non deve essere preso in considerazione solo per la drammaticità che ci pone al momento in cui ne veniamo a conoscenza, quello certamente è inevitabile come risposta emotiva, ma la nostra deve essere una risposta professionale, cosa completamente diversa; non possiamo avere quelle risposte che in genere si hanno quando i mass media ci comunicano che è successo un evento drammatico, quando ad esempio si interroga il vicino di casa di un soggetto che si è suicidato. La risposta del signore che abita nello stesso condominio, che prende lo stesso ascensore ed ha lo stesso portiere, che paga le stesse rate condominiali e così via, ecco che egli dirà che era una persona serenissima, tranquilla, lo vedeva ogni mattina rilassato e sbarbato che andava al lavoro.

Quello che io voglio far capire è come non ci sia dialogo, né relazione; il condominio è solo un fatto strutturale in cui le persone che lo abitano, di fatto, non hanno la possibilità di interrogazione, non si conoscono. I grandi dialoghi si fondano su: *“buongiorno... come va... che bel tempo oggi...”*; non si va oltre questo limite, oltre il quale finisce la relazione e naturalmente è la premessa di una percezione anche di solitudine, di un vissuto drammatico non condiviso e quindi, non conosciuto.

Tante volte anzi, proprio perché è sofferto viene spesso trattenuto e mantenuto fino al punto di non ritorno.

Tenuto conto delle strategie di intervento rispetto alla prevenzione effettuate per cercare di contenere il fenomeno, se andiamo ad analizzare la percentuale di suicidio notiamo nel grafico come le linee nere sono quelle che documentano in che misura il suicidio ha un trend di riduzione nelle varie nazioni prese in considerazione e vediamo come l'Italia è penultima rispetto alla Spagna e precede solo la Grecia; questo è un confronto fatto per decessi fra il 1970 e il 2005/2006.

Ma se noi però andiamo a fare un confronto rispetto all'età, vedete che la linea blu è quella che considera l'andamento dei suicidi tra i 15 e 24 anni dall'80 al 2002, quella rossa dai 25 a 44, quella un pò più chiara andando dal basso verso l'alto da 45 a 64, ma quella più inquietante è quella verde, che si stacca decisamente rispetto al trend che vedete; per quanto riguarda il suicidio dell'anziano c'è un filtro abbastanza significativo intorno agli anni '83 e '84 con una tendenza decrescente ma che rimane sempre abbastanza distanziata rispetto a quelle che sono le percentuali di suicidio nelle altre età giovani ed adulte.

IL SUICIDIO NELL'ANZIANO

In questo studio, fatto da un gruppo di Roma sono stati analizzati i trend di suicidi dall'80 al 2002, con una riduzione che va sino al 10,5% per gli uomini e al 44% per le donne perché anche nell'ambito del suicidio ci troviamo di fronte ad una psichiatria di genere.

Questa volta, parlando di psichiatria di genere diciamo che il sesso femminile è più protetto rispetto al sesso maschile di fronte a questo fenomeno e questo studio del 2007 mette in evidenza come, proprio nelle regioni più sviluppate, il suicidio è una delle dieci cause di morte; si mette quindi, in una posizione sicuramente avanzata per i soggetti che hanno un'età superiore ai 65 anni con un incremento direttamente proporzionale per quanto riguarda la frequenza e con l'età. C'è un trend in crescita che da 65 anni in poi porta questo fenomeno in assoluta crescita.

Voglio qui ricordare velocemente l'iniziativa che abbiamo avviato a Trieste tra il 2006 e il 2007, la cui finalità è stata la creazione di una rete di prevenzione del suicidio con il coinvolgimento dei Vigili Urbani, degli Assistenti sociali, dei giornalisti, del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza; quest'ultimo dispone di un telefono attivo H24 pronto a ricevere le chiamate, con un numero reso pubblico anche grazie ai Mass Media che, con una persona adeguatamente formata, dava la possibilità immediata di rispondere ad una richiesta di aiuto. Infatti, in contemporanea alla chiamata partiva l'ambulanza che andava a casa dell'interessato e cercava in qualche modo di evitare che questo evento potesse diventare drammatico. I risultati di questa rete così importante, portavano una riduzione del 10% dei suicidi e alcuni avranno pensato: *“ma in fondo il 10% che cosa volete che sia”*? In realtà questo è un dato enorme, perché recuperare cinque, sei, otto persone rispetto a un trend che a Trieste è in assoluta crescita è un obiettivo raggiunto.

È chiaro che ci troviamo di fronte ad un fenomeno che non è solo legato ad una realtà angosciante; il paziente ha difficoltà a superare questa angoscia che lo schiaccia e vede come unica soluzione il suicidio, l'uscita dal mondo che diventa l'unico modo per trovare la serenità futura. È importante valutare la multifattorialità del fenomeno suicidio; l'insieme dei fattori che concorrono in maniera sinergica e convergente sulla realtà dell'individuo sono in realtà in controtendenza all'obbligo prioritario della psichiatria clinica: la prevenzione del suicidio. È fuori discussione offrire al paziente ciò che Will Beind definisce “benessere soggettivo”.

L'obiettivo di noi operatori della salute psichica non è solo quello di offrire una remissione dei sintomi attraverso la terapia farmacologica ed integrata con la psicoterapia e la psico-riabilitazione, ma la finalità principale è la restituzione al paziente del suo benessere soggettivo, non

RELAZIONI

in funzione di ciò che noi reputiamo sia meglio per lui, ma di ciò che lo stesso reputa importante per sè.

Nell'ottica dei fattori di rischio del suicidio, è necessario integrare, in maniera non competitiva, gli aspetti legati alla funzione sociale nell'anziano, alla problematica di tipo somatico ed alla problematica psichica.

Bayars, ha portato la psichiatria verso una realtà di tipo eccessivamente socio-assistenziale ed ha un pò "distratto" gli operatori della salute mentale dal loro compito prioritario: la conoscenza della persona.

Gli aspetti socio-assistenziali sono fondanti e centrali, ma vengono sicuramente in un momento successivo rispetto all'individualizzazione del nostro intervento e alla conoscenza dell'individuo.

I fattori sociali di rischio nell'anziano sono il vivere da soli, la presenza di malattie fisiche significative.

Parlando di suicidio nella terza età è necessario analizzare in che misura, la perdita di speranza, la dipendenza dalle cure, la perdita del ruolo, porta inesorabilmente a fare una revisione critica eccessiva del passato: *"quante cose avrei potuto fare e non ho fatto"*.

Una frustrazione delle aspirazioni narcisistiche, un abbassamento del livello di autostima, sono le premesse per un dato drammatico quale può essere il suicidio. Eventi traumatici di natura psicologica possono essere esponenziali in termini di cause scatenanti rispetto alla realtà di un soggetto che ha perso le sue risorse energetiche e ha ridotto le sue capacità di difesa rispetto all'età giovane e adulta, diventando quindi, sempre più vulnerabile.

In età senile gli uomini sono più a rischio suicidio rispetto alle donne; questa differenza riflette anche la tendenza degli uomini anziani ad usare mezzi letali molto più drammatici e, molte volte più delle donne, ad utilizzare armi da fuoco.

Dai dati di quest'anno di uno studio della Society Research, in Italia emerge che nel 45% dei casi i soggetti hanno privilegiato l'impiccagione, nel 18% lesioni da arma da fuoco e il salto da un luogo sopraelevato, nel 23% dei casi l'intossicazione da monossido farmacologico, avvelenamento, annegamento e lesioni letali.

Per le donne, il salto da un luogo sopraelevato ha una percentuale maggiore rispetto agli uomini, mentre l'impiccagione ha una percentuale minore rispetto agli uomini; le lesioni da arma da fuoco sembrano quasi in percentuale minimale se comparate con quelle del sesso maschile.

IL SUICIDIO NELL'ANZIANO

Un fattore predittivo importante nell'età senile è il supporto relazionale: lo stato maritale e la presenza del partner diventano una presenza importante di riferimento, di supporto e di conforto; se consideriamo la percentuale, sempre in Italia, di uomini celibi, divorziati o vedovi che hanno tentato il suicidio ritroviamo rispettivamente il 43%, il 23% e il 43,96%; si tratta di percentuali superiori rispetto ai suicidi di uomini sposati che arrivano al 17%. Si tratta di quasi un terzo in meno rispetto ad altre realtà ed alle donne, in particolare le donne separate o divorziate hanno una percentuale del 10,73% rispetto alle donne sposate, a donne mai sposate e a donne vedove; la perdita, quale può essere il divorzio o la separazione, trattandosi di solitudine forzata che scaturisce in una donna che ormai ha perso il ruolo importante nella sua vita, incide in misura grave rispetto alla possibilità di attentare alla propria vita.

È chiaro inoltre che la terza età si porta dietro una serie di problematiche fisiche.

Il fumo, il colesterolo, la sedentarietà e l'uso di alcool, sono fattori di rischio che causano delle ripercussioni a livello fisico, nella terza età, riproponendosi con problemi polmonari, cerebrovascolari, diabete, ulcera, disturbi prostatici e oncologici.

In questo caso dobbiamo considerare un aspetto importante che fa emergere, ancora una volta, una psichiatria clinica in competizione con le altre branche della medicina, in quanto non possiamo accettare la banalizzazione del tipo: *“ma che vuoi che abbia il soggetto che ha avuto un ictus cerebrale? Vuoi che sia sereno, che sia contento?”*; si tratta quindi di una depressione reattiva strettamente collegata alla disabilità.

Ovviamente non è questa la realtà. Si sa che la psichiatria deve affiancare lo specialista internista, in quanto è fondamentale un approccio di tipo farmacologico e psicoterapico che riduca i rischi annessi.

Nella terza età, se non si diagnostica in maniera adeguata una psicopatologia, l'anziano viene esposto molto di più al rischio suicidio. Analizzando i fattori di rischio, quello più impegnativo è il Mind Cognitive Impediment che ha un ruolo chiave nel suicidio della terza età; il dato non è solo scientifico ma è anche un dato di buona prassi clinica; ad esempio, la depressione molte volte rispecchia, oltre ad un quadro biologico, un substrato di vulnerabilità biologica che porta il soggetto verso patologie quali la demenza.

Considerando i passaggi dell'età senile, il primo da considerare è l'MCI, Mind Cognitive Impediment, inteso come il momento in cui il soggetto comincia a percepire un abbassamento della performance cognitiva, pur mantenendo ancora la propria autonomia personale e senza avere la

RELAZIONI

necessità di un'assistenza esterna; è proprio in questo momento che inizia a capire che sta perdendo qualcosa che non riuscirà più a recuperare; parlando proprio di soggetti dementi, in base ad uno studio recente effettuato in Galles, il metodo di suicidio più comunemente utilizzato è l'avvelenamento.

È necessario inoltre, considerare la comorbilità tra demenza e depressione, situazione che compromette il funzionamento sociale e che comporta l'incremento di patologie fisiche, favorendo il rischio di suicidio.

Si tratta di campanelli d'allarme molto forti per la psichiatria, perché sono pazienti ad altissimo rischio suicidio che devono essere monitorati continuamente; è importante studiare i tratti di personalità perché ad esempio i tratti impulsivi-aggressivi favoriscono una reattività immediata rispetto al suicidio, lasciando poco spazio a momenti di riflessione rispetto alla conseguenza dell'azione suicidaria.

Un altro dato su cui basarsi è il confronto tra chi ha compiuto il suicidio e chi lo ha tentato. Tra i soggetti che hanno completato il suicidio ritroviamo il soggetto con significata compromissione a livello di stress lavorativo, a livello finanziario, il paziente con depressione grave: tendenzialmente usa alcool o farmaci prima di compiere l'atto; i soggetti che utilizzano come modalità suicidaria l'avvelenamento sono coloro i quali lasciano più di tutti delle note in cui spiegano la motivazione dell'azione.

Ci sono quindi dei target che possono orientare in termini di personalità a rischio suicidio. L'abuso di alcool arriva al 7% come rischio suicidio, anche se è da sottolineare come l'alcolismo sembra avere un ruolo minore nel rischio suicidio dell'anziano rispetto ai giovani.

Un altro fenomeno importante è il fenomeno omicidio-suicidio, responsabile negli Stati Uniti di 1500 morti l'anno tra coniugi e conviventi, tanto da rappresentare la forma di violenza domestica più diffusa. Avviene tra le mura domestiche ma nessuno ne sa nulla, in quanto ne veniamo a conoscenza solo dopo; negli ultimi anni questo fenomeno dell'Intimate Partner Omicide Suicide è in crescita proprio tra le coppie più anziane.

È come se ci fosse una modalità diversa di relazione nel tempo che porta a questo dramma, e quindi tra i fattori ritroviamo: la maggior aspettativa di vita e di salute e la facile disponibilità di armi da fuoco nei soggetti anziani; si tratta di aspetti che creano contrasti all'interno della coppia di anziani. Il cambiamento di ruoli familiari e sociali, in cui la donna rifiuta il ruolo del capo famiglia

IL SUICIDIO NELL'ANZIANO

un tempo esercitato dall'uomo, è un aspetto di tipo culturale che deve essere altresì preso in considerazione.

Ma perché alcuni anziani arrivano ad includere il partner nell'agito violento?

Ci sono interrogativi a cui non riusciamo a rispondere in assoluto. La sindrome "omicidio-suicidio" potrebbe essere un patto tra i due coniugi con affermazioni del tipo: *"non vale più la pena vivere; facciamola finita mano nella mano; non ce ne frega più niente; abbiamo solo pene; abbiamo solo dolore, non solo fisico ma anche morale. Insieme ci buttiamo dalla finestra"*. Potrebbe altresì essere un omicidio egoistico: *"non ne posso più di fare il badante... mio marito o mia moglie ha un cancro che lo/a sta distruggendo... non riesco più a vederlo/a soffrire, ma neanche io riesco a soffrire insieme a lui/lei"*.

Anche nelle case di riposo il rapporto dei suicidi è di 10:100.000 e l'istituzionalizzazione precoce è un rischio aggiuntivo. Non crediate che decidere che l'anziano debba lasciare le tre stanzette umide con il braciere, per andare nella mega villa ristrutturata con termosifoni e pompe di calore sia un vantaggio, perché l'anziano che lascia questa sua micro realtà va verso una realtà di non ritorno. Potrebbe quindi essere utile limitare l'accesso verso situazioni che possono portare l'anziano a compiere un gesto suicidario con mezzi quali il gas domestico, armi da fuoco o farmaci. Cercare di fare in modo che l'anziano non venga in contatto, da un punto di vista cognitivo, con questi mezzi poichè ne potrebbe essere attratto, è un altro aspetto su cui dovremmo altresì intervenire.

Nel settembre di quest'anno, l'International Association for Suicide Prevention, consiglia come possibilità di management di prevenzione del suicidio: la riduzione di accesso di quegli strumenti che potrebbero determinare il suicidio e l'attuazione di programmi di prevenzione per l'intera comunità e del sistema di rete. Tutto questo perché la prevenzione non può essere fatta solo dal singolo ma occorre una rete che, di volta in volta, si responsabilizzi e sia di protezione rispetto a questo aspetto.

È necessario stabilire anche delle linee guida rispetto a quello che viene comunicato dai cronisti, che non deve essere una comunicazione di tipo sensazionale ma attrattiva, perché molte volte, essi sono poco interessati alla gravità del fatto, bensì al fatto in sé: più un evento fa notizia, più attrae.

Un aspetto molto rilevante è la formazione sia dei professionisti che dei giovani rispetto ad un problema così impegnativo, così importante ed anche così difficile da risolvere.

RELAZIONI

Quindi, cercare di fare un' "educational" potrebbe essere di fondamentale importanza, così come potrebbe essere utile l'attuazione di un programma di riabilitazione, non solo per i pazienti che presentano disturbi di tipo psicopatologico non necessariamente schizofrenici o bipolari, ma anche per coloro i quali soffrono di disturbi di natura emozionale che richiedono aiuto alla nostra realtà di tipo assistenziale.

Bisogna quindi applicare il modello biopsicosociale, in quanto bisogna comprendere la triplice natura di ogni individuo.

FATTORI DI RISCHIO E DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN AMBITO OSPEDALIERO

Quartesan

Prima di iniziare volevo fare un ringraziamento per essere stato invitato a questa giornata in cui si può parlare oltre che di rischio suicidario, anche dei problemi soprattutto pratici che possono aiutare a ridurre quell'impaccio, quelle paure, quelle ansie che fanno parte un pò del vissuto dello psichiatra quando viene a sapere che il suo paziente è morto suicida.

