

Il volume raccoglie i contributi di professionisti, che pur operando in ambiti differenti, condividono l'impegno a prevenire forme di disagio e fragilità psichica, combattendo contro lo stigma e il pregiudizio che stanno alla base dell'isolamento degli individui a rischio di comportamento suicidario.

L. Nuccio, C. La Cascia  
S. Messina

PREVENIRE IL SUICIDIO



# PREVENIRE IL SUICIDIO

EDUCARE CONTRO LO STIGMA E IL PREGIUDIZIO  
SULLA SALUTE MENTALE



*A cura di*

**Livia Nuccio  
Caterina La Cascia  
Susanna Messina**

Centro  
Siciliano  
Sturzo



**PREVENIRE IL SUICIDIO**  
**EDUCARE CONTRO LO STIGMA E IL**  
**PREGIUDIZIO SULLA SALUTE MENTALE**

*A cura di*

Livia Nuccio, Caterina La Cascia,  
Susanna Messina

## PREMESSA

Pubblicazione realizzata con il contributo dell'Assessorato Regionale ai Beni Culturali, Ambientali e alla Pubblica Istruzione della Sicilia.

Prevenire il suicidio : educare contro lo stigma e il pregiudizio sulla salute mentale / a cura di Livia Nuccio, Caterina La Cascia, Susanna Messina. - Palermo : Centro siciliano Sturzo, 2004.

(Miscellanea)

I. Suicidio - Adolescenza - Prevenzione. I. Nuccio, Livia. II. La Cascia, Caterina. III. Messina, Susanna.

362.28 CDD-20

CIP - Biblioteca centrale della Regione siciliana

© 2004 Copyright by Centro Siciliano Sturzo  
Via Tunisi, 2 - Tel. 091.329680 - Palermo

*I contributi racchiusi in questo volume hanno come principale obiettivo quello di trattare il difficile tema del suicidio, nel tentativo di osservarne ogni sfaccettatura, cercando di comprendere quali siano i meccanismi e le dinamiche che conducono più ad una stigmatizzazione del problema che ad una sua attenta analisi e valutazione, in modo da poter andare oltre gli sterili pregiudizi.*

*Il nucleo principale attorno a cui ruota l'atto estremo e doloroso del suicidio è il "disagio psichico", sofferenza difficile da definire, ma che porta ogni persona che ne viene a contatto ad essere investita da un inimmaginabile senso di morte e, al contempo, ad essere privata di qualsiasi spinta verso la vita e la voglia di reagire. Questo stato di profonda angoscia porta, conseguentemente, all'isolamento progressivo, per cui, alla fine, quando la speranza di essere ascoltati e capiti è vana, si preferisce "saltare nel buio".*

*A questo quadro già di per sé problematico va aggiunto il problema del pregiudizio, dello stigma, figli dell'ignoranza e della disinformazione, che ghettizzano ancora di più i soggetti a rischio di suicidio.*

*In questo contesto si inserisce l'opera di intervento dell'A.F.I.Pre.S. Marco Saura, l'Associazione Famiglie Italiane per la Prevenzione del Suicidio che, attiva dal 1998, opera nel territorio provinciale e regionale, avvalendosi sia di strutture proprie che della convenzione con strutture pubbliche.*

*Certamente, un grande merito va a questa associazione che deve, però, servire solo da esempio per tutte le altre istituzioni che si propongono di intervenire sul territorio siciliano e, nello specifico, palermitano.*

*Le politiche sociali devono muoversi per favorire lo sviluppo di una cultura della tolleranza e della solidarietà sociale del disagio psichico; vanno promosse attività formative, tavole rotonde, incontri seminariati, dibattiti, giornate di studio volte alla sensibilizzazione su queste tematiche, vanno sostenute, inoltre, iniziative di natura più specificatamente preventiva con l'offerta di una fitta rete di servizi non soltanto relativi al disagio già conclamato ma, anche, alla prevenzione secondaria e terziaria.*

*È opportuno, anche, monitorare costantemente gli assidui scambi tra le diverse istituzioni, al fine di garantire una rete comunicativa fitta e solida che possa essere di supporto ai bisogni dei cittadini e che possa essere considerata, quindi, un valido punto di riferimento. Per mezzo della rete di comunicazione e collaborazione tra le strutture sia pubbliche che private è possibile promuovere iniziative di prevenzione presso i consultori, le scuole e ogni altro luogo tramite cui raggiungere più facilmente e direttamente anche le fasce d'età più giovani. Riguardo agli interventi sulla prevenzione suicidaria bisogna assumere uno spirito propositivo, al fine di incentivare una conoscenza maggiore e migliore del problema del suicidio; del resto, riuscire a vedere oltre il pregiudizio vuol dire anche essere aperti a un cambiamento, per migliorare la qualità della nostra vita e dell'intera comunità.*

**Antonino Nascè**

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

## PRESENTAZIONE

Mi è compito gradito presentare questo volume, frutto del convegno tenutosi a Palermo, nella Sede del Rettorato lo scorso 27 marzo 2003, organizzato con attenzione, entusiasmo e buona volontà dall'Associazione A.F.I.Pre.S.

L'importanza e l'interesse degli interventi proposti al convegno, e riportati nel volume, stanno nel riuscire a prendere in esame l'aspetto dello stigma e del pregiudizio sulla salute mentale e i risvolti nei confronti della prevenzione del suicidio, nonché i legami di varia natura che possono esserci tra il fenomeno del suicidio ed il tentato suicidio. L'argomento del suicidio è stato affrontato in maniera esaustiva dagli autori, tutti esperti dell'argomento e specialisti nei rispettivi ambiti di lavoro e di interesse, riuscendo a coniugare l'aspetto sociale, psicologico, pedagogico, informativo e, non ultimo, quello formativo. È attraverso tale canale, infatti, che passa il concetto forse più importante legato al tema del suicidio e della salute mentale, ossia la prevenzione.

Il volume consta di due parti. La prima affronta il tema della prevenzione suicidaria dal punto di vista della "clinica" del suicidio attraverso una serie di intersezioni con le dimensioni psicopatologiche e psicodinamiche.

La seconda, invece, esamina gli aspetti sociali, culturali, e preventivi, in modo da evidenziare una serie di fattori importanti per la valutazione del rischio e, più in ge-

nerale, per la comprensione dell'epidemiologia degli atti autolesivi.

Sperando che il volume possa richiamare l'attenzione su un tema così importante e drammatico, auguro a tutti una buona lettura.

**Pier Luigi Giordano**

## **INTRODUZIONE**

di Livia Nuccio, Caterina La Cascia e Susanna Messina

Il presente volume fa parte di un progetto più ampio che ha la finalità di prevenire forme di disagio e fragilità psichica che costituiscono elementi predittori di comportamenti autolesivi e suicidari.

Viene sottolineata la configurazione multifattoriale del fenomeno suicidio la cui prevenzione stessa assume il significato del lavoro di comunità che vede l'intervento, non come un'iniziativa isolata, bensì come esito di un impegno di risorse presenti all'interno dei contesti di vita dei soggetti. In tal senso, l'associazione A.F.I.Pre.S., attiva sin dal 1998 nel territorio nazionale ed in particolare nel territorio palermitano, si propone come struttura complementare a supporto dei servizi pubblici e ad integrazione del privato sociale.

Attraverso la riflessione scientifica e l'esperienza di chi opera concretamente nell'ambito della prevenzione al suicidio, emerge che gli ostacoli più difficili da affrontare sono l'ignoranza e la disinformazione che stanno alla base di numerosi pregiudizi nei riguardi di coloro che sono affetti da disagio psichico.

Questo volume raccoglie i contributi di professionisti, che pur operando in ambiti differenti, condividono l'impegno a combattere tali forme di pregiudizio e di isolamento; l'idea è quella di leggere le seguenti pagine come un lungo percorso dove ogni contributo è inscindibilmente unito agli altri.

I capitoli della prima parte del volume evidenziano la necessità di accogliere e aiutare coloro che sono affetti da disagio psichico; gli autori di questa sessione (Pavan, Tatarrelli, Meneghel, La Barbera, La Cascia, Mazzola) operano tutti nel campo della salute mentale, e si scontrano quotidianamente con il rischio suicidario e con gli atti suicidari dei pazienti affetti da disturbi mentali.

Gli autori della seconda parte sottolineano, invece, l'importanza di prevenire il disagio a partire da una riflessione sulla promozione del benessere; in tal senso la creazione di significati comunitari (Lavanco, Gaballo) si pone alla base della partecipazione dei bisogni (Novara, Messina) e dell'attraversamento dello stigma (Accetta) al fine di portare avanti una logica del *to care* (Perricone, Polizzi, Nicolini) in cui il soggetto diviene promotore del cambiamento non solo della sua soggettività ma del contesto di vita in cui è inserito.

Tutto questo affinché, come dice Salvatore Privitera, venga promosso il valore della vita e venga posta attenzione a tutti i problemi connessi alla sua salvaguardia ed al suo miglioramento, anche da un punto di vista bioetico che si ponga come "l'auto-qualificarsi etico della stessa cultura", che a diversi livelli e da diversi punti di vista si ripromette di auto-sensibilizzarsi nei confronti del valore dell'esistenza.

## LA PREVENZIONE SUICIDARIA NELLA PRATICA CLINICA

# **1. La prevenzione del comportamento suicidario è possibile**

di Luigi Pavan

## **1. Premessa**

Non essendoci una spiegazione comune, né una causa specifica per tutti i suicidi, non è possibile fare un'ipotesi di prevenzione assoluta.

Nonostante vi siano molti limiti, vi sono, pur tuttavia, delle buone ragioni per fare prevenzione:

- la decisione di togliersi la vita non è sempre certa ma spesso è accompagnata dal desiderio di vivere;
- la sofferenza che porta una persona a suicidarsi, se non è conclusa con la morte, molto spesso viene superata e seguita da nuovi adattamenti che permettono di continuare a vivere;
- quasi sempre un suicidio esprime la disperazione e la mancanza di vie d'uscita di chi, in quel momento, non ha visto possibilità o soluzioni al suo problema;
- comprendere il rischio suicidario in una persona che soffre di un disturbo psichico e inviarlo ad un aiuto specifico può rendere possibile un vero intervento salva vita;
- se neghiamo o ignoriamo il rischio di suicidio possiamo contribuire all'avverarsi dell'evento.

Quando parliamo di prevenzione non pensiamo, però, a un accanimento, ad una crociata, al salvare una vita a qualsiasi costo. Il comportamento suicidario è troppo complesso per essere riduttivamente attribuito solo ad una condizione psicopatologica. Deve sempre essere presente una prospettiva di rispetto per la libertà dell'individuo e deve prevalere il primato del singolo nel decidere della propria vita. Questo non deve escludere una disponibilità all'assistenza, un aiuto sia sociale che individuale per riuscire a rispondere alla sofferenza psichica e a proteggere i soggetti più deboli. Bisogna essere consapevoli che anche se il suicidio può essere una libera scelta, esiste un legame forte, anche se non specifico, fra i disturbi psichici e comportamento suicidario, per cui si deve favorire e sviluppare la loro identificazione e la loro cura. Fare prevenzione significa, inoltre, promuovere la salute mentale e il benessere psichico di una popolazione. Possiamo parlare di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

### *Prevenzione primaria*

La prevenzione primaria dovrebbe tentare di influire sulle circostanze in grado di determinare la comparsa di problemi psicologici e comportamentali che possono esistere in un'ideazione suicidaria.

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

Si stima che circa metà dei soggetti che realizzano un

suicidio abbiano contattato un medico nelle settimane immediatamente precedenti la morte e che un medico di base veda circa sei gravi pazienti suicidari nel corso di un anno, dei quali solo uno sarebbe riconosciuto tale. Anche le campagne di prevenzione del disagio giovanile e la collaborazione con le scuole, per esempio, permetterebbero di raggiungere un importante gruppo di soggetti a rischio suicidario.

La limitazione dell'accesso a mezzi suicidari fortemente letali quali armi da fuoco o sostanze tossiche, la detossificazione del gas domestico, il controllo dell'abuso alcolico, possono essere utili interventi di politica sociale volti a ridurre l'incidenza del fenomeno suicidario. Non è possibile dimenticare, inoltre, il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa che dovrebbero fornire un'informazione meno incline alla spettacolarizzazione o al riferimento scandalistico e più attenta a sottolineare la gravità del fenomeno e le possibili linee di comportamento.

### *Prevenzione secondaria*

La prevenzione secondaria è orientata alla diminuzione dell'incidenza di comportamenti suicidari in gruppi considerati ad alto rischio, quindi, in particolar modo nei soggetti affetti da "patologie psichiatriche" ed in quelli che hanno "già compiuto un tentativo di suicidio".

In tal senso, è necessaria un'organizzazione dei servizi che permetta, innanzitutto, di riconoscere precocemente tali soggetti, fondata magari su una collaborazione più stretta tra operatori sanitari di base e specialisti psichiatri, ma anche di rispondere in tempi brevi e in maniera efficace alla presentazione di una crisi suicidaria: a quest'ultimo scopo, per esempio, sono nate diverse esperienze di centri crisi o linee telefoniche disponibili 24 ore su 24 e diverse tipologie d'intervento sulla crisi emozionale. Soggetti che hanno già realizzato un tentativo di suicidio, in particola-



re, sono ad alto rischio di ripetizione dello stesso: dal 10 al 12% di questi ripete l'atto entro i dodici mesi successivi; circa l'1% va incontro a morte per suicidio nel corso dell'anno successivo, e dal 10 al 30% nei dieci anni seguenti.

Lo sviluppo di opportuni interventi di prevenzione e trattamento dei pazienti suicidari è anche imposto dal dispendio di risorse umane e finanziarie che comporta una gestione inadeguata dei pazienti che si rivolgono alle strutture sanitarie in conseguenza di agiti autolesivi. È già stato evidenziato, infatti, come nel nostro paese vi sia una squilibrata attenzione all'aspetto somatico del paziente a discapito di quello psicologico, un alto tasso di ricoveri in ambito internistico ed un'elevata onerosità dell'assistenza prestata. Per tutto ciò, è di estrema importanza riconoscere il soggetto a rischio e avviare un trattamento adeguato secondo le linee guida che verranno descritte.

### *Prevenzione terziaria*

Nell'ambito più generale della prevenzione suicidaria, infine, rientra anche l'assistenza ai soggetti che hanno sperimentato la morte di un familiare per suicidio.

Sicuramente, anche in questo caso, si tratta di soggetti a maggior rischio suicidario ed in ogni caso portatori di una sofferenza che necessita di adeguate risposte: proprio a tale scopo sono sorte negli ultimi anni diverse esperienze di gruppi terapeutici per i "sopravvissuti".

## **2. Valutazione del soggetto a rischio suicidario**

Il colloquio con il paziente a rischio suicidario dovrebbe svolgersi in un ambiente confortevole che garantisca l'intimità del paziente ed è necessario dedicare al colloquio un tempo adeguato, evitando, in un ascolto attento,

ogni atteggiamento superficiale o sminuente le sensazioni del paziente. La capacità di creare una situazione in cui il paziente si senta accettato e non giudicato, in cui possa trovare un interlocutore empatico, aperto, onesto e capace di evitare atteggiamenti intrusivi o paternalistici è una premessa fondamentale per poter affrontare insieme al paziente la crisi suicidaria.

È necessario evitare comuni pregiudizi rispetto alla situazione di un paziente con ideazione suicidaria: la maggior parte di questi tende a comunicare in qualche modo, con segnali diretti e indiretti, il proprio stato di sofferenza e la propria volontà di morire ed è perciò necessario non sottovalutare nessun possibile indizio in tal senso. La comunicazione diretta di una volontà suicidaria non è assolutamente indicativa di una scarsa intenzionalità e non andrebbe mai minimizzata o stigmatizzata. Anche la convinzione che l'indagine esplicita della volontà di morte possa essere pericolosa è in realtà priva di fondamento: la possibilità di comunicare a qualcuno il proprio disagio e i propri pensieri suicidari è comunque in grado di alleviare l'angoscia ad essi connessa e può permettere al paziente di sperimentare una relazione in cui si sente compreso ed accolto.

Lo stato mentale del paziente a rischio suicidario è in particolare caratterizzato da tre elementi:

- *Ambivalenza nei confronti della risoluzione suicidaria*: anche nelle fasi in cui l'ideazione suicidaria è particolarmente importante, il soggetto rimane ambivalente nei confronti dell'idea di morire e spesso vi è la ricerca di un qualche canale comunicativo o di un supporto emotivo anche poco prima della messa in atto del suicidio.
- *Impulsività*: per quanto la risoluzione suicidaria sia generalmente il risultato di un'elaborazione diluita nel tempo, il suicidio generalmente si realizza sulla scorta di un gesto impulsivo, magari scatenato da

un qualche episodio negativo ("evento dell'ultimo minuto").

- *Rigidità*: i soggetti suicidari presentano una notevole rigidità cognitiva e pressoché l'intera loro ideazione è ancorata ad un'ideazione pessimistica o alla possibilità di concretizzare il loro proposito auto-soppressivo.

Nel valutare lo stato mentale di una persona a rischio di suicidio è necessario indagare direttamente se sia presente un'ideazione suicidaria e che entità abbia.

Si deve procedere in questa indagine in maniera graduale, dopo aver stabilito una relazione di fiducia con il paziente, rispettando il tempo che questi ritiene necessario per confidare i sentimenti più profondi o quelli più negativi e disturbanti.

Esempi di domande generiche che potrebbero essere formulate al paziente sono:

- Si sente infelice e disperato?
- È in difficoltà ad affrontare le giornate?
- Sente la vita come un peso o priva di valore? Pensa talvolta che non valga la pena vivere? Desidera non svegliarsi al mattino?
- Desidera qualche volta che la vita finisca?
- Ci sono dei momenti in cui il futuro le appare senza speranza?
- Si sente di fare qualcosa di definitivo riguardo ai suoi problemi?

Successive domande, più dirette, potrebbero essere:

- Sente il desiderio di farsi del male?
- Si è mai fatto del male volontariamente?
- Pensa spesso al suicidio?
- Ha progettato dei piani per uccidersi?

### 3. Gestione e trattamento del paziente con intenzione suicidaria

Una volta accertato il rischio suicidario, si pone il problema della gestione del paziente.

Il medico dovrebbe, innanzitutto, valutare le risorse a disposizione nell'ambiente vicino al paziente, in particolare la presenza o meno di familiari, amici o altre persone di effettivo riferimento e coinvolgerle nell'assistenza al paziente.

Un'utile tecnica nella prevenzione del comportamento suicidario è il contratto di "non suicidio", che può coinvolgere, oltre al paziente e al terapeuta, altre figure vicine al primo: tale contratto, oltre che rafforzare la relazione di cura e irrobustire la compliance al trattamento, può anche diventare l'occasione per affrontare in maniera approfondita le problematiche più angoscianti per il paziente.

È necessario, in molti casi, iniziare fin da subito un trattamento farmacologico, generalmente antidepressivo, accompagnato da un intervento psicologico di sostegno o da una vera e propria psicoterapia. È estremamente utile, soprattutto nelle fasi iniziali di trattamento, che il terapeuta garantisca contatti frequenti e ravvicinati anche, eventualmente, con la disponibilità di essere raggiunto telefonicamente: se ciò non fosse possibile è necessario esplicitarlo al paziente e indicargli fin da subito un altro terapeuta di riferimento.

Generalmente l'invio ad uno specialista psichiatra è indicato ogni qualvolta sia possibile individuare un disturbo psichiatrico, precedenti tentativi di suicidio in anamnesi, una storia familiare positiva per suicidio, disturbi psichiatrici, abuso alcolico e assenza di supporto sociale. In nessun caso, comunque, l'invio del paziente ad un altro riferimento terapeutico deve sottendere un attecchimento

di apprensione, di abbandono, di espulsione, di stigma.

In alcuni casi potrebbe risultare necessaria l'ospedalizzazione, in particolare quando l'ideazione suicidaria sia pressoché costante e associata ad un'elevata intenzionalità auto-soppressiva con progetti concreti di realizzazione del suicidio, presenza di agitazione o di altri gravi sintomi psichiatrici, condizione di isolamento sociale. In situazioni estreme è anche configurabile il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.).

#### 4. Gestione del paziente che ha tentato il suicidio

Se il paziente ha già tentato il suicidio, è necessario un approfondimento attento ed una valutazione sul rischio attuale. Bisogna:

- valutare la letalità del mezzo;
- affrontare l'eventuale negazione;
- fare un'anamnesi completa;
- riconoscere eventuali eventi stressanti o precipitanti;
- indagare i meccanismi delle crisi suicidarie, la consapevolezza della letalità del mezzo, le precauzioni per evitare la scoperta;
- far descrivere le emozioni prima, durante e dopo, attraverso domande quali:
  - a) come si sentiva il giorno prima?
  - b) dov'era quando ha deciso?
  - c) cosa provava in quel momento?
  - d) perché voleva morire?
  - e) ripeterebbe il gesto?
- parlare con la famiglia o eventuali amici;
- indagare la progettualità futura.

#### 5. Trattamento dei soggetti a rischio suicidario

Una volta accertata la presenza di un rischio suicidario è opportuno avviare un intervento che può prevedere più trattamenti, spesso fra loro integrati. A volte è possibile la cura in regime ambulatoriale, altre volte è opportuna l'ospedalizzazione.

Nei casi il cui il rischio sia elevato e le condizioni sia psicopatologiche che ambientali suggeriscano l'opportunità di un ricovero ospedaliero, ma il soggetto vi si opponga, è necessario ricorrere al T.S.O.

Tab. 1.

TERAPIA FARMACOLOGIA	PSICOTERAPIA (INTERVENTO DI CRISI)
OSPEDALIZZAZIONE VOLONTARIA	OSPEDALIZZAZIONE CON T.S.O.

#### 6. Trattamento farmacologico dei soggetti a rischio suicidario

Non è, a rigore, possibile individuare un trattamento farmacologico specifico per le crisi suicidarie, dal momento che l'ideazione ed il comportamento suicidario vanno considerati come manifestazioni di una più articolata e complessa sofferenza psicopatologica. Da quanto esposto più sopra, vi sono alcune patologie psichiatriche più frequentemente associate ad un rischio suicidario ed è necessario riferirsi al trattamento della patologia di base più che all'ideazione suicidaria in sé.

##### *Antidepressivi*

L'indicazione privilegia, nei soggetti suicidari, molecole a prevalente bersaglio serotoninergico e diverse evi-

denze si sono ormai accumulate a favore di diversi antidepressivi SSRI (citalopram, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina) nel ridurre l'intensità dell'ideazione suicidaria. All'indubbia efficacia terapeutica, gli SSRI associano una minor tossicità in overdose rispetto ai triciclici e si propongono come farmaci di prima scelta nel trattamento del paziente suicidario con sintomi depressivi, spesso in associazione con stabilizzatori.

### *Neurolettici*

L'utilizzo dei neurolettici, specie gli antipsicotici atipici, generalmente associati ad un trattamento antidepressivo, trova indicazione non soltanto nei soggetti suicidari con diagnosi di psicosi, ma anche nei soggetti con disturbo di personalità. L'utilizzo di neurolettici a bassi dosaggi sarebbe, comunque, indicato per molti pazienti con ideazione suicidaria, soprattutto nella fase acuta della crisi suicidaria, nelle fasi iniziali e nei pazienti in regime di ricovero.

### *Benzodiazepine*

L'utilizzo delle benzodiazepine può trovare utili indicazioni nelle fasi acute della crisi suicidaria, soprattutto se associata ad un'importante componente ansiosa. Il loro utilizzo a lungo termine è, comunque, sconsigliato anche nella gestione del paziente suicidario.

### *Stabilizzatori del tono dell'umore*

Esistono, ormai, diverse evidenze dell'utilità del Litio nel ridurre l'intensità dell'ideazione suicidaria e il ricorso a comportamenti autolesivi. Tale ruolo sarebbe importante di

per se e non solo per il possibile potenziamento di una terapia antidepressiva. Analoghi risultati sembrano potersi ottenere con l'utilizzo della Carbamazepina, dell'acido Valproico e della Gabapentina. In generale, comunque, nel trattamento farmacologico del paziente suicidario è necessario fornire al paziente informazioni comprensibili e chiare sulle modalità e sui tempi d'azione dei farmaci somministrati e sui loro effetti collaterali, assicurarsi un'adeguata compliance terapeutica, magari con l'aiuto dei familiari, prescrivere la dose necessaria per brevi periodi, onde evitare il rischio di overdose volontaria, inserire il trattamento farmacologico in un'attenzione più ampia e supportiva al paziente.

## **7. Trattamento psicoterapeutico del paziente suicidario**

La psicoterapia può risultare estremamente utile, se non necessaria, per molti pazienti suicidari anche se spesso il paziente appare poco motivato al trattamento. In linea generale è, comunque, ampiamente condivisa la necessità di utilizzare tecniche di trattamento di breve durata e con un ruolo direttivo del terapeuta, per lo meno nella fase acuta della crisi suicidaria. Sulla scorta di tali considerazioni sono stati proposti molti interventi rivolti al trattamento specifico della crisi, concentrati in un numero di sedute limitato (da 5 a 10) e focalizzati specificamente sulle circostanze che hanno portato al gesto autolesivo. L'intervento proposto dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova si rivolge per lo più a giovani ed adulti in crisi emozionale, spesso con diagnosi iniziale di disturbi dell'umore o d'ansia e che hanno tentato il suicidio. La psicoterapia è spesso associata al trattamento farmacologico.

## 8. Conclusioni

Il suicidio è sempre enigmatico e misterioso, a volte non evitabile, ma molto più spesso è preceduto da una richiesta di aiuto, da un messaggio di sofferenza che chiede di essere accolto. Il medico deve essere in grado di accogliere questa sofferenza sia dando spazio ad una disponibilità nei rapporti con i propri pazienti, all'empatia e alla sintonia affettiva, sia avendo una cultura ed una preparazione che permetta di riconoscere le persone a rischio e di avviarle al trattamento.

### Riferimenti bibliografici

- Pavan L., (1995), (a cura di), *Paura della morte e suicidio*, Il Pensiero Scientifico, Roma.  
Pavan L., (2000), *Suicidio, le parole non dette*, Positive Press, Verona.  
Pavan L., (2003), (a cura di), *Psicoterapia della crisi emozionale*, Franco Angeli, Milano.

## 2. Stigma e suicidio

di Roberto Tatarelli, Maurizio Pompili,  
Iginia Mancinelli

*"Se questa troppo, solida carne potesse fondere,  
evaporare, ricadere in rugiada!  
Se l'Eterno contro il suicidio non avesse eretto  
la sua legge!"*

W. Shakespeare, *Amleto*

*"... una scuola secondaria dovrebbe servire a  
qualcosa di più e non limitarsi soltanto a non  
spingere i suoi allievi al suicidio".*

S. Freud, *Contributi a una discussione  
sul suicidio*

## 1. Introduzione

Gli anni Novanta e i primi anni del nuovo millennio sono stati caratterizzati da un numero di iniziative volte alla sensibilizzazione della relazione tra stigma, malattie mentali e suicidio.

Il termine "stigma" denota un carattere peggiorativo ed è un marchio assegnato ad un individuo o ad una classe di individui nell'ambito della società. Il termine deriva dal greco e si riferisce a segni fatti sul corpo affinché indicassero qualcosa di inusuale e negativo circa lo status morale di un individuo. Questi segni erano in realtà tagli o bruciature sul corpo e rendevano pubblico il fatto che l'individuo era uno schiavo, un criminale o un traditore; qualcuno, dunque, che doveva essere evitato soprattutto in pubblico (Goffman, 1963).

Si può dire che lo stigma può servire come mezzo di controllo sociale, in modo sia costruttivo che distruttivo. In ogni società vi sono comportamenti inaccettabili. Associando ad essi un marchio, lo stigma, si ha meno probabilità che essi si verifichino. Nella società la persona con uno stigma è visto come "l'altro", colui che differisce dalla collettività. Ogni patologia medica grave ha ricevuto in qualche misura lo stigma in quanto rappresenta un pericolo per la vita della persona, per la possibilità di alterare la conformazione corporea o di intaccare l'apparato riproduttivo. La patologia mentale, più di tutte le altre patologie, ha uno svantaggio unico nel contribuire allo stigma in quanto altera le caratteristiche fondamentali della persona come il pensiero, l'espressione dei sentimenti e la relazione con gli altri. L'idea che nell'altro vi sia una modificazione profonda della personalità in virtù di un disturbo psichiatrico, o, come si dice tra la gente comune, in virtù della pazzia, esaspera quella che è la paura radicata nell'uomo di perdere la "testa", la razionalità, il controllo sull'ambiente, la capacità di intendere e volere.

Il suicidio, che nella maggior parte dei casi è compiuto da individui con una diagnosi di disturbo psichiatrico, rappresenta un pericolo, in quanto evoca l'idea della morte e della possibilità da parte dell'uomo di soddisfare una pulsione di auto-annientamento. Per usare le parole di Shneidman (1996), il suicidio opprime la letteratura e la nostra cultura. È il tabù di sottofondo del nostro successo e della nostra felicità. Tra i nostri sogni di felicità e appagamento si nasconde l'incubo dell'auto-distruzione. Ogni nuovo giorno contiene la possibilità di fallimento e di sconfitta, ma ciò che veramente temiamo è il pericolo di annientarci con le nostre stesse forze. È per questo che coloro che in qualche modo ci riconducono all'idea del suicidio devono essere riconosciuti, per quanto possibile evitati, debbono in sostanza ricevere l'attribuzione dello stigma.

Nel passato (anche quello recente) il suicidio era con-

siderato un crimine: di qui il termine "commettere". Una radice della stigmatizzazione del suicidio è, quindi, rintracciabile nei caratteri criminali attribuitigli.

Allen (1977) ha sottolineato che "storicamente l'attitudine della società nei confronti del suicidio e i comportamenti suicidari rivela una grande spaccatura tra l'accettazione razionale e quella irrazionale che invece si nutre di superstizioni e sentimenti di ostilità e punizione. Nel corso della storia, la religione ha svolto un ruolo importante nell'influenzare lo stigma nei confronti del suicidio".

Inizialmente, la cristianità in qualche modo "accettava", sebbene mantenendo la condanna, il suicidio di un individuo. Nel quinto secolo, S. Agostino propone una serie di motivazioni condivise ancora oggi, tra cui il giudizio che il suicidio è un peccato gravissimo e che la vita, donata da Dio, deve essere vissuta nella sua interezza. Dal quattordicesimo al diciottesimo secolo il suicidio è considerato in modo meno perentorio, in quanto, pur essendo considerato peccato, viene anche visto come un'opzione possibile. I governi europei iniziano a cambiare le loro leggi nel 1824; il parlamento inglese approva una legge che permette di seppellire le vittime del suicidio nei posti adiacenti le chiese, sebbene solo dalle 21 a mezzanotte (Werth, 1996).

Nel giugno 1999, il *Surgeon General* degli Stati Uniti ha pubblicato un resoconto con l'intento di combattere il suicidio a livello nazionale. Una delle strategie presa in esame è la riduzione dello stigma associato al suicidio. Alcuni esponenti del governo statunitense hanno interpretato questo provvedimento come la via per far sì che il suicidio divenisse un'alternativa socialmente accettabile. In realtà la riduzione dello stigma connesso alla malattia mentale e al suicidio non rende il suicidio più accettabile socialmente, in quanto ciò che ne beneficia è la possibilità di far sì che la gente accetti più facilmente le terapie. Infatti, se meno stigmatizzati, coloro che hanno un proble-

ma psichiatrico o sentimenti suicidari cercheranno aiuto con minore esitazione.

Non c'è alcun dubbio che lo stigma associato alla malattia mentale, che espone l'individuo al suicidio, è ancora gravissimo. Anche a causa di ciò un gran numero di pazienti psichiatrici non riceve una terapia o non la riceve in modo e nei tempi adeguati.

## 2. Il ruolo della famiglia

Il ruolo della famiglia nell'educare i figli sul corretto significato delle problematiche connesse al suicidio dovrebbe essere maggiormente enfatizzato. Gli adolescenti ricevono di frequente informazioni imprecise e contraddittorie in quanto gli adulti e coloro che sono deputati all'istruzione si scontrano con sentimenti inaccettabili e difficili da gestire. Lo stigma in questo caso impedisce una corretta visione del problema, precludendo la possibilità di fornire elementi di prevenzione. In molte famiglie il suicidio viene considerato un argomento spinoso, troppo imbarazzante, connesso al fallimento e a disfunzioni familiari e indicativo di un carattere debole. Il ruolo dei genitori, invece, dovrebbe avvalersi della possibilità di discutere del suicidio e di fornire delle spiegazioni adeguate su tale fenomeno.

Le cose si complicano notevolmente quando la famiglia ospita un membro affetto da una grave patologia psichiatrica, come nel caso della schizofrenia. Nella maggior parte dei casi non è più l'individuo a essere stigmatizzato, ma l'intera famiglia; ne deriva che i membri della famiglia vedono ridursi le possibilità di socializzare e di sentirsi accettati dalla comunità.

Questo processo di stigmatizzazione è al suo apice quando il membro malato subisce una ospedalizzazione (Phelan et al., 1988; Dickerson et al., 2002). In questa si-

tuazione i familiari, nel confrontarsi col problema estremamente serio derivante dalla malattia del membro malato, possono ben presto sviluppare sentimenti di ostilità verso quest'ultimo, che diviene così isolato e stigmatizzato dalla stessa famiglia. È lo stigma nello stigma. La cronicizzazione della patologia, il susseguirsi di remissioni ed esacerbazioni con conseguenti ospedalizzazioni e il difficile periodo delle dimissioni, induce nella famiglia una serie di sentimenti di grande significato. Sulla spinta di queste difficoltà, i membri della famiglia possono costruire una sottile rete di messaggi inconsci che inducono il paziente a ritenere, sulla base delle loro convinzioni, che il suicidio è la migliore soluzione per una situazione divenuta insostenibile. Poter contare su programmi che si prendano carico non solo del paziente, ma anche della famiglia e dello stigma che essa subisce, è uno degli obiettivi principali per contrastare il suicidio in questo ambito. Inoltre i medici di base dovrebbero costituire un punto di forza nel processo di de-stigmatizzazione e di prevenzione del suicidio tra questi pazienti, in quanto sono coloro che spesso interagiscono sia con il paziente sia con la sua famiglia (Pompili et al., 2002).

Sempre in ambito familiare, occorre prendere in esame lo stigma sperimentato dai familiari di un individuo morto a causa del suicidio. Una delle angosce più grandi per i familiari di un individuo morto per il suicidio è il dover informare gli altri su ciò che è accaduto al loro caro. Questa situazione si ripresenta anche a distanza di anni dall'evento e conserva lo stesso stigma del periodo che segue l'accaduto. Coloro che ricevono la notizia, spesso rispondono con un silenzio di gelo, in maniera poco empatica e tendendo a cambiare subito argomento. La famiglia viene marchiata come fonte di negatività perché ha subito una disgrazia insanabile e per questo è necessario "starne alla larga". I genitori della vittima del suicidio sperimentano una serie di sentimenti, come appunto quelli legati allo

stigma, la vergogna e il senso di rifiuto (Harwood et al., 2002).

