

Welcoming the desire to die: A preliminary step to psychotherapeutic work with the patient at risk of suicide

Marco Nicastrò

Abstract

The author, starting from Bion's theorization about the role of the alpha function and the container-contained dynamics, outlines a possible position of the psychoanalytic therapist in the face of the patient's suicidal risk and the related anguishes of death. Specifically, the need for a deep emotional involvement of the therapist in the relationship with the patient is highlighted, which is not based on a taken for granted tendency to encourage the patient or reduce his/her psychic suffering as soon as possible. Instead, such an involvement is oriented to welcome and psychically focus his/her pain so that it may be gradually elaborated by the therapeutic couple, avoiding to immediately assume guiding attitudes or moral condemnation with regard to the patient's suicidal tendency.

Keywords: suicide; alpha function; beta elements; projective identification; therapeutic alliance.

· Psychotherapist, AULSS 6 Euganea, Padova. E-mail: marco.nicastro@hotmail.it

Nicastrò, M. (2018). Accogliere il desiderio di morire: Un passo preliminare al lavoro psicoterapeutico col paziente a rischio di suicidio [Welcoming the desire to die: A preliminary step to psychotherapeutic work with the patient at risk of suicide]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 85-92. doi: 10.14645/RPC.2018.1.705

Accogliere il desiderio di morire: Un passo preliminare al lavoro psicoterapeutico col paziente a rischio di suicidio

Marco Nicastro

Abstract

L'autore, partendo dalla teorizzazione bioniana relativa al ruolo della funzione alfa e alla dinamica contenuto-contenitore, delinea una possibile posizione del terapeuta psicoanalitico di fronte al rischio suicidario del paziente ed alle relative angosce di morte. Viene evidenziata in particolare la necessità di un coinvolgimento emotivo profondo del terapeuta nel rapporto col paziente, non basato su una propensione scontata ad incoraggiare il paziente o a ridurre prima possibile la sua sofferenza psichica, quanto ad accogliere e rimanere psichicamente nel suo dolore affinché questo possa essere elaborato gradualmente dalla coppia terapeutica, evitando di assumere fin da subito atteggiamenti direttivi o di riprovazione morale dinnanzi alla tendenza suicidaria del paziente.

Parole chiave: suicidio; funzione alfa; elementi beta; identificazione proiettiva; alleanza terapeutica.

· Psicoterapeuta, AULSS 6 Euganea, Padova. E-mail: marco.nicastro@hotmail.it

Nicastro, M. (2018). Accogliere il desiderio di morire: Un passo preliminare al lavoro psicoterapeutico col paziente a rischio di suicidio [Welcoming the desire to die: A preliminary step to psychotherapeutic work with the patient at risk of suicide]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 85-92. doi: 10.14645/RPC.2018.1.705

Aspetti del funzionamento della mente nella teoria di Wilfred Bion

In questo mio breve contributo vorrei considerare la dinamica del suicidio partendo da lontano – ma forse neanche troppo – ossia dalla teorizzazione di Wilfred Bion relativa al funzionamento della mente. Bion centra il suo discorso teorico sul concetto di *funzione alfa*, quella capacità della mente di trasformare l'esperienza emotiva e sensoriale in *elementi alfa*, cioè in pensieri o elementi psichici suscettibili di diventarli e in quanto tali capaci di essere rielaborati e diventare sogni, fantasie, o anche pensieri, tutti elementi psichici, questi, potenzialmente comunicabili o suscettibili di rimozione. La funzione alfa si struttura fin dalle prime fasi di vita, a seguito di ripetute esperienze interattive madre-bambino in cui la madre riesce a comprendere gli stati interiori dell'infante, per lui ancora indecifrabili, fornendo risposte adeguate e quindi dandogli un senso (Bion, 1962/1972).