Farò riferimento al tipo di prevenzione da attuare all'interno dell'ospedale e alle linee guida che il medico deve adottare nel contesto ospedaliero, ad esempio nella stesura della cartella clinica, all'interno della quale è utile porre l'accento su dei riferimenti specifici che potrebbero mettere in evidenza il rischio suicidario del paziente.

Il suicidio in ospedale è un evento "sentinella", inteso in generale come un episodio avverso di particolare gravità che fa riferimento al malfunzionamento dell'intero sistema. In primo luogo, è necessario fare una distinzione tra tentato suicidio e parasuicidio molto più frequente rispetto al primo e considerato l'evento sentinella numero 10. Il Ministero della Salute dà per ciascun evento sentinella la descrizione dell'evento, le fonti di analisi utili e le note specifiche dello stesso.

Il suicidio e il tentato suicidio del paziente in ospedale sono ai primi posti tra gli eventi sentinella, secondo i dati ASL del periodo di riferimento che va da settembre 2005 ed agosto 2009. I dati ISTAT relativi al suicidio e al tentato suicidio fanno riferimento alle classi di età, allo stato civile, al titolo di studio, alle condizioni, al movente ed infine al mezzo di esecuzione; questo significa che abbiamo a disposizione una banca dati molto specifica relativa a questo tipo di evento.

Analizzando il numero di suicidi in Italia, abbiamo un indice del 4,7%; se consideriamo la differenza tra Nord, Centro e Mezzogiorno, notiamo che le quote più alte si ritrovano al Centro e al Nord rispetto al Mezzogiorno.

Rispetto ai tentativi di suicidio, sempre per 100.000 abitanti, abbiamo un indice del 5% e 6% al Nord e al Centro, mentre al Sud ritroviamo il 3% e il 4%.

I dati esaminati fanno riferimento all'Umbria perché il protocollo è stato commissionato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia; la motivazione alla base è relativa a due eventi particolari che hanno scatenato l'opinione pubblica e la buona pratica all'interno dell'ospedale, per cui il Direttore Generale ha affidato ad un gruppo di psichiatri geriatri ed internisti la possibilità di elaborare un

RELAZIONI

protocollo pratico mirato alla prevenzione del suicidio. Pertanto, Perugia in riferimento al numero di suicidi, si colloca al 9,4% rispetto al 6,8% dei tentati suicidi.

Analizziamo adesso la modalità con cui viene fatta la consulenza in caso di tentato suicidio e se questa è fatta al pronto soccorso o in reparto; se al pronto soccorso, significa che l'utente ha messo in atto una strategia di autosoppressione non esitata nell'exitus, arrivando al Pronto Soccorso tramite 118.

Le consulenze psichiatriche nel periodo 1/08/2009 fino al 31/07/2010 sono state 989, le consulenze richieste per tentato suicidio sono state 102, mentre le consulenze richieste allo psichiatra, da parte del medico del pronto soccorso in virtù della percezione di un rischio, sono state 32.

Se analizziamo il motivo di richiesta e la percentuale abbiamo un rischio di suicidio del 3,24, in caso di depressione la percentuale è del 12,74 e per i disturbi d'ansia è del 16,99.

Le consulenze richieste al pronto soccorso per tentato suicidio sono state 40 su 102, rispetto invece al tentato suicidio di pazienti trasferiti dal pronto soccorso ai reparti, che risulta essere di 60 su 102; le consulenze richieste per tentato suicidio di pazienti all'interno dell'Azienda Ospedaliera sono stati 2 su 102.

Il rischio maggiore è relativo alla messa in atto di strategie di contenimento e di preservazione all'interno dell'azienda, al fine di effettuare un follow up corretto.

Sulla base dei 102 casi di consulenza per tentato suicidio, esiste anche la percentuale dell' 8,8% che non ci sia un disturbo psichiatrico: si pensa che il tentato suicidio sia un problema della psichiatria quando nella realtà dei fatti non è assolutamente così.

Al primo posto nelle modalità di esecuzione troviamo l'overdose da farmaci e da sostanze stupefacenti, seguendo troviamo l'avvelenamento da sostanze tossiche, le precipitazioni, il dissanguamento, le armi da fuoco, l'autolesionismo, l'impiccagione, lo strangolamento e l'investimento.

Il percorso aziendale sulla prevenzione del suicidio in ospedale ci è stato commissionato nel mese di febbraio dell'anno 2010, in seguito ad un tentato suicidio avvenuto in degenza ospedaliera nell'ultimo trimestre 2009. Dire che è un suicidio semplice sarebbe una bugia perché è stato un tentativo reiterato nell'arco di pochi minuti: prima c'è stato un tentativo fallito all'interno della stanza, poi il tentativo di gettarsi dalla finestra e sventato accidentalmente e poi, in un terzo momento, sempre a distanza di pochi minuti, l'utente è riuscito a portare a termine il suo proposito.

FATTORI DI RISCHIO E DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN AMBITO OSPEDALIERO

Lo scopo del percorso è stato quello di individuare pazienti a rischio di suicidio oppure diminuire il suicidio o il tentato suicidio all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

È importante che il personale sia formato, ma non deve necessariamente avere una formazione esclusivamente psichiatrica.

L'incidenza del suicidio è in continua crescita, soprattutto tra la gente ricoverata in ospedale e nei reparti a maggiore rischio, arrivando ad un tasso nel 2020 di 1 su 1.500.000; i reparti a rischio maggiore sono la medicina d'emergenza, l'oncologia, l'ostetricia e la ginecologia.

I maschi sono più a rischio nei periodi compresi tra i 15 e i 24 anni e dopo i 65 anni, il 30/40% dei suicidi hanno già tentato un suicidio in precedenza.

I fattori di rischio da ricercare sono di natura psicosociale, ambientale e socio culturale.

All'accesso del paziente in Azienda Ospedaliera e al pronto soccorso si ha una prima anamnesi, l'esame obiettivo e l'accertamento delle condizioni cliniche; la consulenza psichiatrica viene richiesta nel caso in cui si ipotizza un rischio suicidario, ed è in quel momento che lo psichiatra, nel suo intervento, dovrà mettere in atto quelle strategie di compenso a livello generale e a livello socio ambientale per ridurre al minimo questo tipo di rischio, considerando tutte le procedure di ricovero in SPDC ed eventuali trasferimenti.

La valutazione del rischio sul paziente viene effettuata attraverso l'anamnesi, l'esame obiettivo e le condizioni cliniche che possono essere più a rischio suicidio. Per l'anamnesi si ha bisogno della ricostruzione storica della vita del paziente, dell'analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali e della scheda clinica.

Quali sono le regole per comunicare? Ascoltare attentamente e con calma, comprendere i sentimenti dell'altro mediante l'empatia, esprimere rispetto per le opinioni della persona in crisi, parlare onestamente, esprimere la propria preoccupazione e concentrarsi sui suoi sentimenti.

Cosa invece, non deve comunicare il terapeuta al paziente?

Non si deve interrompere troppo spesso, esprimere il proprio disagio, dare l'impressione di essere troppo occupato e frettoloso, svincolare l'argomento, dare ordini, dare informazioni intrusive o poco chiare e fare troppe domande: si tratta di domande "antiterapeutiche". Bisogna inoltre indagare la pianificazione dell'atto suicidario, con domande tipo: *"Le è capitato di fare dei piani per porre fine alla sua vita? Ha idea di come farlo? Possiede farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio?"*. Queste sono domande che possiamo porre senza avere il senso di

RELAZIONI

colpa per aver inculcato determinate idee al paziente con il quale stiamo conducendo un'indagine per comprendere se è un soggetto a rischio.

Rispetto all'esame obiettivo e all'accertamento delle condizioni cliniche, lo psichiatra non è capace di farlo. Nella gestione e nella rilevazione del paziente a rischio suicidario viene richiesta la consulenza psichiatrica, ed è qui che entra in campo lo psichiatra.

Cosa fa lo psichiatra? Formula una diagnosi psichiatrica, valuta la sussistenza del rischio suicidario e, in caso di rischio, stabilisce le procedure valutando l'idoneità della struttura e le eventuali misure preventive da adottare, le terapie, il follow-up e l'eventuale dimissione (protetta) del paziente; in caso di necessità c'è il trasferimento del paziente in una struttura psichiatrica tipo SPDC. Tutta la procedura viene comunque fatta in collaborazione con il collega che ha inviato il paziente.

In seguito ad un suicidio in ospedale il Magistrato vuole sapere poche cose ma precise. In questo caso è necessario che tutte le informazioni relative al paziente a rischio suicidario, quindi i dati e le consulenze siano messe nero su bianco, al fine di fornire tutte le informazioni al Magistrato inquirente, puntualizzando anche le assicurazioni che si rivalgono nei confronti dell'Azienda Ospedaliera.

Nella richiesta di consulenza viene specificato se si tratta di una richiesta ordinaria, urgente o immediata, il motivo della richiesta del collega, i dati socio-demografici, i dati relativi alla consulenza e una brevissima anamnesi psichiatrica in cui si stabilisce l'anamnesi farmacologica, cioè il paziente assume farmaci e di che tipo, la diagnosi psichiatrica, l'intervento durante il ricovero, le indagini consigliate, gli interventi di tipo psicologico, l'intervento di tipo farmacologico, il tipo di farmaco prescritto e il tipo di prescrizione fatta alla dimissione.

Questa è una scheda di consulenza che noi applichiamo regolarmente a tutti i pazienti, non esclusivamente a quelli che presentano un rischio suicidario; è presente un item in cui si specifica il rischio suicidario possibile o probabile. A quel punto subentra la flow chart, cioè un'ulteriore cartella che permette di fare la procedura e che viene compilata nel caso in cui siamo chiamati in causa, o che può essere adottata da un qualsiasi medico di struttura complessa che lavora all'interno dell'Azienda Ospedaliera, perché non sono presenti solo degli aspetti specifici di tipo psichiatrico.

Soprattutto in caso di emergenze è utile stabilire se la richiesta è ordinaria, urgente o immediata, valutare data e ora della richiesta, data e ora dell'esecuzione della nostra prestazione; risulta altresì utile valutare alcuni aspetti del tipo: c'era la presentazione del medico di guardia? All'arrivo il servizio infermieristico era disponibile? La cartella clinica era già fatta?

FATTORI DI RISCHIO E DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN AMBITO OSPEDALIERO

I criteri sono soddisfatti quando c'è il medico di guardia, il servizio infermieristico, la cartella clinica, ma se questi mancano noi dobbiamo fare delle cose che non ci competono.

Rispetto alla clinica facciamo una descrizione clinica o la diagnosi secondo il DSM e stabiliamo poi se c'è o meno un'ideazione suicidaria possibile o probabile; lì subentra nuovamente la procedura.

In riferimento al colloquio, si deve analizzare se questo viene fatto con paziente avvisato, non avvisato, con paziente disponibile o meno (in questo caso bisogna capirne le ragioni), con i familiari, i parenti e gli amici, mettendo in chiaro il motivo per cui li interpelliamo. In caso di suicidio, noi abbiamo specificato nella cartella clinica che avevamo parlato con i familiari perché ad esempio il paziente si rifiutava, in modo tale che siamo pronti a qualsiasi chiarimento del Magistrato sul perché si era fatto il colloquio con il familiare e non con il paziente. Inoltre è necessario specificare nella cartella se c'è stato un trasferimento, il perché e il luogo, se in TSV o in TSO. È utile inoltre segnalare in consulenza un eventuale follow up, in cui viene annotata la richiesta dello specialista di voler rivedere il paziente dopo 24 ore.

Le misure del Pronto Soccorso sono misure generali di sicurezza e misure di sicurezza ambientale ed organizzativa. Queste ultime rappresentano la maggiore difficoltà perché bisognerebbe avere dei locali a norma con determinate caratteristiche, tipo vetri infrangibili o con apertura a scomparsa, docce fatte in un determinato modo, possibilità di seguire a vista, soprattutto nelle ore serali il paziente che presenta maggiore rischio; si tratta di aspetti che non vigono ancora perché funziona più un sistema di sicurezza generale o un sistema in cui viene chiesto ad un infermiere o ai familiari l'osservazione continuativa.

Nella valutazione delle dimissioni del paziente a rischio suicidario è importante la preparazione congiunta e con largo anticipo, delle persone che si occuperanno di lui, dei servizi sociosanitari territoriali del medico di medicina generale che deve essere considerato il perno della relazione, nonostante molto spesso venga tenuto fuori dalla situazione. Si deve assicurare inoltre la disponibilità di un servizio referente da contattare in caso di bisogno.

IN BILICO SULL'ORLO DELLA VITA: LA PRECARIETÀ ESISTENZIALE COME FATTORE DI RISCHIO PSICOPATOLOGICO

Daniele La Barbera

Premetto che la mia presentazione non ha immagini ma solo testo, però spero con il solo testo, di richiamare e se possibile evocare, una serie di immagini a partire dal mito con cui vorrei iniziare, per poi finire con una fiaba; quindi in ogni caso, la dimensione immaginale la stiamo già introducendo a pieno titolo.

Vorrei richiamare adesso il fatto che oggi molti scrittori, poeti, letterati, filosofi, sociologi e perfino economisti, ci dicono che il riferimento in ambito mitologico più urgente e più stringente dell'epoca che stiamo vivendo, è la figura di Hermes. Io adesso non commenterò quello che vado a leggere proprio su Ermes, il dio latino Mercurio, ma spero di darvi qualche traccia, che così potrà aiutare a seguire il filo conduttore per le considerazioni che poi farò più avanti.

Questa è la citazione di un libro splendido, che consiglio a tutti coloro che fanno o vogliono fare gli psicologi, gli psichiatri o gli operatori nei vari ambiti della salute mentale: il libro di Pietro Citati dal titolo "*La luce della notte*".

Apollo era semplice, chiaro, limpido, puro: semplice come sembra la luce. Dava le leggi, le leggi dei templi, dei sacrifici, del culto, dell'intelligenza e della poesia. Tutto ciò che nella mente è formato di armonico apparteneva al suo regno.

Ermes invece aveva lo stesso rapporto dei colori con la luce. Nessuno era più molteplice e versatile di lui. Aveva una mente "*colorata e variegata*", colorata come una pittura o un tappeto o la coda di un pavone, ma anche intricata ed enigmatica, come i nodi, i labirinti, le costellazioni celesti e il lavoro delle api. Amava gli inganni e le menzogne: i ladri, i mercanti, i briganti di strada, i mistificatori. Non coltivava la legge e l'ordine di *Apollo*, ma il caso, l'imprevisto, il colpo di fortuna: tutto ciò che passa, muove, sta sulle soglie, appare e scompare, inafferrabile e invisibile, come la nebbia e la brezza d'autunno.

Quando *Ermes* cantava sulla cetra, suscitava sul suo pubblico una suggestione infinita: la seduzione della magia, il desiderio erotico, il potere di curare e di mitigare gli animi e i corpi, la forza di dimenticare, la calma, la quiete, il piacere insinuante dei suoni melodiosi, il sortilegio del sonno e l'arte elusiva ed inafferrabile dell'inganno.

I Greci rappresentavano tutto ciò nella figura delle *Sirene*, che erano figlie delle Muse. Sedute sul prato dell'isola esse cantavano "*con suono di miele*" le storie della guerra di Troia e di tutto quello che accade sulla terra ferace, come i mitici aedi.

RELAZIONI

L'incanto della loro voce e delle loro storie era così demoniaco, che chi li ascoltava approdava sull'isola e lì si perdeva, dimenticandosi della propria esistenza, ammaliato, inebriato, da quella voce di miele, fino alla fine dei suoi giorni. Quando la morte lo coglieva, il corpo rimaneva ad imputridire sul prato fiorito.

Questa è un pò la cornice immaginale con cui vorrei un attimo contenere quello che adesso andrò a dire.

Siamo di fronte allo straordinario mutamento di paradigma sociale e culturale che sta determinando l'emergere di una nuova sensibilità, di un nuovo sentimento della vita, di una diversa percezione della realtà.

Affrontiamo subito una serie di paradossi dell'epoca attuale: la solitudine in mezzo alla gente, in mezzo alla folla, in mezzo a gruppi molto composti, l'appiattimento emozionale in mezzo alla spettacolarità delle emozioni, l'espulsione del corpo anche al fianco della sua iper-esposizione esasperata.

Questi paradossi riguardano anche la struttura sociale ed economica. Viviamo in un'epoca governata dalla destabilizzazione del rapporto di lavoro, quella che viene eufemisticamente soprannominata flessibilità, sembra che sia diventata un valore, una qualità ma anche una competenza adattiva. Tale situazione si scontra con pressioni lavorative e produttive sempre più elevate. Accenno soltanto al fatto che oggi fra i vari problemi del disagio post moderno c'è il malessere pervasivo e diffuso in tutti gli ambienti lavorativi, compreso quello in cui ci troviamo a svolgere la nostra attività.