Un'altra area di interesse, oggetto di indagine e assimilabile ai concetti appena espressi, riguarda coloro che hanno perso il coniuge a causa del suicidio. Si è rilevato che lo stigma associato al suicidio del coniuge rende particolarmente difficile il superamento del trauma e l'inserimento nella vita sociale e lavorativa (Smith et al., 1995).

### **3. Il ruolo dei curanti e degli ambienti formativi**

Vari studi hanno accertato l'attitudine del personale che si occupa degli individui che hanno tentato il suicidio o che hanno pensieri suicidari. Vecchi studi (Patel, 1975; Ghodse, 1978; Goldney e Bothil, 1980) rilevano che vi sono sentimenti maggiormente negativi nei confronti di coloro che hanno tentato il suicidio e manifestato il parasuicidio rispetto a qualsiasi altra emergenza medica; lo staff risultava, inoltre, particolarmente ostile e mancava di empatia nei confronti di coloro che erano vittima di un overdose.

Saarinen et al. (1999) hanno accertato che l'équipe curante presenta delle difficoltà a confrontarsi con pazienti schizofrenici a rischio di suicidio e, dunque, assume un comportamento fortemente stigmatizzante. In presenza di problemi personali e familiari, il livello di vigilanza nei confronti di pazienti a rischio di suicidio si abbassa favorendo l'esecuzione dell'atto letale. In alcuni casi i membri dello staff hanno riferito che in qualche misura ritenevano che il suicidio di un paziente potesse essere una soluzione valida all'andamento cronico della schizofrenia.

Un dato incoraggiante è emerso dallo studio di Crawford et al. (1998), secondo cui anche un livello minimo di istruzione rivolto ai membri dello staff medico che si confrontano con pazienti suicidari si correla positiva-

mente con la qualità dell'assistenza che i pazienti ricevono, indice di una riduzione dello stigma. Il problema della stigmatizzazione dei pazienti con tentato suicidio in ambiente ospedaliero impone di considerare l'implementazione di protocolli mirati a ridurre l'attitudine negativa dello staff. Dopo un tentativo di suicidio molti individui si sentono isolati e ignorati dalla classe medica e paramedica con un netto rinforzo dello stigma associato al suicidio. Un contatto empatico è, invece, determinante per evitare il fenomeno della ripetizione del gesto e per offrire la valutazione di soluzioni alternative per problematiche assistenziali (McGaughey et al., 1995; Raingruber, 2002).

In uno studio australiano, Leane e Shute (1997) hanno indagato l'attitudine di insegnanti e catechisti nei confronti del suicidio tra i giovani. Si è appreso che queste figure possono avere un ruolo decisivo nel prevenire il suicidio di adolescenti in difficoltà.

Lo studio di Sawyer e Sobal (1987) ha, invece, sottolineato l'esistenza di un'attitudine negativa nei confronti del suicidio tra coloro che frequentano la chiesa. Alcuni individui particolarmente ferventi ritengono che il suicidio debba essere considerato ancora un delitto morale. È qui che lo stigma impedisce un'efficace prevenzione, che è invece possibile se all'individuo in crisi viene data l'opportunità di poter esprimere il suo disagio e le idee suicidarie, viene fatta sentire l'accettazione della sua sofferenza, a cui si possono offrire possibili soluzioni.

### **4. Il ruolo dei mass-media**

I mass-media possono influenzare facilmente l'opinione pubblica attraverso i loro servizi. Il suicidio e ancor di più la patologia mentale sono ancora saldamente legate allo stigma nei reportages dei mass media. In virtù del lo-



ro potere sulla collettività, i mezzi di comunicazione di massa dovrebbero favorire una corretta informazione sia sulle patologie psichiatriche sia sui comportamenti suicidari. Non c'è dubbio che, attenendosi alle linee guida elaborate per evitare il fenomeno dell'imitazione, i mass media possono validamente contribuire alla riduzione dello stigma legato al suicidio (Tatarelli et al., 2003; Pompili et al., 2003).

## **5. Il ruolo di peculiari ambienti lavorativi. L'esempio dell'ambiente militare**

Un altro problema di grande rilievo è il suicidio nei militari di carriera e nelle forze di polizia (Mancinelli et al., 2003; Mancinelli et al., 2001). Qui il ruolo dello stigma connesso con i disturbi psichiatrici può essere considerato come uno dei principali fattori nell'impedire un trattamento adeguato delle patologie mentali.

In effetti, ricevere una terapia psichiatrica viene percepito come fortemente stigmatizzante e il tentativo di negare il disagio riguarda la maggior parte degli individui impiegati nelle forze armate; in questi ambienti, inoltre, c'è il diffuso timore, per certi versi ragionevole, che segnalare un disagio psichico, proprio o altrui, a figure dell'amministrazione, può determinare conseguenze negative a livello professionale. Mentre è possibile affermare che quando il disagio non ha ancora preso i connotati della sofferenza psicologica anche una semplice apertura al colloquio, se non proprio un intervento terapeutico, in fase ancora iniziale, potrebbe permettere al soggetto il pieno recupero dei propri equilibri (Cuomo e Mantineo, 2001).

È per questo che, a partire dagli Stati Uniti, un numero crescente di programmi educativi si prefigge di facilitare la comunicazione del disturbo al fine di ricevere una

terapia adeguata e di ridurre così il rischio di suicidio. C'è inoltre, il fatto che tacere su ciò che concerne il suicidio di un militare porta ad utilizzare solo nel 50% dei casi il metodo dell'autopsia psicologica (che permette di accertare lo stato mentale del soggetto prima di commettere il suicidio).

Purtroppo, lo stigma nei confronti della malattia mentale e del suicidio induce spesso a eludere o sottovalutare dettagli importanti che permetterebbero di creare programmi preventivi certamente più efficaci. Nell'esperienza della Polizia di Stato, su un totale di 77 casi di suicidio tra il personale dipendente in 6 anni, solo 7 erano stati segnalati per problematiche di tipo psichiatrico (Cuomo e Mantineo, 2001). È un dato che deve far molto riflettere su come lo stigma nei confronti di disturbi psicopatologici precluda la terapia e possa quindi favorire il suicidio.

## **6. Conclusioni**

Se i fattori centrali che conducono allo stigma sono l'ignoranza, la paura e l'ostilità, allora gli antidoti debbono essere l'informazione, la rassicurazione ed efficaci e autorevoli campagne anti-discriminazione. Un ruolo importante devono rivestire le modalità con cui questi programmi vengono realizzati.

I mass-media possono contribuire in modo determinante, a patto che si attengano a protocolli studiati per trattare il tema del suicidio. L'esperienza statunitense suggerisce che lo sforzo comune dei professionisti della salute, dei pazienti, e delle loro famiglie nonché di organizzazioni di supporto, permette di attivare una collaborazione con i media. L'intervento sulla famiglia deve essere sia educativo che di supporto; i familiari vanno informati su cosa è la malattia mentale, sulle possibilità di cura e sui luoghi di assistenza; vanno supportati nella gestione dei

sentimenti che possono provare nei confronti del familiare malato sia durante il decorso della malattia sia dopo il suicidio (*postvention*).

Philo et al. (1994) e Philo (1997) hanno commentato come grandi sforzi siano stati rivolti all'abbattimento del pregiudizio nei confronti della malattia mentale e come nonostante l'impegno lo stigma sia ancora molto forte. Queste considerazioni sono applicabili anche al suicidio, molto spesso connesso e sostenuto dallo stigma nei confronti della patologia psichiatrica. In concreto, invece dei servizi che presentano le notizie in modo sensazionalistico, si dovrebbe presentare una visione del suicidio come gesto frutto di uno stato di sofferenza estrema la quale però può essere gestita in modo adeguato con l'aiuto di personale qualificato o sfruttando le risorse disponibili per i pazienti a rischio di suicidio.

L'introduzione di protocolli che istruiscano sulle problematiche trattate i membri della popolazione militare è di sicuro beneficio per facilitare il riconoscimento dei soggetti a rischio. I membri dello staff medico nell'ambito di strutture che erogano prestazioni mediche in generale e psichiatriche in particolare, sono un target di grande rilievo per il trasferimento di un sapere che si opponga allo stigma nei confronti del suicidio e che faciliti l'intervento nei confronti dei pazienti a rischio.

### Riferimenti bibliografici

- Allen N., "History and background of suicidology" in Hatton C.L., Valente S.M., Rink A., (1977), *Suicide: assessment and intervention*, Appleton-Century-Crofts, New York.
- Crawford M.J., Turnbull G., Wessely S., "Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff - an intervention study" in *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 1998, 5:18-22.

- Cuomo G., Mantineo G.A., "Il suicidio: esiste il problema in Polizia?" in *Polizia Moderna*, giugno 2001.
- Dickerson E.B., Sommerville J., Origoni A.E., Ringel N.B., Parente F., "Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia" in *Schizophrenia Bulletin* 2002, 28: 143-155.
- Eagles J.M., Carson D.P., Begg A., Naji S.A., "Suicide prevention: a study of patients' views" in *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182: 261-265.
- Freud S., (1910), "Contributi a una discussione sul suicidio" in Freud S., (1974), *Opere Vol. 6*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ghodse A.H., "The attitudes of casualty staff and ambulance personnel towards patients who take overdoses" in *Social Sciences and Medicine*, 1978, 12: 341-346.
- Goffman E., (1963), *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, Penguin, Harmondsworth.
- Goldney R.D., Bothill A., "Attitudes to patients who committed suicide" in *Medical Journal of Australia*, 1980, 2: 717-720.
- Harwood D., Hawton K., Hope T., Jacoby R., "The grief experience and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study" in *Journal of Affective Disorders*, 2002, 72: 185-194.
- Leane W., Shute R., "Youth suicide: The knowledge and attitudes of Australian teachers and clergy" in *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28: 165-173.
- Mancinelli I., Lazanio S., Ceciarelli L., Comparelli A., Tatarelli R., "Suicide and attempted suicide in the army in Italy from 1986 to 1998" in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001 Jun, 35(3): 392.
- Mancinelli I., Lazanio S., Comparelli A., Ceciarelli L., Di Marzo S., Pompili M., Girardi P., Tatarelli R., "Suicide in the Italian Military Environment (1986-1998)" in *Military Medicine*, 2003, 168.
- McGaughey J., Long A., Harrison S., "Suicide and parasuicide: a selected review of the literature" in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1995; 2:199-206.
- Patel A.R., "Attitudes towards self poisoning" in *British Medical Journal*, 1975, 2: 426-430.
- Peach L., Reddick T.L., "An assessment of selected educators' understandings of adolescent suicide" in *Paper presented at the annual meeting of the National Social Science Association*, Tennessee, 1988.

- Phelan J.C., Bromet E.J., Link B.G., "Psychiatric illness and family stigma" in *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24:115-126.
- Philo G., Secker J., Platt S., "The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief" in *Health Education Journal*, 1994, 53: 271-281.
- Philo G., "Changing media representations of mental health" in *Psychiatric Bulletin*, 1997, 21:171-2.
- Pompili M., Mancinelli I., Tatarelli R., "GPs' role in the prevention of suicide in schizophrenia" in *Family Practice*, 2002, Jun, 19(3): 221.
- Pompili M., Mancinelli I., Tatarelli R., "Mass media and suicide" in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, 37:110-111.
- Raingruber B., "Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression" in *Archives of Psychiatric Nursing*, 2002, 16: 201-207.
- Saarineen P.L., Lehtonen J., Lönnqvist J., "Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides" in *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25: 533-542.
- Sawwyer D., Sobal J., "Public attitudes toward suicide: demographic and ideological correlates" in *Public Opinion Quarterly*, 1987, 51: 92-101.
- Shneidman E.S., (1996), *The suicidal mind*, Oxford University Press, New York.
- Smith B.J., Mitchell A.M., Bruno A.A., Constantino R.E., "Exploring widows' experience after the suicide of their spouse" in *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1995, 33: 10-15.
- Tatarelli R., Mancinelli I., Pompili M. "Stereotipie mediatiche e suicidio" in *Studi su Aggressività e Suicidio*, 2003, 1.
- Werth Jr J.L., (1996), *Rational suicide? Implications for mental health professionals*, Taylor & Francis, New York.

### 3. Efficacia dei modelli psicoterapici nella gestione delle condotte autolesive

di Gaia Meneghel

#### 1. Introduzione

Il comportamento suicidario, ad esito fatale o non fatale, è ormai da tutti riconosciuto come uno dei più importanti problemi socio-sanitari che la comunità scientifica, ed in particolare chi si occupa di salute mentale, è chiamata ad affrontare in considerazione del fatto che:

1. ogni anno, secondo la stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, quasi 1 milione di persone muore per suicidio. Si è calcolato che a livello mondiale, negli ultimi 45 anni, i tassi suicidari sono aumentati del 60% ponendo il suicidio tra le tre più importanti cause di morte nelle persone di età compresa tra i 18 ed i 44 anni in entrambi i sessi. Le fasce giovanili (15-25 anni e 35-45 anni) ora vengono considerate il gruppo a rischio più elevato in circa 1/3 delle nazioni sia nelle aree sviluppate che in quelle in via di sviluppo;
2. il numero di coloro che lo tentano, sempre secondo l'OMS, è 10-20 volte maggiore;
3. l'atto parasuicidario viene universalmente riconosciuto come il più forte predittore di suicidio. È stato calcolato che, dopo un tentativo di suicidio, il

15% dei maschi ed il 16% delle femmine reitererà il gesto entro il primo anno, con un picco nei primi 6 mesi. Il rischio, per i tentatori, di morire per suicidio è 100 volte maggiore rispetto alla popolazione generale e circa il 5-10% dei soggetti al loro primo atto parasuicidario muore per suicidio dopo pochi anni.

Di fronte alla drammaticità di questi dati, numerosi Paesi hanno deciso di introdurre nelle loro iniziative di politica sanitaria la prevenzione del suicidio e l'Organizzazione Mondiale della Sanità inserisce come parte del *Health for all targets* la diminuzione dei comportamenti suicidari, sia quelli ad esito fatale che quelli ad esito non fatale.

In questi ultimi anni si sono moltiplicati gli sforzi della comunità scientifica per l'identificazione dei fattori collegati ad un alto rischio suicidario e, nonostante ciò, non sembra esserci un consenso unanime sul perché le persone si tolgono la vita o sul come prevenire i comportamenti autosoppressivi. Questo, probabilmente, è dovuto al fatto che il comportamento suicidario è un evento multifattoriale per cui differenti categorie di agiti suicidari riconoscono eziologie, patogenesi ed espressioni differenti. La gestione delle condotte suicidarie è sempre stata una delle problematiche più ardue da affrontare per l'operatore della salute mentale soprattutto nel contesto di un approccio psicoterapeutico, a causa dell'intensa sofferenza e dell'elevato rischio di morte imminente con cui spesso si presenta il paziente, ma anche per l'assenza di linee guida unitarie in un panorama eterogeneo quale quello delle psicoterapie.

Le reazioni degli operatori oscillano tra ostilità e empatia, punizione e aiuto, ricerca delle soluzioni ai problemi sottostanti e contenimento-detenzione. Pur tuttavia, è molto importante che, dopo un tentativo di suicidio, venga offerto un trattamento efficace perché questi individui

hanno un alto rischio di reiterare il gesto come poc'anzi ricordato. Lo scopo del presente contributo è quello di riassumere l'efficacia degli interventi psicoterapici descritti in letteratura e specificamente orientati alla prevenzione delle condotte autolesive. Questo ci permette di coniugare due degli ambiti di maggior interesse che la Clinica Psichiatrica di Padova da anni coltiva: la suicidologia e le psicoterapie.

## 2. Psicoterapie efficaci

Sebbene il numero di studi incentrati sull'approccio psicoterapico ai pazienti parasuicidari sia cospicuo e molti siano gli interventi psicoterapeutici a disposizione dei terapeuti e quotidianamente offerti ai pazienti, una rivisitazione di tale letteratura evidenzia l'assenza di una solida base empirica che ne attesti l'efficacia. Per "solida base empirica" si intende la presenza in letteratura di:

- studi condotti su campioni rappresentativi della popolazione generale (in termini numerici e di distribuzione della popolazione);
- studi condotti su campioni randomizzati;
- studi "controllati" (che mettano a confronto gli approcci terapeutici con gruppi di controllo);
- studi che omogeneamente utilizzino le stesse misure di *outcome* (ripetizione del gesto autolesivo; l'agito fatale come misura di *outcome* comporterebbe l'utilizzo di popolazioni troppo vaste vista la bassa prevalenza del fenomeno);
- studi che evidenzino una "significatività statistica", e non solo un generico "miglioramento".

Gli approcci psicosociali alla prevenzione suicidaria sono molteplici: variano dalle *helpline* telefoniche, alle

strategie di accesso "preferenziale" alle strutture sanitarie per pazienti noti, alle psicoterapie strutturate condotte in regime ambulatoriali o di ricovero. Tuttavia gli approcci che fino ad ora si sono dimostrati efficaci rispettando i parametri su descritti (studi "controllati") sono: la *Problem-solving Therapy*, la *Dialectical Behavior Therapy*, la terapia Cognitiva e le terapie "Intensive".

Le prime tre terapie derivano da una matrice comune in quanto condividono il fondamento teorico, l'attenzione ai dati empirici e la codifica del trattamento in manuali. Sono terapie a tempo limitato, in cui il terapeuta svolge un ruolo attivo nel comprendere e cambiare il comportamento del paziente, il cui focus è incentrato sul "presente" (i problemi attuali del paziente) e sui fattori che specificamente inducono e mantengono il comportamento suicidario.

Le costanti psicologiche di coloro che attuano comportamenti autolesivi sono: ridotte capacità di problem solving, soprattutto nelle relazioni interpersonali, e forse conseguenti a rigidità cognitiva e a stati depressivi; deficit della memoria "specificata" a favore della "generica" (non dettagliata); atteggiamenti di passività e sentimenti di *hopelessness*.

### 2.1. *Problem-solving Therapy*

Questo approccio terapeutico a breve termine ha l'obiettivo di accompagnare il paziente all'acquisizione di quelle particolari capacità di risoluzione dei problemi la cui mancanza è appunto la causa del comportamento maladattivo del paziente.

Ciò avviene gradualmente attraverso una serie di passaggi:

- 1) identificazione dei problemi personali;
- 2) creazione di una lista dove i problemi vengono specificati e riordinati per priorità;

- 3) disamina delle possibili soluzioni per ogni specifico problema;
- 4) attuazione della strategia prescelta;
- 5) rivalutazione del problema;
- 6) reiterazione del processo;
- 7) training per consentire l'acquisizione autonoma delle capacità di problem solving.

Tutto ciò richiede 5-10 sessioni di un'ora e l'impegno del paziente anche al di fuori delle sessioni (homeworks e letture specifiche).

La terapia *problem-solving* impone al paziente un ruolo attivo nell'identificazione e comprensione dei propri problemi come nella ricerca ed attuazione di soluzioni adattive. È un intervento altamente specifico che si è dimostrato assolutamente inefficace per tutti i pazienti che si recano al pronto soccorso per motivi diversi dai gesti autolesivi (Atha et al., 1992) ed è diretto sia ai casi acuti (crisi emozionali associate ad eventi negativi di vita), che a situazioni croniche caratterizzate da strategie di adattamento povere o maladattive (è il caso dei Disturbi di Personalità). Sei sono gli studi "controllati" che riportano l'efficacia clinica del trattamento: in cinque di essi si è evidenziata una riduzione delle condotte auto-lesive dopo il trattamento (tendenza alla significatività statistica); in tutti si è riscontrata una diminuzione dei livelli di depressione e *hopelessness*, oltre che un netto miglioramento dei problemi dei pazienti.

### 2.2. *Dialectical Behavior Therapy*

La DBT è una terapia di stampo cognitivo comportamentale sviluppata originariamente da Linehan per il trattamento ambulatoriale di pazienti borderline con comportamenti suicidari cronici.

L'autrice identifica nella disregolazione delle emozioni, il core del disturbo borderline di personalità: soggetti biologicamente vulnerabili che sono stati esposti ad esperienze traumatiche precoci ed in cui la disregolazione dell'affettività produce la nota instabilità negli ambiti cognitivo, interpersonale e comportamentale (tra cui le condotte suicidarie). In primo luogo, la DBT rifiuta attivamente atteggiamenti di biasimo o rimprovero delle vittime. I modelli comportamentali e le capacità personali del paziente vengono accettate e validate poiché l'enfasi sull'aspetto "dialettico" del trattamento assicura un certo equilibrio tra l'accettazione ed il cambiamento all'interno di ciascun rapporto terapeutico. Il terapeuta, in altre parole, aiuta il paziente a modulare le proprie emozioni, a ridurre i comportamenti estremi ad esse associati e ad accettare le proprie reazioni. In secondo luogo, il percorso psicoterapico comprende strategie di problem solving (che anche qui costituiscono il core della terapia), sessioni di terapia di gruppo, consultazioni telefoniche.

Il trattamento viene suddiviso in tre componenti: una indirizzata specificatamente all'acquisizione delle capacità di gestione dei problemi; un'altra focalizzata sui problemi motivazionali e sul rafforzamento delle capacità apprese e una esplicitamente designata a favorire l'applicazione di tali capacità alla vita di ogni giorno.

In una prima fase gli obiettivi più importanti da raggiungere sono:

- 1) la diminuzione dei comportamenti autolesivi e degli episodi parasuicidari;
- 2) la diminuzione dei comportamenti che interferiscono col trattamento (non compliance e drop-out precoce);
- 3) la gestione delle situazioni che hanno un grave impatto sulla qualità di vita (soprattutto i problemi in

Asse I e quelli per cui è necessario un ricovero psichiatrico immediato);

- 4) l'incremento delle abilità cognitivo-comportamentali.

Dopo che si è ottenuto il controllo comportamentale, diviene possibile lavorare su altri aspetti quali:

- 5) l'incremento delle esperienze emotive ed il controllo delle reazioni post-traumatiche;
- 6) l'aumento dell'autostima;
- 7) la gestione delle problematiche attuali e subentranti;
- 8) la riscoperta della capacità di provare gioia.

Numerosi studi, randomizzati e non, condotti su pazienti ambulatoriali hanno dimostrato l'efficacia della DBT nel ridurre il comportamento parasuicidario, mantenere il paziente in terapia e diminuire i giorni di ricovero nei reparti psichiatrici rispetto al gruppo trattato "as usual" (TAU). La DBT, opportunamente modificata, è stata anche utilizzata per trattare pazienti in regime di ricovero dimostrando, anche in questo caso, una notevole efficacia nel diminuire gli atti parasuicidari e migliorare i livelli di depressione, dissociazione, ansia e stress.

Sebbene l'efficacia di tale terapia sia indiscussa, essa propone alcuni svantaggi quale il forte impegno orario (incontri settimanali multipli per un anno), e non ha dimostrato una riduzione consistente della psicopatologia (per esempio, dello stato depressivo). Potrebbe essere in questo senso interessante un confronto diretto tra DBT e *problem solving therapy* vista l'efficacia dimostrata di quest'ultima nel ridurre anche i sintomi del disturbo psichico sottostante (anche se, forse, in pazienti meno impegnativi).

### 2.3. *Terapia Cognitivo-Comportamentale*

La terapia cognitiva per il comportamento suicidario deriva direttamente da quella sviluppata per il trattamento della depressione. Tale terapia, di relativa breve durata (non superiore alle 25 settimane), postula che la particolare modalità degli individui di interpretare gli eventi e le esperienze, influisce poi sulla loro affettività e sul loro comportamento e, nel tempo, porta a sviluppare particolari patterns interpretativi che possono condurre a distorsioni della realtà le quali, a loro volta, potrebbero attivare comportamenti maladattivi tra cui l'agito autosoppressivo.

Il terapeuta cognitivista cerca di contrastare tali comportamenti, ed i sentimenti collegati, focalizzandosi sul cambiamento dei contenuti cognitivi e delle loro elaborazioni da parte del paziente. In particolare, focalizza la propria attenzione sul pensiero dicotomico, una delle distorsioni cognitive più frequentemente associate alle condotte autolesive, e che viene mantenuto dagli assunti e schemi cognitivi di base che il paziente ha di sé e del mondo.

L'approccio terapeutico comprende quattro processi: scoprire e, successivamente, verificare gli automatismi del pensiero; identificare gli assunti disadattivi e verificarne la loro validità. Vengono, inoltre, utilizzate molte tecniche comportamentali per verificare e cambiare aspetti cognitivi disadattivi ed inesatti: la programmazione di attività, il senso di padronanza e di piacere, l'assegnazione di compiti gradualmente, la ripetizione cognitiva, l'addestramento all'autosufficienza, il gioco dei ruoli e le tecniche di diversione.

La CBT individuale si è rivelata uno strumento psicoterapeutico importante ed efficace nell'aumentare la capacità di pensare positivamente al futuro e nel ridurre la depressione e la ripetizione dell'agito autolesivo. Il solo approccio comportamentale si è, invece, dimostrato inefficace nel ridurre in maniera significativa l'ideazione ed il comportamento suicidario. Altrettanto dicasi per il tratta-

mento cognitivo comportamentale di gruppo, nell'ambito del quale si è rivelato molto difficile organizzare un gruppo ragionevolmente ampio ed omogeneo di pazienti che vogliono partecipare a questo tipo di trattamento, in quanto: i repeaters cronici tendono ad abbandonare la terapia; i major repeaters con disturbo borderline di personalità tendono a reiterare il gesto indipendentemente dalla terapia in atto e, infine, i minor repeater potrebbero beneficiare della terapia solo nel caso in cui la iniziassero poco dopo la crisi suicidaria.

### 2.4. *Terapie "Intensive"*

Questo gruppo di interventi psicosociali mirano prevalentemente ad intensificare la frequenza di trattamenti pre-esistenti:

- un incremento della frequenza di accesso ai servizi o della durata delle sedute;
- l'utilizzo di terapie multiple e combinate (es. terapia individuale + terapia familiare);
- l'accesso facilitato ai servizi per tipologie di aiuto richiesto (tipo "corsia preferenziale");
- la disponibilità di visite a domicilio o contatti telefonici anche 24 ore su 24.

Il pensiero che guida tali modalità di trattamento è quello di intervenire nella crisi prima che questa conduca a gesti autosoppressivi, oltre che aumentare la compliance, notoriamente modesta, tra i pazienti suicidari.

La potenziale efficacia delle terapie intensive è stata evidenziata da due soli studi in cui si ponevano a confronto un primo gruppo di repeaters suicidari che avevano ricevuto una Green Card, con un gruppo di controllo in terapia *as usual*. La Green Card dava la possibilità di accedere direttamente, 24 ore su 24, ai servizi di salute menta-

le in caso di crisi per una consultazione. I pazienti di tale gruppo hanno dimostrato un rischio di ripetizione del gesto autolesivo minore del 50% rispetto al gruppo di controllo. Purtroppo, la numerosità campionaria di tali studi era modesta, non raggiungendo i risultati la significatività statistica. Più recentemente, la replica di tali studi su di un campione di maggiori dimensioni ha dimostrato una tendenza alla significatività, in termini di minor rischio di ripetizione, tra i soggetti primi tentatori che avevano ricevuto la carta d'emergenza; non altrettanto accadeva tra i repeaters (soprattutto maschi).

### 3. Psicoterapie promettenti

Altri modelli psicoterapici specifici per la cura del comportamento suicidario sono stati indagati e sembrano essere promettenti: per essi mancano tuttavia ancora studi randomizzati e controllati che ne sanciscano l'efficacia.

#### 3.1. *Terapia Cognitivo-Analitica*

La CAT è una terapia a tempo limitato (da 4 a 20 sedute, con una media di 16) sviluppata per un lavoro individuale, ma anche di coppia o di gruppo. È cognitiva in quanto utilizza pienamente la capacità della persona di osservare e valutare se stessa, i propri assunti, i propri sentimenti e comportamenti ed è analitica in quanto gli elementi inconsci e la relazione terapeuta-paziente vengono esplorati ed utilizzati nel trattamento. La CAT combina un pragmatico approccio di tipo problem solving con un modello che si basa sull'assunto che la personalità di un individuo si forma dall'internalizzazione dei diversi ruoli assunti nelle relazioni importanti vissute con altre persone durante l'infanzia, e quindi mantenuti dall'attuale espe-

rienza di questi ruoli reciproci in relazione a sé ed agli altri. Sheard et al. (2000), nel loro studio pilota con pazienti che presentavano condotte autolesive, hanno attuato un intervento CAT ultrabreve (3 sedute), altamente strutturato.

In ogni seduta si esemplificano, in diagrammi, le principali modalità disadattive di coping di questi pazienti:

- 1) soccorso, in cui un magico salvatore elimina i sentimenti negativi;
- 2) esitamento, in cui i sentimenti negativi vengono annullati grazie all'abuso di sostanze, all'iperattività o ad un atteggiamento apatico;
- 3) ostilità, in cui ci si sbarazza di tali sentimenti rivolgendoli verso qualcun altro o verso il proprio corpo come un "altro" dissociato.

L'intervento ha due foci principali: il compito cognitivo per arrivare con il paziente ad una appropriata e convincente riformulazione diagrammatica delle emozioni e dei meccanismi di difesa e il compito interpersonale per minimizzare gli aspetti collusivi e massimizzare quelli terapeutici della relazione. A questi compiti si aggiunge l'utilizzo del controtransfert per mediare la discussione su aspetti problematici della relazione terapeutica.

#### 3.2. *Manual-Assisted Cognitive-behavior Therapy*

Questa è una terapia breve, cognitivamente orientata, costituita da un numero di sessioni variabile da 2 a 6 e strutturate attorno ad un manuale di 6 piccoli capitoli incentrati le tecniche di problem solving, le tecniche cognitive di base per gestire le emozioni ed i pensieri negativi, le strategie preventive (CBT + biblioterapia).

Un solo trial clinico randomizzato e controllato è stato condotto: esso ha dimostrato l'efficacia, anche se non statisticamente significativa, di tale tecnica sul campione



indagato rispetto al gruppo di controllo. Minore era la frequenza dei gesti autolesivi al follow up nel campione in esame, altrettanto ridotti, erano i sintomi depressivi.

### 3.3. *Terapia Interpersonale*

La terapia interpersonale è una psicoterapia a breve termine, altamente strutturata e manualizzata, specificamente indirizzata al trattamento della depressione. Il suo campo d'intervento è quello del funzionamento sociale e i problemi del paziente vengono fatti risalire ad una o più delle seguenti aree: dispute interpersonali, transizioni di ruolo, lutto e deficit interpersonali.

Numerosi trials randomizzati e controllati ne hanno dimostrato l'efficacia nel trattamento della depressione. Sebbene questi studi non siano specificamente disegnati per la cura delle condotte autolesive, è possibile inferire dai risultati ottenuti che tale terapia possa rivelarsi efficace anche in tal senso. Recentemente è stato condotto un trial clinico randomizzato per determinare gli effetti della IPT rispetto ad un trattamento *as usual* su pazienti trattati in emergenza per auto-avvelenamento. Ai pazienti collocati nel gruppo di intervento sono state offerte 4 sedute di IPT entro la prima settimana dall'arrivo al pronto soccorso. Questa terapia comportava l'identificazione e la risoluzione delle difficoltà interpersonali che avevano causato od esacerbato lo stress psicologico che aveva condotto all'agito autolesivo.

I dati raccolti all'inizio dello studio, al termine del mese di trattamento e a 6 mesi di follow up, hanno evidenziato che i pazienti sottoposti alla IPT riportavano: una ridotta intenzionalità suicidaria, una minor frequenza di agiti autolesivi e una maggior soddisfazione verso la terapia in atto rispetto al gruppo di controllo. Non vi erano differenze statisticamente significative rispetto all'accesso ed utilizzo dei servizi nei due gruppi.

### 3.4. *Altre terapie*

Altre terapie presenti in letteratura e specificamente disegnate per il trattamento degli agiti autolesivi sono quelle di stampo psicodinamico. Merita un novero la "Ospedalizzazione Parziale Psicoanaliticamente Orientata" (*Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization-POPH*) della quale, sebbene promettente, non esistono ancora studi controllati che ne confermino l'efficacia.

Ancor più interessante sembra essere la *Transference Focused Psychotherapy*. È una terapia psicodinamica modificata e specificamente strutturata per pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, ma estendibile a tutti i disturbi gravi di personalità. Essa si rifà alle tecniche di chiarificazione, confronto e interpretazione all'interno della relazione di transfert in evoluzione tra il paziente ed il terapeuta; richiede un minimo di 2 sedute settimanali della durata di 45-50 minuti. Durante il primo anno di trattamento la TFP si focalizza sui seguenti temi: il contenimento dei comportamenti suicidari e delle diverse modalità di sabotaggio del trattamento; l'identificazione e la ricapitolazione dei patterns relazionali dominanti e riguardanti l'oggetto, così come vengono espressi nella relazione terapeutica. Il paziente viene aiutato a raggiungere la costanza dell'oggetto, lavorando attraverso una posizione schizo-paranoide, al fine di acquisire una posizione depressiva. L'efficacia della TFP su pazienti borderline con condotte autolesive è stata indagata in un solo studio, peraltro non "controllato". I risultati ottenuti sono stati promettenti in quanto vi è stata una bassa percentuale di drop out (19%, si trattava di pazienti borderline) ad un anno dall'inizio dello studio e nessun suicidio durante lo studio. È auspicabile una ricerca finalizzata al chiarimento dell'efficienza ed efficacia di tale psicoterapia con trials randomizzati e controllati.

#### 4. Meta-analisi

Le considerazioni fin qui esposte sono state riassunte e confermate in un'interessante meta-analisi condotta allo scopo di identificare e sintetizzare i risultati ottenuti da studi controllati sull'efficacia degli interventi psicoterapici e psicosociali specificamente disegnati per la prevenzione delle condotte autolesive. Sono stati presi in considerazione gli studi controllati esistenti in letteratura, li si è suddivisi per tipologia e se ne è valutata la complessiva efficacia utilizzando come unico indice di outcome comune, la ripetizione del gesto autolesivo.

I risultati hanno confermato che:

- solo la DBT dimostrava superiorità statisticamente significativa nel ridurre l'incidenza delle condotte suicidarie rispetto al gruppo di controllo;
- altrettanto si poteva dire per il trattamento con flupentixolo depot (un neurolettico a lunga durata d'azione);
- la terapia orientata al problem-solving e l'utilizzo di una Carta d'Emergenza presentavano una superiorità rispetto al gruppo di controllo che solo tendeva alla significatività;
- nessuna delle altre terapie (tra cui le cosiddette "terapie intensive") mostravano alcun vantaggio sostanziale rispetto i gruppi di controllo.

Pur rispettando la criticabilità degli studi meta-analitici, rimangono le constatazioni che gli studi in letteratura condotti a partire da una solida base empirica sono pochi e che hanno utilizzato come unica misura di *outcome* l'incidenza di ripetizione del gesto autolesivo, tralasciando altri parametri di accertata importanza quali l'ideazione suicidaria, sentimenti di *hopelessness*, depressione, ansia. Inoltre,

in tali studi la numerosità campionaria è bassa, talvolta bassissima, e perciò modesta la generalizzazione dei risultati. L'organizzazione di studi multicentrici e contemporanei, all'interno di un identico progetto di ricerca, potrebbe costituire una modalità di superamento di tali carenze.