Il malfunzionamento o l'assenza della funzione alfa porta all'accumulo nell'apparato psichico di *elementi beta* che, riprendendo la distinzione kantiana tra “fenomeno” e “noumeno/cosa in sé”, Bion riferisce alla “cosa in sé”. In quanto tali, gli elementi beta, a differenza degli elementi alfa, sono inconoscibili e incomunicabili. La predominanza di elementi beta nell'esperienza psichica di un individuo causata dal malfunzionamento o dall'assenza della funzione alfa comporta, secondo l'Autore, una condizione esistenziale dominata dall'*acting out* (azione o esperienza corporea con funzione di scarico della tensione mentale) e dalle forme primitive di proiezione, condizioni che determinano una perdita di contatto con la realtà e di un rapporto dialettico costruttivo con essa (Bion, 1962/1972). In una tale condizione, infatti, lo scopo principale della mente sarà quello di liberarsi della tensione interna determinata dall'accumulo di questi elementi psichici primitivi non elaborabili. La funzione alfa, al contrario, garantisce le condizioni per il pensiero e quindi per il contenimento della tensione interna: da un lato con una funzione elaborativa che produce elementi pensabili, dall'altro con una funzione di filtro che permette all'individuo di limitare l'impatto degli elementi psichici disturbanti attraverso la rimozione (o altre forme di repressione), garantendo così la possibilità di focalizzare efficacemente l'attenzione sulla realtà, cosa che rende possibile la codifica delle informazioni in entrata e quindi l'apprendimento e l'adattamento. Infatti, è esperienza comune che se la nostra mente viene disturbata da un eccesso di stimoli non è possibile focalizzare l'attenzione su alcunché, codificare le informazioni percepite, ricordare, apprendere. Oltre a questa funzione di natura più cognitiva, la funzione alfa garantirebbe anche la consapevolezza dei propri vissuti emotivi: l'emozione, come il percepito della realtà esterna, è un altro dato che arriva alla mente e viene percepito ed elaborato; un'alterazione della funzione alfa può quindi generare anche una disconnessione affettiva dinnanzi a quanto si percepisce, una sorta di carenza di “verità” emotiva nel contatto con la realtà. A tal proposito dice Bion: “La verità sembra essere qualcosa di essenziale per la salute psichica. L'effetto che tale carenza determina è analogo a quello che nel soma produce l'essere in preda alla fame” (Bion, 1962/1972, p. 105). Il contatto emotivo con la realtà sarebbe secondo Bion fondamentale per l'essere umano quanto un adeguato funzionamento del pensiero e della percezione.

Secondo questa particolare prospettiva teorica (semplificando non poco) il lavoro terapeutico consisterebbe principalmente nel favorire lo sviluppo della funzione alfa del paziente attraverso un adeguato uso da parte del clinico della sua attenzione e della sua apertura mentale verso l'esperienza interiore del paziente, di modo che questi, interiorizzando gradualmente tale processo (che è sempre interattivo) possa essere maggiormente capace di dare un senso al proprio dolore mentale più che tentare di evitarlo, negarlo, proiettarlo o tradurlo in agiti distruttivi.

Per uso adeguato dell'attenzione del terapeuta intendiamo qui un'attività clinica contrassegnata dalla *rêverie* (Bion, 1962/1972), quella capacità di accogliere e tollerare gli stati mentali del paziente, preliminarmente al trovare in essi un senso comunicabile e condivisibile, evitando di cedere al bisogno di scaricare prematuramente la frustrazione (tramite azioni o anche spiegazioni/soluzioni precoci), bisogno che si fa sempre più forte nel clinico a seguito del contatto prolungato con la sofferenza umana. La funzione terapeutica allora non consisterà tanto nel far riferimento ad una teoria, per quanto questa possa essere apprezzata da un punto di vista scientifico o estetico, quanto nel tollerare un'apertura reale alla complessità e al dolore dell'altro, dando importanza anche alle proprie intuizioni ed emozioni, e al coraggio di andare oltre, se necessario – oltre il senso comune, oltre le proprie paure, oltre i vincoli della tradizione teorica e clinica – e nel saper trasformare quella complessità, spesso in un modo solo parziale e comunque in evoluzione, in qualcosa che sia dotato di senso, che sia cioè pensabile ed esperibile come veritiero dal paziente.¹

¹ Il lavoro di ricezione, di contenimento di quanto ricevuto e di trasformazione significativa è definito da Bion modello “contenitore-contenuto”. Tale modello si basa chiaramente sulla teoria dell'*identificazione proiettiva* di Melanie Klein (1946/1978).