La disarticolazione della vita sociale è un sentimento di solitudine in un ambiente sociale apparentemente ricco, pieno di possibilità e di opportunità intense e promettenti. In questa ritroviamo: la crisi economica permanente, l'impoverimento generale ma le spinte crescenti all'iperconsumo, in cui diventa quasi un obbligo morale consumare.

Ci dicono che, se non consumiamo l'economia si arresta e quindi ognuno deve fare la sua piccola parte nel consumare il più possibile; la ricerca spasmodica del divertimento e della gratificazione, qui è un altro contrasto stridente all'esigenza di sentimenti anedonici di vuoto, noia, apatia. La società moderna è una società complessa e tutti i suoi fenomeni richiedono letture e approcci complessi e non semplificativi.

La complessità socio-culturale sta influenzando non solo la visione di interpretazione della realtà, la coscienza individuale e collettiva, ma anche i processi evolutivi ed i percorsi formativi,

IN BILICO SULL'ORLO DELLA VITA: LA PRECARIETÀ ESISTENZIALE COME FATTORE DI RISCHIO PSICOPATOLOGICO

impattando a pieno regime con i processi educativi, le agenzie educative, le strutture familiari e tutti coloro che, a vario titolo, sono impegnati nei processi formativi ed educativi.

La dimensione esistenziale sta diventando sempre più “fluida”, “liquida”, assumendo la flessibilità, l’adattabilità, la mobilità continua come peculiarità identitaria. Il rischio è la diffusione di una incertezza strutturale e valoriale che alimentano disorientamento e precarietà esistenziali. Il mancato riconoscimento di queste complessità strutturali può incidere sull’individuazione delle risorse e delle potenzialità formative insite nel mondo giovanile, acuendo il processo di rallentamento dell’ingresso nella vita.

Essersi liberati dal peso delle certezze dei padri, e questo è forse un aspetto centrale nel concetto di post modernità almeno per chi lo accetta, per chi lo coglie nel suo pieno significato, ci ha però proiettati in uno scenario esistenziale spaesato e disorientato, nel quale il carico della responsabilità del soggetto, svincolato dalle reti sociali, dalle trame di significato che hanno intessuto la vita delle generazioni precedenti, dalle radici culturali, dalle prospettive simboliche, è diventato insostenibile.

C’è un problema fortissimo nella contemporaneità di una mutata percezione della dimensione del tempo, assolutamente diversificata rispetto alla generazione precedente. La soggettualità esasperata del post-moderno, il punto di vista del soggetto nella post modernità, diventa assolutamente precipuo e fondamentale anche nelle nuove epistemologie scientifiche, nella relatività. Nell’indeterminazione il soggetto, se osserva un fenomeno lo modifica, quindi anche i nuovi modelli scientifici accentuano il valore, il significato e dunque, la responsabilità del soggetto e dell’individuo, lasciando quindi l’individuo solo di fronte alle proprie esigenze di comprendere la realtà, di realizzare i propri progetti, di sopportare il dolore.

Il senso del tempo frammentato ed accelerato disegna una dinamica dei bisogni individuali centrata su una egoica soddisfazione immediata, nel qui ed ora, privata di un sistema di ordinatori di significato e di valori che strutturi un percorso temporale coerente e una capacità di riconnettere il passato con il presente e con il futuro.

Noi viviamo in un tempo frammentato, discontinuo, pieno di censure, in cui abbiamo perso la continuità culturale generazionale e tradizionale dell’esperienza trasferita da padre in figlio.

L’assenza di una capacità di storicizzare la propria esistenza è alla base della perdita della capacità di significare il presente; il presente assume un significato pieno, rotondo, colorito e

RELAZIONI

complesso, se ho la capacità di infarcirlo di tutti i significati che mi provengono dal passato, di dare senso al quotidiano, di godere dell'oggi in modo non distruttivo e spasmodico.

Le esperienze vengono oggi esasperate e consumate vorticosamente, il bisogno estremizzato di sperimentare la vita, la percezione annullata del limite, la trasgressione normalizzata.

Due giorni fa ho visto nel mio studio una signora di cinquant'anni, con una preoccupazione fortissima relativamente al fatto che ha scoperto in maniera del tutto inaspettata che la figlia ventunenne, trasferitasi a Milano da qualche mese per motivi di studio, usava abitualmente cocaina. Alla preoccupazione della madre, la figlia risponde: *“mamma ma perché stai facendo questa tragedia? Tutti lo fanno, nel mio gruppo tutti l'assumono, perché ti preoccupi tanto?”*.

Il confronto del rischio diventa fine a se stesso e non consente di accedere ad un salto di qualità come avveniva quando, scontrandosi con la generazione dei padri degli adulti, con la scuola e con la borghesia, si delineava una possibilità di crescita, di individuazione e di assunzione delle caratteristiche identitarie stabili, mature e profonde. Le passioni diventano devitalizzate, polverizzate e mortificate.

A questo proposito vorrei citare alcuni autori quali ad esempio Benasayag e Smith, i quali hanno affrontato l'aspetto delle passioni tristi della post modernità sostenendo che *“quando il futuro apre le sue porte solo per offrirsi come incertezza e precarietà, allora le iniziative si spengono, le speranze appaiono vuote, la demotivazione cresce, l'energia vitale implode”*.

Cerchiamo di vedere tutto questo cosa c'entra col tema del nostro incontro.

L'energia vitale implode ci dicono Benasayag e Smith. Benasayag è un filosofo, uno psicanalista di origine sud americana che vive e lavora in Francia da diversi anni.

Le nuove dipendenze, accanto alla depressione dice Ehrenberg un altro critico raffinatissimo della post modernità, sono innegabilmente le malattie emblematiche della modernità: da una parte l'agire eccessivo del soggetto dipendente, dall'altra l'impossibilità ad agire del depresso.

La disseminazione e la dispersione dell'eros, il suo costante decentramento dall'oggetto, il suo costante ripiegarsi sul soggetto, la sua irrisolutezza a consolidarsi in progetto sono uno degli aspetti più emblematici della post modernità segnando l'evanescenza della complessità relazionale e affettiva che ha caratterizzato le epoche precedenti all'attuale con tutto il carico di violenza aggressività.

IN BILICO SULL'ORLO DELLA VITA: LA PRECARIETÀ ESISTENZIALE COME FATTORE DI RISCHIO PSICOPATOLOGICO

Adesso non è che vogliamo demonizzare il processo e dire che si viveva felici fino a cinquant'anni fa, non è ovviamente questo il concetto e lo spirito che governa questa presentazione, che vuole entrare invece nella specificità di una serie di aspetti problematici che stiamo vivendo.

Nelle epoche che chiamiamo della complessità i sentimenti e i legami sembrano tuttavia semplificarsi, scarnificarsi in una futilità inessenziale, piegarsi all'esigenza dell'emozionalità desiderante, ridursi ad esercizio di seduzione, mimare goffamente con la propria vacua simulazione una profondità ed un tormento più mediatici e cinematografici che reali.

I nostri modelli sono le fiction, il grande fratello, sono questi grandi contenitori che però sono anche dimensioni formative dell'esperienza, soprattutto per i giovanissimi.

Viviamo di finzioni letterarie, i nostri copioni sono di derivazione televisiva, riproponendo una mistica del sentimento e la sua enfatica rappresentazione che non hanno alcuna corrispondenza spesso, con un percorso interiore scandito dalle vicissitudini dai travagli fisiologici ed evolutivi, dallo scacco e dal dolore, che qualsiasi relazione umana matura inevitabilmente comporta.

L'universo mediatico, con la sua capacità di restituire, insieme con una potente manipolazione della realtà anche nuove e differenti modalità della relazione con l'Altro, nuove declinazioni della vita affettiva e relazionale, ha indubbiamente una parte rilevante nell'accentuare l'esigenza di visibilità sociale la necessità di apparire ad ogni costo, anche negli aspetti più deteriori ed oscuri, pur di conferire la dimensione della spettacolarità al proprio essere nel mondo.

Accenno solo per un momento a questa follia veramente indescrivibile e non interpretabile, relativa all'omicidio della giovane Sarah Scazzi, e a come tutti i protagonisti, soprattutto quelli più drammaticamente implicati nell'assassinio di questa donna, stiano per diversi giorni celando dentro di sé un segreto terribile e mostruoso.

Colpisce a questo proposito che nel 2009 l'attività che ha reso di più in Italia e nel mondo è quella delle cure estetiche; è una dei pochissimi settori dell'economia in una crescita continua nel 2008, nel 2009 e nel 2010, cioè in piena crisi economica, in situazioni in cui una serie di attività e di settori sono gravemente penalizzati, vanno in crisi e falliscono.

Punture cutanee per eliminare le rughe dal viso, botulino per spianare i solchi della fronte, terapie contro la cellulite, trattamenti per cancellare le macchie dal viso, filler per gonfiare gli zigomi per le donne; cura contro la calvizie, ringiovanimento del viso, eliminazione delle macchie sul volto e diete e trattamenti anti smagliature per gli uomini. Si chiede l'autore: "*stiamo lucidando*

RELAZIONI

la maniglia del Titanic? La nostra è una società impazzita che anziché tirare le cinghia si rifugia nell'edonismo più sfrenato, come le civiltà decadenti dell'antichità prima di essere sopraffatte dai barbari?"

Come possiamo interpretare allora questa corsa spasmodica al superfluo e all'inessenziale mentre manca il necessario? Con necessario ovviamente mi riferisco anche all'aspetto interno. Quale significato attribuire all'estremizzazione della ricerca del piacere, caotica e disancorata dall'Altro, e quale la tendenza vertiginosa al continuo oltrepassamento dei limiti?

Qui c'è una diversificazione degli autori che si occupano di queste problematiche, qualcuno ne coglie gli aspetti positivi, trasformativi e di rottura, che sarebbero anche in grado di mettere in crisi la struttura economica e sociale. Uno di questi è il sociologo francese Maffesoli.

Allora il problema è: stiamo assistendo all'emergere di una nuova sensibilità ludica, creativa, estetica, in grado di mettere in crisi un'antropologia ed un'autonomia centrate sul lavoro e sul produttivismo, oppure invece, la mancanza di certezze e di possibilità di prevedere il futuro e di governare l'esistenza ci stanno rendendo sempre più incapaci di vivere la normalità della nostra vita del quotidiano?

Adesso anche sul concetto di normalità apriremo una piccola finestra.

Le nuove configurazioni psicopatologiche della post-modernità non ci interrano, infatti, solo sulle sempre più precoci manifestazioni di disturbi di attacco di panico. Molti autori hanno scritto pagine importanti su questo disturbo considerato tipico della post-modernità: disturbi di attacchi di panico a 17 anni, 18 anni, 19 anni, sempre più precocemente, ma anche un uso promiscuo inconsapevole e indiscriminato di sostanze di abuso, dipendenze comportamentali sempre più epidemiche, tratti di personalità patologici che con frequenza molto elevata si intrecciano in comorbilità con altri disturbi psichiatrici, disturbi dell'identità di genere, bulimia, anoressia, bigoressia, ortoressia, autoferirsi, attacchi e agiti sul corpo variamente configurati.

Soprattutto come accennavo, ci confrontiamo con le nuove normopatie; ricordo ai colleghi più giovani che il concetto di normopatia è della psicanalista neo zelandese trapiantata in Francia Gesy Mectugall, che si riferisce a quelle condizioni nelle quali la normalità apparente nasconde una patologia, quindi un disagio e una sofferenza profonda che se non detta e non dicibile, si sviluppa in un'immagine di sé che deve raggiungere degli obiettivi ideali per poter avere la conferma del proprio valore. È una cornice di lavoro in questo caso di tipo narcisistico.

IN BILICO SULL'ORLO DELLA VITA: LA PRECARIETÀ ESISTENZIALE COME FATTORE DI RISCHIO PSICOPATOLOGICO

Questi individui che possono anche raggiungere mete ambite, quindi adattati o iperadattati, nel senso che si adeguano, raggiungono molti successi e possono avere molti riconoscimenti di cui sono molto attratti e che appetiscono con molta intensità, ma non sono capaci di costruire un'autentica affermazione di sé, cioè non sono capaci di accedere ad una realizzazione vera interiore e quindi ad un percorso individuativo.

Di normopatie ha parlato anche Massignon, raffinatissimo intellettuale che ha scritto delle pagine straordinarie proprio sull'aspetto socio culturale attuale, cercando di trovare una sintesi tra la cultura psicoanalitica e quella antropofenomenologica.

Le normopatie proliferano in modo massiccio in una civiltà ipertecnologica, mediatizzata, virtualizzata, artificializzata, accelerata, convulsa, iperperformativa e spettacolarizzante. La citazione di Massignon è la seguente: *“un funzionamento patologico diviene normale, anzi estremamente adattivo, quando si espande nel collettivo che l'assume come funzionamento principale del suo assetto economico, sociale, emozionale, costruendo attorno ad esso tutta la sua organizzazione sia simbolica che materiale”*.

Faccio un esempio banale di quello che sto dicendo: se dobbiamo lavorare e produrre intensamente dodici ore al giorno, abbiamo però anche l'obbligo di divertirci altre tre o quattro ore, possibilmente ogni notte; la notizia non è che quasi tutti siamo cocainomani, la vera notizia è che non siamo tutti cocainomani.

A che cosa prefigurano i comportamenti, i miti e i rituali di quell'universo adolescenziale in bilico tra la perdita delle vecchie “narrazioni” e un'incerta e precaria rappresentazione del futuro? Quale itinerario si rivela possibile alla ricerca di una identità individuale e sociale dentro una temporalità fatta solo dal presente e dalla sua esperienza episodica? Questo è un altro concetto fondativo della post modernità.

Molte condotte a rischio degli adolescenti si iscrivono in questo bisogno tragico di de-individuarsi, in cui avviene un incrocio fatale proprio dalla dimensione verticale in quella del percorso soggettivo e individuativo e la dimensione orizzontale invece della cultura e delle dinamiche sociali.

Lo sballo e la fusione sono tutti modi per tagliare fuori la mente, la coscienza, per alterarsi e per uscire da se stessi. Un'alterazione dello stato psichico fine a sé, ma anche la deriva dei sentimenti, l'ottundimento del desiderio, il collasso dei progetti di vita, a volte sono anche,

IN BILICO SULL'ORLO DELLA VITA: LA PRECARIETÀ ESISTENZIALE COME FATTORE DI RISCHIO PSICOPATOLOGICO

fortemente sostenuti da una società che non dà le opportunità adeguate ma anche l'ebbrezza dell'annullamento distruttivo di sé.

La morte, allora, come rinuncia estrema, insieme simbolica e concreta alla propria individualità, alla responsabilità del soggetto, come prevalenza assoluta dell'agire sul pensare, come delega totale, radicale e irreversibile di sé, come consegna della propria cifra esistenziale al nulla, al vuoto, all'annientamento nella colpa e nell'espiazione, o nella finale e onnipotente rappresentazione narcisistica di sé, o, ancora, nella massiccia e parossistica aggressività agita sul mondo, tutte modalità attraverso le quali il suicidio diventa testimonianza dolente e drammatizzante dello smarrimento del senso del proprio essere nel mondo.

La morte è anche apertura isomorfica alla distruttività della società attuale, alla violenza del mondo continuamente rappresentata sulla scena dei media, alla disperante ricerca di sicurezza e certezza in una cultura che ha disancorato l'individuo dalla collettività e dalla rassicurante solidità dei legami di appartenenza; questo lo ha impietosamente disconnesso dalla dolce coralità dell'esperienza delle generazioni precedenti. Pensate come, nei piccoli paesi della Sicilia quando accade un evento è riproposto, ridiscusso, sparato, reinterpretato da tutto il paese. Questa è la coralità, vivere in una comunità che ovviamente può darci un senso di oppressione e di soffocamento che è ben altra cosa rispetto allo spaesamento caotico delle metropoli post moderne.

Vorrei finire con una fiaba molto conosciuta, talmente conosciuta che può suonarvi un po' leziosa, ma ve la voglio riproporre lo stesso, voglio correre questo rischio perché anche qui ci sono delle tracce che vorrei che voi coglieste, che mi sembrano fondamentali per il discorso che ho tentato di accennare molto brevemente.

Il piccolo principe ovviamente, ed in particolare l'episodio che tutti conoscete benissimo. Vorrei che lo risentissimo insieme: è il piccolo principe e la volpe.