#### 5. Peculiarità degli interventi psicosociali per le condotte autolesive

Spesso la scarsa compliance, frequente in questa tipologia di pazienti, è stata attribuita ad un modesta motivazione alla guarigione ed al cambiamento.

Tale assunto è stato del tutto o parzialmente disconfermato da alcuni studi che hanno dimostrato come una compliance modesta dipenda piuttosto dalla presenza di ostacoli pratici o psicologici: oggettivi problemi organizzativi che rendono difficile la frequenza agli appuntamenti (doveri familiari o di lavoro), agorafobia (che ostacola l'uscire di casa), fobia sociale (che impedisce di prendere parte alle terapie di gruppo), sentimenti di *hopelessness* (che riduce la fiducia nella terapia), sentimenti di rabbia (p.e. verso il terapeuta).

Interventi che hanno aumentato significativamente la compliance sono:

- 1) fissare un primo appuntamento prima della dimissione dall'ospedale;
- 2) eseguire visite domiciliari in caso di drop out alla prima visita;
- 3) individuare un terapeuta unico di riferimento vs. cambio frequente di terapeuta;
- 4) programmare psicoterapie intensive (alta frequenza per un periodo limitato di tempo) vs. psicoterapie a lungo termine e bassa frequenza di incontri.

Inoltre, la luce della forte associazione tra disturbo mentale e comportamento suicidario, molti autori ritengono fondamentale la cura della malattia mentale al fine di ridurre, secondariamente, la prevalenza dei comportamenti autolesivi.

Sebbene i disturbi psichici, d'Asse I o II, condizionino la prognosi (disturbo borderline di personalità, abuso di alcol o sostanze, depressione associata a disturbo di personalità, personalità "psicopatica" sono a prognosi negativa), dati recenti hanno evidenziato che non sempre vi è una correlazione diretta tra miglioramento della psicopatologia e riduzione della suicidalità.

È stata suggerita la necessità di concentrare gli sforzi terapeutici principalmente sui fattori che inducono, mantengono, rinforzano specificamente il comportamento autolesivo per aumentare l'efficacia della terapia.

## 6. Conclusioni

Prendendo in considerazione le caratteristiche fondamentali degli interventi psicoterapici che si sono dimostrati finora efficaci (come pure i punti di debolezza), appare chiaro che un programma psicosociale che miri alla prevenzione delle condotte autolesive dovrà: aiutare il paziente a sentirsi compreso, tramite la conoscenza degli specifici fattori cognitivi ed emotivi che ne condizionano specificamente il comportamento autolesivo (la sola empatia non è sufficiente); ingaggiare il paziente in un ruolo attivo, favorendone l'empowerment; concentrare lo sforzo sulle problematiche attuali del paziente, al fine di modificare il comportamento tramite codificate strategie di coping; favorire la compliance, magari con trattamenti "intensivi" e dimostrarsi superiore in termini di efficacia rispetto alla "lista d'attesa" o al trattamento *as usual*, dovrà avere cioè un parametro di confronto.

## 4. Aspetti psicodinamici e psicosociali del suicidio

di Daniele La Barbera e Caterina La Cascia

*"Tra poco mi stenderò nella polvere e tu mi cercherai. E io non sarò più".*

Giobbe 7,21

### 1. Qualche interrogativo

Il suicidio è stato oggetto di studio e di analisi in differenti ambiti da quello filosofico, a quello psicologico, da quello etico a quello sociologico e con differenti valutazioni.

Un breve excursus storico sulle posizioni assunte da pensatori e scuole di pensiero su tale possibilità esistenziale, per quanto incompleto, ci mostrerà subito una serie di punti di vista divergenti e ci introdurrà con immediatezza a quella radicale impossibilità di esaurire l'approfondimento di questo delicato e complesso tema utilizzando in modo unilaterale dimensioni etiche, psicologiche, filosofiche o psicopatologiche.

La scelta dell'uomo di autoinfliggersi volontariamente la morte è presente sin dalle più antiche civiltà.

In Egitto, all'epoca dei faraoni, il suicidio era considerato come un privilegio degli uomini appartenenti ai ceti sociali più elevati, liberi di sottrarsi al disonore o ad una morte ignominiosa.

Nella cultura dell'antica Grecia se da un lato il suicidio era mal accettato, tanto che al suicida veniva data sepoltura solo al di fuori delle mura della polis, dall'altro, però, i filosofi che si toglievano la vita, spiegavano il proprio gesto come la massima forma di libertà.

Secondo il filosofo Platone, invece: "Non è lecito agli uomini sostituirsi al volere degli dei"; mentre il suo seguace Aristotele, sostituendo all'entità divina quella patriottica, ebbe a dire: "Non è lecito all'uomo privare la patria di se medesimo".

Nel mondo latino, gli Stoici consideravano il suicidio come un atto lecito e doveroso quando la vita non offre più la realizzazione dei propri orizzonti di significato e laddove esso rappresenti l'unico mezzo per sfuggire alle offese provenienti dal mondo esterno.

Nel IV secolo d.C., divenuta ufficiale la religione cristiana, e divenuta quasi un'abitudine quella di cercare nel martirio la vita eterna, il suicidio divenne un vero e proprio crimine. Colui il quale compie un atto suicidario, infatti, contravviene al comandamento di non uccidere. Da qui l'atteggiamento di condanna morale e di rifiuto che a lungo ha accompagnato il tema del suicidio, alimentandone i pregiudizi.

L'ambivalenza verso il tema del suicidio è ancora presente nel Settecento, quando da un lato filosofi come Immanuel Kant e Arthur Schopenhauer considerano il suicidio un atto riprovevole e raccapricciante; e dall'altro Montesquieu e Voltaire lo giudicano un gesto valido, un'azione lecita.

È nell'Ottocento che il tema del suicidio entra tra i dibattiti del mondo scientifico. Una prima interpretazione dell'atto suicidario la dobbiamo ad Esquirol, che, da un punto medico, lo definisce come il riflesso di una malattia mentale; mentre da una prospettiva psicosociale il sociologo E. Durkheim definisce il suicidio come "ogni morte che risulti direttamente da un gesto positivo o negativo, commesso dalla vittima stessa consapevole di arrivare a tale risultato"; espressione di una mancata "armonizzazione" tra il soggetto e la società nella quale vive.

Nel suo trattato *Le Suicide* del 1897, Durkheim distingue il suicidio in quattro forme diverse: suicidio "altruisti-

co", "egoistico", "anomico" e "fatalistico". Nel suicidio "altruistico" il soggetto avverte l'autorità del gruppo così soverchiante da risultare spersonalizzato e da sentirsi spinto a sacrificare la propria vita a vantaggio della comunità. All'opposto, il suicidio "egoistico" rappresenta il frutto dei sentimenti di alienazione e di scollamento dalla società di un individuo. Nel suicidio "anomico" vi è, invece, all'origine, il mancato adattamento ai cambiamenti e alle regole sociali. Da ultimo, il suicidio "fatalistico" costituisce l'opposto della mancanza di regole (anomia): il soggetto avverte il proprio avvenire completamente segnato e compromesso all'interno di una disciplina sociale eccessivamente apprensiva.

## 2. Condotte suicidarie e disturbi psichiatrici

Senza dubbio il suicidio è in rapporto, con una certa frequenza, a disturbi psichiatrici evidenti, quali i disturbi dell'umore (disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare), la schizofrenia, l'abuso di alcool.

I disturbi dell'umore sono i più coinvolti, interessando tra il 65 e il 90% dei suicidi con patologie psichiatriche. Il suicidio rappresenta l'esito più drammatico di un disturbo dell'umore, con il 15-20% dei pazienti che va incontro a morte per tale causa.

I disturbi bipolari (in particolare di tipo II) si accompagnano ad un rischio maggiore di suicidio, soprattutto nei momenti di viraggio. In aggiunta, la stagionalità dei disturbi bipolari si ritiene possa in qualche misura contribuire alla stagionalità del suicidio, con i suoi picchi primaverili ed autunnali.

L'alcolismo, come patologia a rischio suicidario è secondo solo ai disturbi dell'umore. Si ritiene che tra le 12 persone su 100.000 che ogni anno commettono suicidio negli USA, almeno 1/4 abusi di alcool. Tra gli alcolisti il ri-

schio di suicidio nel corso della vita è stimato intorno al 10-15%.

Anche per gli schizofrenici esiste un rischio di circa il 15% di andare incontro a suicidio nel corso della vita. Tale rischio appare maggiore per quei soggetti a buon funzionamento prima dell'esordio della malattia, che vanno incontro a ricadute croniche, che temono la disintegrazione mentale.

Inoltre, i Disturbi di Personalità di tipo Borderline ed Antisociale risultano frequentemente associati al comportamento suicidario.

Molte volte, tuttavia, la patologia non è evidenziabile. In questi casi il gesto assume un significato ancora più drammatico e ripropone domande sul perché e sul significato del suicidio.

### 3. Quale interpretazione

Non è possibile considerare esaustivo alcuno dei modelli che tentano di interpretare l'atto suicidario, né è possibile riuscire a tracciare un profilo di personalità suicidaria. Molte sono le variabili che devono essere considerate assieme e diverse sono le influenze che esse esercitano l'una sull'altra.

La prima interpretazione psicodinamica del suicidio si deve ad Abraham e Freud (1915) e spiega il desiderio di porre fine all'esistenza come esito dell'esperienza melanconica in cui l'Io scisso ha identificato una parte del Sé con un oggetto libidico perduto. Sempre Freud, in *Al di là del Principio di Piacere*, nel 1920 dirà che le tendenze suicidarie sono espressione di un istinto primario dell'uomo: l'istinto di morte.

Carl Gustav Jung afferma che in ogni individuo vi è un sentimento di eternità dell'energia psichica, togliendo in tal modo alla morte il valore di unicità della fine. In que-

sta ottica il suicidio diviene un atto inconsapevolmente propositivo, la ricerca inconscia di una situazione nuova, secondo la dimensione simbolica di "morte-rinascita".

Sandor Rado vede, invece, nel suicidio l'estremo tentativo dell'Io di ricercare il perdono del Super-Io. Per Rado, infatti, gli individui reagiscono alla perdita oggettuale prima con rabbia e poi con un senso di colpa per la rabbia provata; a questo segue, nella depressione, la ricerca della riparazione e del perdono. Il melanconico, però, non tenta di riconquistare il perdono dell'oggetto perduto, ma essendosi ritirato narcisisticamente, lo cerca nel Super Io, nei confronti del quale prova la colpa per il fatto di sentirsi responsabile della perdita dell'oggetto.

Shilder e Bromberg ritengono che il suicidio sia soltanto un sintomo e non una entità clinica. Esso, tuttavia, può servire come forma di autoaggressione o autopunizione per un comportamento aggressivo dimostrato in precedenza contro un'altra persona (spesso la persona amata) che abbia negato al soggetto il suo amore; oppure come forma di riappacificazione o riunione con un oggetto d'amore; oppure, ancora, un modo di sottrarsi a difficoltà insopportabili.

Bernfeld ipotizza che il suicida agisca in tal modo a causa di forti impulsi aggressivi inconsci nei confronti di un'altra persona, e di un processo d'identificazione con tale oggetto odiato (e in precedenza amato); cosicché uccidere se stesso è uccidere l'oggetto. Poiché colui che commette suicidio di solito si sente in colpa per i propri impulsi aggressivi, vi è anche in genere una tendenza all'autopunizione e la scelta dei metodi con cui infliggersi il suicidio può avere un significato simbolico.

Menninger, nell'opera *Man against himself*, ha elaborato i meccanismi psichici che sono alla base del suicidio. Nella sua definizione il vero suicida deve mirare ad uccidere, ad essere ucciso e a morire; e gli stessi concetti sono espressi nella sua discussione sulle tendenze "parziali" o

"croniche" all'autodistruzione. Egli considerava il suicidio, in tutte le sue forme, come il risultato di una battaglia tra Eros e Thanatos nella quale la seconda ha la meglio. Tutti i tipi di lesione fisica o psicologica prodotti ai danni della propria persona possono rientrare nella sua definizione, secondo la quale l'atto suicida sorge dal conflitto tra una tendenza aggressiva diretta contro di sé e la tendenza contraria verso la conservazione di sé e verso la ricostruzione dei rapporti con altri esseri umani.

Alfred Adler richiama l'attenzione sul sentimento di inferiorità, sul narcisismo, e la scarsa autostima come fondamentali caratteristiche di personalità della vittima potenziale del suicidio.

Sullivan e Horney considerano il suicidio come il risultato di un fallimento dipendente da conflitti interpersonali non risolti, nel contesto di un'alienazione estrema del Sé che deriva da una grave discrepanza tra il proprio Sé idealizzato e la percezione della propria entità psicosociale.

Lindemann ha proposto di denominare la disposizione ad un comportamento violento e il tipo di aggressività che può dare luogo o meno al suicidio, "ipereridismo".

Fenichel ha riassunto le caratteristiche psicoanalitiche del suicidio come una dipendenza ambivalente da un Super-io di tipo sadico e la necessità di liberarsi ad ogni costo da un senso di colpa insostenibile. Il soggetto soccombe alla punizione ed alla crudeltà del suo Super-io e può esprimere l'idea passiva di rinunciare a qualsiasi battaglia attiva; contemporaneamente, si presenta l'atteggiamento più attivo di volgere il sadismo contro la propria persona e una ribellione contro un Super-IO punitivo. L'intensità di questa battaglia si riflette nella forte tendenza al suicidio del paziente depresso. L'IO cercando di placare il Super-IO con un atteggiamento sottomesso ha sbagliato. Il perdono sperato non si può ottenere, perché quella parte della personalità che si cerca di placare con la regressione

è diventata sadica e, dal punto di vista del Super-IO, il suicidio del depresso deriva dal volgersi del sadismo contro la propria persona. D'altro canto dal punto di vista dell'IO, il suicidio è l'espressione del fatto che la tensione indotta dalla pressione del Super-IO è divenuta insostenibile. Spesso la perdita dell'autostima è così completa che ogni speranza di riguadagnarla è perduta.

Come ha scritto Fenichel: "desiderare di vivere evidentemente vuol dire avvertire un certo grado di autostima, sentirsi sostenuti dalle forze protettive del Super-IO. Quando questi sentimenti svaniscono ricompare l'annichimento originario del bambino abbandonato, affamato" (Fenichel, 1951).

Melanie Klein a proposito del suicidio, parlava di persecutore identificato con il Super-IO, a sua volta contaminato dagli oggetti cattivi introiettati. Uccidendosi il depresso esprimeva così contemporaneamente il desiderio di punire sia l'oggetto amato e perduto (introversione dell'aggressività) sia se stesso per avere in qualche modo causato tale perdita.

La Psicologia del Sé ha spostato l'attenzione sulle vicissitudini dell'IO e sulla perdita dell'autostima. La vulnerabilità al suicidio è apparsa, infatti, legata a una difficoltà a mantenere l'autostima a livelli accettabili, in assenza di oggetti Sé che garantiscano introiezioni tranquillizzanti. L'oggetto Sé è un sostituto precursore di strutture psicologiche non ancora esistenti. La perdita di un tale oggetto esterno-interno costituisce, per queste ragioni, un serio fattore di rischio.

Bowlby pone in relazione le diverse motivazioni che spingono al suicidio con i molteplici vissuti e, dunque, le differenti possibilità di elaborazione del processo di lutto, ovvero di quel complesso sistema che prende origine dalla perdita della figura significativa. Tale processo si sviluppa attraverso tre momenti: negazione, riconoscimento e recupero dell'oggetto perduto.

Infine, James Hillman, il cui punto di vista sull'atto estremo di levar mano su di sé, presenta una serie di aspetti di grande profondità e di intenso valore insieme euristico e clinico. Nella sua nota opera *Il suicidio e l'anima*, Hillman vede nel progetto suicidario, un inconsapevole tentativo messo in atto dall'individuo per realizzare una trasformazione; ricollegandosi all'archetipo della morte-rinascita, Hillman interpreta dunque i propositi autolesivi come il prodotto di un'insopprimibile esigenza di cambiamento interiore quando il soggetto non individua più nella realtà alcuna possibilità trasformativa. Il contributo di questa impostazione al lavoro clinico con i pazienti a rischio di suicidio è di notevolissima importanza: Hillman vede, nella presa in carico psicoterapeutica di questi soggetti e nella grande tensione umana e relazionale che essa comporta, una possibilità di contenimento delle valenze autodistruttive qualora il lavoro analitico aiuti il paziente a vivere una sorta di *morte simbolica* che apra la strada ad un processo trasformativo e alle istanze di rinnovamento della coscienza.

Al di là delle differenti impostazioni teoriche, per tutti gli autori la sofferenza contenuta nel gesto suicida testimonia il desiderio di costruirsi uno spazio illusorio attraverso una fuga dalla realtà. Paradossalmente, esso rappresenta l'ultimo modo che esiste per "imporsi" alla vita. Agire equivale a vincere la propria lotta contro la vita. Forse è tale senso di onnipotenza e sicurezza (provati forse per la prima volta!) alla base dello stato d'animo di tranquillità e determinazione riferita frequentemente da coloro che hanno tentato di morire.

## Riferimenti bibliografici

- Abraham K., (1912), *l'ollia Maniaco-Depressiva (Melanconia)*, Opere I, ed. Boringhieri, Torino, 1975.
- Adler A., (1920), *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1992.
- Bromberg P.M., (1993), *Psicoanalisi interpersonale e psicologia del Sé: un confronto clinico*, Franco Angeli, Milano.
- Cazzullo L., (1992), *Trattato di Psichiatria*, Masson, Milano.
- Ciancio C., Ferretti G., Pastore A., Perone U., (1991), *Filosofia: I testi, la storia*, Vol. 2, SEI, Torino.
- Ciancio C., Ferretti G., Pastore A., Perone U., (1991), *Filosofia: I testi, la storia*, Vol. 3, SEI, Torino.
- Durkheim E., (1897), *Il suicidio*, UTET, Torino, 1969.
- Fenichel O., (1951), *Trattato di Psicoanalisi: dalle nevrosi alle psicosi*, Astrolabio Uboldini Editore, Roma.
- Freud S., (1915), *Lutto e melanconia*, in *Opera Omnia* vol.8, Boringhieri, Torino, 1976.
- Freud S., (1920), *Al di là del Principio di Piacere*, in *Opera Omnia*, vol. 9, ed. Boringhieri, Torino, 1977.
- Hillman J., (1964), *Il suicidio e l'anima*, Astrolabio Uboldini, Roma, 1972.
- Klein M., (1958), *Invidia e ingratitudine*, Martinelli, Firenze, 1969.
- Kohut H., (1966), "Pensieri sul narcisismo e sulla rabbia narcisistica" in *La ricerca del Sé*, Boringhieri, Torino, 1982.
- Il libro di Giobbe*, trad. it di G. Ceronetti, Adelphi, Milano, 1976.
- La Barbera D., (1990), *L'albero della vita e l'archetipo del vuoto: la relazione psicoterapica con pazienti a rischio suicidario*, Gnosis.
- Menninger K.A., (1938), *Man Against Himself*, Harcourt Brace, New York.
- Pancheri P., Cassano G.B., (a cura di), (2002), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.

## 5. Lo stigma. Perché contrastarlo

di Giuseppe Mazzola

In questo contributo si affronterà il problema del suicidio dal punto di vista della dimensione quotidiana e del perché si debba contrastare lo stigma. È situazione ricorrente che quando ad un pronto soccorso arriva un tentativo di suicidio venga subito banalizzato, oppure, venga immediatamente "scaricato" allo psichiatra che a seconda della sua valutazione può minimizzare l'accaduto oppure prenderlo in considerazione.

Per chi ha una malattia, l'intolleranza, la stigmatizzazione, sono causa di sofferenza aggiuntiva. È come se il paziente si dovesse vergognare di essere stato ricoverato: non deve parlare del suo suicidio, e accade spesso che gli stessi familiari cerchino di non riferire durante l'anamnesi i precedenti atti suicidari, proprio per evitare la sofferenza aggiuntiva. La paura, quindi, ritarda i trattamenti, in quanto se non vengono comunicati determinati precedenti il trattamento potrà essere superficiale, non completo, favorendo l'isolamento sociale e la stigmatizzazione.

Il prototipo della stigmatizzazione è la lebbra. Proprio come un lebbroso di altri tempi, il malato di mente viene stigmatizzato dalla società. Fino a quando la lebbra era stigmatizzata, non c'era terapia. Non appena la lebbra ha smesso di essere stigmatizzata è diventata una delle tante malattie curabili, e i lebbrosi non sono più lazzaretti in cui le persone vengono abbandonate nella loro malattia,



ma sono dei piccoli ospedali che trattano questa patologia, esempi sono quelli di Messina e di Genova.

Le persone rese disabili dalla malattia non hanno avuto più il coraggio di farsi avanti per denunciare le ingiustizie subite, o per rivendicare i propri diritti, basti pensare all'immagine medievale del lebbroso che era fuori dalla comunità ed aveva addirittura un campanello per fare presente che si stava avvicinando. Stessa cosa è per le persone che hanno tentato il suicidio che in qualche modo, devono "suonare un campanello" per farsi riconoscere come tali, per esempio quando vanno in farmacia o quando assistono a certi spettacoli televisivi. Chi si trova segnato dalla malattia deve affrontare i rifiuti, l'emarginazione, le difficoltà economiche, sociali, personali. Una delle conseguenze della stigmatizzazione legata a questo, può essere il disagio psichico, la malattia mentale e, quindi, anche il suicidio.

"Gli psicofarmaci fanno male al fegato", battute queste che sentiamo dire ma soprattutto che si sente dire il soggetto che sta facendo una determinata terapia, questo perché i malati di mente sono considerati oggi peggio dei lebbrosi. Ma per i lebbrosi c'è una medicina. Per gli ammalati psichiatrici lo stigma ancora non è stato eliminato; non si dice più "ti faccio chiudere", però, per esempio quando lavoravo a Partinico, si diceva "ti porto al quinto piano", intendendo con questo, il quinto piano dove era alloggiato il servizio di psichiatria. L'alone di ignoranza, di pregiudizio, ostacola i tentativi di terapie immediate. Sappiamo dalla patologia della crisi che il suicidio non è mai così improvviso, è sempre preceduto da segnali.

Per far cambiare lo stereotipo, lo stigma legato alla dimensione suicidaria, bisogna promuovere un'immagine nuova della malattia. L'occasione della tavola rotonda e tutto ciò che si farà successivamente mirano proprio a promuovere questa nuova immagine. Giudichiamo deleteria la campagna di stampa che pone un'enfasi negativa al

fenomeno suicidio e alla malattia mentale. Un giornale ha pubblicato una pagina intera sui possibili effetti collaterali degli psicofarmaci, senza commento da parte di nessuno specialista, senza commento da parte di chi, per correttezza d'informazione, avrebbe dovuto ricordare che, sicuramente, ci sono degli effetti secondari, ma che, forse, vi è molta importanza anche in alcuni effetti primari.

Lo stigma viene così spostato dalla malattia, dal malato, alle terapie, con gravissimo danno. Le terapie hanno reso possibile che le sofferenze psichiche affettive fossero alleviate, oggi, ancor di più rispetto al passato, sono abbastanza valide e possono ricondurre alla normalizzazione: anche se, a tal proposito, nasce un altro stereotipo, che gioca sullo stigma, che è quello per cui lo psicofarmaco agisce modificando la personalità. Contrastare lo stigma, quindi, significa promuovere fiducia verso tutte le forme di terapia che con forti evidenze scientifiche risultano essere valide per i vari disturbi. Molto spesso nei nostri servizi, le terapie sono scelte in base alla formazione del terapeuta e non sul bisogno reale o sull'evidenza dell'applicabilità di quella terapia.

Quindi, ciò che è importante è dare dignità alla malattia. Frequentemente ci sentiamo dire dalle persone: "mi sento meglio perché lei mi ha detto che sono un ammalato, che non sono invece un colpevole, che non ho commesso dei reati in qualche modo". In questo modo il paziente non ha più vergogna allora, va anche in farmacia con su scritto la sua patologia, manifestando la necessità di avere bisogno di tale terapia senza più imbarazzarsi e senza più ricorrere alla bugia di richiedere la prescrizione del farmaco, per esempio, per il padre o per la madre.

Si sente dire che il suicidio è un gesto insano, non nel senso di risultante di una malattia, bensì come un attentato alla società. Si è passati da pensieri come quello del suicidio come omicidio verso se stessi di Sant'Agostino, ad altre valutazioni più o meno adeguate; adesso è tempo di

promuovere la salute mentale nel senso più alto, di ridurre lo stigma combattendo l'esclusione sociale, e puntare all'integrazione, abbattendo i pregiudizi contro gli ammalati e contro chi offre delle cure. La società nonostante abbia questi buoni principi poi con le sue Amministrazioni non riesce a tradurre nella pratica ciò che veramente è necessario.

Per esempio, mi sembra importante narrare un episodio accaduto di recente ad un barbone schizofrenico. Un barbone maleodorante era diventato il "buffone" del quartiere dove girovagava, nessuno è voluto intervenire tranne coloro che lavorano al Servizio di Salute Mentale territoriale; dopo il nostro intervento, però, il barbone ha dovuto subire l'onta del pregiudizio, infatti, è arrivata un'autoambulanza che ha richiesto lui 150 euro affinché potesse andare presso un servizio di psichiatria: ancora una volta lo stigma si è manifestato contro l'ammalato.

Il suicida spesso non viene considerato come un ammalato, ma diviene colui che, piuttosto, è necessario portare dal mago, da uno psicologo, da un neurologo, che condurlo da uno psichiatra. Lo stigma nei confronti della malattia mentale è un problema globale estremamente comune ed è associato ad ogni comportamento. La filmografia ci fa vedere che il 50% degli schizofrenici ci appaiono come violenti, e il 20% degli schizofrenici appaiono come assassini. Il comportamento violento non è di chi soffre di disturbi mentali e le radici della violenza stanno negli ambienti degradati moralmente e socialmente laddove le armi sono facilmente reperibili, e non ultimo in quel bilanciamento fra aggressività etero e auto agita.

Il ricovero in psichiatria viene considerato come pregiudicante per il futuro; ancora oggi ci chiedono: "ma le carte saranno macchiate? Io non lo faccio ricoverare mio figlio".

Altra accusa infondata è che i malati di mente non vo-

gliano lavorare perché vogliono stare ai confini della società, questa è una stigmatizzazione più del mondo americano anglosassone che del nostro mondo, ma anche qui ci pervengono queste affermazioni. È frequente sentir dire queste cose ed ovviamente la realtà, ancora una volta, non è questa: si scambia l'effetto dell'emarginazione come un rifiuto attivo manifestato dal soggetto. Per esempio, si pensa che l'essere cattivi genitori è la causa della malattia mentale, stereotipo che persiste, che fa parte di un certo tipo di colpevolizzazione dei genitori, della madre soprattutto, quando i vari aspetti della realtà possono essere completamente diversi.

L'altro esempio è che se gli ammalati volessero stare bene basterebbe che mettessero un po' di volontà, e che le loro sono soltanto scuse (si pensi a quel giudice che curava la moglie con le percosse).

L'ideologia, la cultura letteraria, con atteggiamento critico nei confronti dello scientifico, sono tutt'oggi responsabili dei fattori di stigmatizzazione. Noi viviamo a volte ovattati in un mondo letterario che se da una parte ci dà il piacere di appartenere a quella che è la nostra cultura, di contro a volte ha una visione acritica, che bolla tutto ciò che di scientifico esiste. Per esempio, quando una ricercatrice ha avuto ardire di affrontare l'innamoramento da un punto di vista neurobiologico, un giornale nazionale a grande tiratura, con meraviglia, ha condannato questa ricerca sui sentimenti.

Un altro esempio di stigmatizzazione, si riferisce a quando è stata attivata una comunità cittadina che ha subito l'onta di una ribellione del condominio, fomentata da cattivi soggetti. Questo condominio voleva che addirittura gli ammalati andassero presso il carcere dell'Ucciardone, purché non stessero in quei locali. Lo stigma va superato con la modifica degli stereotipi, presentandosi per quello che è veramente ed è compito nostro fare capire che si tratta di una malattia. Chiunque abbia una malattia men-

tale ha la stessa dignità di un infartuato, della persona che ha subito un ictus.

L'opinione pubblica accetta con più facilità le cure prescritte da specialisti di altre discipline mediche piuttosto che quelle consigliate dallo psichiatra, in quest'ultimo caso, infatti, il vissuto delle persone è di essere state "imbottite" di farmaci, ancora una volta si tratta di uno stigma che non fa curare.

Frequentemente si sente dire: "è bene allora che gli facciamo dire una preghiera; io conosco un'esorcista ne ha guariti tanti a Palermo, a Palermo abbiamo molti, molti esorcisti". Questo perché, in un certo tipo di cultura, le malattie mentali non esistono e sono la conseguenza dei peccati, si sente dire a volte anche in televisione, infatti, ci sono delle trasmissioni dove si presentano delle persone di alto livello ma che trasmettono questo messaggio; addirittura c'è una rivista di psicosomatica che divulga che dalla depressione si guarisce con trattamenti morali, che a nostro avviso diventano immorali proprio perché pretendono di essere efficaci.

Un cinese guarito dalla lebbra afferma che contare sull'assistenza è un sollievo momentaneo e non potrà mai darci autostima e dignità per combattere lo stigma. Dobbiamo usare le nostre mani, le mani del lebbroso, anche se sono deturpate dalla disabilità e diventare autonomi e autosufficienti, questo è lo scopo che dobbiamo perseguire per rompere il circolo dello stigma, perché per alcuni i "matti" sono come gli psichiatri, da cui è meglio star lontani.

È, quindi, fondamentale ricordare come la stigmatizzazione crei un circolo vizioso le cui gravi conseguenze sono l'alienazione, la discriminazione, l'isolamento sociale, l'incapacità al lavoro, la perdita del decoro.

## **IL LAVORO DI PREVENZIONE IN AMBITO SOCIALE**

## 6. Suicidio e omicidio: i percorsi della violenza. Affermazioni del Sé e rappresentazioni sociali

di Giacchino Lavanco e Giovanna Gaballo

*"La notte favolosa fra l'1 e il 2 giugno. Quella notte, era deciso, io mi sarei ammazzato. Perché. Per il prevalere del negativo sul positivo. Nel mio bilancio".*

Guido Morselli, *Dissipatio H.G.*

### 1. A partire dall'antisocialità

Il contributo che presentiamo percorre sentieri e trame complesse, quelle che si prefiggono di andare oltre il tema stesso della vittimizzazione della scelta di morte che accompagna il suicidio e l'omicidio, muovendo dalla dimensione dell'*antisocialità*. Anche per quanto riguarda l'*antisocialità* bisogna mettere in evidenza le difficoltà nel circoscrivere tale concetto, spesso indiscriminatamente usato al posto di altri concetti, quali delinquenza e criminalità, ritiro della partecipazione. In realtà la criminalità può essere intesa come l'aspetto lesivo dell'*antisocialità*; quest'ultima, invece, è riferibile ad una mancata integrazione del singolo nella comunità (Vergani, 1954), o più generalmente può essere intesa come espressione di un disimpegno morale, visto come indifferenza e non partecipazione alla vita sociale viene assunta in tale prospettiva come espressione di disagio (Bonino, 1999).

La criminalità ne costituisce, dunque, l'espressione più socialmente visibile, che si manifesta in quelle violazioni che la società ritiene dannose per la propria sicurezza.

za, e da cui cerca di difendersi. I concetti di delinquenza e criminalità rispecchiano un'esigenza prettamente giuridica; secondo alcuni autori, infatti, un minore può essere considerato delinquente quando le sue tendenze antisociali sono gravi a tal punto che egli debba essere sottoposto ad un'azione legale. Secondo altri autori, invece, un minore può essere considerato antisociale quando il suo comportamento è in evidente contrasto con le convenzioni morali socialmente accettate, con le norme giuridiche e, in generale, col costume della collettività; il comportamento antisociale è, cioè, l'espressione di una serie abituale di azioni che caratterizzano la vita del soggetto nei suoi rapporti con la società, ed è relativo al contesto stesso.

Tali considerazioni assumono importanza se riferite al processo di maturazione psicosociale dell'individuo, che procede attraverso l'acquisizione dei modelli comportamentali offerti in primo luogo dalla famiglia e poi dalla comunità (Vergani, 1954); in particolare va considerata la vulnerabilità dell'adolescenza: infatti, dietro i vari episodi antisociali, vi è spesso la costruzione dell'identità, intesa come quella dimensione psichica che può spingere le persone anche a comportamenti estremi, pur di affermarsi di fronte a se stessi e al mondo (Oliverio Ferraris, 2000).

Bisogna, infatti, considerare che, da un lato, il conformarsi alle regole consente all'individuo di liquidare le proprie tendenze aggressive in forme socialmente accettabili, senza compromettere la sua integrazione psicosociale, assicurandosi così l'approvazione del gruppo di appartenenza che funge da sostegno, e la soddisfazione del proprio bisogno di amore e sicurezza; dall'altro, però, tale integrazione può essere distorta dalla presenza di modelli comportamentali deteriori, la cui imitazione passiva e la successiva acquisizione forniscono all'individuo delle norme e una morale inaccettabili alla società, nel senso che il gruppo di appartenenza gioca un ruolo decisivo nel consolidamento di certi comportamenti (Vergani, 1954).

I comportamenti antisociali più diffusi sono: il vagabondaggio, il pestaggio, il vandalismo, i reati contro il patrimonio, il nonnismo, la diserzione scolastica e, più recentemente, anche la tendenza a gettare pietre dai cavalcavia, la violenza negli stadi, il bullismo, l'assunzione di sostanze stupefacenti, la guida pericolosa, ecc.; tutti riconducibili a forme di un agire comunicativo dotato di significati simbolici e di funzioni di autorappresentazione legate alla mancanza di uno *status* indipendente dell'adolescente (Vergani, 1954; Tyler, 1998; Bonino, 1999).

Rispetto alle cause connesse all'antisocialità bisogna considerare gli aspetti sia individuali sia extraindividuali; a tal proposito è possibile fare riferimento a una generica instabilità emotiva, un ambiente familiare vizioso o criminale, una famiglia dissociata, minorazioni intellettuali, una condizione socio-economica precaria e la disoccupazione. Alcuni autori sostengono, tuttavia, che anche un lavoro inadeguato può comportare disagi quasi quanto il non lavorare, come nel caso di professioni che pongono il soggetto a contatto con ambienti immorali (ad esempio i suonatori di jazz nei club). Rispetto alle condizioni economiche vi sono pareri contrastanti: molti autori ritengono che l'antisocialità sia connessa alle condizioni d'indigenza delle zone economicamente e culturalmente depresse, e sia un fenomeno prettamente maschile; altri autori ritengono che ciò sia vero solo in parte, nel senso che non si tratta di una prerogativa di queste zone, poiché è possibile riscontrare comportamenti antisociali anche tra i ceti più elevati, anche se risultano meno evidenti poiché più facilmente celabili; questi, anzi, si manifestano, ad esempio, in relazione alla maggiore indipendenza economica dei giovani, che si ritroverebbero così esposti ad una serie di situazioni attraenti e pericolose allo stesso tempo (ad esempio gli sport estremi). Inoltre, molti studi dimostrano l'aumento delle condotte antisociali anche tra le ragazze, a partire dai comportamenti sessuali a rischio, al bullismo al femminile, che la cronaca ha reso noti (Fonzi, 1997).