Tale processo può svolgersi solo in un'atmosfera di estrema e necessaria privazione del paziente e del terapeuta (nel senso di privarsi di immediate vie d'uscita dal problema) e di solitudine. Dice infatti Bion: "In nessun momento l'analista e il paziente devono perdere la sensazione di essere isolati all'interno del loro intimo rapporto analitico. L'analista non dovrebbe perdere la sensazione di isolamento (o privarne il paziente) inerente al sapere che le condizioni che hanno condotto all'analisi e le conseguenze che in futuro potranno scaturirne sono una responsabilità che non può essere condivisa con nessuno. La discussione di questioni tecniche o di altro genere con colleghi o parenti non deve mai attentare a questo isolamento" (Bion, 1963/1979, p.24). Il curante deve quindi compiere il suo lavoro resistendo all'ansia ("atmosfera di privazione"), proteggendo il più possibile l'intimità del rapporto col paziente ("sensazione di isolamento") e al contempo accettando la responsabilità massima, il vincolo etico fortissimo che riguarda lui e innanzitutto lui – dato che il paziente primariamente a lui si rivolge – connaturato nel farsi carico della sofferenza dell'altro.

Il processo ovviamente non è facile, specie coi pazienti più regrediti e sofferenti (come sono molti pazienti a rischio di suicidio), la cui esperienza psichica è dominata dai cosiddetti elementi beta. Questi pazienti cercheranno di trasferire in modo massiccio nella mente del terapeuta la loro esperienza emotiva disturbante – di cui spesso non sono neanche consapevoli – con una funzione di liberazione totale. Secondo il modello bioniano descritto, il processo terapeutico consisterà in un continuo oscillare tra una condizione di confusione, di solitudine dinnanzi alla sofferenza e di angoscia (sia per il paziente che per il terapeuta) e una di maggiore tranquillità che giunge quando il terapeuta riesce a dare un senso (condivisibile) all'esperienza psichica del paziente. Un passaggio continuo dalla cosiddetta posizione schizo-paranoide (caotica) a quella depressiva, dalla dispersione della personalità a causa dei meccanismi proiettivi e di scissione, alla ricomposizione di questa in un contenitore mentale-relazionale sufficientemente buono, in grado cioè di ipotizzare un nesso che dia una qualche coerenza all'esperienza del paziente (Bion, 1963/1979). In questo difficile processo il terapeuta si troverà invaso da sensazioni ed emozioni primitive e sarà portato a liberarsene, come il paziente, in vari modi. Se egli sarà in grado di resistere a tale propensione naturale, tollerando il caos, il senso di impotenza o di disperazione, e facendo appello a tutte le proprie risorse professionali ed umane senza cercare di ridurre la propria responsabilità (solitudine) nel rapporto di cura, si creeranno le condizioni per un lavoro autenticamente trasformativo.

Un caso clinico

Alessia, 18 anni, si presentò nel mio studio a seguito di un primo incontro di consultazione e raccolta dati fatto in un'altra struttura da una collega, che l'aveva descritta come una ragazza tranquilla, motivata all'aiuto psicologico ma timidissima. Il nostro primo incontro fu per me in qualche modo "traumatico": in realtà la timidezza – scarse le relazioni attuali e passate, sentimenti di inadeguatezza verso gli altri, poco calore affettivo vissuto in famiglia – era solo la punta dell'iceberg. Ciò che dall'esterno poteva apparire come una forte ritrosia a relazionarsi era in realtà qualcosa di molto più serio e complesso: la ragazza non riusciva bene a comprendere e ad esprimere ciò che sentiva interiormente (i propri pensieri, i propri sentimenti), non provava né riusciva a immaginare di provare piacere in ciò che la vita aveva da offrirle, tendeva sempre a sminuire quanto di buono riusciva a realizzare. Seppur apparentemente adattata, viveva in una condizione esistenziale di muta disarticolazione. Per usare le parole di Bion, si trovava in una cronica condizione di *carezza di verità emotiva*² relativamente alla propria esperienza di vita che, conseguentemente, risultava confusa, oppure vuota e priva di senso. Un'esistenza in cui lei non aveva un ruolo da protagonista quanto piuttosto da gregaria nei confronti dello strapotere di un Super-Io sadico che la criticava brutalmente se non rispettava certi standard (soprattutto di rendimento scolastico) e che la portava a definirsi con convinzione "una cattiva persona". Apparentemente, tuttavia, A. manteneva un contatto concreto con la realtà esterna, capace com'era di elaborare approfonditamente le informazioni che riceveva dall'esterno e quindi di espletare adeguatamente i compiti e i doveri che la sua condizione di ragazza e di studentessa le imponeva. Era, infatti, dotata di una spiccata capacità intellettuale di tipo logico: a scuola aveva sempre ottenuto ottimi risultati e analizzava ogni cosa che gli dicevo in modo meticoloso, quasi masticandola bene mentalmente prima di mandarla giù.