In quel momento apparve la volpe. Buongiorno-disse la volpe. Buongiorno- disse gentilmente il piccolo principe. Vieni a giocare con me-le propose il piccolo principe,sono così triste. Non posso giocare con te, disse la volpe, non sono addomesticata. Che vuol dire addomesticare? È una cosa da molto dimenticata, vuol dire creare legami.

Quindi il tempo, l'attesa, la pazienza, la costruzione, le vicissitudini della relazione, creare dei legami. Certo, disse la volpe. Tu finora non sei che un ragazzino uguale a centomila ragazzini. E non ho bisogno di te. E neppure tu hai bisogno di me. Io non sono per te che una volpe uguale a

RELAZIONI

centomila altre volpi. Ma se tu mi addomestichi, noi avremo bisogno l'uno dell'altro. Tu sarai per me l'unico al mondo, e io sarò per te l'unica al mondo.

Comincio a capire, disse il piccolo principe. Che bisogna fare? Bisogna essere molto pazienti a capire, rispose la volpe. In principio tu ti siederai un po' lontano da me, così, nell'erba. Io ti guarderò con la coda dell'occhio, e tu non dirai nulla. Le parole sono una fonte di malintesi. Ma ogni giorno tu potrai sederti un pò più vicino...

Il piccolo principe ritornò l'indomani. Sarebbe stato meglio ritornare alla stessa ora, disse la volpe. Se tu vieni per esempio tutti i pomeriggi alle quattro, dalle tre io comincerò ad essere felice. Con il passare dell'ora aumenterà la mia felicità. Quando saranno le quattro io comincerò ad agitarmi ed a inquietarmi; scoprirò il prezzo della felicità! Ma se tu vieni non si quando, io non saprò mai a che ora prepararmi il cuore... Ci vogliono i riti.

Che cos'è il rito? disse il piccolo principe. Anche questa è una cosa da tempo dimenticata, disse la volpe. È quello che fa un giorno diverso dagli altri giorni, un'ora dalle altre ore. Così, il piccolo principe addomesticò la volpe e quando l'ora della partenza fu vicina: ah disse la volpe... piangerò... Quando ritornerai a dirmi addio ti regalerò un segreto. Addio, disse il piccolo principe. Addio disse la volpe. Ecco il mio segreto, È molto semplice: non si vede bene che con il cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi... e il tempo che tu hai perduto per la tua rosa ti ha fatto la tua rosa così importante...tu diventi responsabile per sempre di quello che hai addomesticato. Tu sei responsabile della tua rosa.

Io, queste cose, le farei cominciare a studiare all'asilo e le continuerei a farle studiare fino alla senescenza, perché ci danno il senso forte dell'importanza delle relazioni, dei rapporti, delle aspettative, della pazienza, della costruzione dei legami.

Quella che oggi è l'importanza della dimensione dell'immaginario, un immaginario però che non sia fuga dal reale, dal virtuale negli ambienti fantasticati più o meno lisergici, ma che sia un immaginario che trovi riscontro e contestualizzazione nella realtà, perché oggi, una delle problematiche fondamentali del post moderno è che noi stiamo perdendo il senso della realtà.

NUOVI PARADIGMI DELLA CLINICA: DAL SUICIDIO DEL CORPO AL SUICIDIO DELLE RELAZIONI

Di Giannantonio.

Volevo ringraziare dell'invito Livia Nuccio e il presidente Mazzola; naturalmente ogni volta che vengo a Palermo non posso che ringraziare Daniele La Barbera, Professore ordinario di Psichiatria di questa città, nonché amico e sodale di una serie di avventure scientifiche e cliniche che portiamo avanti insieme da un certo numero di anni; ricordo ogni volta che vengo a Palermo che insieme a Daniele La Barbera abbiamo fondato la Società di Psicotecnologia e Clinica dei Nuovi Media, per ricordare il lavoro prezioso che si fa nel convegno di oggi, centrando l'attenzione su un tema drammatico e assolutamente enigmatico qual è quello del suicidio e di come sia estremamente necessario, a proposito di un tema così sconvolgente, volgere l'occhio verso il passato.

Dunque, è necessario vedere qual è il raccolto prezioso che possiamo mettere oggi a disposizione di noi stessi e dei nostri pazienti rispetto alla cultura dell'uomo che ha cercato di elaborare risposte su questo tema in questo momento, e dall'altro, volgere lo sguardo al futuro per tentare "*estote paratis*" (Vangelo), di costruire delle risposte nuove a quelli che sono gli interrogativi, i quesiti, le abulie che ci pone la clinica di tutti i giorni. Si tratta quindi, di una attività che tenta di mettere insieme le risposte del passato ed un'attività che tenta di costruire oggi le risposte che possono andar bene per il momento presente, e per i problemi sempre più complessi e sempre più drammatici che ci pone la relazione con la cosiddetta modernità.

Oggi nel mio contributo tenterò di vedere quali possono essere le problematiche che scaturiscono dal futuro che è alle porte, e quali risposte scientifiche e cliniche noi possiamo provare a costruire per le nuove esigenze dell'assistenza.

Io tenterei di partire da queste considerazioni che riguardano il problema del suicidio nel XX secolo e, parlando di adolescenti, parlando di progetto sul futuro.

Parlando di scenari nuovi che irrompono nella vita di tutti noi, non possiamo non riflettere sulla ICT Information Communication Technology, e su quali sono gli elementi specifici che a questo riguardo possono attrarre la nostra attenzione, dal rapporto morboso e assolutamente complesso che c'è tra il mondo dei giovani, il mondo di internet e il mondo della comunicazione globale.

RELAZIONI

Se vogliamo riflettere sul rapporto tra adolescenti, ICT e Internet, possiamo dire che molti adolescenti ricercano in Internet elementi di guida ed elementi di sostegno. Se vogliamo accostare il tema del suicidio a questo tema della ICT e di Internet, possiamo dire che il suicidio aumenta proporzionalmente alla quantità ed alla durata della copertura mediatica.

Abbiamo sentito nelle relazioni precedenti quale fosse il "Giano bifronte" del tema dell'effetto Werther, e sappiamo come, parlando di tematiche suicidarie, sia estremamente complesso il dover affrontare la tematica, così come essa si presenta, e come, l'affrontare questo tema possa rappresentare una fonte di contraddizioni, di difficoltà e una fonte di problemi.

Se con queste premesse vogliamo inserirci nello scenario più complessivo degli adolescenti contemporanei, non possiamo non fare riferimento alla I-generation.

Che cosa è la I-generation?

È quella generazione di adolescenti che le istituzioni europee hanno scelto di definire come una gioventù che vive da protagonisti l'epoca dell' Information Communication Technology, caratterizzata da nuovi e numerosi strumenti di mediazione ad alto contenuto tecnologico. Le percentuali più elevate di navigatori nel mondo di Internet si registrano tra i più giovani, e se vogliamo dare qualche cifra, possiamo vedere come l' 89% dei nostri adolescenti usi il computer, e l'81,1 di questi utilizzatori di computer navighi in Internet allo stesso modo.

I motivi sono i più vari: la partecipazione ai forum per il 17,8%, la partecipazione alle chat il 37,9%, il cercare cose proibite il 24,3%.

Il tema della trasgressione maturativa, il tema della trasgressione adulta e il tema della trasgressione regressiva, acquistano una significazione centrale nella costruzione dell'identità dell'individuo, dell' identità dell'individuo moderno, dell' identità che diventa sempre più complessiva, complicata e contraddittoria.

Le relazioni interpersonali sono sempre più mediate dalle possibilità comunicative offerte dalla rete: la socialità virtuale è facilmente accessibile, istantanea, informale e discreta. Il tema di Internet ci avvicina ad una dimensione intersoggettiva, metapsichica che è il concetto di cyberspazio. Cito a tal proposito, la reference bibliografica, interessante articolo di Bilinoff Seaking: "*and your life in the cyber space*" del 2010.

La scienza ufficiale si occupa in maniera sempre più approfondita e mirata di queste dimensioni. Nel cyberspazio ci possiamo riferire ad una dimensione immateriale, ad uno spazio di comunicazione senza limiti che si sviluppa al di là dello schermo, a delle interconnessioni tra computer e memoria informatica.

NUOVI PARADIGMI DELLA CLINICA: DAL SUICIDIO DEL CORPO AL SUICIDIO DELLE RELAZIONI

Il Cyberspazio ha in sè le caratteristiche del labirinto, un luogo senza direttive, qualcosa che può essere ridisegnato, spazio di ricerca all'interno di un'impresa conoscitiva.

Riflettiamo su queste potenzialità onnipotenti, e confrontiamo questo tema dell'onnipotenza nei confronti della potenzialità non maturata definitivamente nella mente di un adolescente; quindi cominciamo a capire quali possono essere le complicità di un rapporto onnipotente con una tecnologia onnipotente da parte di menti che non hanno ancora una identità, una maturazione, una autonomia adeguata e sufficiente.

Cito un caso clinico. Ieri pomeriggio visito un quindicenne, figlio di un altissimo funzionario dello Stato; mi viene portato in consultazione perché il ragazzo è stato fermato dalla Polizia all'ingresso della scuola ed è stato riportato a casa per consumo di hashish e marijuana. Cos'è che mi interessa trasmettervi di questa puntuale microscopica esperienza clinica. Rispetto al dialogo con questo ragazzo mi sono sentito come lo schermo di un computer. Il ragazzo mi faceva delle domande secche e precise: la marijuana fa male? Dove sta scritto che non si può usare? Lei mi può garantire che come fanno tutti i miei amici io la posso usare senza problemi? Sa che nel Web c'è scritto che ci sono tutta una serie di cose che si possono fare e non vedo per quale motivo non lo potrei fare? Lo sa che la proibizione della marijuana è una diretta emanazione delle classi di governo che vogliono lucrare sopra i commerci sotterranei, perché c'è Tizio, c'è Caio che guadagna su queste cose. Sostanzialmente io voglio usare la marijuana e se le me lo impedisce vuol dire che è colluso con la mafia dei commerci internazionali. Quindici anni.

Questo per dirvi quanto è complesso, difficile e quanto è operazionalmente complicato smontare delle certezze costruite in maniera surrettizia e manipolatoria rispetto ad una serie di leggende metropolitane.

Quindi, i temi affrontati sono: il desiderio come confine spazio temporale, il collegamento ad internet inteso come affacciarsi su una porta, porta che divide il reale dal virtuale: oltre il monitor non c'è più spazio, non c'è più tempo, ma tutto viene deciso e giocato e controllato dai desideri dell'utente. Si tratta di una ipertrofia dell'io, che è un io virtuale, che non si confronta con la realtà ma con la virtualità. I luoghi del virtuale sono terre estreme nelle quali i limiti geografici sono metafora dei confini del sé, abitati dal desiderio di conoscere e comunicare e sentire, in cui il vincolo di passioni e di pensiero spinge la ragione ad oltrepassare se stessa per la profonda inquietudine in cui è posta la verità dell'uomo.

RELAZIONI

La costruzione dell'identità avviene all'interno del campo della relazione con il virtuale che dovrà essere trasformato dalla dimensione mentale, al fine di riprendere possesso dal concetto di corpo. Infatti, quando siamo di fronte al computer usiamo soltanto la mente, è come se stessimo in una stagione culturale per la quale il corpo viene dato per scontato e arriva al secondo al terzo al quarto posto.

Ricordiamoci qual è il tema fondamentale della coscienza e della conoscenza del proprio corpo, per conoscere e padroneggiare la propria identità. Ricordiamo le parole di Eugenio Bortolotti nei "conflitti del conoscere": *"il rivelarsi del corpo vissuto non proviene, o perlomeno non mi pare provenire, dalle mie più inavvertite istanze egoiche, ma soltanto dal fatto anche sorprendente che è proprio l'altro, l'altrui, a rivelarmi il mio corpo, ovvero il mio "me corpo" facendomi sentire vivere e sommuoversi nelle profondità più sconosciute ed inesplorate della carne, come a volte accade in adolescenza"*.

Quindi, il tema della riflessione e del recupero del corpo nella cultura del Web e delle relazioni virtuali, lo possiamo ritrovare nella citazione di Merleau Ponty: intersoggettività e intercorporeità: *"se l'altro mi appare come un mio simile e le sue azioni come dotate di senso, è grazie ad un ponte implicito tra il suo corpo e il mio. La identificazione tacita ed implicita con il corpo dell'altro, che è alla base della coscienza dell'altro, è alla base della intersoggettività"*.

Dunque, Merleau Ponty, nel "visibile e nell'invisibile", fa coincidere l'esperienza della corporeità come esperienza primaria della presenza al mondo, e pone il riconoscimento del proprio "io corporeo" come simultaneo alla scoperta dell'alterità dell'altro; la scoperta dell'identità viene posta fin dall'inizio in una dimensione intersoggettiva e mediata dalla corporeità.

Tutto questo, che Merleau Ponty dà per scontato, lo abbiamo ascoltato oggi nella vita quotidiana di noi adulti e soprattutto nella vita dei nostri figli, dei nostri giovani e dei nostri adolescenti. Riflettiamo su quanto, questo che è fondante per la percezione dell'identità sia oggi effettivamente presente nella realtà psichica dei nostri giorni.

Allora, se certi paradigmi del passato al quale noi eravamo abituati oggi vengono meno, quali sono gli orizzonti culturali, clinici e scientifici ai quali ci porta inevitabilmente questa nuova realtà? Che relazione c'è fra il corpo somatico, il corpo vissuto e il corpo virtuale che agisce, vive, lavora, interagisce nella realtà di Internet e nella realtà del cyberspazio? Se il corpo vissuto è il luogo della comunicazione e della relazione con l'altro, il luogo dell'appello dialogico alla convocazione, da uno spazio intersoggettivo incarnato va all'incontro con l'altro e con se stesso nella normalità, e che

NUOVI PARADIGMI DELLA CLINICA: DAL SUICIDIO DEL CORPO AL SUICIDIO DELLE RELAZIONI

succede quando questa normalità si disloca nel cyberspazio? Chi sono io che comunica? Con chi sto comunicando dall'altra parte? Che fine fa il corpo nel ciberspazio?

Ci sono interessanti definizioni di una serie di autori che esponiamo di seguito.

Si parla di disseminazione del corpo nelle reti e negli spazi virtuali immateriali della macchina digitale, nel ribaltamento del rapporto corpo identità, perché il corpo diventa un "non corpo" e l'identità indipendente dal suo essere ideologico e fisico. La cyber cultura sostituisce alla concezione di corpo fisico e biologico quella di corpo etereo e virtuale dell'informazione: il corpo perde la sua consistenza per essere smaterializzato, l'essere persona non si identifica più con il sé corpo ma con un sé che ha la libertà di reinventarsi ed essere contemporaneamente uno e molteplice. Il corpo sessuato, in quanto portatore di differenze, è destinato a sparire diventando nelle cyber culture un luogo di intensità pura, un non corpo. Questo è il punto di arrivo attuale: noi abbiamo la costruzione di una vita molto simile a quella vera, molto virtuale, dove abbiamo una serie di identità che sono corpi e anche menti di tipo virtuale.

Quali sono i più eccitanti prodotti del cyberspazio? I MUVE, cioè i multi user virtual environment, il mondo virtuale che consente la partecipazione di decine di utenti interagenti fra di loro.

Qual' è la caratteristica dell'identità nel mondo virtuale in second life? È il fatto di poter costruire e di poter essere un avatar, termine sanscrito nel quale la traduzione induista indica la parte di un Dio che assume un corpo fisico: avatar è "colui che discende", una persona che sceglie di mostrarsi agli altri attraverso una propria rappresentazione ed una propria incarnazione; ogni avatar può esplorare l'universo virtuale e portare altri utenti a gestire attività individuali e di gruppo, creare fidanzamenti e matrimoni, viaggiare attraverso isole e terre del mondo virtuali.

Che c'entra con la clinica? Che c'entra con la malattia? Che c'entra con il suicidio?

In second life suicide group, la cabina dei suicidi, l'avatar based psicoterapy, una realtà virtuale che mutua e che clona aspetti fondamentali delle altre realtà cliniche.

Questi sono gli aspetti che possono essere ulteriormente esperiti nel mondo virtuale e c'è anche questa straordinaria questione della virtualità e della illusorietà del tema gruppale; noi siamo dentro uno spazio gruppale, ma questo gruppo ha le dimensioni assolutamente virtuali, non reali. Dunque, il corpo come strumento della comunicazione. La tecnologia atrofizza i nostri sensi riducendo le capacità sensoriali su cui si costruiscono le relazioni umane.