## 2. La violenza giovanile verso sé e verso gli altri

Particolarmente interessante risulta il contributo di Tyler (1998), che si è proposto di affrontare il problema della violenza giovanile, e in particolar modo anche delle attività antisociali, come l'uso di droghe e la prostituzione, intese come forme di disagio adolescenziale, e cioè come impossibilità di affermarsi nella società; e pertanto, come vedremo in seguito, propone un modello di cambiamento, capace di coinvolgere il contesto in cui il soggetto vive.

A tal proposito Moffitt (1993), rivisitando la letteratura scientifica sullo sviluppo della violenza antisociale da un punto di vista multiculturalale, ha individuato due forme che la caratterizzano.

La prima, spesso, si riscontra in giovani che hanno vissuto per lunghi tempi in situazioni di violenza, quali abuso o abbandono, associate a fattori precoci di rischio, come basso *status* socioeconomico, abitazioni degradate in quartieri ad alta intensità criminale, famiglie numerose, criminalità dei genitori, e conflitti e relazioni coercitive con gli stessi.

La seconda, invece, riguarda prettamente l'adolescenza, ed è tipica delle società moderne e delle aree urbane; sebbene il fattore determinante sia lo sviluppo adolescenziale (Williams, Dunlop, 1999), riguarda ragazzi che la società non riesce a coinvolgere in ruoli adulti e significativi, per quanto abbiano vissuto in condizioni ottimali fino all'inizio della pubertà. Si tratta cioè di ragazzi che, trovandosi in una fase di particolare incertezza, reagiscono alle varie restrizioni con un acuirsi significativo dei comportamenti violenti, che raggiungono il loro apice intorno ai 17 anni e che scompaiono, in gran parte, entro i 27 anni; questa seconda forma di violenza diviene perciò un tentativo di superare lo scarto tra la percezione del cambiamento di sé e il circoscritto ruolo sociale. Tuttavia, la transitorietà di tale comportamento antisociale non ne sminuisce, ovvia-

mente, l'aspetto distruttivo, né il suo potenziale impatto per il futuro.

Ma possiamo individuare una terza forma di violenza. Secondo gli autori, infatti, i ragazzi che vengono colti in flagrante ed arrestati, a causa della reclusione possono essere emarginati dalla società e rischiano di non poter tornare mai più a ruoli prosociali, di rispondere con ulteriori comportamenti antisociali anche nell'età adulta a causa della reputazione che li circonda, che fa sì che essi non possano fare a meno di comportarsi come gli altri si aspettano. I diversi autori, inoltre, hanno rilevato che i ragazzi di strada (che ad esempio assumevano droga), che avevano avuto precedenti esperienze di sostegno sociale, erano più facilmente recuperabili rispetto a quelli che non disponevano di nessuna indicazione interna o esterna che offrisse loro possibili alternative. Anche altre ricerche hanno dimostrato che le punizioni, i controlli eccessivi e la reclusione contribuiscono ad incrementare tale violenza, che sarebbe più facilmente contenuta invece dalla presenza di un supporto sociale e in particolare genitoriale (Scholte, 1999).

La violenza, dunque, diviene comunicazione del disagio e manifestazione del bisogno di appartenenza: per tale motivo si pone l'urgenza di un intervento che non miri solo alla repressione, ma che punti alla prevenzione e alla costruzione di società competenti (Fonzi, 1997).

## 3. Il rischio e la ricerca di morte come condotta

Da qualche tempo ci si chiede cosa spinga molti giovani a "corteggiare" la morte, lanciando le proprie auto "all'estremo", a tentare ripetutamente il suicidio, esercitando sport "estremi", o prestandosi ai vari "giochi di morte", come la roulette russa. Giochi che non sono legati alla criminalità, ma che costituiscono tutt'al più un percorso verso la cultura che poi diviene un modo di vivere natura-

le, e che riversano, nelle città, una serie di comportamenti audaci e terribili chiamati *transformation*, proprio perché usano ambiente e oggetti in un modo diverso dalla loro usuale destinazione (Colombo, 1992).

Tra questi giochi di sfida non possiamo non citare quelli che ogni giorno avvengono anche nei luoghi più quotidiani (specie negli USA).

*Elicopter*, dove due ragazzi aprono a forza le porte dell'ascensore che non si trova in corrispondenza di quel piano; il candidato si aggrappa al cavo sotto la cabina e aspetta che qualcuno la metta in moto. A questo punto il giocatore deve restare aggrappato durante la corsa e, se la cabina scende, deve cercare di staccarsi in tempo per non rimanere schiacciato, viceversa se la cabina sale deve cercare di restare lì il più possibile. La prova di coraggio consiste, infatti, nel restare aggrappati più a lungo degli altri, cosa che spesso conduce alla morte.

*Action* ne costituisce una variante, poiché due ragazzi si pongono sulle cabine di due ascensori affiancati e quando uno di questi si muove inizia la sfida: i due ragazzi devono scambiarsi di posto con un salto, ad ogni sosta di uno degli ascensori.

Il *salto dello zoppo*, che consiste nel correre attraverso un parcheggio di treni della ferrovia, dove ci sono a volte anche venti binari, stando attenti a saltare sempre la terza rotaia poiché percorsa dall'alta tensione.

Il *far surf* sui treni urbani (Caliman, 1998), che consiste nel salire sul tetto delle carrozze del treno in movimento, e cercare di rimanere in piedi sfidando i vari ostacoli che si incontrano come i fili della corrente elettrica.

Ci si chiede, dunque, se tali comportamenti possano essere considerati espressione di disagio adolescenziale, e cosa sia possibile fare in termini di prevenzione (Lavanco, Oliveri, 1998).

Con il termine "condotte a rischio" ci si riferisce ad una vasta gamma di comportamenti, da quelli appartene-

menti alla nosografia psichiatrica tradizionale (tossicomania, suicidio, alcolismo, ecc.), fino ad alcune attività, sportive o del tempo libero, la cui pratica concilia un'apparente ricerca di distrazioni nuove, socialmente valorizzate ed accettate, di cui spesso si ignorano le conseguenze, ed un autentico bisogno di sensazioni forti e di sfida, spesso connesso allo sviluppo fisiologico dell'adolescenza (*ibidem*).

Tali comportamenti non possono essere intesi secondo l'ottica riduttiva della devianza, ma bisogna evidenziare l'influenza delle interazioni tra fattori individuali e il contesto sociale (Matini, 1998). Bisognerebbe, dunque, vedere cosa caratterizza il contesto sociale e culturale nel quale i giovani vivono; e in questo senso, si può notare, infatti, come negli ultimi anni è emersa una particolare attenzione verso attività sportive rischiose quali: percorrere i deserti in macchina, attraversare i mari con il windsurf, il *bungee jumping* (lancio dai ponti e risucchio dell'elastico), scendere i fiumi in *rafting*, scalare le montagne a mani nude, il *survival* (sopravvivenza in situazioni di emergenza) ecc. Tali attività testimoniano l'importanza che assumono nella nostra società la ricerca del successo, la conferma esterna della propria bravura e del proprio coraggio; sembra, cioè, che l'uomo *no-limits* ricerchi un nuovo senso di appartenenza, e, quindi, esse possono essere viste come il risultato di una ricerca di adattamento.

#### 4. Morte tua, morte mia

L'idea di mettere sotto una matrice comune, quella della violenza, i comportamenti suicidari e omicidari, nasce, non solo dalla constatazione che entrambi hanno a che fare con il togliere la vita, e quindi spesso con atteggiamenti aggressivi, ma dall'osservazione, ben più complessa, che a entrambi sottostiano le stesse difficoltà. In particolare, ci riferiamo a quelle difficoltà che il passaggio

attraverso le trasformazioni adolescenziali comporta, e che alcune peculiarità del nostro tempo hanno contribuito ad acuire. L'obiettivo delle pagine che seguono è proprio quello di cercare di capire perché tali comportamenti, non più semplicemente devianti, ma diremmo noi, estremi, risultano così allettanti e accessibili agli occhi degli adolescenti. Provando, non tanto a mettere al centro delle nostre disquisizioni l'adolescente, ma piuttosto a centrare su lui la nostra attenzione di rete, chiedendoci se per primi noi siamo veramente all'altezza della maturità che ai giovani chiediamo, cioè se stiamo veramente fornendo ai giovani i mezzi per leggere il loro mondo emotivo, per dare un nome alle loro emozioni, per gestire quel tumulto interiore spesso così insostenibile. Ciò non significa fornire loro risposte che saturerebbero, ma piuttosto prospettare la possibilità di altre possibilità, significa, invece dei messaggi che siano coerenti con quanto poi le nostre azioni rivelano.

Sottolineiamo la rilevanza della coerenza dei comportamenti degli adulti, perché quello che ci sembra di osservare è una generale tendenza a stigmatizzare dei comportamenti, quelli dei giovani, che in realtà sono solo il risultato di una estremizzazione dei nostri stessi comportamenti. Quelli che noi chiamiamo comportamenti disadattivi non sono, in realtà, la conseguenza di un generale allontanamento delle nuove generazioni da valori ampiamente condivisi, ma piuttosto esprimono un conformistico adattamento delle giovani generazioni ai valori liberamente circolanti e realmente vissuti, e non tanto quelli solo verbalmente proclamati, nella nostra società. In pratica gli atteggiamenti che deprechiamo, nei giovani d'oggi, non sono forse la manifestazione di un perfetto allineamento ai reali codici di comportamento sottesi alla nostra vita sociale? Solipsismo, ripiegamento su se stessi, desiderio di nuove sensazioni, perenne inappagamento, eccessiva sensibilità per i propri diritti e assoluta incuranza per quelli degli altri, sono solo alcuni dei codici accettati e portati al-

le estreme conseguenze dai giovani, in una radicalità che è tipica del linguaggio giovanile.

Lo stigma pertanto nascerebbe nei confronti di giovani che condividono le regole della nostra società occidentale e che successivamente le traducono nel loro linguaggio, un linguaggio fatto di eccessi e di comportamenti al limite, o forse sarebbe meglio dire oltre il limite.

Probabilmente una delle domande che dovremmo porci è: esiste, oggi, qualcuno che si occupa di trasferire ai giovani l'idea di limite?

Se la famiglia rimane una delle agenzie educative principali a lei, spetterebbe tale compito. A tal riguardo, è significativo come la storia della psicologia ruoti attorno alla centralità della coppia madre-bambino, dal cui buon funzionamento dipenderebbe la buona riuscita del processo di crescita e maturazione del bambino stesso. L'aspetto che risulta subito evidente è l'eclissi della figura paterna, la totale estraneità del padre a questo processo, almeno in questa prima fase, rispetto alla diade fondante la personalità, il padre rappresenterebbe l'estraneo. Questo non è un aspetto da sottovalutare, in quanto, il padre-estraneo sarebbe colui il quale pone il bambino di fronte alla necessità di aprire la diade, mondo del suo incondizionato appagamento, al mondo esterno e fare i conti con la necessità di mettere dei limiti al proprio desiderio. Il padre è colui il quale impedirà l'incesto, il padre come rappresentante dell'autorità e dunque, giacché tale, legge. Questo fino a quando l'esistenza di una famiglia tradizionale, nucleare permetteva di distinguere nettamente due ruoli, quello del padre a cui competeva il sostentamento e i rapporti con il mondo esterno, e quello della madre cui spettava in generale la gestione della affettività. Attualmente, tuttavia, la famiglia risulta essere sempre di più fondata su parità e libertà, e in un contesto di tal genere difficilmente il maschio può conservare la supremazia in termini di sostentamento e potere. La paternità viene simbolicamente svuo-



tata del suo significato originario di controllo e di autorità, per ridefinirsi in termini di maternalizzazione del ruolo; tutto ciò se da un lato corrisponde ad una presa di contatto del padre con il proprio mondo interno e con la propria emotività, dall'altro comporta una perdita, per i figli, di quella figura che rappresenta la forza e il potere e che, in quanto tale, era responsabile di trasferire la consapevolezza di ciò che significa non andare oltre. In definitiva assistiamo al sorgere di un nuovo volto della paternità sempre più affettivo a scapito della dimensione normativa.

Soffermarci sui cambiamenti della figura paterna, e del ruolo da esso assunto, deve, in realtà, servirci per comprendere quanto questo abbia delle ricadute sui giovani, sulla formazione della loro identità in generale e sulla possibilità che l'assenza di un codice paterno determini la parallela assenza di un sistema interno di regole.

Tuttavia, attribuire l'assenza di regole alla metamorfosi della figura paterna può rappresentare una forzatura, in effetti, un po' lo è in quanto il processo che ha condotto all'attuale assenza di un sistema di regole interno è molto più complesso ed ha a che fare, non solo con il riassetto della figura paterna, cui precedentemente accennavamo, ma anche e soprattutto con la più generale assenza di un sistema etico comunitario, di un'intelaiatura culturale che sorregga l'autorità del padre. Il risultato è un sistema pseudovaloriale autofondato, fatto di significati non più comunitari dove tutti possano riconoscersi e che edificano un sistema di interazione comune ma che nascono a partire dall'individuo e su di esso rimangono centrati. La costante ricerca del piacere e dell'appagamento, su cui è fondata la società attuale, afferma la non pertinenza degli ideali etici, ci si tiene ben lontani dal riconoscere la legittimità di uscire dalla condizione di onnipotenza, affrancandosi da vincoli morali verso gli altri. Come sostiene Bauman (1999), la mentalità moderna si è allontanata dalle coordinate fornite dall'ideale di una verità uni-

versalmente fondata e accettata; la nostra è ora una mentalità insicura dei propri fondamenti, della propria legittimazione e funzione, ed è proprio questa paura, aggiungerei, che spinge l'individuo a costruirsi false certezze, che, proprio, in quanto false, vanno difese ancor più rigorosamente e strenuamente, pena il loro crollo.

Accade poi che la paura di trovarsi di fronte ai propri orrori, la responsabilità di creare cinici elaboratori di intenzioni, ci spinga a "preoccuparci" per loro, gli adolescenti, per quello che sono e che potrebbero diventare, e per tentare di mettere a tacere la nostra colpa cominciamo a interrogarci su ciò di cui avrebbero bisogno per non vivere la crisi, per non vivere il disagio, senza capire che piuttosto che cercare di fornire loro stupide palliative risoluzioni, dovremmo metterci accanto a loro e sperimentare con loro la crisi.

Quindi, dovremmo centrare la nostra attenzione di rete sull'adolescente, piuttosto che mettere al centro l'adolescente, perché il disagio adolescenziale e gli adolescenti con i loro comportamenti al limite sono solo una finestra aperta sul disagio di una intera società, una società che forse deve dirsi che gli strumenti che sta fornendo ai giovani non consentono loro di essere diversi da quelli che sono. Ma forse anche questo è impossibile perché il moderno pregiudizio, si è spinto oltre, non si ferma più ad essere da ostacolo all'accettazione di codici comportamentali diversi dai nostri, ma arriva a denigrare anche la possibilità di riadattare quell'unico codice di comportamento possibile alle nostre esigenze. Una delle forme più subdole di ostilità, oggi, consiste, non solo nel fingere che l'unico sistema di valori sia il nostro, ma, soprattutto nel chiedere all'altro di accettarlo incondizionatamente senza discussioni o adattamenti. Questo chiediamo ai giovani di accettare le nostre debolezze ma di non spingersi oltre.

Il mondo moderno è il mondo della guerra al pregiudizio, ma per combatterlo utilizza armi come l'accettazio-

ne e la tolleranza che portano non all'esaltazione delle differenze ma ad un appiattimento delle potenzialità espressive. La nostra società viene descritta come società delle possibilità dove tutte le scelte sono concretizzabili, eppure, quando parliamo di giovani, sembra che quello che appare come un ampio spettro di possibilità si riduca considerevolmente, i giovani continuano a vedere solo determinate strade, e non a caso sono le uniche che gli adulti seguivano a percorrere, pur dichiarando che c'è dell'altro.

Viviamo in una società dove la possibilità di essere sé stessi è solo un'illusione, assistiamo a un continuo spacciare ipocrisie per l'apoteosi della libertà; resta il fatto che alla parola libertà diamo significato solo quando le azioni si collocano all'interno di quel meraviglioso recinto che qualcun altro ha costruito per chiuderci dentro. Propo- nendo all'adolescente di essere l'artefice del proprio destino lo si lascia libero, ma isolato e fragile, direttamente responsabile delle sue difficoltà, in un mondo dove queste non fanno altro che moltiplicarsi.

Giorno dopo giorno si è bombardati da ambigui messaggi che rimandano alla necessità di trovare un proprio spazio per legittimarsi e diventare indispensabili alla grande macchina sociale, ma concretamente poi, i giovani sono costretti a restarsene lì fermi ad aspettare che arrivi il momento in cui qualcuno/qualcosa indicherà che è tempo di agire. Giovani impazienti e carichi di aspettative, attendono il momento in cui loro saranno i protagonisti della scena, la domanda che ci poniamo è: arriverà questo momento? Oppure il grande e colorito palcoscenico che è il sociale, in realtà, è solo un'illusione, che, come altri grotteschi feticci della nostra epoca, è stato costruito ad arte per abbagliare e non far percepire il vuoto che ci sta dietro? Forse non per tutti arriverà il momento di esibirsi.

A meno che questo spazio non ce lo si prenda a forza, vis, l'imperativo dei nostri tempi fatto di eccessi di richieste e poco spazio per le risposte, diventa necessario sgo-

mitare per farsi largo, senza fermarsi a guardare l'altro mentre ce lo lasciamo dietro.

Ciò nel linguaggio dei giovani si traduce in messaggi del tipo: qualunque strada è percorribile per l'affermazione di se stessi, per acquisire visibilità, per mostrare al mondo che si è e si è capaci di essere. Essere capace non più di comprensione, empatia, supporto ma di ciò che oggi conta nel nostro mondo produttivo: capacità di guardare all'obiettivo. Non è forse questo quello che conta? Essere forti e non mostrare mai le proprie le proprie debolezze, essere forti di una forza che non è quella dei nostri principi, dei nostri valori ma quella concreta e immediata, quella che si traduce in mezzo per l'azione: la violenza ne diventa emblema.

## 5. Violenza: questione di scelta

Scrive Jeammet (1992), la violenza agisce al livello della capacità di pensare dell'individuo, egli perde le sue possibilità di critica, di fiducia in se stesso, e si ritrova sempre più dipendente. Non ha altra scelta che sottomettersi oppure diventare violento. La violenza si insinua là dove il pensiero ha lasciato uno spazio senza, che non può essere lo spazio della costruzione di senso, ma un baratro dentro il quale se non ci si mette a forza qualcosa, si rischia di cadere. Qui si colloca l'azione, l'atto assume una valenza riempitiva che esclude la possibilità di essere so- praffatti dall'assenza di pensiero. A ciò si aggiunge che la traduzione in azione, anche un'azione estrema, quale può essere uccidere o uccidersi, è facilitata dalla completa assenza di valutazione delle conseguenze delle proprie azioni per gli altri, atteggiamento facilmente spiegabile all'interno di un'ottica esasperatamente egoistica.

Pertanto la violenza del minore diventa leggibile, non come fine a se stessa, ma, come indicatore di un malessere-

re che, in prima istanza, trova senso in un insufficiente processo di socializzazione la cui prima vittima è proprio colui che pone in essere i comportamenti violenti.

La violenza è espressione della percezione dell'assenza di una veritiera libertà da parte dell'adolescente, il suo sentire che niente è possibile gli impone la reazione aggressiva come modo per essere, i compiti che l'adolescente si trova ad affrontare lo pongono dinanzi a sfide che non possono essere superate con mezzi razionali, poiché la capacità di pensiero dell'adolescente risulta essere atrofizzata dalla saturazione di sterili e stereotipati significati imposti dal mondo adulto, di cui è una fedele riproduzione la dimensione massmediologica.

Si conta che un adolescente medio abbia assistito a centinaia di eventi televisivi violenti, certo questo non può farci affermare con certezza che sarà un adulto violento, ma quanto meno, sarà passato il messaggio che il comportamento violento rappresenta uno strumento legittimo cui ricorrere in situazioni specifiche, passa una visione della realtà in cui tutto è tollerabile, violenza compresa (Pellai, 1999). I telespettatori assidui si rappresentano la realtà in modo diverso da quelli meno assidui, per esempio rispetto ai delitti questi percepiscono una frequenza superiore a quella della vita reale, tendendo a vedere il mondo come un luogo più pericoloso di quanto lo reputino i telespettatori meno assidui. Questo dato è importante in quanto a partire da esso possiamo riflettere su quanto i messaggi televisivi possano contribuire a creare rappresentazioni sociali e dunque un filtro per guardare, ma anche per agire, nel mondo sociale.

In realtà ci sarebbe da chiedersi se i messaggi televisivi abbiano il potere di creare esigenze e bisogni ex-novo, oppure se questi ultimi non siano già insiti nell'uomo e ai media spetterebbe solo il compito di trasformarli in immagini, credo che in questo contesto si possa tralasciare la diatriba circa l'individuazione del colpevole, di certo i mes-

saggi veicolati dalla tv non disincentivano certi comportamenti ma anzi li rinforzano rendendoli patinati e, dunque, più attraenti. Spesso, infatti, se è vero che la visione di un messaggio non basta da sola a promuovere un cambiamento e indurre un nuovo comportamento, è altrettanto vero che può rafforzare e far precipitare intenzioni già formate in precedenza. Come a dire: è vero che la tv non spingerà mai chi ha un valido sistema etico a commettere un omicidio a causa delle scene di cruenta violenza di alcuni films o programmi, ma laddove tale eticità venisse a mancare il vuoto creatosi verrebbe riempito di significati che sono irrazionalmente violenti.

È chiaro, dunque, che la televisione esercita la sua influenza laddove non si sono ancora cristallizzati valori, norme e condotte, pensiamo a quanto terreno fertile trovi negli adolescenti, che non solo sono particolarmente sensibili a subire il fascino di atteggiamenti e argomenti presentati tramite il mezzo televisivo, ma che, soprattutto, sono invasi in questa fase della vita dal predominio del meccanismo identificativo. Le personalità prorompenti, proposte dalle storie mediatiche, possono essere assunte come modelli in grado di proporre una via d'uscita ai propri conflitti, pertanto tra l'esposizione al messaggio e la manifestazione del comportamento entrerebbero in gioco una serie di fattori di mediazione in cui è importante anche il processo d'identificazione col personaggio propositore del comportamento. In pratica, ci riferiamo ad un processo di apprendimento a causa del quale alcuni adolescenti tenderebbero ad imitare nelle azioni e nel linguaggio personaggi violenti che popolano la televisione.

Ciò accade anche rispetto a comportamenti estremi quali per esempio il suicidio, rispetto ad esso si è arrivati a delineare uno specifico fenomeno detto "effetto Werther", che inizialmente trovava spiegazione nell'epidemia imitativa seguita alla lettura nell'800 del libro *I dolori del giovane Werther* di Goethe. Attualmente con tale termi-

ne ci si riferisce ad un comportamento suicidario di tipo imitativo che deriva dall'influenza esercitata dall'esposizione a cronache di suicidio, in pratica è stato ipotizzato che tale effetto si verifichi quando un evento suicidario viene presentato tramite i giornali o la televisione. L'ipotesi, di una relazione tra la diffusione delle condotte autolesionistiche dei giovani e il contenuto delle notizie, sembra confermata da ciò che accadde agli inizi degli anni '90. Appena fuori dal paese di Merano tre giovani collegano il tubo di scarico dell'auto al suo interno e la mattina dopo vengono trovati con le teste riverse sui sedili, suicidio di gruppo. Tra il 1990 e il 1991 la crescita del numero delle morti per suicidio in Italia è quasi interamente addebitabile alle morti compiute con l'introduzione di gas di scarico nell'abitacolo dell'automobile.

Ma l'aspetto più inquietante messo in luce da alcune ricerche fa riferimento alla possibilità che le scene violente proposte dai media contribuiscano a determinare una sorta di indifferenza nei confronti della altrui sofferenza (Oliverio Ferraris, 1995), promovendo un processo di desensibilizzazione. La stessa riflessione è stata fatta da molti altri ricercatori che riconoscono come i programmi violenti, non solo siano uno strumento in grado di aumentare la carica aggressiva dei ragazzi ma, anestetizzano i giovani, privandoli di qualsiasi capacità di giudicare e di distinguere il bene dal male (De Marchi, 2002).

Esposizione a scene violente, potenziamento degli aspetti identificatori e desensibilizzazione sembrano essere le maggiori colpe della televisione, ma a queste ne aggiungerei una ben più grave: la rappresentazione della realtà che essa costruisce. L'unico fine vero dell'universo della pubblicità e della propaganda è prospettare felicità. L'esistenza di ogni abitante del fatato mondo mediatico è sempre soddisfacente, elettrizzante, gratificante ed emozionante. Il messaggio che viene veicolato è che non si può fare a meno di conquistare tale "pienezza". Quando

questa rappresentazione cozza con la condizione di perdita della speranza vissuta da molti adolescenti, tutte le strade diventano lecite per raggiungere la tanto patinata "felicità", anche attraverso i canali più estremi di espressione della violenza, quei casi in cui la violenza ha come terribile conseguenza la morte: il suicidio e l'omicidio, violenza verso il bene che meriterebbe più rispetto, la vita.

Apparentemente questi due comportamenti sembrano essere antitetici, uno porta ad annullare se stessi, l'altro ad annullare gli altri. Ad una lettura superficiale il suicidio potrebbe sembrare la rinuncia alla propria dimensione personale, mentre, l'omicidio, la conferma di quest'ultima. In realtà, la distanza tra i due comportamenti può apparirci meno eccessiva se si parte dal presupposto che entrambe, per l'adolescente, non sono altro che strategie per rispondere a quel complesso processo di acquisizione dell'autonomia che l'adolescenza impone.

Acquisire un'identità significa prima di tutto separarsi dalle figure genitoriali spezzare quel cordone ombelicale che sancisce la dipendenza da essi. La perdita fantasmatica degli oggetti d'amore dell'infanzia, i genitori, determina un accumulo di aggressività che costringe l'insicuro adolescente alla ricerca di altri contesti significativi che gli consentano di veicolare tale aggressività, rimodulandola. Questo si traduce in una trasformazione delle relazioni, in relazioni, più paritarie e responsabili, che si avvalgano di figure importanti che non si esauriscono in quelle genitoriali. Spesso però all'adolescente non sono stati forniti strumenti idonei per attuare questa trasformazione, di conseguenza la perdita fantasmatica viene vissuta come una reale morte.

Tralasciando gli aspetti legati al *cosa* rende l'adolescente incapace di rappresentarsi il nuovo e di collocarlo, attraverso i suoi processi cognitivi ed emotivi, in un ridefinito contesto di significati, focalizziamo il nostro interesse sulla reazione adottata dall'adolescente per fronteggiare la

fatica che questo gioco di percorsi e scelte determina. Parliamo, quindi, di strategie, anche di strategie alternative, che l'adolescente deve strutturare nel momento in cui "si rende conto" di dover uccidere simbolicamente, abbandonare, le relazioni infantili.

L'incapacità di leggere tale rottura in modo flessibile e, dunque, trasformativo, genera un reale vissuto di morte, e, dunque, la fine della relazione. Ciò può determinare due reazioni: esasperare l'inconsistenza di tutte le relazioni, dando vita ad un pensiero di onnipotenza per cui il soggetto basta a se stesso e non riconosce nessun valore agli altri; ancorarsi al bisogno di mantenimento dell'unica relazione che il soggetto abbia mai avuto, che è quella di totale dipendenza dell'infanzia. Parliamo di atteggiamenti eterodistruttivi o autodistruttivi che seppur diversi hanno lo stesso obiettivo: fare fronte all'impossibilità di uccidere simbolicamente le figure significative dell'infanzia. Di fatto tali atteggiamenti sono diversi solo dal punto di vista comportamentale. È come se la disillusione per la perdita della relazione per eccellenza dell'infanzia, quella con le figure genitoriali, avesse prodotto un accumulo di aggressività. Tale aggressività, in un caso, sarebbe diretta verso l'altro poiché, non esistendo relazione, neanche l'altro esiste, ciò si traduce nei casi più estremi nella possibilità di uccidere qualcuno, se intralcia il nostro percorso, senza sentirsi responsabili delle conseguenze sugli altri dei propri comportamenti. Nell'altro caso, si sviluppa la tendenza a dirigere verso sé stessi l'aggressività, tale tendenza viene compresa se pensiamo a quanto l'uccisione simbolica della relazione venga vissuta come una colpa, e a quanto questo determini un bisogno di punizione. Come nel primo caso, anche questo secondo atteggiamento può avere degli sviluppi estremi rappresentati dalla possibilità di togliersi la vita, in un disperato ricongiungimento con l'altro, togliersi la vita come tentativo di fusione perfetta con l'ideale dell'io.

Queste due reazioni conducono ad agiti apparente-

mente opposti, in quanto il *modus operandi*, di annullamento dell'altro e delle proprie responsabilità verso l'altro, dell'omicida fa pensare ad una centratura su se stesso che sembrerebbe essere completamente assente nel suicida, che per definizione tende ad annullare se stesso.

In realtà la distanza tra i due comportamenti verrebbe colmata dal tenere in considerazione che il nodo centrale delle due scelte è rappresentato dalla difficoltà a rinunciare alla dipendenza; di fronte all'incapacità di gestire l'indipendenza, l'omicida reagisce con una totale rottura di qualsiasi tipo di legame, il suicida con la totale adesione all'unico legame che riesce a pensare, quello infantile.

## 6. Non facciamone un tabù

Una canzone scritta da Elton John e Bernie Taupin dal titolo *Credo che mi ucciderò* recita: "Sì, credo proprio che mi ucciderò, così mi faranno un bel titolo, mi piacerebbe vedere cosa scriveranno i giornali, sullo stato degli adolescenti depressi". Forse non c'è frase più significativa della precedente per comprendere *la necessità di essere* dei giovani, per i quali non trovare un proprio posto significa non esistere, e trovare un proprio posto è una necessità talmente fondante che in assenza di altri leciti strumenti, diventa addirittura possibile uccidere o uccidere se stessi.

Negli ultimi anni il tasso di suicidi e tentati suicidi, da sempre elevato, è stato raggiunto da quello degli omicidi di giovani e commessi da giovani; sembra un paradosso ma proprio nel momento in cui la morte è bandita da ogni nostra conversazione sembra essere il fulcro di molti nostri comportamenti. Si parla oggi non più di tabù storici, pensiamo per quanto tempo è stato impossibile parlare di sesso, ma di nuovi tabù come quello della morte, un tabù alimentato e supportato dalla diffusione di una credenza magica in una presunta immortalità del corpo.

Di contro però la morte diventa una possibilità da scegliere, diventa la fine della vita, possibile solo quando siamo noi a scegliere questa fine, l'assenza di un pensiero sulla morte crea i presupposti per poterci ricorrere in maniera inconsulta, l'azione sostituisce il vuoto dei nostri pensieri. Espulse dall'esistenza, la morte e la sofferenza sono private di rappresentazioni attive a vantaggio dell'esibizione cruenta delle immagini dei loro peggiori orrori.

Negli ultimi decenni, i rilievi epidemiologici relativi all'andamento dei suicidi tra gli adolescenti mostrano un panorama assai preoccupante: i tassi di suicidi, soprattutto nei paesi occidentali sono preoccupanti e, quello che più inquieta, in continua ascesa.

Questa impennata nel fenomeno, negli ultimi anni, ha spinto i ricercatori ad avviare una serie di studi per identificare quali potessero essere le cause sottostanti la scelta di questo comportamento. Spesso un ruolo essenziale è stato attribuito a determinati fattori individuali, in particolare disturbi psichiatrici, disturbi di personalità, soprattutto la depressione nevrotica sembrerebbe costituire la patologia psichica più frequente tra chi tenta un suicidio.

Accanto ai fattori predisponenti, che oltre ai disturbi psichici possono essere rintracciati anche in una rottura dei legami familiari, spesso si cerca di identificare anche i fattori scatenanti, cioè quei fattori che hanno contribuito alla scelta decisiva di portare a termine il suicidio nei giorni o ore immediatamente precedenti all'accaduto. Tali fattori scatenanti vengono per lo più identificati in varie forme di insuccesso scolastico o diverbi avuti con persone significative della propria vita o ancora con la morte di persone care.

Riteniamo che, questi fattori si traducano in fattori scatenanti solo nella dimensione in cui, tra loro e i fattori predisponenti, si crei il rischio di dare origine a un vuoto, uno spazio senza significato che, per il giovane incapace di comprendere, si trasforma in una voragine che lo risuc-

chia, dove l'opposizione consiste nel togliersi la vita. Non è un caso che il tasso di suicidi nelle nostre carceri equivalga ad un dato impressionante, diciannove volte di più rispetto alle persone libere, il carcerato è colui nel quale la perdita di ogni speranza e la mancanza di prospettive si acquiscono. Costruirci un'immagine mentale dell'isolamento carcerario, forse, può farci capire meglio di ogni altra condizione quanto sia limitativa l'assenza di una rete, di una rete che faccia da supporto, che dia significato a quelli che sono stati indicati come fattori predisponenti, senza farli diventare la conferma definitiva di un fallimento globale dell'individuo.

L'aspetto importante sul quale porre l'accento è che, per quanto la problematica psicopatologica possa essere legata al fenomeno suicidio, i fattori di personalità da soli non bastano a spiegarlo, piuttosto si devono considerare intrecciati a fattori sociali e culturali. Non è un caso che i più alti tassi di suicidio si registrino nei paesi industrializzati, cioè in quei paesi dove il grado di coesione e di integrazione sociale risulta essere più basso.

L'altro enorme ed allarmante fenomeno, precedentemente già accennato, è l'omicidio; dai dati emersi dal Rapporto Nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, redatto da Telefono Azzurro e Eurispes, risulta che gli omicidi commessi da minori in Italia tra il 2000 e il 2001 sono più che raddoppiati passando da tredici a ventisette casi.

Un gruppo di ragazzini sembra aver rubato la scena agli adulti nelle cronache degli ultimi tempi, imitando i più grandi nella ferocia e nella freddezza del crimine.

Chiederci chi è l'adolescente che commette un omicidio potrebbe risultare improduttivo, ci porterebbe ad evidenziare dei tratti epidemiologici, conducendoci a creare un'altra sterile categoria. Utile per chiarificare il problema, ma sterile rispetto agli interventi che da essa possono partire; piuttosto, sarebbe più conveniente cominciare a

chiederoci quali bisogni latenti sottendono questi comportamenti, se possiamo agire e in che modo per trovare non solo nuove modalità di risposta ad essi, ma soprattutto nuove strategie per leggere o, comunque, per arrivare a cogliere ciò che rimane inespresso. Gli adolescenti vogliono dirci, in tal modo, qualcosa sulla propria persona, sulla propria storia, sul proprio stile di comunicazione, in sintesi, sul proprio modo di leggere e interpretare le possibilità offertigli di utilizzare la propria storia passata e il presente in funzione del futuro anticipatorio.