²"Questa incapacità è grave perché, in aggiunta agli evidenti svantaggi derivanti da un'incapacità di apprendere dall'esperienza, resta anche insoddisfatto il bisogno di essere consapevoli di un'esperienza emotiva, bisogno simile a quello di essere consapevoli degli oggetti concreti, soddisfatto dalle impressioni sensoriali. La mancata soddisfazione del primo di questi bisogni implica una *carezza di verità*, e la verità sembra essere qualcosa di essenziale per la salute psichica" (Bion, 1962/1972, p. 105, corsivo dell'autore).

Oltre a questa difficoltà molto preoccupante a verbalizzare quanto le passava per la mente, cosa che la portava spesso a ritenermi una sorta di oracolo da cui attendersi spiegazioni salvifiche o illuminanti anche sugli aspetti apparentemente più banali della vita e delle relazioni, A. soffriva di terribili mal di testa (e altre secondarie somatizzazioni) che non avevano una causa organica, esclusa dopo innumerevoli visite e analisi strumentali prescritte da neurologi e altre figure mediche a cui si era rivolta. Questi attacchi, che le impedivano di pensare e di fare alcunché, erano sia un'espressione somatica del suo malessere emotivo, sia un meccanismo di difesa che le permetteva di prendere le distanze da quel malessere. Quando giunse da me aveva iniziato da qualche mese una cura farmacologica, un antidepressivo prescritto da un neurologo proprio per "curare" la sintomatologia psicosomatica. A suo dire, il farmaco – l'ultimo di una lunga serie prescritta da diversi specialisti – non aveva prodotto grossi effetti fino a quel momento, forse appena una lieve diminuzione dell'intensità degli attacchi. Anche in seguito quelle pillole non sortirono mai grossi risultati nei confronti dei suoi mal di testa, ma forse ebbero un qualche lieve effetto sul suo umore depressivo, attenuandolo³. A tal proposito, l'aspetto più singolare fu che A., pur conoscendo la categoria cui apparteneva il farmaco, era convinta di assumere solo un "antidolorifico" per le sue emicranie e non pensò mai esplicitamente ad un collegamento tra quella specifica categoria farmacologica (semmai il suo neurologo gliel'avesse chiarita) e la sua sofferenza psicologica di tipo depressivo. Tale situazione contribuì, a mio avviso, a non farla mai sentire una "malata di depressione", aspetto molto importante per un'adolescente impegnata nella definizione della propria identità.

Altro elemento che emerse dopo qualche incontro – e che mi riempì di ulteriore profonda preoccupazione – fu la confessione di un'intenzionalità suicidaria presente da tempo, che l'aveva portata a progettare il suicidio e ad esserci arrivata vicino almeno in un'occasione non molto tempo prima. Me ne parlò con difficoltà, con tensione e commozione notevoli al solo avvicinarsi mentalmente a quei momenti di disperazione.