RELAZIONI

Deformato il proprio modello fenomenico del sé, l'immagine interna del proprio corpo diventa una possibile ricettacolo sporgente di relazione autentica: soltanto utilizzando il nostro senso in maniera profonda, completa e consapevole possiamo far emergere e ricostruire la vastità delle relazioni che ci fanno interagire con il mondo, perché occhi, pelle, lingua e orecchie sono di fatto porto di accesso tramite cui il nostro corpo riceve stimoli dall'altruità.

Rispetto al tema di oggi, che possiamo dire di questa dimensione e di questi aspetti? Le chat room favoriscono le tentazioni suicidarie? Le informazioni sul suicidio sono facilmente accessibili nel Web, sono presenti in special chat room per discussioni sull'argomento.

Digitando le parole: metodi di suicidio sul Google, si ottengono circa un milione settecento quarantamila voci. Molti di questi tipi forniscono informazioni dettagliate su come effettuare un suicidio efficace, ma la medaglia ha una sola faccia? Il bicchiere è sempre soltanto mezzo vuoto?

C'è un'altra faccia della medaglia? Questo può e deve essere mezzo pieno e dunque, rispetto agli stimoli e alle tentazioni, vi sono le possibilità di aiuto, di prevenzione e di terapia.

Internet può essere efficacemente sfruttato per aiutare le persone con grave disagio emotivo, alcun chat room ad esempio, permettono una discussione anonima su un argomento tabù come il suicidio, per cui si può essere aiutati senza dover passare attraverso le *"forche caudine"* della burocrazia e dell'identificazione. Parecchi siti Web offrono varie tipologie di supporto come interventi psicologici e informazioni corrette su argomenti problematici destinati a costruire reti, questa volta reali, di auto aiuto.

Vorrei soffermarmi su quest'ultima cosa che viene un po' la parte finale della mia riflessione.

Voi sapete che nella storia del Giappone c'è stato un periodo nel quale il suicidio era considerato una "onorabile" via di fuga dei fallimenti ed era il celeberrimo Harakiri. Nelle situazioni di forte stress individuale in Giappone vi sono pochi specialisti qualificati nel campo della salute mentale e ancora meno strutture nelle quali cercare aiuto.

L'assenza di "ikigai", il valore della vita, è caratterizzante il visitatore dei siti Web pro suicidio che considerano il suicidio come cura di qualsiasi disagio o come libera scelta dell'individuo. Forti modelli culturali e metodiche profonde di costruzione dell'identità poi possono avere delle importate risposte di tipo epidemiologico.

Come ultimo riferimento voglio fare il riferimento alla Hikikomori. Nella letteratura psichiatrica giapponese è descritto questo disturbo che coinvolge adulti e giovani; le sue caratteristiche principali sono uno stile di vita centrato sulla vita in casa e nessun interesse o voglia

NUOVI PARADIGMI DELLA CLINICA: DAL SUICIDIO DEL CORPO AL SUICIDIO DELLE RELAZIONI

di frequentare la scuola o il lavoro: la sola navigazione su Internet e la sola attività di chat sono le pochissime attività svolte durante il giorno.

Questa sindrome è il punto di riferimento tra il virtuale e il reale che possiamo dare alla nostra contraddizione per elaborare nuove teorie e nuove strategie di prevenzione e di cura, perché l'allontanamento emotivo dal mondo e fuga autistica della realtà intersoggettiva diventi obiettivo reale delle nostre attività cliniche.

MANCA TITOLO INTERVENTO

Pompili

Cercherò di fare una sintesi della ricerca sul suicidio e di come è importante passare alla comprensione del paziente. Il sottotitolo di questa presentazione è: “un viaggio di andata e ritorno infinito” cioè quello che porta al paziente, rimanda alla ricerca di base e viceversa.

Questo viaggio non si deve mai fermare, perché altrimenti rischiamo di mantenerci solo nella ricerca sterile di base e mai ascoltare la sofferenza, così grande e così immensa di questi pazienti che noi non riusciamo a comprendere.

La comprensione da vicino di questa sofferenza ci porta verso l'effettiva prevenzione.

Quello a cui stiamo assistendo è un cambiamento dei tassi di suicidio nel mondo: ci sono alcune nazioni in cui c'è un aumento del rischio di suicidio e altre in cui si sta verificando una diminuzione. L'Italia è in una zona di confine: si è osservato un lieve decremento, ma questo non ci deve rassicurare più di tanto, perché anche in passato abbiamo visto dei decrementi seguiti da picchi molto allarmanti.

Quando nacque la suicidologia, cioè la scienza nata per studiare il suicidio, sviluppata da Shneidman, ancora ci si trovava di fronte a un deserto e si muovevano i primi passi. Per alcuni la logica del suicidio è talmente lontana da non poterla mai comprendere; Schneidman diceva che *“la morte non può essere un territorio esplorabile, perché va oltre noi”*.

All'inizio i libri sulla suicidologia erano pochi, circa una decina, c'erano dei corsi che insegnavano come confrontarsi con gli individui in crisi; adesso ci sono una montagna di libri e articoli sul suicidio, c'è tanto in letteratura e ultimamente abbiamo voluto fare uno sforzo sulle evidenze nella prevenzione del suicidio. Di fatto, non sempre le evidenze si confrontano bene con le esigenze del paziente e con la sofferenza che il soggetto sta provando in quel momento, soprattutto perché ci troviamo di fronte a diversi approcci al suicidio: filosofico, psicologico, medico e così via, che non sono mai sinergici l'uno con l'altro. Questo ci dà una visione sempre parziale con il fenomeno.

Lo sforzo è quello di integrare quanto più possibile le diverse prospettive; la necessità di creare dei modelli è l'elemento più difficile nella ricerca, ci sono dei modelli genetici, neuropsicologici, del dolore psicologico. Esiste una contrapposizione tra la ricerca di laboratorio e quello che facevano i pionieri della suicidologia a Los Angeles, che andavano a sentire le storie di questi pazienti, le loro parole, che cosa li aveva portati veramente a voler morire.

Fin dalla metà degli anni '70, si osservò che la riduzione di un metabolita della serotonina, l'acido 5 indolacetico, era fortemente legato alla letalità (probabilità di morire per quel gesto) dei

RELAZIONI

tentativi di suicidio, cioè tanto più era letale un tentativo, tanto più era ridotto questo metabolita, quindi tanta più carenza di serotonina si poteva osservare.

Oggi questo dato è fortemente acquisito, ci sono infatti, decine di lavori che lo testimoniano. Gli studi post mortem si concentrano su tutto il sistema nervoso centrale, ma di fatto sul nucleo dorsale del rafe, dove la carenza di serotonina è più facilmente riconoscibile. Il sistema nervoso è stato descritto come diverso negli individui a rischio di suicidio rispetto a soggetti che non hanno mai tentato il suicidio. Sono stati fatti diversi studi di neuroimaging e si è visto che alcune parti della corteccia cerebrale funzionano meno e presentano un ridotto metabolismo quando si effettua la tomografia ad emissione di positroni. Esiste quindi qualcosa di specifico che può essere riconosciuto e probabilmente anche trattato. Nei reperti della RM le aree di degenerazione periventricolare, cioè l'iperintensità della sostanza bianca è associato ad una maggiore probabilità di avere tentativi di suicidi.

Il modello di John Mann, molto citato in letteratura, prende in considerazione uno stressor, che può essere un disturbo psichiatrico o una crisi psicosociale, che può dar vita ad una ideazione suicidaria, ma deve potersi impattare con la carenza di serotonina.

La cosa interessante di questo modello è che mette sullo stesso piano la genetica e gli abusi fisici e sessuali; in questo caso Freud aveva ragione a concentrarsi sui traumi infantili, di natura psichica, fisica e sessuale. Poi via via sono state inserite altre caratteristiche, quali impulsività, traumi cranici, disturbi psichiatrici e disfunzioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Secondo la ricerca attuale, aver avuto una storia di abusi fisici e sessuali durante l'infanzia, porta delle alterazioni molto importanti a livello cellulare, cioè il DNA rimane invariato, ma le componenti che regolano l'espressione del DNA, sono alterati a causa di una storia di abuso fisico e sessuale infantile. La cromatina e gli stoni che regolano l'espressione dei geni sono alterati e queste alterazioni si riconoscono nel corso della vita. Queste proteine vengono eccessivamente sottoposte ad un processo biochimico: la metilazione.

Dall'esame post-mortem del sistema nervoso, emerge una eccessiva metilazione; l'ambiente cellulare va a influenzare anche l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene: è come se queste persone fossero perennemente sottoposti ad uno stress e ad una tensione continua.

Coloro che hanno queste alterazioni hanno almeno 4 volte e mezzo in più la probabilità di morire di suicidio rispetto ai soggetti normali. La carenza di serotonina ci ha portato a considerare quali possono essere i geni candidati per il rischio di suicidio: non esistono geni per il rischio di suicidio, ma geni che possono favorirlo.

Si deve fare un passo indietro andando a ricercare gli endofenotipi. Il fenotipo è appunto il suicidio. Dietro ad un endofenotipo ci può essere l'aggressività, l'impulsività, l'esordio precoce della depressione e disfunzioni neuro cognitive; andando a cercare geni per questi fenotipi si è fatto un identikit dei geni coinvolti: gene trasportatore della serotonina in primo luogo ed altri.

Questo non è un processo facile e sempre attuabile, perché siamo sempre portati a dire che il suicidio è di sola competenza dello psichiatra; basta però ricordare che nel 2003 la nostra conoscenza del suicidio connesso ai disturbi psichiatrici era basata su circa 16000 casi a fronte di un milione di casi di suicidio che si verificano ogni anno.

Rispetto al ruolo dei farmaci, alcuni hanno dato evidenze certe, ad esempio la clozapina rispetto agli altri antipsicotici; andando a fare una metanalisi il rischio relativo è 4.64, e questo protegge dal rischio suicido. Chi utilizzò per primo il litio, non immaginava che questo sarebbe stato connesso al rischio di suicidio.

Facendo la somma di tutti i trial, nei disturbi dell'umore, disturbo bipolare in primis, la somma è quasi 5, ben lontano dalla linea di riferimento, e questo ci dice che l'associazione è forte. Meno forte è nel caso di depressione unipolare: di fatto il litio salva delle vite rispetto ad altri farmaci.

Rispetto agli antiepilettici usati come stabilizzanti dell'umore, il rischio di suicidio è fortemente aumentato nell'epilessia, quindi i soggetti epilettici sono più a rischio di suicidio. Facendo una carrellata degli ultimi studi, si è visto che esistono delle sottopopolazioni di pazienti vulnerabili, ma facendo una sintesi, le molecole più associate al rischio di suicidio, troviamo la mirtazapina, il valproato, molto utilizzati in psichiatria.

Ciò che viene fuori è un discorso non chiaro, come lo era stato per gli antidepressivi: è vero che esiste una grande dimensione dei disturbi psichiatrici, ma esiste anche una dimensione della suicidarietà. Noi non possiamo dire che il suicidio è l'epifenomeno della depressione e se tratto la depressione posso prevenire anche il rischio di suicidio. perché questo è un grosso errore: bisogna considerare le ragioni che spingono al suicidio, che possono essere problemi della vita di tutti i giorni.

Quando arrivano al pronto soccorso i soggetti non parlano di depressione, ma di una relazione andata male, di soldi che mancano, di conflitti familiari, e questa visione tunnel nella quale si trovano, li porta a vedere il suicidio come l'unica soluzione che potrà alleviare questo dolore così forte.

RELAZIONI

Questi aspetti vengono trattati anche dall'OMS, secondo cui, se si trattassero efficacemente i disturbi psichiatrici più connessi al rischio suicido, tipo alcol correlati, depressione e schizofrenia, la riduzione dei tassi passerebbe da 15 a 12 su centomila. Questo ci dice che ci vuole di più rispetto al solo approccio psichiatrico, ci vuole l'idea di mettere le mani nella sofferenza di questi soggetti, prima ancora della voglia di morire; quindi bisogna fare un passo indietro e veder quale è il motore del rischio di suicidio.

Ricordiamoci le parole di Schneidman, secondo il quale *“queste persone non vogliono morire, ma vogliono assolutamente vivere”*, e il suicidio è visto come un movimento di allontanamento dalla loro sofferenza.

Adesso vi racconto il caso di un soggetto che ha tentato diverse volte il suicidio ad alta letalità: egli aveva programmato di suicidarsi da due anni e si doveva suicidare il 31 dicembre. Va in Francia a salutare i parenti, intesta la casa, inizia ad abusare di alcool e di farmaci ancor prima di quella data. Ad un certo punto, quando si rende conto che sta per morire, chiama la guardia medica, a carponi va verso la porta, la apre e il 118 lo salva. Per quell'uomo il suicidio era l'unica soluzione per salvarsi.

L'altra testimonianza è quella di una madre che ha perso il figlio di 16 anni per impiccagione. Quello che emerge è che la donna cercava un colpevole, la fidanzata che l'aveva lasciato un anno prima, il motorino che non gli avevano comprato. In realtà con la fidanzata si erano lasciati un anno e mezzo prima, il motorino non l'aveva voluto lui: non c'era un colpevole. La donna si rammarica per non aver compreso la sofferenza del figlio e di non aver compreso i segnali d'allarme.

Il concetto chiave è proprio l'analisi dei segnali d'allarme, il cambiamento delle abitudini del sonno e dell'appetito, il parlare della morte e del suicidio. Si tratta di una sorta di testamento simbolico e non bisogna mai sottovalutare il fatto che quella persona dice che la vita non vale la pena di essere vissuta. Circa il 40% di soggetto morti suicida, dicono espressamente di volersi uccidere, di non farcela più. Poi c'è la popolazione dei survivors, che si portano dietro un fardello enorme, che spesso viene dimenticata, che non sa a chi rivolgersi e che spesso viene da molte parti da noi per parlare della loro esperienza. In sostanza, per ogni suicidio ci sono almeno 6 survivors, sei soggetti che vengono colpiti da questo evento.

Per concludere, la ricerca sta facendo molto, molti programmi sono stati applicati, ma non è stata valutata l'efficacia sulla popolazione, per cui bisogna lavorare sulla prevenzione del suicidio. È necessario confrontandosi con le persone in crisi in modo franco e sereno rispetto al tema; se la persona non si rende conto che si trova in un terreno sicuro non dirà mai: *“voglio suicidarmi”*.

LA PERSONA NEL POST-MODERNO TRA NARCISISMO E DISAGIO

La Spina

Il tema che oggi vi presenterò è chiaramente di grande importanza e interessa molte figure professionali, dai medici, agli psicologi e anche ai sociologi. In prima battuta, che il suicidio sia importante per i sociologi può essere meno intuitivo, perché è un atto esclusivamente individuale, però proprio per questo, come molti di voi sanno, uno degli atti fondativi della sociologia fu proprio il libro di Durkheim sul suicidio.

Sembrerebbe l'atto individuale di tutti, ma è anche l'atto in cui sicuramente contano anche i condizionamenti sociali, la storia del soggetto, la situazione specifica, il contesto specifico, magari familiare o comunque individuale del soggetto.

Io invece lo voglio spiegare come un fatto sociale. Fin dalla fondazione della sociologia, il suicidio è in realtà un argomento importante per i sociologi e, come abbiamo visto, in realtà è chiaro che oggi chi si occupa di questo tema non trascura anche i dati degli andamenti dei suicidi nel tempo, nelle serie storiche e quindi nella stessa società o nelle società diverse. Durkheim ci dice che l'ipotesi che ci sia una qualche sorta di condizionamento sociale sia un'ipotesi da seguire, anzi i condizionamenti sono tanti, non ce n'è uno soltanto.

La postmodernità è una categoria tipicamente sociologica, anche se non tutti i sociologi l'adoperano e non tutti i sociologi ne sono entusiasti, perché è un concetto un po' sfuggente.

Che cosa intendiamo per postmodernità?

La postmodernità, come dice la parola stessa, viene dopo la modernità. È come se ci fosse un bel giorno in cui, passato quel periodo si entrasse nella postmodernità; in realtà non è così, perché la modernità viene dopo la pre-modernità. In realtà le società pre-moderne sono diversissime tra di loro e hanno delle caratteristiche in realtà estremamente articolate ed alcune le troviamo già nelle società pre-moderne.

Le società pre-moderne sono orientate al passato, cioè l'individuo, nella società pre-moderna trova nel passato, nella tradizione, in ciò che hanno fatto i suoi genitori, i suoi avi, il sistema sociale nel quale si trova inserito, le sue le tipiche ragioni per agire: ciò che va bene fare, ciò che è giusto o corretto.