Chi sono allora i giovani assassini? Probabilmente sono giovani disperati che non conoscono la disperazione, l'hanno dentro senza riuscire ad attribuirgli un nome e si trovano a fare i conti con questo mostro senza identità che divora. Potremmo dare mille nomi a questo mostro: noia, solitudine, depressione o anche pressapochismo, tanti quanti tutti gli assassini del mondo, sì perché ognuno ha una storia dentro, una storia tutta sua che non sarà mai neanche minimamente accostabile a quella di nessun altro, la storia che lo ha condotto fino a quel gesto così inspiegabile. Eppure tutti questi ragazzi hanno in comune il ricorso ad un unico gesto, l'omicidio, come mezzo per la risoluzione di un conflitto, interno o esterno che sia, un gesto caratterizzato da estrema violenza, da mancanza di responsabilità e di rimorso, dall'assenza di remore legali, dall'inno alla libertà.

Volutamente abbiamo preferito non dedicarci in queste pagine ad una trattazione di tutte le validissime teorie sui comportamenti violenti, nè tanto meno abbiamo voluto elencare gli atteggiamenti manifesti più diffusi tra i giovani legati a tali comportamenti. Il nostro intento era quello di attivare una riflessione su come sia complesso il processo maturativo dell'adolescente, perché riteniamo che, al di là della pluralità di fattori, tutto possa essere ricondotto a come l'adolescente vive ed è supportato durante la sua maturazione.

De Pasquali (2002) sostiene che i giovani di oggi, ri-

spetto ai giovani di un tempo, hanno a disposizione maggiori informazioni e strumenti per crescere, ma non sono più maturi. Il processo di maturazione, infatti, dipenderebbe da più fattori, non solo cognitivi, ma anche e soprattutto, affettivi, relazionali e sociali. Mentre i fattori cognitivi hanno subito un'impressionante accelerazione, basti pensare ai giochi dei bambini: oggetti ridondanti di colori, luci, suoni e ogni altro tipo di tecnologia che li fa muovere e interagire con il bambino, oppure alle case in cui viviamo illuminatissime, con televisori, musica stereofonica e computers; di contro l'affettività, in altre parole il mondo non razionale che riguarda emozioni e sentimenti, sarebbe svantaggiato. I nuovi adolescenti avrebbero spiccate difficoltà a gestire le emozioni e quindi le relazioni, oltre che le esperienze negative, quali quelle di vuoto interiore e desolazione che questo analfabetismo affettivo fa spesso sviluppare.

Sembra paradossale che in un mondo dominato dalla fruibilità dei mezzi di comunicazione di massa, il senso di solitudine interiore rappresenti la dimensione esistenziale che accomuna gran parte del quotidiano dei ragazzi; ma in fondo la nostra società è per eccellenza la società delle prestazioni, e in essa non c'è spazio per i vissuti e le emozioni, la persona esiste nella dimensione in cui produce. In questo stato i vissuti rimangono latenti e in questo stato indugiano.

Forse, piuttosto che guardare al disagio giovanile dovremmo interrogarci su quanti dei giovani che non commettono atti devianti siano comunque capaci di dialogare con le loro emozioni, in quanto un elemento che accomuna molti giovani sembra proprio essere l'incapacità di gestire in maniera matura e sana i rapporti.

È alla luce di tutto ciò che le iniziative a favore dei giovani non si dovrebbero proporre come unico obiettivo la prevenzione della criminalità o dei comportamenti suicidari, ma di tutte quelle situazioni di disagio sociale che spesso sono quelle sommerse, meno evidenti, ma che nel-

la maggior parte dei casi costituiscono l'anticamera delle più gravi manifestazioni di violenza agita dai giovani. Probabilmente, l'attenzione va spostata sulle capacità psicosociali dei giovani come saper controllare i propri impulsi o non farsi influenzare dalla pressione dei compagni a violare la legge o ancora sapersi districare in una situazione problematica. I giovani aggressori, infatti, sono stati descritti come più inclini a giustificare un comportamento aggressivo e meno dotati di competenze relazionali nel risolvere i problemi interpersonali.

In linea con quanto detto, questo, seppur apparente, aumento di condotte violente da parte dei minorenni ha spinto, nell'ultimo periodo, a favorire interventi di prevenzione, che riguarderebbero una piena integrazione degli adolescenti, attraverso il miglioramento delle loro condizioni di vita. Ecco perché, nonostante sia innegabile che tali comportamenti siano messi in atto da singoli, dovremmo gettare uno sguardo alla società e chiederci quanto questa possa fare o possa tenersi lontano dal fare per evitare che i giovani ricorranò a quelli che, in realtà, non sono altro che strategie disadattive di gestione della crisi adolescenziale.

L'obiettivo comune dovrebbe essere tentare di aumentare la capacità dei giovani di spingere verso l'esterno il loro mondo interno, senza la paura di affrontare un processo socializzante anche difficoltoso, e non fatto di necessaria accondiscendenza. Incitare alla partecipazione dei propri bisogni al di là delle aspettative del contesto, che spesso già li struttura. Insomma incitare alla libera espressione di sé, abbattendo l'obbligo dell'assenza di vergogna nel mostrare un mondo interno fatto di insoddisfazione e di imperfezioni. Ma per poter superare l'insicurezza generale è necessario potersi fidare degli altri, e per fare ciò è necessario frenare il barbaro processo di emancipazione degli individui da tutti i sistemi di appartenenza e costruire delle reti di cui l'individuo possa sentirsi

parte. Questo fa del riconoscersi negli altri una normale strategia di sopravvivenza, perché ci si rende conto che sfide e rischi non sono individuali, ma si condividono con gli altri, e che ad essi si può e si deve rispondere con azioni collettive, che alimentano una rinnovata etica della responsabilità.

### Riferimenti bibliografici

- Bauman Z., (1999), *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna.
- Bonino S., (1999), "Ragazzi contro. Le condotte antisociali e devianti nell'adolescenza" in *Psicologia contemporanea*, 155, pp. 18-25, Giunti, Firenze.
- Caliman G., (1998), "La strada come punto di partenza. Un modello interpretativo di intervento educativo per ragazzi di strada" in *Orientamenti pedagogici*, 1, pp. 9-33.
- Cavazza, N., (1996), *La persuasione*, Il Mulino, Bologna.
- Colombo F., (1992), *La città profonda. Saggi immaginari su New York*, Feltrinelli, Milano.
- Crepet P., (2003), *Le dimensioni del vuoto. I giovani e il suicidio*, Feltrinelli, Milano.
- De Marchi M., (2002), *Piccolo schermo rosso sangue*, Il Mulino, Bologna.
- De Pasquali P., (2002), *Figli che uccidono. Da Doretta Graneris a Erika e Omar*, Rubbettino, Catanzaro.
- Erikson E.H., (1950), *Infanzia e società*, Armando, Roma, 1996.
- Fonzi A., (1997), *Il bullismo in Italia. Il fenomeno della prepotenza a scuola dal Piemonte alla Sicilia*, Giunti, Firenze.
- Ingrascì G., Picozzi M., (2002), *Giovani e crimini violenti. Psicologia, psicopatologia e giustizia*, McGraw-Hill, Milano.
- Jeammet P., (1992), *Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla, Milano.
- Lavanco G., Novara C., (2002), *Elementi di psicologia di comunità*, McGraw-Hill, Milano.
- Lavanco G., Oliveri A., (a cura di), (1998), *Identità vaganti*, Quaderni di Es/2, Palermo.
- Matini C., (1998), "Adolescenza e assunzione di rischi" in *Animazione sociale*, 2, pp.12-24, Gruppo Abele, Torino.



- Moffit T. E., (1993), "Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy" in *Psychological Review*, 100, pp. 647-701.
- Oliverio Ferraris A., (2000), "La costruzione dell'identità" in *Psicologia Contemporanea*, 157, pp. 18-25.
- Oliverio Ferraris A., (1999), "La macchina della celebrità. Due dame di cuori nei media" in *Psicologia contemporanea*, n.154, 29-35.
- Pellai A., (1999), *Teen television: gli adolescenti davanti e dentro la TV*, Franco Angeli, Milano.
- Picozzi M., (2002), *Piccoli omicidi. La straordinaria violenza degli adolescenti*, Monti, Saronno.
- Pommercau X., (1999), *La tentazione estrema: gli adolescenti e il suicidio*, Nuova Pratiche Editrice, Milano.
- Scholte E. M., (1999), "Factors predicting continued violence into young adulthood" in *Journal of Adolescence*, 22, pp.3-20.
- Tyler F. B., (1998), "Setting urbani, violenza giovanile e comunità prosociali", in Lavanco G., Oliveri A., (a cura di), *Identità vaganti*, Quaderni di Es/2, Palermo.
- Vergani O., (1954), *Ragazzi antisociali*, La Scuola, Brescia.
- Williams J. M., Dunlop L., (1999), "Pubertal timing and self reported delinquency among male adolescents" in *Journal of Adolescence*, 22, 157-171.

## 7. Metodiche d'intervento nella prevenzione di Giovanna Perricone, Cettina Polizzi, Letizia Nicolini<sup>1</sup>

### 1. La prospettiva evolutiva

Il dibattito che oggi caratterizza lo studio dei fenomeni sociali, che sviluppano e, si sviluppano in condizioni di disagio individuale, di gruppo e di comunità, ha sottolineato la valenza di percorsi di prevenzione che non vengano orientati alla rimozione delle cause e, quindi, delle situazioni che presentano una tipologia e un livello di rischiosità (Rutter, 1995), ma che, invece, focalizzino l'intervento sulla trasformazione delle condizioni di "vulnerabilità" del soggetto (Rutter, 1987).

Questa trasformazione prevede l'"interruzione" di quel processo che lega tali condizioni con quei reticoli fattoriali costituiti da situazioni esterne e interne al soggetto stesso, e in tal senso tende ad attivare e potenziare alcuni meccanismi e processi la cui mobilitazione, a sua volta, avvia lo sviluppo di specifiche competenze e capacità (*ibidem*; Perricone, Polizzi, Di Giovanni, Gumina, Lorito, Morales, 2003).

Tali indicatori di riferimento risultano ulteriormente

<sup>1</sup> Giovanna Perricone ha curato la struttura del contributo così come si è occupata della parte della stesura relativa all'approccio teorico e al modello di prevenzione proposto; ha inoltre curato, insieme a Letizia Nicolini, la parte relativa alla metodica "Creare con la sabbia". Cettina Polizzi ha curato la stesura della parte relativa al counseling.

sostenuti dall'approccio con cui oggi si tende ad intervenire sul rischio, recuperando proprio la prospettiva dell'attraversamento (Marotta, Perricone, Polizzi, 2001). Questa corrisponde a quell'adattamento, caratterizzato da condizioni di benessere, che il soggetto sviluppa, attraverso la trasformazione orientata dalle crisi evolutive non normative (Rutter, Rutter, 1993); crisi, previste dallo stesso modello di attraversamento del rischio, che trovano una risoluzione nei cambiamenti sostenuti attraverso l'approccio del supporto sociale (Francescato, Ghirelli, 1998; Cohen, Wills, 1985) promosso dall'intervento (Perricone Briulotta, 2001).

Questo tipo di approccio alla prevenzione (Di Blasio, 1995; 2000) viene identificato come promozione dello sviluppo in riferimento ad alcune prospettive (Baltes, Reese, 1986) che oggi definiscono lo sviluppo come processo trasformativo e quindi dinamico, che assume le caratteristiche di un percorso, al cui interno il soggetto diviene norma a se stesso e che individua la valenza dell'interazione di elementi interni ed esterni non più individuati come variabili, ma come fattori costitutivi del percorso stesso.

Questa prospettiva ci conduce a sostenere che, l'interazione della processualità (Rutter, 1987, *op. cit.*), con cui abbiamo identificato la prevenzione e, nello specifico, la mobilitazione di meccanismi, le competenze (Di Francesco, 1998) e le capacità che questi attivano, costituiscono fattori che concorrono a definire la configurazione psicodinamica di ciò che definiamo percorso di sviluppo; va, inoltre, aggiunto che, a seconda del profilo che questa configurazione assume, in modo trasversale all'arco di vita, i meccanismi finiscono con l'orientare il percorso di sviluppo del soggetto. Vanno, infine, sottolineate le implicazioni psicoevolutive poste dalla valenza attribuita alle crisi evolutive (Havighurst, 1953) nei percorsi di attraversamento del rischio (Perricone Briulotta, 2001, *op. cit.*).

In tal senso, allora, se assumiamo, come riferimento, questo modello di prevenzione, non possiamo disconoscere

la rilevanza di una prospettiva evolutiva che, a prescindere dalle tipologie di disagio, di rischio, prese in carico dall'intervento, trova nel metodo clinico (Del Corno, Lang, 1989) e nell'osservazione (Perricone Briulotta, 2003) il rigore dell'azione. Per quanto attiene al metodo clinico (Del Corno, Lang, *op. cit.*), il richiamo si sviluppa nel senso della valorizzazione di un intervento fondato sulla relazione, sull'integrazione e sulla trasformazione, come percorso agito dal soggetto, così come sull'interpretazione (*ibidem*), che diventa una sorta di restituzione metacognitiva, agita insieme dal soggetto e dall'operatore, consentendo in tal modo la focalizzazione della trasformazione. Va recuperata, inoltre, la valenza dell'analisi della domanda (Carli, 1993), che costituisce un altro fattore del metodo clinico, funzionale, per un verso, all'individuazione dei bisogni impliciti e dei nuclei di disagio e per altro alla trasformazione di approccio alla situazione, al percorso, proposti dalla prevenzione. Una trasformazione, questa, che corrisponde al cambiamento di prospettiva, di modalità e di investimento emotivo, attraverso cui il soggetto gestisce la sua rappresentazione di questo percorso; un esempio per tutti è rappresentato dal modificarsi del suo *locus of control* (Lefcourt, 1982).

Per quanto attiene all'osservazione (Perricone Briulotta, 2003, *op. cit.*), questo metodo consente il monitoraggio della complessità sia del percorso di trasformazione che costituisce il "prodotto", sia delle diverse implicazioni di quel funzionamento che chiamiamo "processo" (Perricone, Polizzi, 2004); si tratta di un metodo che a secondo del vertice teorico di riferimento assunto, quindi dei diversi statuti epistemologici, consente non solo di focalizzare sul soggetto ma anche sulle relazioni al cui interno è coinvolto, sui sistemi di riferimento, sugli aspetti, che nella relazione assumono il ruolo di figura, artificialmente enucleati rispetto a uno sfondo (Perls, Hefferline, Goodman, 1971) ecc. Tutti questi aspetti, così come la complessità del percorso di trasformazione, costituiscono aree portanti dell'intervento di

prevenzione sia sul piano delle attività mirate, sia sul piano del supporto al processo di trasformazione stesso.

La prospettiva evolutiva risulta supportata, inoltre, da quelli che chiamiamo i tempi della prevenzione; va, infatti, sottolineato come l'ottica dello sviluppo, inteso, come trasformazione dinamica nel e dell'arco di vita (Rutter, Rutter, *op. cit.*), per un verso orienta a cogliere la rilevanza di interventi che già nell'infanzia possono essere avviati, e per altro permette di ipotizzare la possibilità di trasformazione anche nella cosiddetta età adulta e nella senescenza.

## 2. Il contributo teorico

Il termine prevenzione non risulta certamente nuovo, nel senso che già il concetto di intervento sociale porta in sé il senso e il significato di un percorso che tenda ad impedire l'attivarsi di un fenomeno disfunzionale rispetto all'andamento di processi individuali, sociali, del gruppo, della collettività; da questa prospettiva si sono sviluppati, nel tempo, modelli di prevenzione primaria, terziaria (Francescato, Ghirelli, *op. cit.*), comunque orientati a rimuovere le cause di una possibile condizione di malessere. Questa prospettiva ha subito alcune radicali trasformazioni ad opera di differenti approcci, tra questi si è andata sempre più sviluppando l'idea di un intervento sociale identificato con l'ottica dell'empowerment (Zimmermann, 2000; Francescato, 1995); ottica che porta con sé il concetto di promozione di un cambiamento, che sposta la direzione dalla causa all'effetto. Un'ulteriore prospettiva di riferimento, oggi, è rappresentata dalla lettura plurifattoriale e reticolare dei fenomeni (Di Nicola, 1996) che porta con sé l'idea che il fenomeno sociale si sviluppa dall'interazione e dall'interconnessione di specifici fattori. Questi vengono rintracciati, quasi sempre, in grandi aree di riferimento legate ai profili dei contesti e degli spazi di vita (Lewin, 1963), alle condizioni economico-

culturali, al soggetto, nel senso della sua specificità individuale, non solo di tipo cognitivo, ma anche affettivo-relazionale, e in tal senso, alla trama di relazioni (Malagoli Togliatti, Telfener, 1992) intrattenute, e ancora, alle condizioni di disagio psicologico, di svantaggio e al potere di attrazione costituito da alcuni specifici elementi.

In tal senso, la configurazione di ogni fenomeno risulta non solo plurifattoriale, ma anche sistemica (Bronfenbrenner, 1979; Cantor, 1990; Mc Cann, Higgings, 1990; Di Blasio, 2000, *op. cit.*) nella misura in cui una situazione, un cambiamento di un nuovo fattore orienta il cambiamento degli altri fattori (Ford, Lerner, 1992).

Tra le prospettive che hanno orientato il cambiamento e la trasformazione del concetto di prevenzione, va recuperato, inoltre, il senso e il significato del lavoro di comunità (Lavanco, Novara, 2002), unitamente a quello di rete, che consentono di considerare l'intervento non come un'iniziativa isolata bensì come esito di un impegno di risorse, azioni centrate e focalizzate sulla gestione di una problematica. E allora, la configurazione che definisce la prevenzione si orienta verso un'idea di promozione del cambiamento; in relazione a ciò si modifica anche la lettura delle condizioni di rischio, che danno vita all'esigenza della prevenzione; tale cambiamento, non solo di tipo nominalistico, intanto tende a definire una forte differenza tra rischio psicosociale e situazione rischiosa (Zimmermann, *op. cit.*, Di Blasio, 2000, *op. cit.*), così come stabilisce un collegamento con una lettura del rischio psicosociale che lo identifica come condizione di relatività (Pianta, 1999). Un'attribuzione di significato, questa, che può essere associata all'idea di vago, di indefinito, di indefinibile; in realtà, invece, risulta sottesa l'esigenza di esplorare, considerare il rischio come fenomeno complesso che sfugge a qualsiasi tentativo di spiegazione di natura deterministica (Sroufé, 1989) e che varia a seconda della persona, del momento e della situazione (Sameroff, Emde, 1989).

Va sottolineato come tale complessità ha suggerito agli studi del settore, in ambito evolutivo, una duplice accezione (Bonino, 1994); la prima in senso transitivo attribuisce al rischio il significato di "mettere a repentaglio", facendo, in tal senso, riferimento ai comportamenti intenzionali che un soggetto mette in atto e che si identificano come azioni al limite; la seconda accezione, che considera il rischio in senso intransitivo, attribuisce a questo concetto il significato di "correre il rischio", attenzionando i processi ontogenetici e ambientali che influenzano l'evoluzione longitudinale dei modelli di comportamento individuale non adattivi, attuati dal soggetto nel percorso di vita (*ibidem*).

La prevenzione, come promozione del cambiamento, sembra far propria l'idea di rischio costituita dalla probabilità di collegare un elemento predittivo con alcuni esiti di comportamento, non nel senso di un rapporto causa-effetto monofattoriale, ma nel senso di una multifattorialità di tipo processuale che costruisce una condizione di rischio non come fenomeno cumulativo di singoli fattori, ma come la risultante di elementi di vulnerabilità (Rutter, 1987, *op. cit.*). In tal senso, allora, la prevenzione suggerisce come l'attivazione o il depotenziamento di alcuni meccanismi favoriscano l'interruzione della linearità di questa processualità; meccanismi che, grazie ad un effetto catalizzante, o aumentano o riducono la resistenza ai fattori di rischio, senza avere necessariamente un effetto immediato sul funzionamento psicologico (Di Blasio, 2000, *op. cit.*).

Gli studi più attuali del settore (Rutter, 1987, *op. cit.*) sottolineano, attraverso il concetto di *resilience*, il profilo di questi meccanismi e del loro funzionamento e la possibilità, inoltre, di cogliere come questi finiscano col costituire un sistema di protezione che dà vita ad una configurazione, a carattere cognitivo e affettivo-relazionale, che il soggetto utilizza e può utilizzare per attraversare la condizione di rischio (Marotta, Perricone, Polizzi, *op. cit.*).

E ancora, studi recenti finiscono con l'identificare e

interpretare tale configurazione come una "barriera protettiva"<sup>2</sup> (Perricone, Di Giovanni, 2002), dalla cui attivazione dipende la possibilità di fronteggiare il rischio; l'ipotesi di tale barriera non vuole disconoscere il ruolo dei *life events* (Levi, 1998) e quindi, di quelle circostanze ambientali che hanno un inizio ed una fine identificabili e che possiedono un potenziale di alterazione sullo stato mentale e sul benessere fisico dell'individuo (Goodyer, 1995). È chiaro però che tutti i *life events* sono tali in funzione di quelle variabili che vanno identificate sia nel livello di potenzialità che hanno rispetto all'alterazione del tipo di relazione sociale e dell'immagine di sé che il soggetto sviluppa, sia nell'ansia che inducono nel singolo soggetto, che li vive come minacciosi e indesiderabili; e infine, va considerata, anche, la variabile relativa alle competenze che sono necessarie per gestire i *life events* (Levi, *op. cit.*).

È proprio all'interno del gioco di queste variabili che si innesta il funzionamento della "barriera di protezione" (Perricone, Di Giovanni, *op. cit.*), che interrompe la processualità lineare tra fattore/i di rischio e funzionamento maladattivo, i meccanismi che danno vita alla configurazione della "barriera protettiva", come meccanismi di protezione, sono stati definiti come catalizzatori sia della resistenza che della vulnerabilità ai fattori di rischio (Rutter, Rutter, *op. cit.*).

Nello specifico parlare di "barriera di protezione" vuol dire fare riferimento, non solo, alla mobilitazione di specifici meccanismi, ma individuare la complessità dinamica del loro funzionamento, del loro sviluppo. Tra i meccanismi a cui si faceva riferimento e che danno vita alla complessità dinamica va individuata: la *riduzione dell'esposi-*

---

<sup>2</sup> Si tratta di una concettualizzazione sviluppata all'interno di un percorso di studio a cura di G. Perricone e di G. Di Girolamo dal titolo "Il rischio psicosociale e i meccanismi di protezione: un contributo di ricerca".

zione al rischio psicosociale, un rischio che all'interno di questo contributo è stato letto secondo le due modalità previste (Dunn, Plomin, 1997); tale riduzione si sviluppa o mediante l'alterazione del significato della rischiosità di una determinata variabile per un soggetto o mediante un minore livello di coinvolgimento di questi nella situazione a rischio. Queste possibilità si verificano grazie all'intervento di quelle che vengono definite esperienze non condivise, capaci di imprimere una svolta in ogni percorso di crescita, verso esiti differenti rispetto a quelli che potevano essere ipotizzati a partire da certe condizioni iniziali.

Il meccanismo dell'interruzione delle reazioni negative a catena (Rutter, Rutter, *op. cit.*), può, a sua volta, interrompere il perpetuarsi di un approccio disfunzionale al problema, che consiste nel prolungare, da parte del soggetto, esperienze ad alto e basso rischio, modellando l'ambiente attraverso specifici comportamenti stereotipati; si tratta allora, di un meccanismo, che può interrompere attribuzioni di significato e "spostamenti" di caratteristiche di disagio legati al *life event* e che corrisponde ad esperienze positive che nulla hanno a che vedere con l'evento stesso disfunzionale.

Ancora, tra i meccanismi di protezione, la *percezione di autoefficacia e di autostima* (Bandura, 1996), come processo che consente al soggetto di riconoscere la propria capacità di gestire e mantenere il controllo sugli eventi; un meccanismo, questo, connotato da forti valenze motivazionali rispetto ad una lettura della motivazione intrinseca, che ne vede alcuni dei fattori fondanti (De Beni, Moè, 2000) nel senso di competenza, nell'autodeterminazione, che costituiscono poi il senso di autoefficacia e di autostima. Va aggiunto, inoltre, che questo meccanismo concorre fortemente, per esempio durante l'adolescenza, allo sviluppo dell'autonomia personale (Bosna, Jackson, 1990) e del *locus of control* (Lefcourt, 1982, *op. cit.*).

Infine, l'*apertura a nuove opportunità*, che per un verso consente al soggetto di rintracciare direzioni possibili al

cui interno cercare e sviluppare competenze funzionali al percorso di crescita e, per altro, offre un confronto con situazioni "altre", che consentono di operare un cambiamento; questo meccanismo permette di "aprirsi" alla possibilità di sperimentare situazioni ambientali qualitativamente diverse da quelle in cui il soggetto cresce, capaci di aprire a nuove attività e nuove relazioni significative (Bronfenbrenner, *op. cit.*), consentendo di incrementare la riduzione dell'esposizione al rischio psicosociale.

La funzione psicologica della "barriera protettiva", identificabile nei meccanismi indicati, potrebbe allora garantire quello che Bronfenbrenner (*ibidem*) definisce come progressivo adattamento reciproco tra un essere umano attivo che sta crescendo e le proprietà mutevoli delle situazioni ambientali immediate in cui l'individuo in via di sviluppo vive; in tal senso, allora, parlare di "barriera protettiva" significa parlare di sviluppo, riconducendo così la nostra riflessione a quel modello di prevenzione a cui il contributo fa riferimento e che va individuato proprio nel concetto di promozione dello sviluppo (Autili, 1994).

Possiamo allora, dire che qualsiasi intervento di prevenzione non può che essere finalizzato allo sviluppo della "barriera protettiva", prendendo in carico il rapporto tra quelle due forme di "territorio" che definiscono la totalità e la complessità del funzionamento psichico di ogni soggetto (Garofalo, 1981), e cioè il "territorio" che chiamiamo "reale", e il "territorio intimo", laddove la distinzione non vuole negare la realtà del "territorio intimo", che contempla anche i desideri, le fantasie, i "fantasmi" e, quindi, la già accreditata distinzione che la letteratura fa tra spazio interno e spazio esterno (Klein, 1946), ma vuole intanto, con il termine "territorio" identificare gli elementi dello spazio come elementi agiti, usati e collegati.

La condizione di rischio psicosociale risulta, allora, caratterizzata da una tipologia di relazione tra i due "territori"; rintracciamo nel "territorio reale" luoghi e spazi fi-

sici, così come spazi socio-relazionali, il cui profilo si sviluppa, nel primo caso, dalle funzioni degli spazi indicati e dalle interazioni che il soggetto ha con essi e, nel caso dello spazio socio-relazionale, dalle trame e, quindi, dai legami che il soggetto intrattiene all'interno di questi spazi. Entrambe queste tipologie di "territorio reale" consentono d'individuare il rapporto tra la storia di chi vive vicino al soggetto e la storia personale di quest'ultimo; storia che viene "consegnata" alla dinamica, che consente lo sviluppo e il funzionamento dei desideri, delle fantasie, delle emozioni, costituendo quel territorio intimo che diventa "risonanza più privata che sta a rappresentare l'essenza della persona" (Zappella, 1976). Una risonanza, allora, che consentirà di scrivere quelle storie che identifichiamo sotto forma di "Narrazioni sul Sé, Rappresentazioni narrative sul Sé, Schemi narrativi sul Sé" (Smorti, 1997). Le "narrazioni sul sé differenziate", come processi attraverso cui fatti, eventi, o situazioni rilevanti per il sé vengono compresi attraverso la loro collocazione dentro una "trama narrativa", e, ancora, le "rappresentazioni narrative sul sé", di tipo cognitivo, che consentono un'organizzazione e una rappresentazione mentale degli episodi più importanti della vita; queste verranno archiviate come dei veri e propri sistemi di memoria, permettendo in tal senso nuove e significative riflessioni sul sé. Tra le forme di narrazione sul sé, infine, "gli schemi narrativi sul sé", che regolano, come scenari, la comprensione degli avvenimenti, interpretandoli come componenti di storie sul sé. Queste forme di narrazione consentiranno la trasformazione dello stato di maturazione psicologica del soggetto che segneranno lo sviluppo e la trasformazione di quella storia autonoma scritta in funzione dei gruppi di riferimento, che è rappresentata dal sé (Smorti, 2003).

La riflessione fin qui sviluppata, sembra richiamare un'ulteriore criterio di riferimento della prevenzione che rintracciamo nel *to care* (Epstein, 2000; Gatterman, 2000)

e cioè in un approccio che consente di prendersi cura della complessità e della globalità del soggetto.

L'analisi sviluppata, infatti, orienta in tal senso in funzione di quelle considerazioni che attengono, per esempio, all'idea di percorso di sviluppo che abbiamo identificato come l'espressione dinamica di una rete di fattori costituiti da elementi e aspetti diversificati del funzionamento del soggetto e dei suoi sistemi di riferimento; e ancora l'idea di attraversamento del rischio ci riconducono al *to care* proprio perché attiene al sostegno, al supporto e quindi al prendersi cura della complessità di questo soggetto e ultimo, solo tra le esemplificazioni, la stessa animazione della relazione d'aiuto che identifichiamo nel sostegno all'attraversamento del rischio e che finisce con l'essere un prendersi cura delle diverse dinamiche di sviluppo e quindi delle relazioni, della conoscenza, delle emozioni.

### 3. Il modello e la sua operazionalizzazione

La prevenzione, allora, diventa una promozione dello sviluppo del Sé (Stern, 1983) che deve rendere funzionale e fluida la relazione tra "territorio reale" e "territorio intimo"; tutto ciò può essere reso possibile grazie all'attivazione della "barriera protettiva" (Perricone, Di Giovanni, *op. cit.*), costituita dalla processualità complessa che consente la mobilitazione dei meccanismi di protezione (Rutter, 1987, *op. cit.*) e, quindi, la trasformazione di conoscenze, competenze, vissuti, percezioni, rappresentazioni che consentiranno al soggetto di attraversare la condizione di rischio; quest'ultima viene intesa come esito di un'interazione tra stato di vulnerabilità del soggetto e condizioni esterne che, colludendo con lo stesso, sembrano ostacolare qualsiasi possibilità di benessere.

L'operazionalizzazione di questo modello di prevenzione ci consente di focalizzare alcune specifiche aree del-

la stessa che vanno recuperate nel rapporto tra continuità e discontinuità dello sviluppo (Rutter, Rutter, *op. cit.*), nel processo di attraversamento del rischio (Marotta, Perricone, Polizzi, *op. cit.*), nello sviluppo della "barriera protettiva" e nel rapporto tra "territorio reale" e "territorio intimo".

La prima area trova i suoi indicatori nell'attivazione di esperienze, nella promozione di contesti e relazioni significative, nell'informazione, nella consuetudine a porre e porsi i compiti, elementi questi che assicurano una continuità dello sviluppo; per altro verso, la discontinuità dello sviluppo viene sostenuta, invece, dal riconoscimento della valenza della crisi evolutiva e dall'individuazione del compito evolutivo (Rutter, Rutter, *op. cit.*) che da questa si sviluppa e, ancora, ultimo ma non meno rilevante indicatore, è quello relativo al sostegno, alla ricerca delle risposte necessarie e al superamento del compito evolutivo, che vanno cercate in quelle trasformazioni, a cui si faceva riferimento per lo sviluppo dell'attraversamento del rischio. Per quanto attiene all'area costituita proprio dall'attraversamento del rischio, gli indicatori vanno rintracciati nel percorso che prevede la fase della destrutturazione dell'equilibrio disfunzionale consolidato, che, attivando la crisi di transizione mette il soggetto nelle condizioni di fare affrontare e di produrre prospettive altre, nella fase della gestione della crisi, che sviluppa il porsi dei compiti evolutivi, costituiti dall'esigenza di trasformare e trasformarsi all'interno delle relazioni, assumendo modelli di comportamento e atteggiamenti altri; infine, l'indicatore del supporto sociale, finalizzato allo sviluppo di condizioni funzionali alla trasformazione (Perricone Briulotta, 2001, *op. cit.*).

Per quanto attiene all'area dello sviluppo della "barriera protettiva", gli indicatori vanno ricercati nei processi attivati, che come abbiamo visto sono la riduzione dell'esposizione al rischio psicosociale, l'interruzione di reazioni negative a catena, lo sviluppo dell'autostima e dell'autoefficacia, l'apertura a nuove opportunità, nella relazione

di dinamicità tra questi, che risulta dal collegamento, dall'integrazione tra i diversi processi, e dal funzionamento agito da parte del soggetto.

Per quanto attiene all'area del rapporto tra territorio reale e territorio intimo, gli indicatori vanno rintracciati nell'adattamento/disadattamento, che implica la presenza e/o assenza delle competenze di coping (Lazarus, 1966; Lavanco, Novara, *op. cit.*), e nel malessere/benessere, che implica a sua volta la capacità/incapacità di gestire/gestirsi; entrambi gli indicatori si sviluppano in funzione di una dinamica motivazionale che partendo dalla situazione di disagio-mancanza trova, all'interno del polo personale costituito dalla configurazione psichica del soggetto, la sua esplicitazione in un bisogno riconosciuto dallo stesso e in una risposta adeguata da parte dell'ambiente (Perricone, Polizzi, 2004, *op. cit.*).

L'operazionalizzazione del modello di prevenzione suggerisce alcuni specifici nuclei, a valenza psicoeducativa, che si traducono in precise modalità di lavoro; tra questi, *il soggetto come protagonista*, che richiama l'attivazione di un percorso di "personalizzazione" orientato a prendere in carico il soggetto nella complessità del qui ed ora del suo funzionamento e quindi tentando di focalizzare non le singole dimensioni evolutive, ma le interconnessioni processuali tra queste che definiscono l'approccio del soggetto; va qui tenuta presente la diversità di questa modalità rispetto a quella dell'individualizzazione che, invece, prende in carico le singole dimensioni evolutive, procedendo con eventuali collegamenti che non consentono la presa in carico dell'integrazione che, come abbiamo sottolineato, dà vita alla personalizzazione. Questo nucleo consentirà di lavorare sulle e attraverso le competenze come padronanze (Boscolo, 1997) che si definiscono nella sintesi di contenuti concettuali, abilità, come destrezza nel gestire questi, trasferibilità da contesto in contesto; ancora, la problematizzazione (Cornoldi, 1990; Albanese, Doudin,

Martin, 1995) come percorso che consente un personale approccio nell'attribuzione di significati, nelle rappresentazioni, un ulteriore elemento che consente di lavorare rispetto al nucleo costituito dal soggetto come protagonista, va identificato nell'esperire, come processo che permette di "scrivere" testi interpretativi dei fenomeni, infine la narrazione come, processo non paradigmatico (Smorti, 1997, *op. cit.*) che dà vita alla trasformazione di fatti, meri accadimenti in eventi che costituiscono già un livello trasformativo della relazione tra il soggetto e le "cose".