Per quanto avrebbe potuto suonarle come una frase un po' retorica, anche inutile forse, sentii di dirle che certi pensieri e intenzioni sarebbero potuti ritornare altrettanto forti nella sua mente e che, in quel caso, avrebbe dovuto parlargliene il più chiaramente possibile dato che la sincerità e l'apertura, unite allo *spirito di collaborazione attiva di entrambi* nella comprensione dei problemi (che quindi dovevano essere dichiarati), erano aspetti fondamentali del tipo di supporto psicologico che potevo offrirle. Cercai così di trasmetterle la sensazione di poter iniziare ad avere un qualche controllo sul suo problema. Fin dal primo incontro, riuscii per fortuna ad immedesimarmi senza particolari difficoltà nella sua condizione: *capivo bene come*, in una vita da sempre così vuota di relazioni e di manifestazioni d'affetto, con degli ideali di rendimento così alti e con il fardello di una profonda sensazione di incapacità, disorientata in sé stessa e incapace di decifrarsi, *potesse provare il desiderio di morire*. Provai a comunicarglielo nel corso della terapia in vari modi, direttamente o solo partecipando con un silenzio carico di preoccupazione.

Il lavoro che iniziammo a svolgere assieme (così mi parve, almeno) fu una sorta di *faticosa ri-alfabetizzazione degli affetti*, un confronto continuo tra quella che era la sua confusione o il suo vuoto interiore e la mia interpretazione di essi. Un percorso accompagnato da preoccupazioni costanti, specie nella prima parte della psicoterapia: il timore per la sua incolumità, un forte senso di solitudine dinanzi al suo dolore, l'urgenza di condividere la mia ansia coi suoi familiari o con altri (per sentirmi meno solo, forse anche meno responsabile della sua sorte).

Altro aspetto del mio atteggiamento fu che il suo stato depressivo, quando ne parlavamo direttamente, non fu mai da me considerato come una condizione da eliminare, da combattere per così dire, ma come un sentimento che, di certo problematico se diveniva troppo intenso, era pur sempre parte dell'ampio spettro delle possibilità emotive umane. Una condizione quindi che poteva avere un senso, legata alla sua specifica storia. Non quindi una condizione patologica segno di diversità, ma una condizione esistenziale sempre possibile nella vita, per chiunque. Forse importante fu anche la mia propensione – sorta spontaneamente fin dal primo incontro – a *percepirlo in modo assolutamente diverso da come lei si rappresentava*, cioè in un modo più realistico, e a percepire con fiducia tutte le sue possibilità evolutive – per l'età, per l'intelligenza di cui era dotata, per la motivazione caparbia (o testardaggine) che sapeva mettere in campo – nonostante riuscissi a sentire anche il peso di quella povertà relazionale e psichica cui era giunta dopo anni di deprivazione affettiva e muta sofferenza. Tuttavia, l'aspetto fin dall'inizio più rassicurante del nostro rapporto terapeutico fu il suo desiderio di essere aiutata, che la portò a non saltare mai una seduta in due anni di terapia e ad affidarsi al processo di cura con un fare innocente, quasi da bambina.

³ Quando arrivò in psicoterapia, la paziente era in cura farmacologica già da diversi mesi: non posso escludere che ci fosse stato qualche effetto positivo sul suo umore prima di allora. Di certo tali effetti, dopo l'inizio della terapia, furono piuttosto trascurabili e comunque mai riferiti da lei, nemmeno indirettamente.