È anche normale fare ciò che si è sempre fatto, è una stilizzazione estrema perché poi non è vero che sia sempre stato così: la società medievale, per esempio, in realtà ha conosciuto dei momenti enormi di importantissime trasformazioni.

Nella modernità invece che cosa troviamo?

RELAZIONI

Convenzionalmente, la modernità, come la scoperta dell'America, la riforma protestante o l'invenzione della stampa a caratteri mobili, sono tutti ovviamente momenti convenzionali; ci sono parti del mondo dove la pre-modernità non è mai finita del tutto, il mezzogiorno è un tipico esempio di relazioni in buona misura pre-moderne feudali. Quindi, non è vero che la pre-modernità è finita ad un certo punto, però è anche vero che ci sono situazioni in cui la modernità si è affermata con forza.

Allora che cos'è che caratterizza la modernità? Mentre la pre-modernità è caratterizzata dall'orientamento al passato che molto spesso trova anche un suo ancoraggio nel soprannaturale e nell'aldilà, la modernità ha tipicamente un orientamento al futuro piuttosto che al passato. Ciò che caratterizza la modernità è l'idea che si afferma sempre di più, non necessariamente in contrasto con la religione, secondo la quale siamo artefici del nostro destino, lo siamo come individui nelle culture più individualiste e lo siamo come collettivi. Nella modernità si affermano una serie di ideologie in cui acquista senso la realizzazione e il progetto dell'individuo, la trasformazione dell'esistente.

Nella modernità troviamo una proiezione verso un futuro "terreno". La realizzazione dell'individuo si può avere o nell'arco della sua stessa vita o nell'arco di diverse generazioni, però si vedono dei progetti che, per esempio, portano all'affermazione di collettivi come la nazione, da cui l'ideologia del nazionalismo e il socialismo.

Abbiamo anche delle religioni laiche che vedono la realizzazione dell'individuo in questo mondo, anche se magari in un futuro non precisamente determinato, oppure anche delle religioni laiche come ad esempio l'ethos individualistica che troviamo negli Stati Uniti, che vedono invece la realizzazione piena nella vita dello stesso individuo.

La ricerca della felicità è scritta nelle dichiarazioni di principi di quel paese, quindi costruzione del futuro e non soltanto orientamento del futuro; è chiaro che, mentre nella pre-modernità il disagio c'è, anche se ovviamente, non ci riferiamo a persone che sono in condizioni di schiavitù senza un minimo di libertà ma intendiamo la percezione soggettiva del disagio nella pre-modernità. Condizioni di società statiche producono sistematicamente, magari ideologicamente, una serie di giustificazioni per cui l'individuo pur vivendo malissimo, non si sente a disagio o si sente relativamente poco a disagio.

Nella modernità, in cui c'è una spinta verso la costruzione del proprio futuro e del proprio progetto, in realtà spesso noi troviamo delle situazioni di disagio, che spesso rappresentano proprio la molla che porta all'innovazione, alla trasformazione sociale e al desiderio di cambiare qualche

LA PERSONA NEL POST-MODERNO TRA NARCISISMO E DISAGIO

cosa con la rivoluzione o con le riforme. Quindi non è un problema di disagio oggettivo, ma piuttosto, del modo in cui il disagio viene rappresentato, enfatizzato, socializzato, delle aspettative che abbiamo verso noi stessi.

Quindi che cosa sarebbe giusto che noi facessimo e a quali condizioni ci sentiremmo realizzati? Quindi, se noi volessimo guardare gli indicatori oggettivi di benessere, di tranquillità, di durata della vita, non ci sono società, se guardiamo ovviamente alle società del capitalismo maturo del mondo; nella società in cui viviamo noi, questi indicatori non sono mai stati così buoni anche se ci sono gravissimi problemi, divari e così via, ma, comparato alle società che ci hanno preceduto non c'è paragone. Nonostante questo, il disagio nelle società contemporanee è forse più presente di quanto non lo era nella società pre-moderna dove invece, oggettivamente, le condizioni erano assolutamente disagiate.

Considerando il post-moderno, una serie di capisaldi di assi portanti della modernità, tipo gli aspetti lavorativi, gli aspetti delle politiche sociali, gli aspetti del modello di famiglia, ecc., entrano un pò in crisi.

Qual' è la fondamentale differenza tra il passaggio della post-modernità alla modernità e il passaggio della modernità alla post-modernità? Per avere il primo ci sono voluti secoli e tutt'ora non si è del tutto completato; il passaggio dalla modernità alla post-modernità lo abbiamo vissuto e lo stiamo vivendo tutti nell'arco della nostra stessa vita. Una serie di certezze tipiche della modernità soprattutto della versione europea, per esempio le politiche sociali, le garanzie rispetto al mercato del lavoro, e quindi rispetto alla posizione del lavoro, sono molto rilevanti quando si parla del progetto individuale di vita e non sono completamente finite, ma hanno avuto dei forti colpi derivanti per esempio dalla crisi fiscale dello Stato dalla insostenibilità finanziaria, da certi sistemi di welfare e così via.

La postmodernità può essere intesa anche come presa d'atto dello sgretolamento di alcune verità, dell'indebolimento e dello sgretolamento di certe certezze che hanno caratterizzato la modernità. I trent'anni successivi alla seconda guerra mondiale, sono stati anni in cui tutta una serie di cose sembrava si fossero consolidate per sempre, ad esempio troviamo a livello macro sociale i diritti sociali, a livello individuale lo smarrimento, l'indebolimento o comunque la dispersione di una serie di modelli culturali di riferimento che affondano le loro radici in altri aspetti familiari.

Quindi se volessimo caratterizzare la post-modernità come la potremmo caratterizzare? Mentre la pre-modernità è orientata prevalentemente al passato, la modernità strutturalmente è orientata al futuro, perché la costruzione collettiva di una trasformazione sociale è più giusta e più

RELAZIONI

valida da un punto di vista della nazione, anche se non sempre questo progetto collettivo di trasformazione ha portato benefici, ma a volte ha portato anche disastri.

L'uomo post-moderno è orientato al suo presente e al suo quotidiano. Il narciso è questo, è chi guarda se stesso, si guarda allo specchio e in linea di massima si appaga di come già è fatto; diciamo in linea di massima, perché tutti sappiamo che poi allo stringere non è così, non ci possiamo mai appagare soltanto di noi stessi: un orientamento narcisistico di ripiegamento su se stessi è quello che caratterizza l'uomo e l'attore sociale.

Il disagio è legato alla situazione oggettiva in cui viviamo e dipende da altro: questo ci viene fornito dai dati sul suicidio.

Come mai nelle società più povere, anche a tutt'oggi, i suicidi sono di meno? Se il suicidio fosse strettamente e direttamente correlato al disagio oggettivo, tipo il disagio socio-economico, non arrivare alla fine del mese, dovrebbe essere enormemente più presente nelle società più povere dove c'è una maggiore arretratezza socio economica. Invece, è vero il contrario.

Come sappiamo, il suicidio molto spesso è presente, non tanto nel momento in cui vi è una difficoltà economica ma quando questa difficoltà economica, ad esempio in alcuni tipi di famiglia, subentra a un precedente stato di benessere: tipicamente tende a suicidarsi non colui che sempre è stato povero, ma chi ha sperimentato una certa situazione di relativo benessere.

Quindi il suicidio resta una scelta soggettiva non strettamente correlato all'oggettività della situazione sociale, ma alle percezioni alle aspettative di noi stessi.

Secondo le ultime ricerche, ci sono suicidi chiaramente legati, e qua c'è molto a che fare con il post-moderno, con l'orientamento al quotidiano, al presente; la pre-modernità regola stabilità, staticità, ancoraggio al soprannaturale ed è connessa a pochi suicidi. In realtà, secondo questa visione, ci aspetteremmo molti suicidi nella post-modernità, proprio perché questi ancoraggi, il senso individuale e il senso soggettivo del progetto di vita, vengono meno.

Questo impatto è così, ma in parte non è del tutto vero; fortunatamente ci sono delle novità nei dati sui suicidi, per esempio oggi sono più frequenti i suicidi nei giovani di quanto non fossero ai tempi di Durkheim; un anno fa un anno e mezzo fa i titoli dei giornali dissero che in Italia la seconda causa di morte fra i giovani è il suicidio e non era vero, infatti, alla fine ci sono state delle correzioni. In realtà, purtroppo su questo argomento è facile anche l'allarmismo, e proprio l'allarmismo va evitato. Se si vuole affrontare questo argomento se ne deve parlare bene e sensibilizzare.

LA PERSONA NEL POST-MODERNO TRA NARCISISMO E DISAGIO

Per il suicidio abbiamo la certezza che gioca un ruolo fondamentale l'imitazione, intesa sia nel senso di fare quello che ha fatto qualcun altro, magari molto noto, tipo l'attore famoso, l'attrice famosa, come successe dopo il suicidio di Marilyn Monroe. L'imitazione avviene anche rispetto a come viene riportata la modalità in cui è stato effettuato il suicidio: le informazioni date dai mass media, a volte riportate in maniera puntigliosa, favoriscono l'imitazione stessa.

Se è così, ci aspettiamo che i suicidi per imitazione diventino maggiori di numero, e nella società post-moderna il soggetto che ha meno forte il senso e la progettualità della sua individualità, può accedere più facilmente a questa imitazione. Tutto questo è vero, anche se in parte, perché in realtà il primo esempio conosciuto di suicidio per imitazione è quello legato alla diffusione del romanzo di Goethe: "i dolori del giovane Werther", tant'è che tutt'ora si parla di effetto Werther, in cui molti giovani di buona famiglia si suicidavano e accanto al loro comodino c'era il romanzo di Goethe.

Non eravamo in periodo di post-modernità, anzi, eravamo al culmine dei lumi e al passaggio verso il romanticismo, quindi l'effetto imitazione non è una tipica caratteristica del post-moderno; nella società contemporanea, la circolazione rapida veloce e vivida di informazioni, enfatizza alcuni suicidi. Possiamo dire che il semplice dare la notizia di un suicidio va bene, ma dare il dettaglio molto minuzioso su come quei ragazzi sono morti, ad esempio con il gas, di come hanno compiuto un suicidio collettivo di tre o quattro persone attraverso il gas o con il tubo di scappamento della macchina, questo produsse immediatamente nei mesi successivi una serie di suicidi per imitazione.

Così come oggi, si è verificato anche un effetto di imitazione di ragazzi che si sono buttati dal balcone, il cosiddetto balconing: anche questo si è realizzato attraverso l'imitazione.

Un altro aspetto che gioca molto nel suicidio è la disponibilità, perché l'imitazione, in un certo senso, si basa sulla disponibilità: se io leggo sul giornale o su un sito Internet la descrizione minuziosa di tutto quello che va fatto per fare quest'atto, magari senza neanche soffrire troppo, una serie di istruzioni per l'uso, questa è già una disponibilità.

Ci sono alcune categorie sociali che hanno una disponibilità maggiore di altri dell'accesso alla morte, fra l'altro alla morte indolore, e quella categoria si suicida di più.

Citiamo una famosa ricerca, fatta in Inghilterra, in cui in quel periodo si osservava un numero alto di casi di suicidio causati dal gas. Si iniziò con il sistema di alimentazione del gas: si mise in circolo un gas che era più difficile da usare, era meno tossico ed era comunque più difficile da mettere in circolo. Si osservò quindi un crollo del tasso di suicidi, il che significa che c'era un rapporto stretto tra disponibilità del mezzo e il numero di suicidi. Inoltre si è osservato un c'è un

LA PERSONA NEL POST-MODERNO TRA NARCISISMO E DISAGIO

tasso elevatissimo di suicidi fra i medici, dimostrata dal fatto che il medico ha una maggiore disponibilità, conosce la morte, la vede come una cosa quotidiana, può non amare la sofferenza e soprattutto, ha a disposizione facilmente i mezzi per ottenere la morte indolore.

Quindi la disponibilità, sia sul piano dell'informazione, che sul piano della vividezza delle informazioni rappresentate con una particolare pregnanza, è un mondo in cui alcune categorie hanno la disponibilità maggiore di altre: ecco perché il disagio può anche trasformarsi in suicidio.

Poi ci sono una serie di aspetti legati strettamente all'aumento del disagio nella società post-moderna.

Il disagio sembra un fatto assolutamente oggettivo. Molto spesso parliamo di indicatori oggettivi di disagio per esempio l'andamento del PIL e quindi, se il PIL cresce, cresce un po' anche il malessere, l'andamento dei consumi familiari: se la gente compra meno roba e si fa i conti in tasca, vuol dire che ha più difficoltà.

Ci sono una serie di indicatori oggettivi di disagio o viceversa di benessere e di miglioramento che sono sicuramente fondamentali, però il disagio sembra fondamentalmente molto di più qualcosa di soggettivo, inteso come qualcosa che si riscontra nella psiche del singolo ma che è socialmente mediato.

Nella società post-moderna, non c'è niente, non ci sono certezze, non ci sono punti di riferimento, non abbiamo dove appigliarci, viviamo in questo marasma in cui siamo condannati a stare male e stiamo male sul serio. Con questo non voglio dire che ci suicidiamo, qualcuno magari lo fa proprio perché le sue aspettative le trova sistematicamente deluse.

Le società di oggi sono un po' più liquide degli anni '60 o '70, ma è chiaro che le società europee, tipo la Germania, la Francia, i Paesi Scandinavi, il Regno Unito, sono società molto più solide degli Stati Uniti, perché hanno dei sistemi di Welfare e un sistema sanitario nazionale, al contrario degli Stati Uniti che non lo hanno mai avuto; eppure gli Stati Uniti negli anni '50 avevano circa 135 milioni di abitanti e ora ne hanno 300 milioni, aumento favorito dalla maggiore presenza di immigrati. Anche se gli Stati Uniti hanno un sistema di protezione del lavoro, inferiore rispetto al nostro, il mercato del lavoro funziona. Quindi che cosa succede? Se si perde un lavoro se ne trova un altro e quindi, questa rotazione frequentissima delle opportunità, consente di prendere il rischio di intraprendere dei progetti di vita ai quali può corrispondere una scommessa o anche un disagio quando questa scommessa viene persa.

CONSIDERAZIONI PSICOPATOLOGICHE SULLA SOLITUDINE

Mazzola

La solitudine come vissuto, può essere intesa come isolamento attivo, isolamento passivo, desolazione, abbandono, privazione da qualsiasi relazione che diventa una condizione insopportabile, una situazione imprevedibile ed impossibile; è chiaro che l'isolamento attivo non comporta disagio, ma potrebbe essere la conseguenza di un disagio.

I vari dati psicopatologici, da me considerati, sono: la solitudine nel tempo, dove la persona trova e sperimenta una dilatazione del tempo vissuto; la percezione dell'attimo: il passato come unica dimensione, ed il futuro come una dimensione inimmaginabile da cui deriva la morte liberatoria; la solitudine nell'esistere, che comporta l'illusorietà della molteplicità, l'inalterabilità dell'essere e quindi una morte liberatoria.

La somma tra la solitudine nel tempo e la solitudine nell'esistere, dà la solitudine nel reale, dove il soggetto, enfatizzando ricordi scolastici, il *panta rei*, dice di essere solo nel tempo e nella sua esistenza. Tutto questo è il contrario della dilatazione nel tempo, la realtà è inesistente, tutto è fantasmatico e quindi morte.

Rispetto alle realtà virtuali, l'"essere insieme agli altri", non è un essere con, ma è semplicemente un essere irrealmente in collegamento con gli altri, una solitudine nel vuoto: "*mi sento come fiondato nello spazio siderale, in un viaggio senza tempo nell'infinito*". La solitudine nello spazio comporta un restringimento delle pareti o la dilatazione: "*gli altri non ci sono*". Esistono delle micro e macro distanze tra me e gli altri, ho un'inflessibilità a comunicare, quindi mi uccido.

Troviamo anche una solitudine comunicativa, intesa come perdita di comunicazione in assenza di malattia neurologica, perdita del significato semantico, inutilità del manierismo, del neologismo e della neolalia; quando non posso comunicare mi invento un linguaggio: la neolalia o i neologismi, ma non riesco a fare niente e non riesco a comunicare.

L'altra alterazione invece, che non porta sicuramente a morte provocata dal suicidio, è la condizione di solitudine e la perdita della comunicazione, per esempio nell'afasia, intesa come impossibilità a parlare o a capire (molto spesso esistono le due forme e quindi si vive questa solitudine comunicativa in maniera molto grave), le disartrie, la sclerosi laterale amiotrofica.

Esiste poi una solitudine incomunicabile caratterizzata per esempio da vissuti catastrofici, allucinazione imperative o terrifiche, che ordinano al soggetto di non parlare perché se parlano muore qualcuno: deliri di colpa e di rovina.