Un ulteriore nucleo, che orienta l'azione di prevenzione, va ricercato nella *dinamica motivazionale*, e, quindi, nel processo che permette l'esplicitazione di quei bisogni che si sviluppano da una situazione di disagio mancanza sia all'interno del "polo individuale" che di quello "ambientale" (Perricone, Polizzi, 2004, *op. cit.*); in tal senso la motivazione, come presupposto psichico di ogni comportamento, atteggiamento ed interesse che crea uno "sforzo attivo" sotteso da una tensione verso la ricerca di soluzioni e risposte (Bonaiuto, 1970), diventa un nucleo privilegiato della prevenzione proprio perché questa tensione, attraverso le specifiche configurazioni a cui dà vita, crea legami tra il soggetto e il percorso costituito dalle attività e dalle esperienze vissute; tra queste configurazioni vanno particolarmente sottolineate quelle che identifichiamo come "nutrizione, sessualità, movimento, costruzione, socialità, aggressività" (*ibidem*). Con la prima identifichiamo quella tensione ad assumere e assimilare materiali, e quindi eventi, situazioni, rappresentazioni, ecc., congrui alla condizione di bisogno. Nell'attraversamento del rischio, questa configurazione consente quella "selezione" quasi naturale che permette al soggetto di evitare un disorientamento emotivo, che darebbe vita ad un profilo di dispersione derivato dall'assenza o precarietà di organizzatori, condizione questa, che non faciliterà mai le risposte ai compiti evolutivi di trasformazione. Con la "sessualità",

come tendenza a cercare un contatto più intimo, si vuole individuare quella condizione motivazionale funzionale all'attivarsi di condizioni e relazioni significative che possono essere fattori ed esiti di trasformazione.

Con la motivazione al "movimento", si vuole fare riferimento a quella tensione che consente lo spostamento da situazione a situazione, da spazi ad altri spazi, non solo quindi un movimento sul piano della fisicità, ma anche su altri piani. La "costruzione" rappresenta la motivazione che consentirà al soggetto di rispondere al bisogno di dare vita a nuove forme, a nuovi prodotti, sviluppando in lui un senso di autoefficacia, e quindi di autostima, unitamente alla consapevolezza e/o alla percezione di poter essere origine, causa di ...; questa possibilità agevola un senso di sicurezza che diventa funzionale alla percezione di una possibilità di superamento del compito evolutivo. La "socialità", ancora, che qui recuperiamo come tensione rivolta alla ricerca di un proprio spazio, di una propria contestualizzazione nel rapporto con gli altri, rende possibile lo sviluppo di una condizione in cui il soggetto supera il senso di isolamento che non sempre ma in alcuni casi, non corrisponde ad una sorta di ritiro strategico (Larson, Richards, 1991), ma rappresenta, invece, una condizione di emarginazione o di incapacità a relazionarsi con gli altri. Infine, "l'aggressività", come tensione a degradare e coartare l'oggetto, può rappresentare non solo un dato diagnostico, ma, soprattutto una possibilità di coinvolgimento, un esserci, uno stare, anche se a modo proprio dentro ad un percorso; una motivazione, questa, che viene consegnata all'ascolto dell'operatore come richiesta di riconoscimento.

Tra i nuclei suggeriti dall'operationalizzazione del modello di prevenzione, va individuato *l'orientamento*, come relazione d'aiuto agita attraverso:

- *l'assessment* (Sanavio, 1997), e quindi attraverso una valutazione finalizzata e funzionale all'azione e alla sua programmazione;



- la mediazione come collegamento e facilitazione che si sviluppa attraverso un processo che promuove nel soggetto una sorta di "fluidificazione" delle difficoltà, delle contrapposizioni e ancor prima dei conflitti; un processo che avvia la ricerca di altri possibili sistemi di significazione, e la riscrittura della storia del rapporto tra il soggetto e il conflitto, la difficoltà ecc.;
- il supporto (Francescato, Ghirelli, *op. cit.*), che consente al soggetto di sviluppare reti relazionali significative alternative, che oltre a rappresentare possibilità altre rispetto, a quelle attraverso cui passano modelli disadattivi e disfunzionali, costituiscono spazi al cui interno il soggetto può sviluppare i suoi sistemi di sicurezza (Cecchini, 1987); e ancora il supporto visto come promotore di un approccio ludico che costituisce possibilità di mettere e mettersi in gioco;
- la protezione come condizione esterna, rappresentata dall'attivazione di un confine (Minuchin, 1976), che delimita lo specifico spazio esperienziale avviato dall'intervento di prevenzione, consentendo alla realtà di restare fuori, ma di potere essere richiamata, all'interno di specifici tempi, contesti e attività che prevedono un riferimento, il recupero di un'esperienza; una dinamica, quella della protezione, che mette il soggetto nelle condizioni di gestirsi all'interno di un'interazione tra due realtà. La realtà che si sviluppa nello spazio protetto rappresenta, allora, quella possibilità di cambiamento e di trasformazione che il compito evolutivo richiede e che non risulta sostitutiva di una realtà negata e rappresentata da ciò che è rimasto fuori, ma con questa si collega proprio trasformandola.

Un altro nucleo di riferimento è rappresentato dal gruppo nell'accezione di realtà esterna e di gruppaltà in-

terne (Napolitani, 1987); nel primo caso ci si riferisce a quella condizione di garanzia dello sviluppo (Perricone Briulotta, 1994), che attraverso il conflitto sociocognitivo (Doise, Mugny, 1981), le dinamiche relazionali (Di Maria, Lavanco, 1994), la co-costruzione di sensi e di significati permette al soggetto la trasformazione dei personali approcci agli eventi; una condizione quella del gruppo che definisce, in tal senso, una dinamica tra vincoli e possibilità in riferimento al ruolo, alla percezione di sé, alla percezione del contesto, ai modelli di riferimento, ai mediatori culturali, all'appartenenza personale, alle esperienze, all'esperire, alla motivazione, alle aspettative, ai codici, alla simbolizzazione, al senso del rischio ai sistemi di sicurezza, alla resistenza. Questa dinamica consente al soggetto di agire bisogni di stabilità, di conferma, di difesa, di appartenenza, di riconoscimento, ma nello stesso tempo di interrogarsi, di attribuire nuovi significati, di agire il senso del pericolo. L'accezione attraverso cui il gruppo viene recuperato nei percorsi di prevenzione, nel senso delle gruppaltà interne (Napolitani, *op. cit.*), sottolinea la valenza che nel processo di trasformazione hanno le tracce lasciate dai codici familiari istituiti nell'affettività del soggetto, le rappresentazioni e le simbolizzazioni che definiscono non solo la specificità del "contributo" che i gruppi di riferimento hanno dato allo sviluppo della soggettività, ma anche la storia della relazione tra la storia dei gruppi e quella del soggetto (*ibidem*).

Un nucleo trasversale ai precedenti va rintracciato nella *comunicazione* che, come processo che istituisce legami relazionali e trasmette messaggi latenti oltre a contenuti manifesti, consente alla prevenzione di prendere in carico l'implicito e, quindi, tutta la configurazione emotivo affettiva che dà vita alle situazioni di "disagio mancanza" e ai bisogni, in tal senso, si sviluppa, non solo una condizione diagnostica funzionale all'analisi della domanda (Carli, *op. cit.*), ma anche uno spazio di consapevolezza e

di metacognizione fondamentale per lo sviluppo della trasformazione.

#### 4. I percorsi applicativi

La riflessione fin qui sviluppata costituisce la struttura teorico ideativa a cui fanno riferimento alcune specifiche metodiche rivolte a promuovere il benessere di soggetti in condizione di rischio, secondo il modello fin qui delineato. In tal senso, si fa riferimento a forme di operatività, che si fondano su specifici statuti epistemologici e su determinati paradigmi che ne garantiscono il rigore metodologico; tali forme, comunque, si definiscono in funzione di alcuni fattori-indicatori che richiamano i nuclei del modello di prevenzione descritto (*Fig. 1*):

- la valorizzazione e la centralità del soggetto e del suo esperire, il percorso dal qui ed ora alla "memoria", e quindi il recupero dei saperi informali, le percezioni, le rappresentazioni, le aspettative, le emozioni;
- la promozione del conflitto socio cognitivo, attraverso la valorizzazione della contrapposizione concettuale;
- la localizzazione del percorso, e, quindi, del processo e del prodotto;
- la negazione di soluzioni definitive uniche, e, quindi, la promozione del consenso ai diversi contributi;
- la metacognizione, e, quindi, lo sviluppo di specifici processi di controllo, (Cornoldi, 1995) e dell'intelligenza emotiva (Goleman, 1999) come quell'insieme di conoscenze, capacità e competenze funzionali, relative alla conoscenza dei propri sentimenti e alla capacità di usare tali sentimenti nel prendere giuste decisioni nella vita, all'essere capa-

ci di gestire bene stati d'animo ansiosi e di controllare gli impulsi, all'essere motivati e a restare ottimisti quando si verificano degli intoppi nel raggiungimento di una meta, all'essere empatici, ad avere abilità sociale cioè al sapere instaurare buone relazioni con gli altri, al saper gestire emozioni nei rapporti personali, e ancora al saper convincere o dirigere altre persone;

- la valenza del prodotto culturale, come strumento privilegiato per produrre cultura (Vygotskij, 1978) e per promuovere i processi simbolopoietici che consentono di ridefinire rappresentazioni, attribuzioni di significati, reti relazionali (Di Maria, Lo Verso, 1995).

Si tratta di fattori - indicatori funzionali ad interventi che assicurano la presa in carico della complessità del soggetto e, quindi, della specificità dello stato evolutivo delle diverse dimensioni, della mappa dei suoi bisogni, dalla presa in carico della dinamica attraverso cui si sviluppa il rapporto tra questi e le "risposte" che il soggetto stesso e il contesto danno; il *to care* che definisce l'approccio dell'operatore si articola, anche, grazie a quei fattori-indicatori che rintracciamo nella dimensione dell'alterità (Napolitani, *op. cit.*) come possibilità di pensare ad un'autenticità non autoreferenziale, ma, invece, intesa soprattutto come esito di un sociale, di un familiare, ecc., che diventa fattore costitutivo dell'autenticità, oltre ad essere strumento dello sviluppo e della trasformazione della cognitività; quest'ultimo sembra, poi, recuperare l'approccio della *social cognition* (Mc Cann, Higging, *op. cit.*).

I fattori - indicatori sembrano sottolineare, ancora, nella logica del *to care*, la centralità di una cultura di cui il soggetto, come protagonista dell'attraversamento del rischio, diventa "artefice", promuovendo, in tal senso, un cambiamento non solo della propria soggettività. Tutto ciò ci porta ad un'idea della prevenzione, che sembra sottoli-

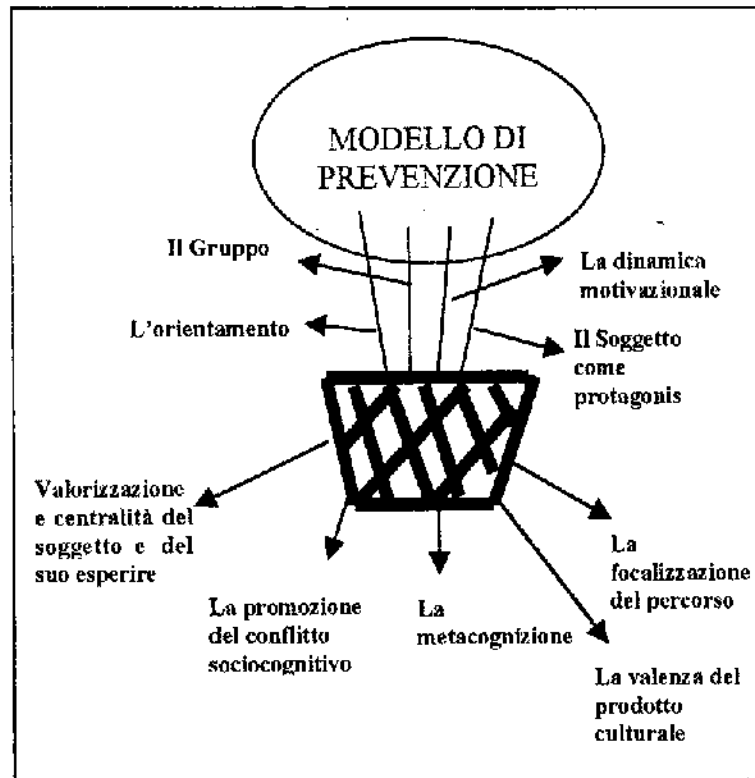


Fig. 1. - Collegamento tra aree del modello di prevenzione e fattori/indicatori dell'operatività.

neare un ribaltamento di prospettiva, per cui non si tratterebbe di riconoscere alla società il ruolo di agente di prevenzione nei riguardi del soggetto tout court, quanto, piuttosto d'individuare un rapporto circolare, al cui interno quest'ultimo promuove cambiamento nel sociale.

Questa prospettiva orienta a due considerazioni; la prima attiene alla possibilità di una prevenzione, che focalizzando il soggetto, finisce con operare cambiamento anche sulle cause del rischio. L'altra considerazione attiene alla va-

lenza del riconoscimento del ruolo di promotore di cambiamento al soggetto, in quanto questo riconoscimento diventerebbe una sorta di presupposto della prevenzione, che consente alla relazione asimmetrica, che di solito avvia la relazione tra colui che è più competente (l'operatore) e l'utente, di trasformarsi in relazione complementare (Carli, 2002).

Questi fattori indicatori trovano espressioni in alcune tipologie di laboratori di tipo esperienziali (Perricone Briulotta, 1994, *op. cit.*; 2001, *op. cit.*; Perricone, Polizzi, 2004, *op. cit.*), o centrati sul compito (Perricone Briulotta, 2001, *op. cit.*; Perricone, Polizzi, 2004, *op. cit.*), in alcune tipologie di focus group narrativo (Perricone, Polizzi, Farruggia, 2004), così come in alcune metodiche come il *team learning* e il *cooperative learning* (Comoglio, Cardoso, 2000). Tra questi, vengono qui riportate due metodiche d'intervento: il laboratorio di tipo esperienziale "Creare con la sabbia" e un modello di consulenza, "Il servizio di counseling", che hanno dato vita a percorsi rivolti a minori a rischio la cui fascia di età corrisponde a quella presa in carico dalla scuola primaria; nel primo caso si tratta di minori "istituzionalizzati a convitto" in seguito all'allontanamento dalle famiglie d'origine, nel secondo si fa riferimento a un gruppo di minori scolarizzati indicati dalla struttura scolastica come soggetti a rischio psicosociale caratterizzati da condotte disadattive.

#### 4.1. La metodica "Creare con la sabbia" con bambini istituzionalizzati

Il laboratorio "Creare con la sabbia" (Fig. 2) costituisce una specifica metodica di prevenzione che, come forma di arte terapia, viene utilizzata nel lavoro con i bambini, con i preadolescenti e con gli adulti (Perricone, Settineri, 2002; Guarrasi et al., 1999); una forma artistica che si sviluppa per un verso attraverso la drammatizza-

zione e la rappresentazione delle emozioni, dei prodotti simbolici, che danno vita a quei testi narrativi che esplicitano le narrazioni sul sé, le rappresentazioni narrative sul sé, gli schemi narrativi (Smorti, 1997, *op. cit.*) e che consentono al soggetto di animare un processo di creazione di cultura.

Questa animazione va intesa proprio nel senso che le storie, e quindi la narrazione, per la carica simbolica, affettiva cognitiva che le caratterizzano, "scrivono" il grande testo identificabile nel processo culturale di una società (Smorti, 2003, *op. cit.*); un processo, questo, che si sviluppa tra specificità culturale e forme archetipiche (Demetrio, 1993). L'altra forma artistica su cui si sviluppa il laboratorio va rintracciata nella manipolazione della sabbia (Montecchi, 1997), come processo di costruzione, di una creazione che unisce il logos con la res (Garzonio, 1997) e ancora attraverso un processo di creatività (Rubini, 1980), che avvia la trasformazione di simboli, segni e significati.

In tal senso, è previsto un uso dell'arte, che lungi dal volersi contestualizzare come cura, tende a promuovere processi educativi e formativi che consentano la trasformazione del Sé, attraverso l'approccio del *to care* (Epstein, 2000, *op. cit.*; Gatterman, 2000, *op. cit.*). Un processo, quello del prendersi cura, che trova nell'uso della specifica

Fig. 2. - Il protocollo d'intervento

Il percorso laboratoriale prevede un totale di sei incontri, all'interno dei quali il soggetto, attraverso, l'uso di una specifica oggettistica, è chiamato, via via, a creare nella cassetta di sabbia "ciò che vuole". La produzione delle diverse sabbie è preceduta dalla vetrina, una sorta di pre-sabbiera, di organizzatore che consente al soggetto di comunicare un primo recupero di nuclei che si esplicitano, naturalmente parzialmente e spesso intuitivamente, attraverso gli oggetti individuati per il lavoro futuro. Il soggetto è quindi chiamato a raccontare, tramite un'intervista, la specificità di ogni sabbiera, che alla fine del percorso scoprirà costituire parte di una storia che viene invitata a produrre.

#### PRIMA GIORNATA

- presentazione dell'équipe
- dei soggetti partecipanti
- presentazione dell'attività (simulazione)
- presentazione dello strumento (diario segreto)
- attività sul nucleo di animazione introduttivo: la fiaba
- contatto con la sabbia
- cartellone riepilogativo dei contenuti

#### SECONDA GIORNATA

- recupero dei contenuti "emersi" e dei nuclei di animazione attraverso il diario segreto
- attività sul nucleo di animazione: il gioco
- presentazione dell'oggettistica predisposta in modo casuale (categorizzazione e classificazione)
- spiegazione e costruzione della vetrina
- lettura della vetrina in gruppo e intervista (domande del gruppo)
- titolo della vetrina e titoli dati dagli altri
- fotografia
- recupero nel cartellone dei titoli dati

#### TERZA GIORNATA

- recupero dei titoli dei lavori precedenti (analisi dell'esperienza e diario segreto)
- attività sul nucleo di animazione: la corporeità
- presentazione delle sabbie
- consegna (presentazione dell'oggettistica per categorie, costruzione di una parte della storia)
- lettura delle sabbie e intervista
- titolo dato dal singolo e dal gruppo alla sabbiera
- fotografia
- recupero nel cartellone dei titoli dati

segue Fig. 2

#### QUARTA GIORNATA

- ☐ recupero dei titoli dei lavori precedenti (analisi dell'esperienza e diario segreto)
- ☐ attività sul nucleo di animazione: la musica
- ☐ presentazione delle sabbie
- ☐ consegna (presentazione dell'oggettistica per categorie e costruzione di una parte della storia)
- ☐ lettura delle sabbie e intervista
- ☐ titolo dato dal singolo e dal gruppo alla sabbiera
- ☐ fotografia

#### QUINTA GIORNATA

- ☐ recupero dei titoli dei lavori precedenti (analisi dell'esperienza e diario segreto)
- ☐ attività sul nucleo di animazione: il transpersonale come interculturalità
- ☐ presentazione delle sabbie
- ☐ consegna (presentazione dell'oggettistica per categorie e costruzione di una parte della storia)
- ☐ lettura delle sabbie e intervista
- ☐ titolo dato dal singolo e dal gruppo alla sabbiera
- ☐ fotografia
- ☐ recupero nel cartellone dei titoli dati

#### SESTA GIORNATA

- ☐ recupero di tutti i cartelloni con le fotografie (analisi dell'esperienza e diario segreto)
- ☐ attività sul nucleo di animazione: l'immagine di sé
- ☐ consegna delle fotografie
- ☐ stesura conclusiva della storia
- ☐ ascolto di alcuni brani musicali che verranno poi associati alle diverse storie
- ☐ titolo dato dal singolo soggetto alla storia

forma d'arte uno "strumento" privilegiato; in tal senso, il "Creare con la sabbia", che prevede uno specifico protocollo d'intervento (*Fig. 2*) può essere definito come una metodica laboratoriale di tipo esperienziale, fondata sulla valenza che l'esperire ha non solo come forma di conoscenza, ma come possibilità di ridefinire e trasformare il rapporto tra il soggetto e i fenomeni, intesi proprio da un punto di vista fenomenologico.

Il percorso consente di integrare linguaggi e forme artistiche nell'uso della sabbia che, come "simbolo della moltitudine, della plasticità, del sapere primordiale e, ancora, della ricerca di sicurezza" (Herbert, 1974; Porée-Maspero, 1962; Scholem, 1974), funge da mediatore per l'attivazione di un percorso evolutivo-trasformativo complesso dei soggetti coinvolti, attraverso il potenziamento, la trasformazione e la stabilizzazione di specifici processi di ordine cognitivo e affettivo-relazionale (Ford, Lerner, 1992, *op. cit.*).

La metodica si muove nella logica del modello di prevenzione precedentemente indicato, prendendone in carico le aree e gli indicatori che si sviluppano dall'operazionalizzazione dello stesso, e assumendo i fattori/indicatori dell'operatività che dalla prima si sviluppa. Questa metodica sembra assumere la funzione di "variabile moderatrice" (Quamma, Greenberg, 1994), che interviene tra la condizione di rischio e i possibili esiti negativi, agendo come supporto adeguato e consentendo l'attivazione delle risorse personali del soggetto, funzionali all'attraversamento del rischio.

In tal senso, il percorso realizzato all'interno del laboratorio e, di conseguenza, le singole attività che lo caratterizzano, promuovono la costruzione della barriera di protezione (Perricone, Di Giovanni, 2003, *op. cit.*), in quanto offrono la possibilità, attraverso la rappresentazione simbolica della storia e la sua narrazione, di attribuire un nuovo significato agli eventi e di trasformare la lettura che il soggetto ha sviluppato relativamente ai propri vissuti, esperienze, ecc.

Il percorso, infatti, prevede un itinerario di narrazione, che si avvia attraverso l'attivazione di una simulazione, che costituisce un contesto di protezione (Minuchin, 1976, *op. cit.*), finalizzato ad una specifica produzione che è il testo narrativo (Smorti, 1997, *op. cit.*), la cui tipologia si differenzia a seconda dell'età dei soggetti (film, fiaba, ecc.). La produzione del testo narrativo offre al soggetto la possibilità, non solo di raccontare la propria storia di vita, ma anche di "ri-costruirla", nel senso di integrare nel testo narrato elementi nuovi che gli consentono di attribuire un significato altro ai vissuti e alla loro rappresentazione (Sluzki, 1991). La valenza simbolica (Hillman, 1988), che la costruzione della sabbiera assume, ancora, diviene un elemento facilitatore per l'attivazione di un meccanismo di protezione fondamentale, che consiste nell'interruzione delle reazioni negative a catena (Rutter, 1987, *op. cit.*); l'uso della simbolizzazione agita attraverso la creazione della sabbiera, infatti, consente di trasformare i significati nascosti nella realtà (Hillman, 1974, *op. cit.*), agevolando l'attribuzione di un significato altro alle caratteristiche di disagio legate ai *life events* (Levi, 1998, *op. cit.*) e, quindi, interrompendo il perpetuarsi di un approccio disfunzionale al problema.

L'itinerario di costruzione del testo che, attraverso l'animazione del pensiero narrativo (Bruner, 1991), si pone come orientatore principale del cambiamento e, quindi, della trasformazione, attraversa l'intero percorso laboratoriale, delineandone la specificità e contribuendo a definire un setting finalizzato alla promozione dello sviluppo di alcuni specifici processi che attengono alle diverse dimensioni del Sé (Perricone, Nicolini, Pelaia, *op. cit.*). In tal senso, lo sviluppo di questi processi contribuisce a favorire la percezione di autoefficacia e di autostima (Bandura, 1996, *op. cit.*), consentendo al soggetto di riconoscere la propria capacità di gestire e mantenere il controllo sugli eventi, in quanto è stata agevolata l'acquisizione di competenze fun-

zionali al percorso di crescita (Rutter, 1987, *op. cit.*; Rutter, Rutter, 1993, *op. cit.*).

E ancora, la possibilità di decentramento e di confronto con l'altro, che più volte viene attivata all'interno del percorso (Perricone, Nicolini, 2001), promuove l'apertura a nuove opportunità, consentendo di operare un cambiamento significativo della lettura che ognuno attribuisce alla propria storia di vita, simbolicamente rappresentata all'interno di ogni singola sabbiera e narrata attraverso il racconto della stessa.

Inoltre, all'interno del percorso vengono agiti, attraverso delle specifiche attività, dei "nuclei di animazione" (la musica, il gioco, la fiaba, il corpo, il transpersonale e l'immagine di sé) che hanno la funzione di costituire forme moltiplicative dell'energia psichica (Perricone, Nicolini, Pelaia, *op. cit.*), che contribuiscono a promuovere la trasformazione e a ripristinare il processo di cambiamento laddove il percorso di vita del soggetto viene "minacciato" da specifici eventi che tendono a portarlo verso la messa in atto di risposte disadattive, in relazione all'insorgere di condizioni di malessere causate dalla condizione di rischio in cui lo stesso si trova.

Tali considerazioni ci consentono di rintracciare, nella metodica, specifiche aree del modello di prevenzione definito e quindi, la prospettiva dell'"attraversamento" del rischio, individuabile nello sviluppo di processi, pensieri, nuove forme di simbolizzazione così come nell'attivazione delle crisi che vanno rintracciate, per esempio, nella costruzione della storia finale, al cui interno le storie delle singole sabbiere vengono ridefinite, costituendo un piano altro di sviluppo rispetto a quello animato dalla singola sabbiera.

Un ulteriore recupero del modello va rintracciato nell'area del rapporto tra territorio reale e territorio intimo, che diventa per esempio un asse portante di tutta la costruzione delle storie, laddove un'oggettistica predisposta per categorie (Fig. 3) offre una sorta di territorio esterno al

Fig. 3. - *Categorie di riferimento dell'oggettistica/archivio nel "Creare con la sabbia".*

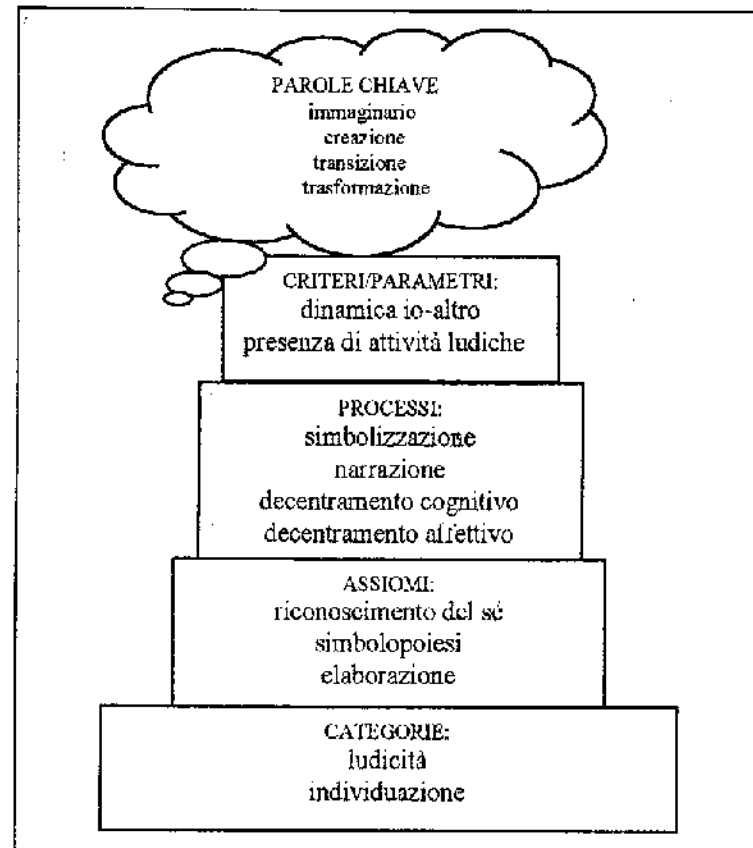
Abitazioni	Guerra
Animali	Interessi
Arredi	Mobili
Ciclo di vita	Natura
Colori	Simboli
Costruzioni	

soggetto, mentre la simbolizzazione e i segni da questa orientati e attribuiti agli oggetti stessi rappresenta il territorio intimo, che si collega col primo, creando quell'interconnessione che aiuta lo sviluppo della barriera protettiva.

La struttura epistemologica della metodica (Fig. 4), infatti, così come la sua organizzazione metodologica, si propone di attivare un setting a valenza psico-educativa al cui interno è possibile promuovere, attraverso lo sviluppo di specifici processi, la trasformazione del percorso di sviluppo del soggetto, consentendogli di acquisire competenze funzionali all'attraversamento del rischio e agevolando la costruzione e il mantenimento di una relazione fluida e funzionale tra il territorio esterno e il territorio intimo, così come precedentemente definito. Ancora, un elemento fondamentale che caratterizza la struttura metodologica della metodica è rappresentato dal percorso di osservazione che ne costituisce parte integrante (Perricone Briulotta, 2003, *op. cit.*); questo, infatti, contribuisce al raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, in quanto consente di monitorare l'intero percorso e di valutarne gli esiti trasformativi.

Nello specifico, al fine di verificare se il soggetto partecipante al laboratorio diviene portatore di un cambiamento, viene fatta una lettura del percorso esperienziale attraverso il recupero e l'osservazione di elementi specifici, individuati

Fig. 4. - *Il paradigma epistemologico-procedurale*



come indicatori dei processi attivati dalla metodica stessa; gli strumenti utilizzati per la rilevazione di questi esiti sono: il diario (Lis, Venuti, 1996), la videoregistrazione per sequenze definite (*ibidem*) e la baseline per macrocategorie, utilizzata come strumento di monitoraggio dello sviluppo dei processi ritenuti esito trasformativo del laboratorio.

#### 4.2. *La ricerca*

L'esperienza qui di seguito riportata riferisce su un percorso di ricerca-intervento relativo all'applicazione della metodica "Creare con la sabbia" con bambini istituzionalizzati (Perricone, Nicolini, *op. cit.*). Nello specifico, si è andato a verificare se tale metodica può essere considerata una forma di intervento psicologico e sociale da attuare per riparare e/o contenere i "disastri" causati dall'istituzionalizzazione. Il percorso, infatti, interviene tra la condizione di rischio (istituzionalizzazione) e l'insorgere di una possibile condizione di malessere, facilitando una rivalutazione dell'evento, inibendo le risposte disadattive del soggetto e promuovendo le risposte adattive (Quamma, Greenberg, 1994, *op. cit.*).

Il laboratorio è stato realizzato all'interno di un istituto religioso per minori a convitto; il gruppo di riferimento risulta costituito da dieci bambini, due maschi e otto femmine, di età compresa tra i sette e i nove anni. Il periodo già trascorso dai bambini all'interno dell'istituto variava da un minimo di un anno ad un massimo di quattro. Il percorso metodologico, che ha previsto l'attivazione del protocollo d'intervento precedentemente indicato, si è servito di un monitoraggio osservativo (Perricone Briulotta, 2003, *op. cit.*) che, così come definito dal modello sopra indicato, ha consentito di verificare la correlazione tra l'attivazione del laboratorio e lo sviluppo degli specifici processi indicati all'interno del piano di ricerca.

Nello specifico, i dati raccolti attraverso gli strumenti precedentemente indicati, sono stati elaborati per mezzo di metodi statistici di tipo descrittivo (Di Nuovo, 1992); tale analisi ha consentito di evidenziare un trend di cambiamento che, mettendo da parte la rilevanza della narrazione e della simbolizzazione, che costituiscono i fattori processuali fondanti, sottolinea soprattutto lo sviluppo di specifici processi che vanno individuati nel ricordo, nella progettualità, nella creatività e nel decentramento.

Risulta molto singolare che ci sia un trend di sviluppo rispetto a questi processi, in considerazione del fatto che è proprio attraverso l'individuazione dei nuclei cognitivi ed affettivo-relazionali che costituiscono il ricordo, che si avvia quel percorso che orienta la trasformazione; quest'ultima, infatti, necessita di un decentramento della lettura del ricordo per avviare a sua volta la creatività (Rubini, 1980, *op. cit.*), che dà vita a quella progettualità alternativa che costituisce la trasformazione stessa.

Ancora, va sottolineato che la struttura stessa del laboratorio prevede un monitoraggio dell'andamento dello sviluppo di questi processi attivato attraverso l'uso di tecniche narrative e descrittive, che fanno riferimento ad uno specifico dispositivo osservativo.

#### 4.3. *Il servizio di counseling a scuola: modello e ricerca*

All'interno di questo modello di prevenzione, come promozione dello sviluppo, assumono particolare importanza tutti quegli interventi che la scuola attiva per favorire la creazione di condizioni di benessere del minore e, nello specifico, risulta fondamentale il counseling all'interno della scuola stessa, come possibilità di supporto e trasformazione del percorso di sviluppo del minore, attraverso la presa in carico dell'intreccio relazionale tra il minore e i suoi principali sistemi di riferimento (famiglia, scuola). La scuola d'altra parte è, insieme alla famiglia, non solo spazio di vita fondamentale al cui interno il percorso di sviluppo del minore si realizza, si definisce e si ridefinisce continuamente, ma anche contesto privilegiato dove è possibile cogliere eventuali "segnali" di malessere del bambino/ragazzo, nel senso di quei fattori predittivi che si collegano, in un'ottica multiprocessuale, a specifici comportamenti disadattivi. In tal senso, l'idea di un servizio di counseling nella e della



scuola si inserisce proprio nell'ottica di attivare interventi di prevenzione che, nell'assumere una lettura della condizione di rischio che ne sottolinea la multifattorialità processuale, consentano ai soggetti coinvolti lo sviluppo e la trasformazione di processi, situazioni, competenze funzionali all'attraversamento del rischio. Abbiamo, quindi, pensato ad un modello di counseling che, per far fronte ai compiti evolutivi ed alle relazioni interpersonali, nel focalizzare le rappresentazioni che sono alla base delle modalità non adattive miri a favorire l'attivazione, nei soggetti coinvolti, di quella barriera costituita dal funzionamento e dall'interconnessione processuale di meccanismi protettivi (Perricone, Polizzi, Di Giovanni, Gumina, Lorito, Morales, 2003, *op. cit.*), che può interrompere la processualità lineare tra fattori di rischio e funzionamento non adattivo.

In particolare vogliamo qui riportare l'esperienza relativa all'attivazione di uno specifico servizio di counseling presso un Circolo Didattico di un quartiere periferico di Palermo che, superando la prospettiva del prendere in carico esclusivamente il minore, che vive una possibile condizione di rischio, si muove, invece, nella logica di un intervento complesso che chiama in causa non solo il minore ma anche e soprattutto i suoi principali sistemi di riferimento, all'interno di quella prospettiva evolutiva che legge lo sviluppo come processo trasformativo e dinamico; in tal senso, infatti, la famiglia e/o gli insegnanti non diventano, per il counselor di questo specifico servizio, variabili fondamentali che influenzano il percorso di sviluppo del minore a rischio, ma sono piuttosto fattori costitutivi e dunque, imprescindibili, di quel percorso. E allora, nel prendere in carico la complessità e l'unicità del "funzionamento" del minore a rischio nel qui ed ora, il counselor ha dinanzi a sé la rappresentazione della fitta trama di relazioni tra fattori interni al soggetto e fattori esterni.