Il lavoro non fu mai facile, anche a causa della stringente coerenza logica dei ragionamenti che spesso metteva in campo: a volte dovevo sudare letteralmente le sette camicie per ‘dimostrarle’ – quando ne ero capace e quando la situazione lo consentiva – l’assurdità di certe sue convinzioni quasi deliranti (di solito di tipo depressivo). Anche se a volte potevano avere dei limiti, queste mie controdeduzioni venivano spesso apprezzate da lei, forse perché le davano la sensazione di avere qualcuno che, con convinzione ma anche con profondo rispetto per il suo dolore, la pensasse in un modo diverso relativamente alla sua persona. Lavorai anche sui suoi pensieri e sulle sue aspettative, alla scoperta di quelle fallacie logiche o di quei *bias* che la portavano a confermare automaticamente certe idee, o che le permettevano di vedere solo certi aspetti della realtà. In qualche modo il mio fu anche uno strenuo lavoro sul suo esame di realtà, oltre che di contenimento faticosissimo del suo vuoto depressivo e del suo profondo senso di estraneità e di isolamento dagli altri. Poi, verso la fine del terzo mese di terapia, incontrai i suoi genitori dopo averne prima abbondantemente parlato con lei, preoccupata com’era, giustamente, di proteggere la propria intimità e la delicatezza di quanto rivelatomi. L’incontro fortunatamente fu positivo, nonostante le diffidenze iniziali. L’entrata in gioco, pur tangenziale, dei genitori fu in ogni caso rassicurante per tutti i protagonisti del percorso terapeutico. Nel corso di quasi due anni di terapia a cadenza settimanale tutti i sintomi depressivi si ridussero: A. si mostrò gradualmente più desiderosa di esplorare la realtà e di instaurare legami affettivi, più capace di provare piacere, oltre che meno spietata con se stessa. Ma l’esito clinicamente più interessante fu l’accrescimento della sua capacità di costruire una concezione articolata di sé e della propria storia, e di chiarire a se stessa i suoi più variegati stati emotivi riuscendo a sentirli profondamente e a dividerli con me o con altri, in assoluto contrasto con la povertà di pensieri e di parole che aveva caratterizzato i nostri primi incontri e la sua vita fino a non molto tempo prima. Altro cambiamento cruciale fu una modificazione del suo senso di identità, non più centrato su un ideale di prestazione tirannico di derivazione genitoriale, ma regolato maggiormente da desideri, emozioni e intuizioni personali che alla fine fu più capace di decifrare. Riuscì a legarsi profondamente alla terapia e si commosse quando nell’ultimo periodo affrontammo il tema della sua conclusione. Tuttavia fu sostenuta nel processo di distacco da una nuova speranza: quella di poter finalmente godere di qualcosa nella propria vita e di poter progettare con un’accresciuta consapevolezza il proprio futuro, grazie ad un maggiore contatto con se stessa.

Considerazioni conclusive

“Che cosa dire di un analista incapace di rassicurare? Di un analista con tendenze al suicidio? L’analista non può compiere nessun lavoro se non possiede una fiducia nella natura umana e nel processo di sviluppo, e il paziente lo sente immediatamente” (Winnicott, 1960/1975, p. 349).

Prendendo spunto da questa frase provocatoria di Winnicott, potremmo dire che il curante sarebbe bene si ponesse nei confronti del paziente, ancor più se questi manifesta tendenze al suicidio, in una posizione rassicurante. Tuttavia, la rassicurazione di cui parla lo psicoanalista inglese non è evidentemente un atteggiamento di incoraggiamento relativo all’utilità, al dovere o alla necessità per il paziente di rimanere in vita. Un simile atteggiamento, infatti, che potremmo definire *rassicurante a priori*, può essere al contrario attuato, da parte di chi cura, come una forma di evitamento o allontanamento dall’effettivo dramma interiore in cui si trova il paziente. Del resto è probabile che, nel corso del tempo, il paziente con intenzioni suicide si sia trovato circondato da persone che hanno contrapposto al suo scoraggiamento esistenziale, alla sua impossibilità di trovare un senso nelle cose o di adattarsi alla realtà, un atteggiamento concreto, razionale, coraggioso dinanzi alla vita; un atteggiamento di forza morale nei confronti delle avversità che il paziente avrebbe dovuto in qualche modo apprezzare o apprendere grazie allo sprone o all’esempio di altri. Un tale atteggiamento, anche quando nasce dalle migliori intenzioni, non è molto distante da quello che porta a ritenere la terapia farmacologica la risposta primaria e fondamentale dinanzi a un’intenzionalità suicidaria manifesta: si tratta sempre di un tentativo di trovare una soluzione immediata alla sofferenza psichica del paziente, senza considerare la necessità di un coinvolgimento relazionale profondo né del curante – preoccupato soprattutto di individuare il “farmaco giusto” e di assolvere così alla propria responsabilità professionale – né tantomeno del paziente, al quale si chiede un’adesione immediata all’assunzione di quel farmaco quale mezzo portatore di benessere.⁴

⁴ C’è da dire che un atteggiamento di questo tipo, che prescrive soluzioni preconfezionate o standardizzate alla sofferenza psichica (siano esse di tipo farmacologico o psicoterapico), rappresenta spesso l’esatto opposto di quanto dovrebbe fare chi cura secondo il modello contenitore-contenuto di Bion. Ossia accogliere con attenzione la specifica sofferenza del paziente, tollerarla nel tempo, trasformarla in elaborazioni cognitive-emotive adeguate a quel paziente, che siano cioè dotate di senso per lui (e non per una norma statistica di pazienti).