RELAZIONI

Nella solitudine somatica, il corpo si stacca dalla mente: *“sono solo, completamente solo”*; è presente un delirio di negazione, la sindrome di Cotard in cui si afferma: *“sono morto, il cuore si è fermato, il sangue non circola più e allora c’è un delirio di mortalità”*; un delirio di immortalità paradossale: *“non potrò morire mai perché già sono morto”*, ed è angosciante terribile sentirselo raccontare e mettersi nei panni di chi sta vivendo questa solitudine in una morte che si prolunga nell’immortalità. Si cerca in questa condizione la morte reale.

La solitudine nella moltitudine porta all’anomia o all’istrionismo; le personalità istrioniche sono sole, spetta a loro salire sul palcoscenico e fare di tutto per attrarre l’attenzione degli altri. Gli isterici si incattiviscono perché continuano ad essere soli, non hanno la possibilità e quindi, sono dei soggetti che più che essere soli sono quelli che sono stati lasciati da soli.

L’estraneità dell’esistere, l’estraneità nell’esistere e l’alienazione, comportano una processualità; le solitudini sopracitate possono portare al terrore, al tremore, alla ineluttabilità, al desiderio di fuga vissuta come impossibile, all’apofania intesa come divenire manifesto, al delirio e quindi, ad un possibile suicidio.

L’individuo isolato non rimane colpito da ciò che fanno gli altri, ma da ciò che non fanno e non dicono. Tutto questo poi diventa la solitudine estrema. Nell’assenza di relazione la morte diventa l’unica salvezza.

Facciamo riferimento adesso ad un lavoro che tratta di un fenomeno in continua evoluzione in cui, in assenza di malattie mentali, c’è un ritiro sociale da almeno sei mesi, il rifiuto di qualsiasi attività, l’assenza di interessi, l’esclusione dell’altro, la conflittualità, soprattutto con la madre, ed un padre assente. L’esordio si ha intorno ai 14 anni. Il fenomeno originale spesso colpisce chi è vittima di questo bullismo giapponese che è simile al mobbing orizzontale. Il mobbing verticale è fatto dall’autorità verso il sottoposto, il mobbing orizzontale è fatto dai colleghi.

L’Hikikomori non è una sindrome, è una condizione culturalmente determinata. Vediamo sempre più spesso dei soggetti che presentano una condizione di ritiro autistico e di solitudine. La sintomatologia è caratterizzata da automisofobia, cioè avere paura di fare tutto e di essere sporchi, dall’antropofobia, dall’ereutofobia, dall’autobromatofobia, dall’autosvalutazione. La paura di fare cattivo odore, è fortemente collegata alla cultura giapponese.

Quando le persone nella nostra cultura, vanno in condizione di “gatismo”, che è il massimo dell’impuro, della sporcizia e dell’isolamento, questa condizione è il massimo o della schizofrenia o della demenza; i nostri soggetti che vanno in ritiro proprio alla condizione di gatismo, sono dovuti ad apatia, abulia e l’idea di riferimento è la violenza.

MANCA TITOLO INTERVENTO

Cavadi

La prima domanda che vi porgo è questa: siamo sicuri che chi vuole suicidarsi è un malato? Sicuramente di fronte ad un ragazzo che manifesta delle tendenze, delle volontà e delle intenzioni suicidarie.

La prima ipotesi è che ci siano degli squilibri neuropsichiatrici o delle psicopatologie, quindi la risposta è a un primo livello di tipo farmacologico, e poi di tipo psicoterapeutico; specialmente se si tratta di un giovane, si può provare anche con la psicoanalisi, quindi con le psicoterapie non farmacologiche.

Io credo che queste siano le prime risposte da dare, però, oltre alle motivazioni di carattere medico e di carattere psicopatologico, potrebbe esistere una persona che invece si pone il problema del suicidio, non perché è “malato”, ma perché ha fatto delle domande alla vita e queste domande non hanno trovato una risposta soddisfacente.

Possiamo medicalizzare qualsiasi disagio?

Possiamo cercare sempre la terapia per qualsiasi disagio, anche per un disagio di questa gravità, di questa serietà, oppure possiamo tenere aperta la possibilità che una persona abbia tentato il suicidio come esito del proprio progetto di vita, perché ci ha riflettuto e perché è arrivato, meditando e confrontandosi con gli altri, a questa conclusione?

Questa ipotesi va tenuta presente, perché si può trattare di una persona che ha squilibri psichici o psichiatrici, di una persona che non è malata, non è disturbata né mentalmente né psicologicamente, ma cerca una ragione per vivere. Allora non è facile dire: “*questo non ha avuto la cura giusta*”, ma, purtroppo, ci sono molti casi di persone a cui una risposta terapeutica risulta inadeguata.

I consulenti filosofici possono intervenire solo nei casi di soggetti che hanno dei motivi filosofici razionali per uccidersi, che desiderano confrontarsi non sul piano della cura ma sul piano del dialogo tu per tu, del dialogo paritetico; questo naturalmente significa che saltano tanti parametri perché, se io sono uno psichiatra ovvero uno psicoterapeuta, e viene da me una persona con tendenze suicidarie, non riesco a convincerla a non suicidarsi. Io penso che se l'esito di una terapia è letale, concludendosi appunto con il suicidio del paziente, devo considerarmi un fallito, perché era venuto quel paziente, io lo dovevo curare e non ci sono riuscito.

Il consulente il filosofo pratico, non deve curare niente, non deve curare nessuno, deve offrirsi come interlocutore critico in una ricerca di senso, per cui se una persona dopo avere avuto dei

RELAZIONI

colloqui con me, dopo settimane o dopo mesi, decide lo stesso di suicidarsi, io non posso considerare fallita la mia non terapia, cioè il mio colloquio e la mia relazione d'aiuto.

Questo perché? Perché a me filosofo interessa che cosa quella persona compie consapevolmente, il gesto che decide di compiere. La filosofia può dare soltanto gli strumenti per compiere in maniera critica dei gesti che altrimenti si compiono o in preda all'impulsività o in preda alla sola emotività.

Da questo punto di vista io credo che una persona che abbia raggiunto la consapevolezza e arrivi alla conclusione che debba suicidarsi, sia una persona a cui io ho dato la possibilità di farlo in maniera non automatica, non puramente reattiva, in maniera consapevole.

Allora, io non mi devo sentire fallito come filosofo se il consultante decide di suicidarsi, purché lo decida consapevolmente. Il gioco della filosofia è che noi dobbiamo parlare senza sapere prima dove andiamo a finire, cioè il filosofo è filosofo se, quando parla con il "candidato al suicidio", non parte dogmaticamente dall'idea che quest'ultimo ha torto e che lui ha ragione. Si devono usare delle tecniche, delle retoriche e delle strategie per cercare di tirarlo fuori dal bunker, si deve essere intellettualmente così onesti da dire: "*parliamone*", perché può darsi che l'altro mi porti delle argomentazioni tali che io filosofo dica: "*hai ragione, effettivamente non vale la pena vivere*".

Un famoso sofista che veniva chiamato "il persuasor di morte" perché era uno che girava nell'antica Grecia a convincere la gente ad ammazzarsi, partiva dal presupposto che a lui andava bene quando gli altri si ammazzavano.

Con questo voglio dire che la differenza fra le strategie retoriche, in cui io faccio finta di discutere ma so già dove noi dobbiamo andare a finire, e la vera filosofia è che, se ci sediamo a parlare io e te dobbiamo essere aperti a 360 gradi, e può darsi che io convinca te ma può darsi che tu convinca me.

È vero che la filosofia non serve a niente e questo non lo dico io, lo diceva Aristotele: la filosofia non deve essere uno strumento per raggiungere un utile, quindi, è vero che la dissuasione dal suicidio non può essere un compito filosofico, ma deve discutere sul senso della vita; se è vero che la filosofia non è terapia, può essere vero che discutendo, l'altro acquisti un distacco dalla sua situazione e spieghi il motivo per cui non vale la pena vivere.

Può darsi che questo dialogo, che non è intenzionalmente terapeutico, possa avere come effetto secondario un distacco dal proprio disturbo, una presa di distanza che aiuti l'altro a rimandare o addirittura a cancellare l'ipotesi del suicidio.

A che serve il consulente filosofico in questi casi?

Prima risposta. Se l'altro, prendendo le distanze, attraverso il dialogo dalla situazione, capisce che i suoi problemi non sono solo suoi, sono di tutta l'umanità, che non è solo, sarà lui a dovere chiedersi che senso ha la vita. Questa non è una domanda privata o individuale, non è una domanda da pazzi, ma semmai la follia dell'umanità è il non porsi questa domanda e fare finta che sia ovvio vivere; incidentalmente può capitare che sia terapeutico.

Noi viviamo in una cultura in cui, quello che è utile vale la pena perseguirlo, quello che è inutile non vale la pena perseguirlo. Io credo che ci sia un altro binomio altrettanto importante: degno-indegno; c'è un modo indegno di vivere e c'è un modo degno di morire?

Io credo che, se la filosofia non può dare il senso della dignità del vivere, può aiutare a dare il segno della dignità della morte, dello stesso suicidio, cioè una persona che ha fatto un cammino di ricerca può decidere, nonostante questo cammino, di suicidarsi, ma se ha fatto questo cammino, se ha fatto questa riflessione, se ha accettato il confronto con l'altro, è arrivato alla conclusione anche per motivi oggettivi.

È chiaro che io non sto parlando della ragazzina che è stata lasciata il giorno prima dal ragazzino, ma sto parlando per esempio del malato terminale, di una persona che ritiene di aver compiuto una colpa talmente grave per cui non è possibile nessun risarcimento alla società.

Gli stoici e lo stoicismo, corrente filosofica di secoli prima di Cristo, che continua con Seneca, continua dopo Cristo, ha influenzato moltissimo il cristianesimo, che sul suicidio ha dato una risposta nettamente negativa.

Gli stoici dicevano: *“se io capisco, la vita ha un senso e una missione, se io sono nella condizione di non potere svolgere la mia missione, la missione che il Dio stoico, che il Dio panteista, che il Dio logos mi ha dato, allora io non solo ho il diritto, ma addirittura ho il dovere di suicidarmi ma con dignità”*.

Da questo punto di vista la filosofia potrebbe non aiutarci a sopravvivere, ma potrebbe darci gli elementi per un suicidio consapevole di tipo dignitoso e meditato. Questo forse va contro certi tabù diffusi per cui dobbiamo partire dal presupposto che il suicidio sia sempre sbagliato e la sopravvivenza sia sempre giusta, ma i filosofi, mettono in dubbio quello che tutti danno per scontato.

MANCA TITOLO INTERVENTO

Cutaia

L'intervento di oggi fa capo alla professione di cui faccio parte. Io sono musicoterapeuta e coordino l' help line del telefono giallo di Afipres a Palermo.

Vi presento le nuove ricerche in ambito musicale e musicoterapico che si stanno incentrando proprio sulla prevenzione del suicidio.

In fondo cos'è la musica?

La musica aiuta a sognare, è per la vita, è per l'amore e per il cuore.

Le nuove ricerche si stanno incentrando sul cosmo, e sul suono che il cosmo continuamente emette. Riferendoci al cyber spazio, un'ultima ricerca nel settore musicale che utilizza proprio il cyberspazio riguarda il sole.

I fisici della Royal Astronomy Society, durante un convegno a Preston hanno registrato, attraverso un formato audio, la musica che il sole emette; non soltanto c'è questa grande energia che è data dal fenomeno acustico che il sole ha, ma a quanto pare, il suono del sole è terapeutico.

Questa è un'ultima ricerca che dicono i fisici dell'Università di Sheffield, infatti, le esplosioni prodotte possono inviare addirittura onde acustiche talmente potenti che urtando con gli archi coronarie a velocità di decine di chilometri al secondo, creando una musica cosmica simile a quella di un organo.

Quindi dall'Università potreste anche ascoltare il suono emesso dal sole (Università di Sheffield).

Perché utilizzare la musica anche in ambito terapeutico, specialmente nella prevenzione del suicidio?

Il termine musica deriva proprio dalla parola greca "musiche" che, a sua volta, proviene dalla parola latina "muse"; in altre parole significa musa, quindi l'arte dell'essere Muse.

Questa espressione, molto poetica, potrebbe rappresentare che la musica, vista da ognuno di noi in maniera soggettiva, è la più pura delle arti, perché può esprimere ogni pensiero, sensazione e sentimento individuale o collettivo, toccando sempre più profondamente le corde dell'animo umano.

A questo punto mi piace citare una citazione di Schumann: " *illuminare la profondità del cuore umano*". È proprio questa la missione del musicista per comprendere quanto sia importante la musica che quotidianamente noi possiamo anche ascoltare.

RELAZIONI

Sloboda si pone alcuni interrogativi: perché la musica è un'espressione così diffusa nelle culture e perché è capace di suscitare emozioni così profonde? Quindi l'autore si muove all'interno di una prospettiva cognitiva esplorando la componente cognitiva presente nell'apprezzamento di un brano musicale. Ricco fra l'altro il libro di partiture musicali che potreste trovare.

Romano sostiene che la musica è l'albero che nell'orecchio sorge e per questo potremmo rappresentarla come una produzione vicino al mito, come riflessioni filosofiche, psicologiche ed antropologiche.

Ponendosi sul nuovo post-moderno, sull'attuale, esistono numerose ricerche musicali che integrano gli aspetti psicologici, gli aspetti di disagio e gli aspetti preventivi.

Si stanno studiando le proprietà della musica inerenti all'acustica musicale, specialmente le pause, il silenzio e i periodi di latenza; vi sono inoltre delle proprietà terapeutiche che la musica ha, come il tempo e il ritmo, che potrebbero diminuire anche lo stress. Esiste un nuovo metodo americano chiamato "Gym" di Erhon Donny, che integra perfettamente il processo cognitivo con le emozioni, tale appunto da produrre benessere.

La musica è sempre più vicina alle neuroscienze. Tramite uno studio delle aree cerebrali di bambini che studiano musica, si riscontra una espansione delle aree specifiche. Inoltre, la musica aiuta a lenire il dolore cronico, in particolare la musica distrae dal pensiero del dolore e migliora l'umore; determinate musiche, per esempio, post operazione chirurgica riducono la somministrazione di antidolorifici, oppure la musica, nella schizofrenia, può aiutare nella fase acuta.

Sulla prevenzione non c'è moltissimo in questo momento, si stanno studiando gli effetti preventivi relativi alla HIV e, a quanto pare, una musica hip hop potrebbe lenire, ovviamente affiancata ad altre tecniche, nella prevenzione dell' HIV: questo è dimostrato dall'Università della Florida.

Parlando di musica non possiamo fare a meno di considerare la musica inerente alla comunicazione di massa. I "Dolori del giovane Werther" o le "Ultime lettere di Jacopo Ortis", hanno suscitato un effetto così catastrofico nel genere umano, da produrre dei suicidi. Tutto questo è stato studiato da "Durkheim" ed il suicidio è stato inteso come un gesto imitativo.

Philips definisce questi effetti derivanti da una comunicazione mediatica talvolta erronea.

L'etica non è molto spesso presente in una produzione musicale, perché si dovrebbe porre molta attenzione alle musiche prodotte, specialmente fra gli adolescenti, e come queste musiche vengono bombardate effettivamente nell'andamento mediatico.

Vi propongo alcuni brani che hanno come tema il suicidio e che hanno provocato nel tempo un cospicuo numero di suicidi, per esempio “The final Cup” dei Pink Floyd, “cupa domenica” di alcuni autori ungheresi che subito dopo la sua uscita ha provocato ben 18 suicidi in Ungheria, ancora abbiamo i Coldplay con Amsterdam, brano che provoca una forte disperazione o ancora, “suicide solutions”, brano bandito in quanto un giovane adolescente sembrerebbe proprio averla ascoltata poco prima dell’atto finale e infine, abbiamo dei Sod: “Kill our Self” cioè uccidi per sesso.

Ovviamente la drammaticità di questa musica dovrebbe essere accompagnata non soltanto dalla loro dismissione dal mondo del mercato ma si dovrebbe attenzionare il fenomeno con una maggiore accuratezza rispetto a chi le ascolta.

Rispetto alla musicoterapia, possiamo dire che la musica è sempre più presente nella vita dell’uomo, fra l’altro, numerosi studi dimostrano come già nell’antichità ci fosse questo accenno alla musica; per esempio le “ferite di Ulisse” cessavano di sanguinare al canto magico intonato da alcuni soldati, oppure la sofferenza e l’inquietudine del Re Soul venivano placate dal suono dell’arpa di Davide e così via; quindi numerosi sono i riferimenti già nella mitologia e nella storia passata a una musica che possa essere una musicoterapia.