Nello specifico, si tratta di un modello di counseling a vertice gestaltico-relazionale (Maggiolini, 2001; Andolfi,

1994), che, in quanto tale, pone l'accento sull'unità della persona, sul suo rapporto con l'ambiente, con i sistemi di relazione significativi, e in particolare sulla relazione tra le percezioni che si sviluppano nell'hic et nunc all'interno di questi sistemi, prendendo in carico l'autodeterminazione, l'indipendenza, la conoscenza di sé e la responsabilità del soggetto (Clarkson, 1992); in tal senso, va evidenziato come spesso, dinanzi ad un minore che vive un disagio, una sofferenza, un disadattamento, è possibile rintracciare una situazione in cui genitori e insegnanti propongono percezioni e narrazioni sul minore che o sono completamente discordanti e in questo caso, il bambino viene disorientato dalla dissociazione tra le sue due realtà di vita significative, o viceversa, concordano del tutto, ma su una storia che "incastra" il bambino in un ruolo stereotipato di "bambino problema".

In quest'ottica, recuperando, all'interno della prospettiva evolutiva assunta, la valenza delle crisi evolutive non normative come possibilità di attivare la trasformazione e, dunque, l'attraversamento della condizione di rischio, l'intervento del counseling si pone come obiettivo la "riscrittura" (Sluzki, 1991, *op. cit.*) della storia del bambino a rischio. Ecco allora, che il counselor, assumendo le funzioni di una sorta di "narratore di storie", innanzitutto destruttura trame narrative consolidate, ma disfunzionali al benessere dei soggetti e, in tal senso, pone ai soggetti una vera e propria crisi evolutiva, e poi, attivando il supporto necessario, in termini di sostegno emozionale e informativo, promuove la ricerca di nuove immagini di sé e di nuove modalità relazionali più funzionali allo sviluppo (compito evolutivo) (Perricone Briulotta, 2001; *op. cit.*).

La trasformazione, in tal senso, si identifica con la possibilità che i soggetti coinvolti (minori, insegnanti, genitori) co-costruiscano, in modo flessibile, nuovi punti di vista sui problemi e sulle relazioni che si sviluppano all'interno dei diversi contesti di riferimento del bambino, rafforzando ed agevolando la consapevolezza. Promuovere l'attraversa-

mento del rischio attraverso questa rilettura e risignificazione (Sluzki, 1991, *op. cit.*) del problema, vuol dire mettere in moto quei meccanismi di protezione che consentono l'alterazione del significato della rischiosità (Rutter, Rutter, 1993, *op. cit.*) di una determinata condizione e la riduzione del coinvolgimento del soggetto nella stessa.

In questa prospettiva, la relazione di aiuto attivata dal counselor si colloca lungo un continuum che si estende da un massimo di accettazione e "reattività", ad un massimo tendenziale di contrasto e proattività (Carkhuff, 1987), con un atteggiamento che mette insieme, da un lato la comprensione empatica, la spontaneità e l'accettazione incondizionata (Rogers, 1970) verso la persona cui è rivolto l'intervento, dall'altro gli atteggiamenti di confronto e immediatezza (Carkhuff, 1987, *op. cit.*), secondo una prospettiva identificata come "supportivo-trasformativa".

Tale prospettiva, infatti, nella sua operazionalizzazione, rintraccia le sue aree fondanti proprio nel "supporto", inteso nei termini del sostegno sociale (Francescato, Ghirelli, 1998, *op. cit.*) e quindi, del "sostegno emozionale", che trova i suoi indicatori nell'empatia e nella mediazione, e del "sostegno informativo", che fa riferimento al racconto della storia e alla guida nella lettura della situazione problematica, e nella trasformazione, come possibilità per ciascun sistema di utilizzare nuove modalità narrative del problema e dunque, di attivare un processo di "riscrittura" della storia di rischio (Sluzki, 1991, *op. cit.*); in tal senso, la trasformazione si identifica per un verso con l'attivazione di una crisi, nel senso della destrutturazione della situazione problematica e dell'individuazione delle possibilità trasformatrici delle potenzialità in risorse, e per altro con una ri-narrazione delle storie, nel senso dell'attivazione di una lettura plurifattoriale e relazionale.

In questa prospettiva l'intervento del counseling si fonda sulla relazione di aiuto tra il counselor e i soggetti in difficoltà, così come sulla possibilità che questi, grazie al supporto della relazione, agiscano l'integrazione di letture,

percezioni, rappresentazioni, narrazioni e dunque, si trasformino; l'azione del counseling, così appare fortemente orientata dal metodo clinico.

Inoltre, poiché tale intervento si è voluto porre in termini di percorso di prevenzione condotto secondo un metodo scientifico, ha avuto estrema importanza l'assunzione del metodo osservativo, al fine di attivare un attento monitoraggio sia delle trasformazioni agite dai soggetti coinvolti (il prodotto) sia del funzionamento dell'intervento di counseling stesso (il processo).

Alla luce di tale modello di riferimento, l'intervento di counseling proposto e rispetto al quale abbiamo attivato un percorso di monitoraggio, più avanti riportato, nello strutturarsi attorno all'assessment (Sanavio, 1997, *op. cit.*) oltre che all'intervento in senso stretto, si definisce attraverso una processualità che chiama in causa quattro momenti fondamentali, identificabili con la percezione, l'analisi, il confronto e la trasformazione (P.A.C.T.).

Questa specifica processualità, nel tentativo di promuovere la rilettura problematizzata delle situazioni, la produzione di nuove storie "integrate" sul bambino e dunque, in ultimo, la trasformazione delle relazioni, focalizza la complessità del minore nel qui ed ora del suo funzionamento. Va inoltre sottolineato che, nel passaggio attraverso le diverse fasi che consentono il processo trasformativo, viene attivata e sviluppata la dinamica motivazionale (Maslow, 1970; Atkinson, 1964); infatti, nelle prime due fasi il recupero e l'analisi delle percezioni dei diversi sistemi narranti consentono in fondo l'espressione, il riconoscimento e la condivisione dei bisogni impliciti e delle difficoltà di ciascuno, mentre nelle altre due fasi si favorisce la rilettura di questi bisogni e la possibilità quindi, di cercare e trovare insieme al counselor e agli altri soggetti coinvolti risposte, soluzioni funzionali al benessere personale e soprattutto alla relazione con l'altro.

Più specificatamente, rispetto all'attivazione della dinamica motivazionale, l'intervento del counseling tenta di

promuovere l'agire e la trasformazione dei soggetti, attraverso il recupero e la valorizzazione di alcune specifiche motivazioni, che sembrano orientare l'operare dei soggetti, quali l'aggressività, la costruzione, la sessualità, la socializzazione, la nutrizione, il movimento e l'affermazione di sé (Bonaiuto, 1970, *op. cit.*).

In tal senso, quando il soggetto (bambino o genitore o insegnante) propone al counselor i suoi attacchi aggressivi volti a distruggere l'altro, o il suo bisogno di essere accudito e di stare in intimità con qualcuno, o il bisogno di trovare nessi, legami tra le cose che gli accadono, o ancora, il bisogno di ricevere aiuto, così come quello di sentirsi efficace, ecco che in quel momento tutti questi elementi motivazionali non vengono solo rilevati ed accolti con "rispetto", ma vengono soprattutto "utilizzati" e se necessario ri-orientati.

E, allora, sul piano operativo, la prima fase si caratterizza come indagine sulle percezioni e, dunque, sugli universi rappresentativi dei genitori e degli insegnanti in relazione al minore che vive la situazione di rischio, al fine di ottenere narrazioni sul bambino da parte dei suoi due principali sistemi di riferimento. A tal fine viene utilizzata la metodica osservativa, attraverso tecniche sia di tipo descrittivo che di tipo narrativo; in particolare, con i genitori si utilizza una tecnica ispirata al Q-Set (Perricone Briulotta, 2003, *op. cit.*), che, attraverso una scelta di comportamenti molari tra due serie precedentemente definite (il Q-Set relativo ai comportamenti del bambino e il Q-Set relativo alle risposte del genitore) (Fig. 5), consente il recupero della percezione e rappresentazione del genitore relativamente al bambino nella sua complessità (cognitiva, affettivo-relazionale, linguaggio) e alla relazione con lui; si attiva, in tal senso, una prima costruzione della storia relativa al bambino.

Con gli insegnanti, invece, viene applicata la tecnica degli episodi critici (Postic, De Ketele, 1993), che si serve dell'annotazione di tutti quei comportamenti, eventi, atteggiamenti

sia di natura cognitiva che affettivo-relazionale emessi dal bambino nel contesto scolastico e che appaiono significativi in relazione agli indicatori di riferimento; si ricostruisce così, la percezione e rappresentazione che gli insegnanti hanno del bambino.

In questa fase, dunque, la relazione di aiuto attivata dal counselor si connota fundamentalmente nei termini dell'assessment e della protezione, nella misura in cui fornisce una cornice rappresentata dalle tecniche osservative al cui interno individuare e leggere l'unicità e la complessità del "funzionamento" del soggetto considerato e della relazione con lui.

Fig. 5. - *Esemplificazioni del comportamento del Q-Set*

<p>... per ricercare i comportamenti del bambino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Fa domande che esprimono curiosità</li> <li>* Risponde adeguatamente alle richieste</li> <li>* Ascolta con attenzione l'altro</li> <li>* Individua la differenza tra ciò che è reale e ciò che è finzione</li> <li>* È sereno e tranquillo</li> <li>* Dichiarare i propri bisogni</li> <li>* Esplicita le proprie emozioni</li> <li>* Riconosce le proprie risorse, capacità</li> <li>* È allegro</li> <li>* Chiede aiuto agli altri</li> </ul>
<p>... per ricercare i comportamenti del genitore in risposta a quelli del figlio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Si ferma a parlare col figlio di quanto accaduto</li> <li>* Ordina senza dare spiegazioni</li> <li>* Svolge attività al posto del figlio</li> <li>* Pensa a come sarà il futuro del figlio</li> <li>* Pensa a come aiutare il figlio</li> <li>* Pensa di avere bisogno di aiuto per gestire il figlio</li> <li>* Si sente soddisfatta del figlio</li> <li>* Si sente ansiosa per il figlio</li> <li>* Prova grande preoccupazione per il figlio</li> </ul>

Nella fase dell'analisi si attiva, a questo punto, la lettura e la rappresentazione delle narrazioni sul bambino, prodotte dai genitori e dagli insegnanti, al fine di individuare i profili caratterizzanti il bambino nella sua complessità. In tal senso, questo è il momento in cui il counselor, sempre nel pieno di un processo di assessment, realizza l'analisi qualitativa e quantitativa dei dati dell'osservazione condotta dalle madri e dagli insegnanti, attraverso le due tecniche descritte e, quindi, rappresenta graficamente i profili caratterizzanti il bambino nelle due narrazioni.

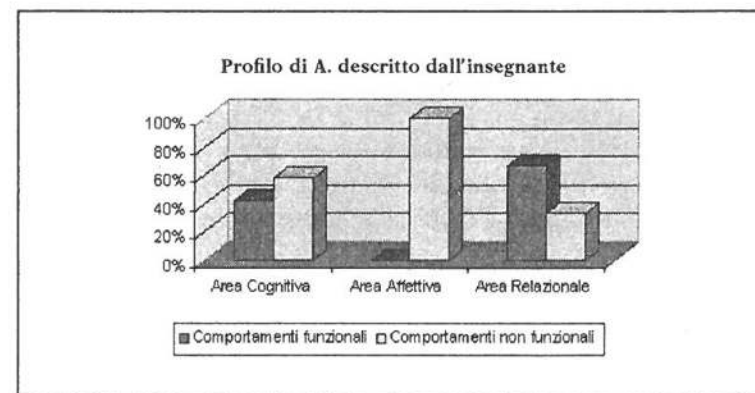
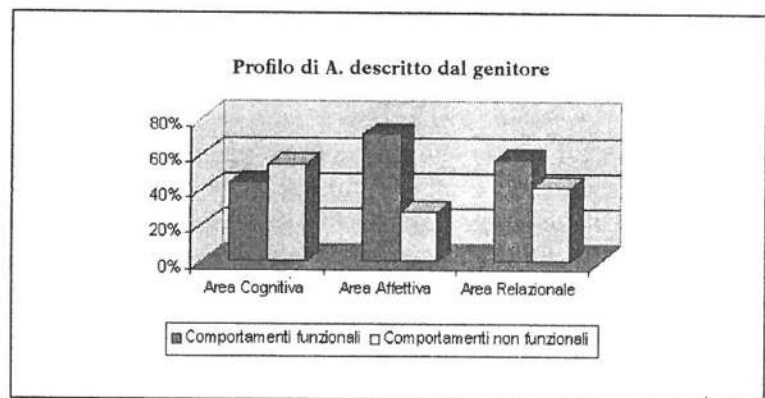
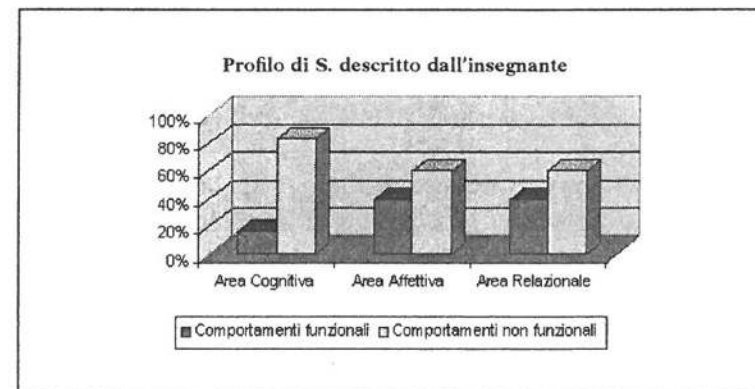
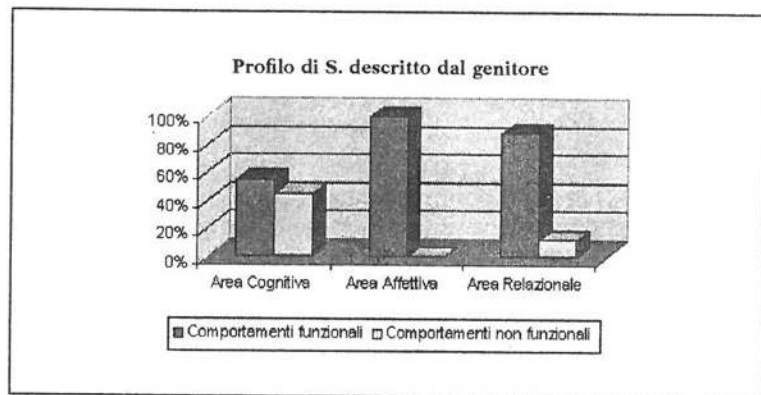
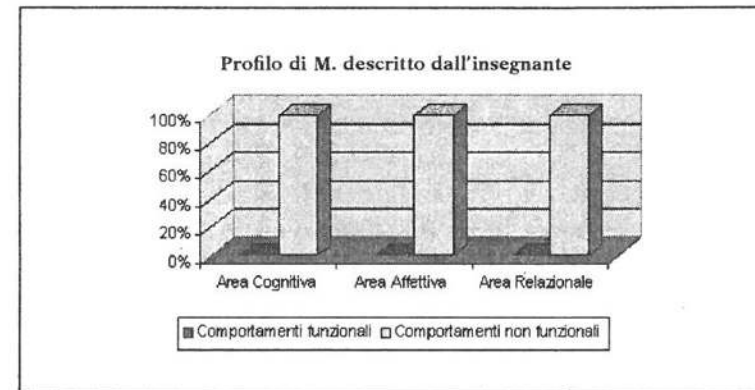
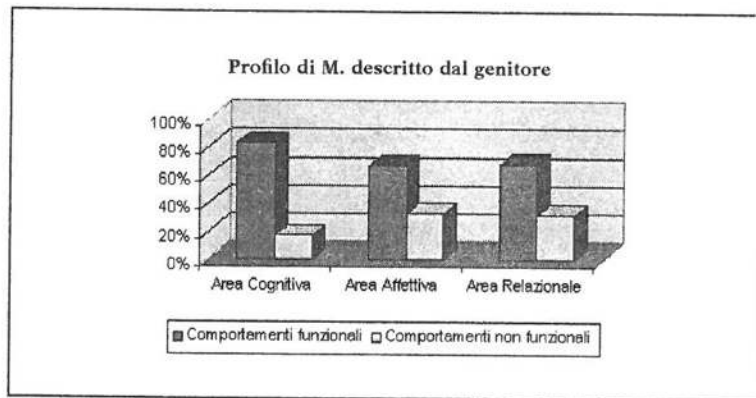
Nel tempo fase del confronto, il counselor è fondamentalmente un mediatore impegnato proprio nella ricerca e nell'individuazione di tutti gli elementi trasversali così come di quelli più specifici caratterizzanti le storie narrate dai due sistemi di riferimento del minore, al fine di giungere ad una lettura integrata. Questa operazione di confronto e di integrazione viene attivata con l'ausilio di una griglia specifica, articolata nei seguenti indicatori: concordanze, dissonanze, nuclei critici, punti di snodo (possibilità evolutive nella storia) (Smorti, 1997, *op. cit.*), resistenze (ostacoli al cambiamento). Infine, per quanto attiene il momento conclusivo della processualità del counseling, e cioè quello della trasformazione, ci si riferisce a tutti quegli interventi di rilettura delle percezioni, avviata attraverso il coinvolgimento dei due sistemi di riferimento del bambino, e alla ri-applicazione degli strumenti di osservazione con madri e insegnanti; tale percorso, svolto in un'ottica di monitoraggio, consente di "riscrivere" la storia del bambino e di rilevare possibili esiti di cambiamento nelle relazioni tra bambino, insegnanti e genitori.

Per l'attivazione dell'intervento trasformativo, il counselor di questo servizio deve assumere necessariamente una forte valenza supportiva, nella misura in cui ogni trasformazione, per essere adeguata, deve potersi sviluppare all'interno di un contesto in cui ci si sente accolti, ascoltati e dunque, supportati; ci si serve, così, per un verso del colloquio relazionale (Andolfi, 1994, *op. cit.*) con le madri, a

valenza sia "contenitiva" che "provocatoria", che, a partire dalla lettura dei dati, promuove la narrazione di una storia del bambino non più centrata sui problemi e sugli ostacoli, ma soprattutto sui punti forti e sulle aree di competenza; per altro, si attiva un focus group con gli insegnanti, la cui tematica è costituita proprio dalla riscrittura di una storia del bambino, che diventa una storia "migliore".

In considerazione, quindi, del modello di counseling illustrato e della relativa procedura operativa, abbiamo voluto realizzare, come già anticipato, un processo di assessment dell'intervento attivato presso un circolo didattico di un quartiere a rischio di Palermo; nello specifico, si è formulata un'ipotesi prettamente esplorativa volta a verificare le tipologie di percezione che gli adulti significativi (genitori, insegnanti) hanno del bambino e l'esistenza di possibili concordanze/discordanze tra le diverse percezioni. In tal senso, sono stati considerati gli insegnanti e le madri di quindici bambini segnalati al servizio come bambini a rischio psicosociale, e sono state utilizzate le tecniche osservative sopra descritte (O-Sort e tecnica degli Episodi Critici) all'interno della processualità di tale modello d'intervento (P.A.C.T.). I dati ottenuti con la metodologia del caso singolo (Kazdin, 1992) e sottoposti ad analisi qualitativa e quantitativa evidenziano come in molti dei casi considerati si è in presenza di percezioni e rappresentazioni fortemente discordanti, così come in alcune situazioni, genitori e insegnanti colludono sulla narrazione di storie negative, "storie problema".

A scopo esemplificativo riportiamo qui di seguito alcuni grafici di casi che rappresentano proprio la concordanza o la discordanza tra i profili del bambino, individuati dai genitori e dagli insegnanti. I risultati sottolineano l'utilità, l'efficacia di attivare nella scuola interventi che coinvolgono i due principali sistemi di riferimento del bambino nel processo di assessment e di trasformazione e che si propongano l'integrazione delle narrazioni per una riscrittura della storia del bambino che vive una condizione di rischio.



#### 4. Conclusioni

A conclusione di questa breve riflessione non possiamo che fare solo una considerazione; parlare di prevenzione vuol dire promuovere, sostenere, orientare, all'interno di un percorso continuo che fa della discontinuità il suo vessillo e che trova nella relazione d'aiuto promossa dall'intera comunità l'unico possibile, vero contesto di riferimento. Ci piace, in tal senso, richiamare il racconto *Storia di una gabbianella e del gatto che le insegnò a volare* (Sepulveda, 1999) di cui riportiamo un brano significativo.

"Ho paura" stridette Fortunata. "Ma vuoi volare, vero?" miagolò Zorba.

Dal campanile di San Michele si vedeva tutta la città. La pioggia avvolgeva la torre della televisione, e al porto le gru sembravano animali in riposo. "Guarda, si vede il bazar di Harry. I nostri amici sono laggiù" miagolò Zorba.

"Ho paura! Mamma!" stridette Fortunata. Zorba saltò sulla balastra che girava attorno al campanile. In basso le auto sembravano insetti dagli occhi brillanti, l'umano prese la gabbiana tra le mani. "No! Ho paura! Zorba! Zorba!" stridette Fortunata beccando le mani dell'umano. (...).

"Ora volerai, Fortunata. Respira Senti la pioggia. È acqua. Nella tua vita avrai molti motivi per essere felice, uno di questi si chiama acqua, un altro si chiama vento, un altro ancora si chiama sole e arriva sempre come una ricompensa dopo la pioggia. Senti la pioggia. Apri le ali" miagolò Zorba. La gabbianella spiegò le ali. (...). L'umano e il gatto la videro sollevare la testa con gli occhi chiusi (...). "Vola!" miagolò Zorba allungando una zampa e toccandola appena. (...).

"Volo! Zorba! So volare!" strideva euforicamente dal vasto cielo grigio.

L'umano accarezzò il dorso del gatto.

"Bene, fatto. Ci siamo riusciti" disse sospirando. "Sì,

sull'orlo del baratro ho capito la cosa più importante" miagolò Zorba.

"Ah sì? E cosa ha capito" chiese l'umano.

"Che vola solo chi osa farlo" miagolò Zorba.

E chi non è solo, aggiungerebbero le autrici di questo contributo.

#### Riferimenti bibliografici

- Albanese O., Doudin P. A., Martin D., (1995), (a cura di), *Metacognizione ed educazione*, Franco Angeli, Milano.
- Andolfi M., (1994), *Il colloquio relazionale*, APF, Roma.
- Atkinson J.W., (1964), *An introduction to motivation*, Princeton, New York, Van Nostrand, trad. it, (1973), *La motivazione*, Il Mulino, Bologna.
- Attili G., (1994), "Modelli mentali dell'attaccamento negli adulti e qualità della relazione madre bambino", in *Età Evolutiva*, 47.
- Baltes P. B., Resse A.W., (1986), "L'arco della vita come prospettiva in psicologia evolutiva" in *Età Evolutiva*, n 23.
- Bandura A., (1996), *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*, Erikson, Torino.
- Bonaiuto P., (1970), *Le motivazioni dell'attività nell'età evolutiva. Analisi, fenomenologia, riferimenti e indicazioni per la sperimentazione*, C.M.S.K.-C.I.G.I, Ivrea.
- Bonino S., (1994), *Dizionario di psicologia dello sviluppo*, Enaudi, Torino.
- Boscolo P., (1997), *Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali*, Utet, Università, Torino.
- Bosna H., Jackson S., (1990), *Copyng and self concept in adolescence*, Springer, Berlin.
- Bronfenbrenner U., (1979), *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna.
- Bruner J., (1990), *The narrative construction of Reality*, Relazione presentata a: Fourth European Conference of Developmental Psychology, Stirling, Scozia.

- Bruner J., (1991), "La costruzione narrativa della Realtà" in Ammaniti M., Stern D., (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari.
- Cantor N., (1990), *From thought of motives*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, n. 5.
- Carkhuff R., (1987), *L'arte di aiutare*, Erikson, Trento.
- Carli, R. (1993), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
- Carli L., (a cura di), (2002), *Genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento*, Franco Angeli, Milano.
- Cecchini A., (1987), "L'opportunità di simulare" in *La simulazione giocata* di Cecchini A., Taylor J.L., (a cura di), Franco Angeli, Milano.
- Clarkson P., (1992), *Gestalt counseling. Per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d'aiuto*, ed. Sovera, Roma.
- Cohen S., Wills T.A., (1985), "Stress, social support, and the buffering hypothesis", in *Psychological Bulletin*.
- Comoglio M., Cardoso M.A., (2000), *Insegnare e apprendere in gruppo: il Cooperative Learning*, Las, Roma.
- Cornoldi C., (1990), "Autocontrollo, metacognizione e psicopatologia dello sviluppo", in *Orientamenti pedagogici*, n. 3.
- Cornoldi C., (1995), *Metacognizione e apprendimento*, Il Mulino, Bologna.
- De Beni R., Moè A., (2000), *Motivazione e apprendimento*, Il Mulino, Bologna.
- Del Corno F., Lang M., (a cura di), (1989), *Psicologia clinica. Fondamenti storici e metodologici*, Franco Angeli, Milano.
- Demetrio D., (1993), "Marginalità e vita professionale", in Reggìo P., (a cura di), *Stranieri in patria*, Cens, Milano.
- Di Blasio, P., (1995), *Contesti relazionali e processi di sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Di Blasio, P., (2000), *La psicologia del bambino maltrattato*, Raffaello Cortina, Milano.
- Di Francesco G., (1998), *Unità capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro*, Franco Angeli, Milano.
- Di Maria F., Lavanco G., (1994), *Nel nome del gruppo. Gruppoanalisi e società*, Franco Angeli, Milano.
- Di Maria F., Lo Verso G., (1995), *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*, (a cura di), Raffaello Cortina, Milano.
- Di Nicola P., (1996), "La mancanza di sicurezza e la disattenzione: una nuova area di rischio e abuso", in Cirillo G., Siani P., Tam-

- burini G., (a cura di), *I bambini a rischio sociale. Generazioni a perdere o investimento sociale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Di Nuovo S., (1992), *La sperimentazione in psicologia applicata. Problemi di metodologia e analisi dei dati*, Franco Angeli, Milano.
- Doise W., Mugny G., (1981), *Le développement social de l'intelligence*, Inter edition, Bruxelles, trad. it. (1982), *La costruzione sociale dell'intelligenza*, Il Mulino, Bologna.
- Dunn J., Plomin R., (1997), *Vite separate. Perché i fratelli sono così diversi*, Giunti, Firenze.
- Epstein R.M., (2000), *Mindful practise in action: evidence-based medicine and relationship-centered care*, Fram Syst Health, In Press.
- Ford D.H., Lerner R.M., (1992), *Teoria e sistemi evolutivi. Un approccio integrato*, trad. it. (1995) Raffaello Cortina, Milano.
- Francescato D., (1995), *Star meglio insieme*, Mondadori, Milano.
- Francescato D., Ghirelli G., (1998), *La psicologia di comunità*, Carrocci, Roma.
- Gardner H., (1983), *Frame of mind: the theory of multiple intelligences* New York, Basic Books; trad.it. (1971), *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*, Milano.
- Garofalo D., (1981), *Prevenzione scuola e territorio*, Buzzoni, Roma.
- Garzonio M., "E l'immaginazione toccò terra", in Montecchi F., (a cura di), *Il gioco della sabbia nella pratica analitica*, Franco Angeli, Milano.
- Gattermann M.I., (2000), *A patient-centered Paradigm: a model for chiropratic education and reserch*, Aldern and complementary Med.
- Goleman D., (1999), *Intelligenza emotiva*, BUR, Saggi, Rizzoli, Milano.
- Goodyer I., (1995), *The depress child and adolescent: developmental and clinical perspectives*, Cambridge university, Press New York.
- Guarrasi G., Mangiaracina A., Pelaia C., Perricone Briulotta G. (1999), "La sabbia: dalla simulazione alla realtà", in Perricone Briulotta G. (a cura di), *Terzo Millennio dove e con chi va l'educazione in Europa*, Armando, Roma.
- Havighurst R.J., (1953), *Human development and education*, Green and co, New York.
- Herbert J., (1974), *Aux Sources du Japon: Le Shint*, Paris.
- Hillman J., (1974), *Le storie che curano*, Cortina, Milano.
- Hillman J., (1988), *Del diritto a non parlare: rapporto tra l'immaginazione e i diritti dell'uomo*, da una Conferenza AIPA.

- Kazdin A.E., (1992), *Research design in clinical psychology*, Allyn & Bacon, New Jersey, trad.it. (1996), *Metodi di ricerca in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Klein M., (1946), "Note su alcuni meccanismi schizoidi" in *Scritti 1921-1956*, Boringhieri, Torino, 1978.
- Larson R. W., Richards M.H., (1991), "Daily Companionship in Late Childhood and Early Adolescence: Changing Developmental Contexts" in *Child Developmental*, 62, pp. 284-300.
- Lavanco G., Novara C., (2002), *Elementi di psicologia di comunità*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Lazarus R.S., (1966), *Psychological stress and the coping process*, Mc Graw-Hill, New York.
- Lefcourt H.M., (1982), *Locus of control*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale NS.
- Levi G., (1998), *Rischio psicosociale in età evolutiva*, Borla, Roma.
- Lewin K., (1963), *Field theory in social science*, Dorwin Cartwright, London.
- Lis A., Venuti P. (1996), *L'osservazione in psicologia dello sviluppo*, Giunti, Firenze.
- Maggiolini A., (2001), *Counseling a scuola*, Franco Angeli, Milano.
- Malagoli Togliatti M., Telfner U., (a cura di), (1992), *Dall'individuo al sistema*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Marotta S., Perricone G., Polizzi C., (2001), "L'attraversamento del rischio: percorsi empirici rivolti ai minori", in *Atti del 15° Congresso Nazionale AIP, Sezione Psicologia dello sviluppo*, Palermo, 26-28 Settembre.
- Maslow A.H., (1970), *Motivation and personality*, Asper c Row, New York, trad.it. (1982), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.
- Mc Cann C. D., Higging E. T., (1990), "Social Cognition and communication", in Giles H., Robinson W. P. (a cura di), *Handbooks of language and social psychology*, Wiley, New York.
- Minuchin S., (1976), *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Montecchi F., (1997), "Le mani che parlano e l'ascolto analitico", in Montecchi F., (a cura di), *Il gioco della sabbia nella pratica analitica*, Franco Angeli, Milano.
- Napolitani D., (1987), *Individualità e gruppaltà*, Boringhieri, Torino.
- Perls F., Hefferline R. F., Goodman P., (1971), *Teoria e pratica della terapia della gestalt*, Astrolabio, Roma.
- Perricone Briulotta G., (a cura di), (1994), *Dall'educazione alla salute alla salute dell'educazione*, Vol I-II, Armando, Roma.
- Perricone Briulotta G., (2001), *Percorsi e metodiche di intervento in psicologia dell'educazione*, Armando, Roma.
- Perricone Briulotta G., (2003), *Agire l'osservazione. Modelli e percorsi*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Perricone G., Polizzi C., Di Giovanni G., Gumina M. G., Lorito M., Morales M. R., (2003), "I fattori di protezione a scuola in ospedale" in *IV Convegno nazionale La prevenzione nella scuola e nella comunità*, Padova 26-28 giugno.
- Perricone G., Nicolini L., Pelaia C., "Il laboratorio Creare con la sabbia: una metodica per la promozione dello sviluppo" in *Rivista di Psicologia Clinica dello Sviluppo* (in corso di stampa).
- Perricone G., Nicolini L., (2001), "La metodica Creare con la sabbia: Un percorso di sviluppo", in *Percorsi e Metodiche di intervento in psicologia dell'educazione*, Armando Editore, Roma.
- Perricone G., Polizzi C., (2002), "Il To Care", in *Atti delle Giornate di Studio, Il disagio psichico nell'infanzia: dimensioni cliniche e psicosociali*, Università degli Studi Palermo, Facoltà di Chirurgia e Medicina, Società Italiana Psichiatria, Sezione Sicilia, 20-21 Giugno, Palermo.
- Perricone G., Settineri V., (2002), "Competenza materna e attesa nel creare con la sabbia", in Di Vita A.M., Miano P., (a cura di), *Ritratti in chiaroscuro*, Franco Angeli, Milano.
- Perricone G., Polizzi C., (2004), *Dal mondo delle ombre al mondo delle idee*, Franco Angeli, Milano.
- Perricone G., Settineri V., *L'individuazione del Sé nel laboratorio Creare con la sabbia: sviluppo e trasformazione dell'identità femminile*, 1998-1999.
- Pianta R. C., (1999), *Relazione bambino insegnante aspetti evolutivi e clinici*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Porée-Maspero E., (1962), *Étude sur les rites agraires des cambodgiens*, Parigi-L'Aia.
- Postic M., De Ketele J.M., (1988), *Observer les situation éducatives*, Press Universitaires de France; trad.it. (1993), *Osservare le situazioni educative*, Sei, Torino.
- Quamma J.P., Grenberg M., (1994), "Children's experience of life stress: the role of family social support and social problem solving as protective factors" in *Journal of clinical child psychology*, n. 23.
- Rogers C. R., (1970), "Le condizioni necessarie e sufficienti per una



- modificazione terapeutica della personalità", in Rogers C. R., *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze.
- Rubini V., (1980), *La creatività. Interpretazioni psicologiche, basi sperimentali e basi educative*, Giunti Barbera, Firenze.
- Rutter M., (1987), "Psychosocial resilience and protective mechanisms" in *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Rutter M., (1988), *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data*, Cambridge University, Cambridge.
- Rutter M., Rutter M., (1993), *Developing minds: challenge and continuity across the life-span*, Armondsworth, Penguin, trad.it. (1995), *L'arco della vita. Continuità, discontinuità e crisi nello sviluppo*, Giunti, Firenze.
- Sameroff A.J., Emde R.N., (1989), *I disturbi della relazione nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Sanavio E., (1997), "Il primo colloquio clinico nell'assessment clinico" in Moderato P., Rovetto F., *Psicologo verso la professione: dall'esame di stato al mondo del lavoro*, Mc Graw-Hill, Milano.
- Scholem G.C., (1974), *Le origini della Kabbala*, Bologna.
- Sepulveda L., (1999), *Storia di una gabbianella e del gatto che le insegnò a volare*, Salani Editore, Varese.
- Sluzki C., (1991), "La trasformazione terapeutica delle trame narrative" in *Terapia Familiare*, n 36, A.P.F. Franco Angeli, Milano.
- Smorti A., (1997), *Il Sé come testo*, Giunti, Firenze.
- Smorti A., (2003), *La psicologia culturale*, Carocci editore.
- Sroufé L.A., (1989), "Relazioni e disturbi della relazione" in Sameroff A.J., Emde R.N., (a cura di), *I disturbi della relazione della prima infanzia*, trad. it Bollati Boringhieri, Torino.
- Stern D.N., (1983), *The interpersonal world of the infant*, Basic books, New York, trad. it. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Vygotskij L., (1978), *Mind in society*, Mass, Harvard University, Cambridge, trad.it (1980), *Il processo cognitivo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Zappella M., (1976), in Garofalo D., (1981), *Prevenzione scuola e territorio*, Buzzoni, Roma.
- Zimmermann B.J., (2000), "Self efficacy: an essential motive to learn" in *Contemporary Educational Psychology*, n. 95.