L'intenzione suicidaria può sorgere all'interno di diverse condizioni mentali. Può essere l'esito di un processo di disgregazione psicotica della personalità, con o senza chiare formazioni deliranti; può essere un tentativo di opporsi rabbiosamente alla perdita irrevocabile di una condizione materiale o emotiva intensamente investita, che svolgeva un ruolo decisivo nel mantenimento dell'identità o dell'equilibrio emotivo del soggetto (Kernberg, 1975/1978; 1984/1987); può essere un tentativo di sottrarsi ad una condizione intollerabile di anedonia e di incapacità di trovare un senso autenticamente personale nella propria esistenza (Kohut, 1971/1976; Winnicott, 1954/1975); a volte può essere un gesto provocatorio con fini dimostrativi o manipolativi, altre volte una risposta assolutamente lucida ad una condizione di vita obiettivamente insopportabile e degradante. L'intenzione suicidaria può presentarsi in queste condizioni e in molte altre ancora. Ciò che tuttavia le accomuna, in fondo, è sempre il tentativo più o meno consapevole di sottrarsi ad una sofferenza che non si riesce ad affrontare, impossibile da tollerare. È proprio da qui, a mio avviso, che clinicamente bisogna partire: dalla considerazione della legittimità – in quanto meccanismo psichico universale, primitivo e potente – del desiderio di sottrarsi ad una condizione di dolore mentale (acuto o cronico che sia) che va psicologicamente e umanamente rispettato, cioè ascoltato senza alcun pregiudizio morale.

Un atteggiamento autenticamente rassicurante da parte del terapeuta consiste nel condividere senza ipocrisie il dramma esistenziale del paziente che sta pensando di togliersi la vita, dandosi la possibilità di pensare e di sentire – come semplice essere umano innanzitutto – che quella del darsi la morte è un'ipotesi plausibile in certe condizioni di vita, che essa fa sempre parte dell'ampio spettro delle scelte e delle possibilità esistenziali di una persona e che ci possono essere dei momenti o delle situazioni nella vita in cui un individuo può legittimamente desiderare di attuare un proposito del genere.