I primi tentativi di curare la malattia con la musica risalgono alle società egiziane quando, 2600 anni fa, gli antichi medici egizi credevano che i canti magici potessero curare la sterilità o le malattie. L’esperienza della musicoterapia nell’ambito della prevenzione del suicidio è quella di divenire un’esperienza di sé molto risanante, nel senso che, la musica può essere utilizzata come categoria della percezione, come un approfondimento storico antropologico, come costruito sociale, come archetipo musicale ma anche come consapevolezza di essere vivi e dunque di esistere.

In ambito musicale specialmente ricettivo, esistono dei programmi di prevenzione poco utilizzati in Italia, che danno dei benefici a chi li ascolta, ad esempio, l’ascolto della musica classica dà un effetto calmante sul battito cardiaco e quindi può essere utile ad esempio per le malattie di cuore; la classica indiana può essere paragonabile a farmaci ipnotici tali da migliorare, secondo questa ricerca, la prevenzione di comportamenti autodistruttivi e così via. L’esplorazione musicale dell’essere sé attraverso la musicoterapia, non si pone più come una separazione tra la mente e il corpo, ma integra la totale esperienza mentale e corporea.

Nella prevenzione del suicidio, non c’è tanto rispetto alle revue in ambito musicoterapico, ma può essere sicuramente un ottimo rimedio accompagnato ad altre terapie. In ambito preventivo o riabilitativo della condotta suicidaria e parasuicidaria, due musiche sembrerebbero avere un aspetto negativo sulla prevenzione del suicidio: la country music, collegata alla depressione o al suicidio, in

RELAZIONI

quanto parrebbe che i temi che si riscontrano in questo tipo di musica possono favorire una condotta suicidaria e non da meno, l'ascolto della musica rock aumenta la potenzialità del gesto suicidario, in una mente che "coccola" l'idea di suicidio.

Sicuramente dovremmo imparare non soltanto a guardare il mondo ma a poterlo dunque ascoltare con i campanelli di allarme e i segnali che vengono inviati.

Vi presento brevemente l'associazione. Ci occupiamo da tanto tempo di prevenzione del suicidio e anche delle condotte autolesionistiche, specialmente nell'ambito del disagio psichico, offriamo sostegno morale alle famiglie dei giovani suicidi, attività di prevenzione, informazione e sensibilizzazione; abbiamo anche numerose attività come l'Help line, il centro di accoglienza, il centro aggregativo e rieducativo e inoltre, collaboriamo con tutta la struttura pubblica e privata in ambito di prevenzione.

Parlare di Afipres sicuramente non è facile perché si deve fare i conti non soltanto con il tabù che il suicidio oggi rappresenta, ma con un termine stravagante associato al suicidio e dunque alla sua prevenzione.

Prima di concludere abbastanza velocemente, noi non ci occupiamo soltanto di prevenzione del suicidio ma anche delle memorie storiche che vengono ricordate appunto con chi non c'è più, i cosiddetti survivor cioè i sopravvissuti. Le nostre memorie sono rispetto ai ragazzi che non ci sono più, non per farli diventare dei falsi miti, ma per ricordarli alla nostra memoria. Ve ne presento qualcuno:

Marco, morto qualche annetto fa al quale è dedicata la nostra associazione, Norman che abbiamo già visto e Marco Majorana.

NARCISO E LA STANZA SENZA SPECCHI

Billeci

Che significa “Narciso e la stanza senza specchi”?

La stanza senza specchi è la stanza del computer.

Narciso è questo fenomeno dell’Hikikomori di cui tutti hanno parlato, in cui si ritrova una corrispondenza tra il Giappone e il sud Italia. In Giappone c’è un’educazione di tipo frustrante, tutti i ragazzi si chiudono in queste stanze proprio per difendersi dall’ educazione forte, e qui a quanto pare, il motivo per cui questi ragazzi si richiudono nella stanza appunto del Web, di Internet, è per il motivo contrario, cioè perché probabilmente abbiamo a che fare con un’educazione materna e gratificante. In questo mi viene in mente Freud quando dice: *“una nevrosi nasce o per una eccessiva gratificazione, per una eccessiva gratificazione o per un’eccessiva frustrazione e quindi due cose opposte hanno lo stesso effetto”*.

Narciso, ragazzo bello e sdegnoso incapace di amare, muore proprio perché si innamora di se stesso. Perché muore Narciso? Muore perché si guarda allo specchio, perché rifiuta gli specchi esterni che gli rimandano l’immagine di un corpo intriso di eros.

Nel mito che succede? Ci sono due versioni.

Narciso diventa oggetto d’amore di un ragazzo, quindi si parla d’amore omosessuale; nella seconda versione invece Narciso viene amato da Eco.

Cosa succede? Narciso volge lo sguardo, si rifugia nel suo specchio e nella sua immagine, perché non accetta di essere oggetto–soggetto d’amore, quindi di essere soggetto erotico.

La prima cosa che fa Narciso è volgere lo sguardo a questo specchio e contemplare il suo specchio, proprio nel momento in cui però si guarda nello specchio Narciso muore perché regredisce, cioè non vive più, in effetti si allontana dalla vita.

Narciso rifiuta di vivere rifiuta quella vita, rifiuta e di crescere.

Allora la realtà virtuale che cosa fa? La realtà virtuale offre al Narciso la possibilità di continuare a vivere, perché quel luogo è un luogo senza specchi, è un luogo dove nessuno lo guarda perché lo schermo separa: lì si può essere quello che si vuole, lì si può controllare il mondo.

Quella stanza offre delle opportunità incredibili al ragazzo: poter esprimere il proprio mondo interno senza incorrere nel giudizio nella critica, nella vicinanza fisica e psichica con l’altro che è quello che poi crea la chiusura.

Il bisogno di espressione di sé è fondamentale nella vita e non ce ne dobbiamo vergognare, siamo frutto di una cultura dove il narcisismo era una perversione, cioè il narcisismo era considerato negli aspetti negativi: l’esibizionismo, la voglia smodata di apparire, l’egocentrismo, etc. etc.

RELAZIONI

Per dare il meglio di sé, per realizzarsi e per individuarsi, l'uomo deve esprimere parte di questo narcisismo, cioè dove esprimere se stesso e il proprio mondo interno. Il digitale offre questa possibilità, è autoreferenziale, cioè scrivere, mostrare questo video o foto, apparire; quindi la stanza del web diventa la stanza della libertà dove si può. La libertà è il potere dell'immagine, perché in effetti abbiamo la possibilità di esprimerci nella parola, non nel fare.

Allora è importante capire che c'è il bisogno di esprimersi e la stanza di Narciso, il virtuale, ha permesso che molti non si siano suicidati perché, dobbiamo anche accettare che il virtuale in qualche modo ha selezionato una schiera di adolescenti che in altre epoche probabilmente, o non sarebbero assolutamente cresciuti in quella maniera, oppure sarebbero andati ad ingrassare le schiere dei derelitti degli emarginati dei suicidi.

È importante capire qual'è l'importanza del virtuale, non bollandolo solo come fatto assolutamente negativo: è un momento in cui i ragazzi stazionano.

Possiamo considerare l'adolescenza un fenomeno dagli aspetti mortiferi, contrario all'aspetto vitale che è invece la fame, il dinamismo, la voglia di amare, di mettersi in gioco, di partire, di fare sesso, di vivere; questo è proprio l'aspetto altro, mortifero e mortale dell'adolescenza perché è un ritornare ad una condizione vegetativa.

La stanza può essere una specie di ventre materno dove il giovane viene coccolato e gratificato, la mamma ti porta da mangiare dietro la porta e fa da ponte con l'esterno.

Durante la pubertà, nel periodo spazio temporale dedicato a questo passaggio, i ragazzi si chiudono nella stanza e poi, l'adolescenza quella vera, quella del "puer aethernum" è fuori tempo, vedendo ad esempio, persone che sono adolescenti a cinquant'anni.

Questo crea sicuramente il caos che stiamo vivendo, momento di grande opportunità. Allora il problema qui è che questo spazio è uno spazio di incubazione, spazio in cui staziona Narciso per prepararsi probabilmente ad uscire, ma lì ci manca appunto il corpo e la relazione. Allora il problema è questo: trovare spazi di incubazione, le nicchie antropologiche dove l'adolescente possa invece esprimere questi suoi bisogni di espressione di sé accanto all'altro.

Lo psicodramma e tutto ciò che ha che fare con l'arteterapia, può essere un'opportunità e uno strumento da offrire a questi ragazzi; lo psicodramma individuativo offre la possibilità al ragazzo di esprimere se stesso con l'altro. Parlo dello psicodramma dove ci sono due terapeuti, uno con funzione di osservatore e uno con funzioni di conduttore, quindi è come se ci fosse una coppia genitoriale; le tecniche che si usano sono ludico-creative, quindi la drammatizzazione, la struttura creativa, la pittura etc. Attraverso tale tecnica si ha la possibilità di rappresentare, di raccontare se

NARCISO E LA STANZA SENZA SPECCHI

stesso, per cui c'è un momento in cui c'è un protagonista cioè uno che sta lì al centro e rappresenta se stesso insieme agli altri, ma poi c'è un coro attorno che diventa specchio dove si può accettare di guardarsi, perché alternativamente si può diventare attori e spettatori di se stesso.

La cosa importante è capire che ci sono dei bisogni che la società considera regressivi, ma che sono quelli a cui dobbiamo dare ascolto; c'è un momento in cui abbiamo la necessità di essere protagonisti della nostra vita, di esserci, di esistere e di apparire, abbiamo bisogno che ci sia qualcuno che ci guardi.

Lo psicodramma dà l'opportunità di essere spettatori e attori avendo un tempo stabilito che dà il gruppo, e questo crea il luogo del rito.

Lo sviluppo della spontaneità e della creatività, fondamentali per la salute psichica, quali mostrarsi, esibirsi o avere il corpo, sono bisogni necessari, necessità primarie, come mangiare, dormire, fare l'amore. Esprimere se stesso nel corpo è fondamentale, e questo può avvenire nel gruppo dello psicodramma senza l'uso di droghe.

Il gruppo di psicodramma dà la possibilità di passare dalla parola all'atto, sperimentando i limiti del corpo e prendendo contatto con la nostra limitatezza.

Il petting psicodrammatico con le sue regole, dà anche un contenimento, una norma o una regola, che deve essere rispettata dal ragazzo; spesso un ragazzo non esce nella realtà, perché ha paura di sbagliare, ha paura del fallimento e i genitori procrastinano questo passaggio nella realtà proprio perché hanno paura per primi del fallimento del figlio: questo crea la paura di mettersi in gioco.

Il gruppo di psicodramma permette di sperimentarsi prima di entrare nella realtà e dà la possibilità anche di agire, come se nello psicodramma, diventasse preludio dell'agire come si è nella vita: questo trasforma l'impossibile in possibile perché il grosso problema è non riuscire. Abbiamo dei desideri legati all'eternità, alla funzionalità e al sogno. Allora è necessario uno spazio dove questo possa avvenire come gioco e come finzione.

A proposito della finzione diceva Shakespeare: *“date all'uomo date una maschera e vi dirà la verità”*.

MANCA TITOLO INTERVENTO

Bonaviri.

Buongiorno. Io sono tecnico della riabilitazione psichiatrica e da parecchi anni, nella mia professione privata mi occupo di management, cioè di governo dei casi che ho sotto esame.

Il “case management” è un metodo integrato, per il quale un operatore che ha le competenze, diventa il regista della situazione; in sintesi gli scopi sono quelli di garantire il fluire del percorso assistenziale personalizzato, sia del paziente che dei familiari, di interconnettere, di fare una operazione di linking di tutti i servizi disponibili, in base alle necessità della famiglia e dell’utente e di entrare nelle situazioni difficili.

Del “case management” possono usufruire le famiglie ad alto carico assistenziale, che presentano un’alta emotività spesso familiare, che hanno in famiglia una situazione di un utente con disturbo cronico o grave, con comorbilità e con doppie diagnosi.

Il case manager può essere svolto da quell’operatore capace di una presa in carico globale, fondata sulla competenza e sulla professionalità più che sulla buona volontà dei vari operatori. Un denominatore comune delle persone che poi hanno avuto dei figli che si sono suicidati è: *“non posso pensare di lasciare questo figlio che ho tanto amato, da solo in questo mondo, finirebbe in un istituto”*.

Questa parole mi hanno spinto ad entrare sempre più nel mondo di persone, di famiglie ad alto carico assistenziale. Vi parlo solamente di un caso che sto seguendo attualmente, lo chiamiamo Alfredo. Alfredo deve compiere 14 anni in novembre, è figlio unico, la mamma ha 55 anni, il padre 62 anni, quindi un grande gap generazionale con i genitori.

Alfredo sin da piccolo comincia con atti di aggressività e di violenza sugli animali, sui cani, mette i gatti in lavatrice, squarta materialmente dei gatti con altri amici, crocifigge le rane e soprattutto, sviluppa una tendenza verso la preferenza dei film horror fino a quando non si ferma a “Non aprite quella porta”, dove si parla di un certo Thomas Huytt, serial killer che, mettendo delle maschere ne combina di tutti i colori.

Come Thomas Huytt, Alfredo costruisce delle maschere di pelle, obbliga la madre a tutti gli orari della giornata, a filmare le performance e a guardare con lui i film horror, picchia ripetutamente i genitori che come tanti altri familiari al pronto soccorso dichiarano di avere subito dei traumi accidentali. Il padre è assolutamente impotente, non sa reagire, sta male, il figlio lo chiama “babbaluci” (lumaca).

RELAZIONI

Quando entro per la prima volta nella casa di Alfredo, il papà è seduto in un angolo nel divano, non ha nemmeno la forza di salutarmi.

Da qualche anno Alfredo è seguito dalla neuropsichiatria territoriale che ha fatto l'invio presso una struttura per adolescenti problematici; c'è un lavoro con i familiari e un lavoro con il ragazzo; il lavoro con i familiari prevede la mia disponibilità 24 ore su 24 quindi, io posso essere chiamato a qualunque ora del giorno e della notte perché devo intervenire subito nei momenti di crisi e di emergenza.

In continuazione incontro tutti e due i genitori ai quali fornisco delle strategie di tipo comportamentale; con Alfredo incremento l'autostima nel senso di competenza personale, aumento la motivazione allo studio, potenziò le capacità di dilazionare la gratificazione immediata. Gli interventi sono: promozione e incremento dell'orientamento verso l'autonomia, ripresa dell'attività effettiva a ludico ricreativa.

La scuola non sapeva gestire la situazione e, di conseguenza, il ragazzo non voleva più andarci.

Dopo aver esposto la situazione a scuola da circa tre mesi i docenti si sono mostrati molto disponibili, si sono inteneriti.

Molti interventi sono di tipo pedagogico e comportamentale con le tecniche di rinforzo.

I primi mesi li ho passati a rimproverare molto Alfredo, venivo chiamato, lui si sedeva a tavola, si sedeva con il papà, decideva che il papà gli faceva antipatia e gli diceva di alzarsi dalla tavola perché lui doveva mangiare da solo e quindi se ne doveva andare.

Il circuito era questo: il papà si alzava, si allontanava mentre lui rimaneva a mangiare nella tavola; era il padrone assoluto della situazione. Naturalmente ho concordato con i genitori che i comportamenti socialmente incompetenti mi dovevano essere subito segnalati e, la prima volta che ha fatto questo, mi sono seduto con lui, e gli ho detto: da ora in poi se tu sei nervoso per cose che ti sono accadute ti alzi te ne vai sopra nella tua stanza, fai quello che vuoi però non ti rischi più di mandare via dalla cucina papà, perché papà e mamma sono i tuoi genitori, sono i padroni di casa e quindi al limite, se c'è una persona che si deve allontanare sei tu.

Ho cercato un contatto con grande delicatezza con i vecchi amici perché lui faceva parte di alcuni gruppetti, abbiamo fatto una selezione delle persone che dovevano essere aggiunte o raggiunte o delle persone che dovevano essere sottratte; al momento lui suona sia il pianoforte che la chitarra elettrica e ha ripreso i contatti con i vecchi amici e con la vecchia band.

Siamo a circa due mesi dall'inizio del progetto, siamo riusciti a fargli rifrequentare la scuola quasi costantemente, non ha più alzato le mani ai genitori, non ha più rotto oggetti di casa, i genitori hanno ripreso una vita quasi normale nel senso che adesso cominciano ad avere una mimica facciale che li fa assomigliare a degli esseri umani.