Solo grazie a quest'apertura di credito autentica dinanzi al suo desiderio di morte il paziente potrà sentirsi realmente accolto e compreso nel suo dolore e nella sua incapacità di affrontare la propria esistenza. Solo a partire dall'acquisizione di questa posizione – cognitiva, ma soprattutto emotiva – il clinico può sperare di trasmettere al paziente una vicinanza profondamente umana, senza facili risposte, rispettosa della sua fragilità e della complessità del suo dolore. Solo a partire da questo passo e da questa vicinanza si può intraprendere un percorso di cura, inteso non semplicemente come “sedazione” farmacologica delle tensioni psichiche che possono condurre a quell'atto, ma come reale attenzione alla persona, alla sua storia, alla sua sensibilità, e soprattutto alla sua possibilità di scelta e alla sua capacità (per quanto labili) di autodeterminarsi. Un percorso di cura in cui si possa tentare – senza mai avere la presunzione di riuscirci, nonostante le nostre migliori intenzioni e il nostro “armamentario” teorico, farmacologico o di formazione – di ricostruire assieme al paziente le ragioni soggettive del suo vivere. Non necessariamente, non immediatamente affrontando l'idea del darsi la morte (certo preoccupante per il clinico), ma proponendo, questo sì fin dall'inizio, una relazione pronta a comprendere umanamente le ragioni di chi ritiene di dover ricorrere a quel gesto per tacitare la propria sofferenza. Senza slanci buonisti però, né missioni salvifiche. Il paziente, infatti, per trovare una speranza, deve sentire che il curante è autenticamente interessato a lui e alla sua specifica condizione, piuttosto che alla semplice necessità di salvarlo a tutti i costi (per quanto ciò possa suonare paradossale). Assumendo una posizione scevra da qualsiasi slancio onnipotente – priva quindi di soluzioni e risposte di cura preconfezionate – si potrà aiutare il paziente a valutare la possibilità di trovare o ritrovare (se mai ci furono), con molta fatica e non senza possibilità di smarrirsi, dei motivi altrettanto validi per rimanere in vita. In questo processo, oltre alla capacità di comprensione dei desideri di morte del paziente, è necessario che il curante in qualche modo si innamori – mi si passi il termine – del possibile progetto di vita del paziente (magari solo abbozzato nella mente del terapeuta o del paziente stesso) e delle sue potenzialità evolutive concrete, per quanto deboli e traballanti possano apparire. Bisogna infatti lavorare, come suggeriva Winnicott, con una fiducia vera nelle possibilità di sviluppo della natura umana e nella possibilità che ha ogni uomo (solo possibilità, bisogna sottolinearlo, mai certezza) di ritrovare, a partire dalle proprie risorse, una via alternativa a quella del suicidio, un progetto di vita sostenibile, interessante, sentito, anche se piccolo e a breve termine. Solo così è possibile essere realmente rassicuranti in qualità di terapeuti ed evitare che le proprie tendenze al “suicidio” interferiscano nel processo di cura⁵.

Tollerare il dolore mentale proprio e dell'altro; accettare e comprendere – senza scandalizzarsi, senza giudicarla semplicisticamente come conseguenza di una psicopatologia – che il suicidio è una delle opzioni umane sempre possibili dinanzi ad un'intensa sofferenza psichica; ridurre quindi la distanza spesso deleteria tra un curante che si suppone sano, equilibrato, e un paziente in preda a una sofferenza di tipo patologico, quindi facilmente riducibile a preformate categorie psichiatriche; infine, credere nella possibilità di ogni

⁵ Ogni bisogno di tacitare velocemente il dolore altrui è in fondo indice di una scarsa capacità di tollerare il proprio, e in questo senso quindi – come lascia intendere Winnicott nella frase citata in apertura del paragrafo – segno paradossale di una “tendenza suicida” inconscia del clinico.

individuo di trovare un'alternativa a quella difficile condizione, di elaborare un progetto di vita prima impensato, di scorgere l'emergere di un gusto nuovo nelle cose. Credere, ma soprattutto sentire profondamente queste possibilità dei nostri pazienti, per quanto deteriorata sia la loro condizione, è necessario se si vuole attuare un'azione di prevenzione del suicidio nel nostro lavoro clinico, andando al di là di atteggiamenti etichettanti, deresponsabilizzanti e semplificatori.

Esserne autenticamente e umilmente convinti; perché i nostri pazienti, diceva Winnicott, *lo sentono immediatamente*.

Bibliografia

Bion, W.R. (1972). *Apprendere dall'esperienza* [Learning from Experience]. Roma: Armando (Original work published 1962).

Bion, W.R. (1979). *Gli elementi della psicoanalisi* [Elements of Psycho-Analysis]. Roma: Armando (Original work published 1963).

Klein, M. (1978). *Note su alcuni meccanismi schizoidi* [Notes on Some Schizoid Mechanisms], In *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1946).

Kernberg, H. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico* [Borderline conditions and pathological narcissism]. Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1975).

Kernberg, O. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. [Severe personality disorders]. Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1984).

Kohut, H. (1976). *Narcisismo e analisi del Sé*. [The analysis of the self]. Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 1971).

Winnicott, D.W. (1975). *Aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica*. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi* [Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up. In: Through paediatrics to psycho-analysis]. Firenze: Martinelli (Original work published 1954).

Winnicott, D.W. (1975). *Distorsioni dell'io in termini di vero e falso Sé*. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi* [Ego distortions in terms of the True and False Self. In: Through pediatrics to psycho-analysis]. Firenze: Martinelli (Original work published 1960).