## 8. La partecipazione alla scelta e la scelta di partecipare

di Cinzia Novara e Susanna Messina

### 1. Premessa

La psicologia di comunità si caratterizza per l'interesse rivolto alle persone considerate nel contesto dei loro ambienti e sistemi di vita e per l'utilizzo delle conoscenze acquisite in funzione di un cambiamento orientato a migliorare la qualità della vita e il benessere della popolazione: in questo senso essa rappresenta contemporaneamente un'area di ricerca, una disciplina accademica e un patrimonio conoscitivo e tecnico che fonda una professione di aiuto (Orford, 1992).

L'approccio teorico del tema del benessere si lega ai diversi livelli di prevenzione e, in particolare, a quello dove gli interventi si muovono verso l'individuazione delle condizioni di rischio per elaborare programmi operativi che possano contenerli o addirittura, a livello di prevenzione primaria, anticiparli. Il passaggio logico che va dalla prevenzione primaria alla promozione, segna la svolta per cominciare a parlare di benessere in senso positivo, abbandonando i vecchi concetti di salute come assenza di malattia e svelando l'interazione tra variabili individuali e contestuali nello stabilire gli standard di qualità della vita.

In quest'ottica la prevenzione dei fenomeni suicidari, costituisce una sfida importante per la psicologia di comunità, in quanto è particolarmente problematico indivi-

duare quale siano le connessioni tra dimensione individuale e contestuale che stanno alla base del fenomeno del suicidio ed è altrettanto difficile individuare comportamenti che prefigurino la possibilità che esso si manifesti. Il suicidio, infatti, può rappresentare l'esito infausto di alcune gravi patologie psichiatriche ma può anche presentarsi all'interno di patologie di minore gravità come quelle nevrotiche, o costituire un fattore di rischio in alcuni momenti cruciali della vita, come l'adolescenza e la vecchiaia.

L'aspetto inquietante del suicidio, quindi, consiste proprio nella sua *ubiquitariet * in quanto pu  colpire qualsiasi persona, nella sua *trasversalit * sia socio-geografica (pu  capitare in ogni luogo ed in ogni strato sociale) che nosografica (in ogni patologia o complesso sindromico), nonch  la sua relativa *imprevedibilit * (  consueto constatare la perplessit  e lo stupore per il gesto compiuto, da parte di coloro che hanno una relazione con il soggetto suicida).

## 2. Aspetti epidemiologici e fattori intervenienti: quale prevenzione?

Nei Paesi occidentali, il suicidio rappresenta l'1% di tutti i decessi, inoltre, secondo le recenti stime dell'O.M.S., si suicidano ogni anno nel mondo circa 800.000 persone: in particolare, per gli adolescenti, il suicidio costituisce la seconda-terza causa di morte mentre per gli anziani, la nona o la decima.

In Europa, il maggior tasso di suicidi si ha nei Paesi Scandinavi e in Austria; mentre nel mondo, il Giappone   uno dei Paesi pi  colpiti, con oltre 33mila casi l'anno, contro i 20mila di dieci anni fa; il governo giapponese ha, infatti, predisposto un piano di intervento triennale per la prevenzione contro quello che   ormai considerato un problema di tipo sociale.

Un fattore scatenante pu  essere rappresentato dalle

patologie organiche, in particolare dalle malattie croniche, debilitanti e degenerative, che privano l'individuo dell'autonomia e della libert  di movimento; tali patologie, spesso, si associano all'et  avanzata, aumentando cos  il margine di rischio per la fascia di anziani.

Per fattori predisponenti, invece, si intendono diverse situazioni, sia cliniche che non, che possono predisporre una persona a perdere del tutto la speranza e la normale forza vitale.

Situazioni psicopatologiche predisponenti riguardano in primo luogo la depressione in tutte le sue varianti cliniche: la Depressione maggiore, o psicotica, ma anche i disturbi depressivi reattivi, le distimie e gli equivalenti depressivi, vale a dire quei sintomi, o comportamenti, che non appaiono direttamente depressivi ma che nascondono un disturbo dell'umore latente. Per quanto riguarda gli altri disturbi dell'umore, come la ciclotimia o il disturbo bipolare, anch'essi aumentano il rischio di suicidio; lo stesso vale per la Schizofrenia soprattutto nella sua fase florida (quando il paziente pu  essere vittima di "voci" che gli ordinano di uccidersi) o, paradossalmente, in quelle delicate fasi di miglioramento e consapevolezza in cui lo schizofrenico prende coscienza del suo stato, diventando cos  pi  vulnerabile a sentimenti depressivi. Va precisato, in ogni caso, che tutte le patologie psichiatriche aumentano il rischio di suicidio.

Anche i tratti di personalit , secondo gli orientamenti pi  recenti, possono aumentare o predisporre al rischio di suicidio; per esempio, sono maggiormente a rischio le personalit  borderline, caratterizzate da impulsivit , incostanza, intolleranza alla frustrazione, oppure le personalit  istrioniche, che tendono alla drammatizzazione ed amplificazione dei propri stati emotivi. In genere, la presenza di un disturbo della personalit  pu  costituire fattore di indebolimento dell'autostima, in certe fasi della vita, e pertanto predisporre al suicidio.

Bisogna, comunque, distinguere, all'interno dei comportamenti suicidari, anche il *tentato suicidio*, ritenuto più frequente nella popolazione femminile (mentre il suicidio riuscito sarebbe più frequente nei maschi), e il *mancato suicidio*, che si riferisce invece ad un esito suicidario che non è stato portato a termine. Infine, si definiscono *comportamenti parasuicidari* tutte quelle condotte che comportano, anche se non sempre, un'inconsapevole o latente desiderio di morte, in cui viene ricercato un rischio estremo ed una sfida con la vita, quali ad esempio sport pericolosi o gli abusi di sostanze.

Un altro importante aspetto da considerare per comprendere il fenomeno suicidario e per intervenire su di esso, riguarda gli *stressful life events*, i cosiddetti eventi stressanti, che secondo recenti studi hanno un ruolo scatenante nell'indurre il suicidio (Miller, 1989).

Primo fra tutti è l'evento luttuoso inteso come qualunque evento che comporti una perdita, sia essa di una persona cara, del lavoro, della casa, del proprio precedente status, persino di un ideale o di un progetto. Eventi, quindi, a cui è possibile annoverare la vedovanza, il pensionamento e il licenziamento, gli abbandoni, i tracolli economici e/o di immagine. L'evento luttuoso porta, il più delle volte, con sé l'elemento della separazione che il soggetto si trova a subire in maniera improvvisa, il rischio, qualora non si veda alcuna continuità nella propria storia di vita, è che si perda la capacità di progettare futuri migliori o comunque "altri" lasciandosi dominare da racconti vincolati al passato o al presente.

In tali situazioni leggere la propria storia come il risultato di una serie di eventi casuali, più o meno felici, è molto diverso dal descrivere i fatti della propria vita come scaturenti dalle proprie azioni; ed, ancora, è quanto mai differente dal prendere atto delle difficoltà oggettive già strutturate nella realtà e sulle quali potere disporre un cambiamento.

La possibilità di aumentare la consapevolezza ed il controllo sulla propria vita, lo sviluppo di un più potente senso di sé rispetto al mondo, la comprensione delle variabili che dominano la quotidianità dell'esistenza, costituiscono la chiave per tradurre l'evento "separazione" in evento "svolta".

A partire da queste riflessioni, crediamo, che il concetto di *empowerment* sia di fondamentale importanza nell'avviare una riflessione sulla prevenzione del fenomeno suicidario, in quanto esso getta un ponte tra il permanere nella situazione di disagio e il prefigurarsi le possibilità future di svolta e di cambiamento. Esso indica il sollevarsi da una condizione di *powerlessness* percorrendo il bisogno e il desiderio di agire in modo incisivo sulla realtà ed attivarsi per reperire le risorse interne/esterne necessarie alla realizzazione di quanto si è progettato. Dunque, fornire *empowerment* ad un individuo, soprattutto se giovane, equivale al fargli prendere coscienza delle proprie azioni, del suo essere autonomo nelle scelte, fino a rendere pensabile, ma anche attuabile la possibilità di "separazione".

Vista l'estrema ampiezza e variabilità del fenomeno suicidio, di cui abbiamo illustrato solo alcuni aspetti, si comprende come siano complesse e sempre parziali tutte le campagne preventive, in quanto le cause restano così profonde e numerose, così intimamente connesse alla vita emotiva di ciascuno, che è difficile immaginare un rimedio valido per tutti.

In termini di prevenzione, per esempio, il problema si sposta dal come, quando e in quali circostanze il sostegno può intervenire a risolvere situazioni di stress, al come le risorse umane, materiali e strumentali di una comunità possono essere trasformate in fonti di sostegno e di sviluppo.

La complessità dell'argomento ci obbliga ad analizzare più approfonditamente il problema, rispetto al tema della prevenzione e dell'intervento sul fenomeno suicida-

rio: se da una parte, infatti, si profila sempre più l'idea di non potere offrire alla collettività servizi "assistenziali" o unilaterali, dove è presente un'istituzione che agisce ed un'utenza che riceve; dall'altra, l'utenza deve essere sollecitata ad agire, per mezzo dei rapporti con i vari rappresentanti delle istituzioni, ai quali viene attribuita la funzione di sollecitarne la partecipazione attiva.

### 3. Il diritto di partecipare e la partecipazione dei diritti

Aldilà delle condizioni oggettive che costituiscono i fattori scatenanti o predisponenti del comportamento suicidario, l'impossibilità di intervenire sul fenomeno è derivata, a nostro avviso, soprattutto dal pensare che il suicidio sia un comportamento auto-indotto che deriva esclusivamente dalle elaborazioni soggettive della persona a prescindere dalle oggettive condizioni esterne.

Spesso, colui che si suicida suscita negli altri o la paura per la dimensione ignota della patologia o quel senso di smarrimento derivato dall'imprevedibilità di un comportamento non compreso, che porta il più delle volte ad un uso inflessibile della categorizzazione delle conoscenze, "all'ingordigia di certezze", attraverso cui insorge quella componente emotivo-motivazionale che caratterizza il pregiudizio e lo stigma.

Ecco che l'altro, il suicida, è colui che è malato ovvero possiede forze e qualità inferiori: questo meccanismo conduce a vedere l'altro con connotati fortemente negativi, non importa che questi abbiano subito un'azione de-realizzante, per cui nella realtà non ve ne sono tracce (o comunque non evidenti), l'importante è che l'impatto della rappresentazione sociale vada a regolare la relazione con questo evento.

A volte l'uso dell'aggettivo "anormale", riferito al com-

portamento suicida, porta con sé l'avversione per quanto è deforme, o meglio, non in armonia con una forma a noi familiare; la anormalità, infatti, attiene all'impossibilità di dare significato all'altro quando esso sfugge ai nostri codici di comprensione.

A partire da questa premessa, risulta fondamentale utilizzare una logica della *complessità* che "permette di accedere ad un pensiero della *multiverità*" (Di Maria, Lavanco, Novara, 1999) e permette di pensare a comunità competenti che sappiano relazionarsi con le dinamiche affettive ed ambientali a scopo di dialogare con il bisogno sociale delle soggettività.

Pensiamo, quindi, che bisognerebbe riflettere su quanto il contesto influisce su una possibile intenzione suicidaria, a partire dalla considerazione che il sociale in cui la persona è inserita ha un ruolo fondamentale nelle sue scelte e che, a sua volta, la persona prende parte alle scelte che caratterizzano lo stesso contesto.

Dagli anni della medicalizzazione dei servizi psichiatrici a quelli dell'organizzazione territoriale degli stessi, la psicologia di comunità ha affrontato i problemi che si pongono nell'area di intersezione tra il sistema individuale personologico e il sistema socio-ambientale per migliorare la qualità della vita. Tutto ciò non senza ambiguità e incertezze concettuali e metodologiche proprie del tradurre una sensibilità scientifica (quella di porre attenzione al contesto più allargato) in una pratica sociale e in un insieme di metodi a fronte dei quali si elaborano soluzioni adeguate a situazioni problematiche. In quest'area di intersezione la psicologia di comunità ha nel tempo mantenuto una doppia visione sui due differenti sistemi, attraverso uno "strabismo" di fondo che ha ogni volta permesso di spostare l'attenzione dall'uno ai molti, dal soggettivo al collettivo, dall'individuale al sociale del sostegno.

Il fattore che, principalmente, ha contribuito ad adottare questo tipo di strategia operativa, è riconducibile alla

crisi dei sistemi di *welfare state*, specialmente nel settore socio-assistenziale, dove la complessità dei problemi da fronteggiare diventano di un peso sempre più insostenibile per il settore pubblico. La crisi ha d'altra parte indicato una via per risolvere il problema stesso, individuando nuove pratiche di lavoro sociale, che sembrerebbero indicare l'integrazione fra servizi formali ed informali. Ricordiamo che con i primi ci si riferisce a quei servizi che formalmente per statuto sono preposti a fornire cura "nella comunità"; i secondi, invece, comprendono tutte quelle forme di associazionismo, volontariato, organizzazioni, gruppi spontanei che costituiscono la stessa forza "della comunità" (e dei suoi membri) nel prendersi cura di se stessa. Tutto ciò è di importanza cruciale poiché, come fanno notare Martini e Sequi (1988), "una parte qualitativamente e quantitativamente rilevante di partecipazione avviene in sedi ed in momenti informali" della nostra vita in comunità.

Ecco perché, pensare che il soggetto suicida sia solo nella scelta, porta al grave rischio di de-responsabilizzare le istituzioni formali e la rete di relazioni informali in cui egli è inserito, le quali dovrebbero essere consapevoli dell'importanza che rivestono nelle scelte di vita della persona, o purtroppo, in questo caso, nelle scelte di morte.

Amerio (2000) sottolinea come la partecipazione alla scelta non deve semplicemente coinvolgere la comunità di Istituzioni ma deve consentire il recupero del mondo individuale nella comunità di relazioni in cui il soggetto è inserito, in modo tale da tener conto dei suoi bisogni. Ciò non è sempre ovvio e dipende prevalentemente da come la comunità gestisce la relazione col singolo rispetto alla presa in carico delle sue necessità.

Il cambiamento politico, sociale e culturale che è alla base delle nuove forme di partecipazione, è figlio del rapporto istauratosi tra l'uomo (portatore di bisogni) e il mondo esterno (contenitore di risorse): in sintesi, ciò che è

cambiato è il rapporto dell'uomo con se stesso e con il mondo societario che abita.

Così, dalla società della *repressione* degli anni Sessanta, in cui si vi era un rapporto conflittuale tra bisogni individuali e bisogni di massa, si è passati a quella della *depressione* degli anni Ottanta, per la quale il mondo interno ha più rilievo rispetto a quello esterno percepito come sordo e incapace di rispondere ai veri bisogni dell'essenza umana, fino a giungere alla società attuale dell'*espressione* in cui la soddisfazione dei propri bisogni è connessa alla forza con la quale li si rende evidenti e noti agli altri.

Si è, quindi, nella condizione in cui tutti hanno il diritto di esprimere i loro bisogni ma essi sono tali solo se manifesti e comunicati, infatti, la loro soddisfazione è proporzionale alla capacità di esprimerli; di conseguenza, la rete istituzionale e informale prende in considerazione le esigenze dell'individuo solo se quest'ultimo la coinvolge direttamente manifestando le sue necessità. È questa eredità che accompagna l'uomo di inizio secolo e che porta con sé i segnali di un nuovo protagonismo di espressione, di parola, di azione in grado di far da sponda alla soluzione dei problemi e orientare a scelte future.

L'uomo, cioè, ed in particolare il giovane di questo secolo, tenta di individuare nuovi spazi di protagonismo, di espressione in grado di offrire non solo soluzioni pratiche ai problemi urgenti, ma anche criteri di giudizio per orientarsi nelle scelte future. A partire da queste considerazioni, risulta significativamente rilevante l'interazione che esiste tra soggetto e dimensione sociale e come il primo influisce sulla seconda che contemporaneamente lo struttura.

La *teoria dell'interstrutturazione del soggetto e delle istituzioni* elaborata da Tap risulta in questo senso illuminante.

L'autore affronta alcune problematiche di grande stimolo per la riflessione in oggetto, in particolare: le possi-

bili soluzioni dell'incontro tra la singolarità della persona e la standardizzazione delle normative su cui si fondano le Istituzioni; l'affermazione individuale e la presa di decisione collettiva nell'ambito di problematiche sociali; i conflitti e le negoziazioni che da queste dinamiche relazionali si possono generare (Tap, 1988). Tap propone di assumere il ruolo fondamentale delle contraddizioni e dei conflitti che il soggetto sperimenta nel sociale, così come dei legami che ad esso lo rimandano, come fondanti i processi di costruzione della personalità e della socializzazione dell'individuo.

In qualche modo l'identità dell'individuo si forma attraverso l'azione, l'autonomia, la percezione di sé come separato, diverso, dall'altro. Si istituisce attraverso ordinarie separazioni nel passaggio dalla passività all'attività, cioè dalla mancanza di potere (che lo spinge a cercare nella famiglia un appoggio primario) alla scoperta del mondo e delle sue capacità di comprenderlo e di controllarlo e cambiarlo. L'identità nasce nell'azione e nella produzione di opere: non si tratta di un'astrattismo, non è qualcosa di esclusivamente personale che si radica dentro l'individuo, ma dipende - come per gli altri bisogni - dal contesto più prossimo al soggetto e dal suo interloquire con esso mediante un'azione trasformatrice. Diventa, infine, un valore quando questa stessa azione funge da rinforzo dei sentimenti di stima e di efficacia verso se stessi e quando tutto ciò è reso esplicito anche agli occhi degli altri. Il soggetto attivo si presenta così a se stesso ed al mondo sociale portando sulla scena la dimensione attiva della *conoscenza* e del *pensiero*, della *parola*, dell'*azione* che insieme convergono in quella massima espressione di essere attivo che è la *presa di responsabilità*" (ivi).

Possiamo dire, quindi, che l'identità è concepita come una tendenza interna che spinge verso l'esterno facendosi azione ovvero permette di produrre idee, impegnarsi in operazioni di conoscenza e soprattutto di progettare il

cambiamento al di là delle situazioni esistenti, muovendosi verso *possibili mondi* alternativi (Amerio, 2000).

In questo senso, la convinzione che l'individuo sia in primo luogo un soggetto agente, come dice Spaltro (1995), consente di superare l'ordine della causalità (biologica o sociale) per entrare nella logica della possibilità, della scelta, in cui la dimensione soggettiva dialoga costantemente con la dimensione oggettiva (ambientale e culturale) senza tuttavia ridursi ad essa (Amerio, 1996).

Alla luce di tali considerazioni, è importante comprendere quale connessione esiste tra la partecipazione e la certezza condivisa che il proprio agire può cambiare lo stato di cose vigenti e tra la partecipazione e la percezione di contribuire realmente allo sviluppo del bene comune.

A questo proposito la produzione cinematografica ci offre un significativo spunto per esplicitare la tematica della partecipazione attraverso il film *Carpe Diem* in cui l'arrivo di un nuovo maestro (interpretato da Robbin William) all'interno di un collegio inglese sconvolge le vite degli allievi, combattuti tra la voglia di seguire le proprie aspirazioni e l'obbedienza alle rigide regole della società in cui vivono. Nel film, il suicidio di Neal (aspirante attore ostacolato dal volere paterno) rompe sia con la cultura familiare (dogmatica) sia con l'alternativa di cambiamento radicale (quindi, altrettanto dogmatica) che introduce il maestro.

Neal è il classico studente modello che non può permettersi di partecipare i propri desideri, sogni e bisogni al contesto perché lo stesso contesto lo ha già "pensato", lo ha già riempito dell'intenzionalità, dei sogni di qualcun altro; di contro, nella ricerca della piena realizzazione di sé che rompe con l'intenzionalità familiare, Neal è solo, non vi è un accompagnamento al cambiamento, uno spazio transizionale dove vi sia la pensabilità del cambiamento stesso. Il suicidio non è, quindi, in Neal ma è prima di lui nel senso che è nell'essenza della comunità, della famiglia, della scuola in cui è inserito.

Un ulteriore spunto, ci viene offerto dalla cronaca: un ragazzo a Rivoli, sentitosi responsabile della gravidanza della fidanzata quindicenne e soprattutto impedito nel decidere l'interruzione di gravidanza in quanto minorenne, si toglie la vita. Il problema che inizialmente potrebbe sembrare di natura giuridica (quanto la legge sull'aborto approvata 25 anni fa è adeguata ai giorni d'oggi, o meglio, ai giovani d'oggi?) riguarda, invece, la comunità che deve interrogarsi su quanto vuole partecipare alle scelte dei giovani, oltre la semplice approvazione o disconferma delle stesse, ma nell'accompagnamento alla scelta e al cambiamento. Quindi, il caso di Rivoli non apre solo un problema legislativo ma anche familiare, socio-sanitario e di mancanza di lavoro di rete tra le strutture e le Istituzioni sia pubbliche che private.

Il processo che determina il cambiamento è interno ad una pensabilità del cambiamento stesso. Per processo intendiamo non solo la registrazione delle trasformazioni, ma la capacità di progettarle e di governarle, demarcando il nostro ruolo emozionale e dinamico in esse. Il cambiamento possibile non è compensatorio ma simmetrico e si apre quindi alla polisemia dell'ambiente, alla sua configurazione altra, al suo bisogno di significanti e significati.

Il pensiero del cambiamento si oppone alla resistenza poiché interviene sulla soddisfazione dei bisogni non esplicitati, piuttosto che sulle garanzie da dare a bisogni espliciti. In questo ambito, le invarianti possibili del cambiamento devono liberarsi dalla dimensione filogenetica per poter dare spazio all'ambientazione intesa come ri-configurazione dello spazio relazionale.

La solitudine e l'isolamento individuale causati nei tempi moderni da un'elevata mobilità e dall'assottigliarsi dei legami familiari e parentali, mettono davanti ad un tessuto relazionale delle comunità quanto mai disperso, dove la ricerca di appartenenza e di legami significativi che permettano di sperimentare il vissuto del senso di comunità,

diventa sempre più pressante, ma con poche opportunità di espressione formalmente riconosciute. Lo sviluppo delle associazioni di quartiere, dei gruppi di auto-aiuto, dei sistemi informali in genere, è un indicatore di questo bisogno; al contrario, la perdita del senso di comunità produce ed alimenta alienazione, disimpegno, sfiducia nelle competenze della comunità a prendersi cura di se stessa.

L'identità, quindi, può esprimersi se esiste un contesto comunitario che è disposto a partecipare alle scelte del soggetto e che mette la persona in una posizione di attenzione tale che egli si sente parte di una rete di comunicazione. La percezione di questo da parte del soggetto può derivare sia dai sistemi di relazioni informali (amici, parenti, coniuge..) sia dai sistemi formali (ossia dalle strutture istituzionali cui è demandata la cura del disagio dell'individuo) presenti nella comunità alla quale l'individuo appartiene.

Ciò è possibile per mezzo di un lavoro di rete che metta in connessione le reti formali e informali, per evitare che l'incomunicabilità tra queste due dimensioni produca nel soggetto quell'incapacità di scegliere derivata dal paradosso di avere innanzi opposte soluzioni prospettate da diversi attori sociali. I sistemi di sostegno, a livello di intervento macro-sociale, allora, dovrebbero potere collaborare tra loro ricercando sempre più adeguate soluzioni ai problemi. Per attuare questo, sarebbe auspicabile che ogni sistema non si pensasse bastevole per se stesso dal momento che ogni problema può avere un trattamento multivariato a seconda del momento in cui si decide di intervenire.

A partire da queste considerazioni possiamo affermare che la partecipazione non si riduce a un buon proposito ritagliato sporadicamente all'interno di micro-progettualità; essa è un progetto politico (nel senso trasformativo del termine) che sistematicamente influisce e trasforma la capacità di scelta e di orientamento delle istituzioni, il coinvolgimento del livello informale della comunità, la

produttività della risorsa umana in generale e giovanile in particolare.

La partecipazione non si riduce così al tentativo di risolvere i propri problemi personali chiedendo la "ricetta" o l'avallo al proprio operato, ma diviene essa stessa occasione per vivere una esperienza di inclusione e di confronto che può fornire gli stimoli giusti per l'avvio di un cambiamento personale. Da qui si arriva all'"empowerment di rete" (Putton, 1996), cioè quella trama di possibilità e di legami che permettono sostegno affettivo e materiale per favorire il benessere di un individuo e, quindi, di una società.

In questo senso, lo Sviluppo di Comunità punta all'autodeterminazione, alla crescita, all'autonomia, alla competenza di una comunità, mediante la collaborazione delle masse con le agenzie governative e gli attori politici e burocratici della scena pubblica e privata. Lo sviluppo che viene dall'alto, cioè imposto dal potere costituito, dalla legislazione vigente, può certamente fare molto nel raggiungimento di risultati che rischiano di essere poco durevoli e inefficaci (rapporto costi/benefici nell'unità di tempo), se non supportati dal coinvolgimento delle genti. Non basta essere messi davanti ad un risultato, per credere nella sua adeguatezza bisogna sentire di avervi in una certa misura contribuito. Sotto questo profilo lo Sviluppo di Comunità può rappresentare una forma di partecipazione *guidata*, nella quale: i cittadini hanno il potere preliminare di pesare i bisogni e di darvi una rappresentatività sulla scena politica in corso; le forze istituzionali assumono formalmente l'impegno di darvi ascolto e di progettare soluzioni concertate con tutte le risorse formali ed informali disponibili o anche solo potenzialmente tali.

Il diritto della partecipazione è, infatti, solo il punto di partenza, inoppugnabile ma che peraltro da solo rischia di collocare gli individui e i gruppi verso una logica di deresponsabilizzazione, nella misura in cui qualcun altro (un altro potere un altro leader un'altra organizzazione) lavo-

ra in prima linea per garantire la tutela dei diritti riconosciuti. I cittadini in questa situazione rimarrebbero fermi a una partecipazione di *back office*, cioè retrostante rispetto a chi decide di esporsi sulla scena politica e sociale.

Diversamente, la partecipazione dei diritti fa sì che le persone acquisiscano la consapevolezza di avere oltre che interessi e aspettative comuni anche risorse, mezzi e finalità concertate. Nella maggior parte dei casi questo dà luogo non solo all'unione degli sforzi per ottenere qualcosa che non si ha (e di cui tuttavia si ritiene di aver diritto) ma alla promozione e al miglioramento della cittadinanza. La partecipazione smette di essere ridotta a rivendicazione di quanto le istituzioni non riescono a garantire, per divenire espressione diretta dei propositi e dei progetti da parte di una collettività che pensa su sé stessa e agisce nel sociale.

Quindi, la logica della deficienza lascia il posto alla logica della competenza: la partecipazione si sposta sul front office della scena politica e sociale, dove la gente diventa in prima persona interlocutrice delle istituzioni.

### Riferimenti bibliografici

- Amerio P., (1996), "Alcune considerazioni sulla nozione di azione in psicologia sociale", in Regalia C., Scaratti G., (a cura di), *Conoscenza e azione nel lavoro sociale*, Armando, Roma.
- Bruscaglioni M., Capizzi M., Gheno S., in Arcidiacono C., Gelli B., Putton A., (a cura di), (1996), *Empowerment sociale*, Franco Angeli, Milano.
- De Piccoli N., Lavanco G., (a cura di), (2003), *Setting di comunità*, Unicopli, Milano.
- Di Maria F., Lavanco G., Novara C., (a cura di), (1999), *Barbaro e/o Straniero. Una lettura psicodinamica delle comunità multietniche*, Franco Angeli, Milano.



- Francescato D., (1994), *Figli sereni di amori smarriti*, Mondadori, Bologna.
- Lavanco G., Novara C., (2002), *Elementi di Psicologia di Comunità*, McGraw-Hill, Milano.
- Lavanco G., Novara C., (a cura di), (1998), *Tra il padre e la madre. Interesse del minore e psicologia di comunità*, Editrice Duemila, Palermo.
- Martini E. R., Sequi S., (1988), *Il lavoro nella comunità*, NIS, Roma.
- Miller T. W., (1989), *Stressfull life events*, International Universities Press, Madison Connecticut.
- Novara C., Calderone G., Lavanco G., (2001), "Per una metodologia della partecipazione. La partecipazione fondata, mantenuta, amministrata" in Lavanco G., (a cura di), *Oltre la politica. Psicologia di comunità, giovani e partecipazione*, Franco Angeli, Milano.
- Orford J., (1992), *Psicologia di comunità*, trad. it. (1998), Franco Angeli, Milano.
- Piccardo C., (1995), *Empowerment*, Cortina, Milano.
- Rappaport J., (1981), "In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention", in *American Journal of Community Psychology*, 9.
- Rotter J.B., (1966), "Generalized Expectancies for Internal Versus external Control of Reinforcement"; in *Psychological Monographs*; 80.
- Spaltro E., (1995), *Qualità. Psicologia del benessere e qualità della vita*, Patron, Bologna.
- Tap P., (1990), *La Société Pygmalion? Intégration sociale et réalisation de la personne*, Bordas, Paris; trad. it. *Il potere e il senso. Studio sull'interdipendenza fra attore sociale e istituzioni*, Centro Scientifico Editore, Torino.

## 9. Primum vivere deinde philosophari di Salvatore Privitera

### 1. Il fondamentale valore della vita

Nella semplice espressione *primum vivere deinde philosophari* degli stoici c'è tutto un discorso etico, tutta una prospettiva etica che dovrebbe essere assimilata da qualsiasi persona umana. Di fronte al valore vita non bisogna parlare da credenti, ma da semplice eticista. Per questo mi rifaccio da una parte agli stoici che non erano certamente cristiani, dall'altra ad un autore ateo come Nicolai Hartmann e al suo discorso sui valori.

Quando si parla di etica normativa, di problemi di etica normativa - e quello del suicidio è proprio uno dei tanti problemi di etica normativa - il discorso della fede o la prospettiva religiosa non deve minimamente interferire su quelli che sono i giudizi morali, su quella che è la fondazione dei giudizi morali. Il discorso dell'etica normativa, infatti, a qualsiasi livello e per qualsiasi comportamento è un discorso che va riferito e orientato a chiunque, alla persona umana in quanto tale.

Esso non è un discorso esclusivo del credente, ma è discorso della persona umana, discorso che scaturisce cioè da quella prospettiva che lo stoico Aulo Gellio presentava con la semplice espressione *tamquam homines*. Gli uomini hanno da vivere *tamquam homines*, per quello che sono: persone umane. E, in quanto tali, hanno da realizzare

quelle azioni e quei comportamenti che sono corrispondenti alla realtà ed alla dignità della persona umana, al valore della persona umana.

Nella società e nella cultura di oggi spesso non c'è imparzialità nell'assunzione e nella considerazione dei valori e del loro rapporto gerarchico o, in primo luogo, nel non considerare la vita come quel valore fondamentale che permette la realizzazione di tutti gli altri valori.

La fundamentalità del valore vita non diminuisce con lo stato di debolezza della singola persona. Esso ha una sua autonoma consistenza, non dipende dalla società, così come non dipende dal singolo. Né ci sono situazioni in cui viene a modificarsi la sua rilevanza di fundamentalità. In quanto valore fondamentale, esso, esistendo, offre la possibilità a chi lo possiede di realizzare gli altri valori, perché appunto, come sostenevano gli antichi quando affermavano il principio del *primum vivere, deinde philosophari*, su di esso si fondano gli altri valori non morali (Privitera, 1999) e persino quello della stessa vita spirituale.

In riferimento alla pena capitale, ad es., ed allo stesso suicidio diventa imprescindibile il ricorso alla fundamentalità del valore vita per tutti, sempre, anche quando ci si sia macchiati del più assurdo crimine o quando ci si ritrovi nella situazione più assurda e caotica che si possa immaginare. Come il criminale più criminale possiede sempre il diritto alla vita; come anche nei suoi confronti non si può mai accampare giustificazione alcuna che porti alla legittimazione della pena capitale, perché la fundamentalità di questo valore resta sempre immutabile e perché anche nei confronti dello stesso criminale c'è sempre la responsabilità morale di permettergli la realizzazione di tutti gli altri valori. Così anche colui che vive a suo giudizio la situazione esistenziale più drammatica non può mai rinunciare al valore fondamentale della vita.

La fundamentalità del valore vita, in altri termini, è reinterpretabile come possibilità per ogni essere umano di ri-

costruire sempre se stessi o il proprio valore morale, quello della propria bontà interiore, e tendere, così, alla realizzazione degli altri valori. Proprio per questo, forse, o, comunque in riferimento al valore vita, a partire dalla fine degli anni '60 comincia ad avvertirsi sempre di più in seno alla società ed alla cultura nordamericana e un po' ovunque nel mondo il bisogno di un ritorno all'etica. La fondazione dei diversi centri ed istituti costituisce l'elemento inizialmente visibile o quello più appariscente di un fenomeno che ormai viene quasi dovunque chiamato bioetica. Il background culturale che determina il sorgere del fenomeno bioetica, infatti, non è altro se non l'avvertita esigenza di una riflessione etica, soprattutto su quello che è il valore - oggi tanto minacciato - della vita. Pur non essendo facilmente decifrabili le modalità storico-culturali della nascita del fenomeno bioetica, la causa genetica che lo ha determinato è chiaramente identificabile nella generica affermazione di un ritorno alla prospettiva etica, di cui parla lo stesso Potter (2000) dopo gli anni in cui si era rimasti abbagliati dal principio del *more and better*, della corsa sfrenata al benessere, di un benessere da raggiungere a qualsiasi costo. Ma un'altra cosa è pure certa: quel fenomeno si è via via evoluto sia come processo socio-culturale di un'attenzione prestata al valore vita, sia come riflessione scientifica di una cultura sempre più sensibile, a modo suo, al problema vita.

Il ritorno all'etica, al di là della causa genetica che lo determina, è momento estremamente significativo all'interno di un processo culturale: non è rilevante il modo come geneticamente si perviene all'assunzione del punto di vista della morale. È già importante il fatto che lo si assuma. E da questo punto di vista il fenomeno bioetica non solo appare come uno dei fenomeni culturali più significativi del nostro tempo, ma risulta pure come l'auto-qualificarsi etico della stessa cultura, che a diversi livelli e da diversi punti di vista si ripromette di auto-sensibilizzarsi nei confronti del valore vita.

In questo modo si avvia quell'interminabile intreccio di simbiosi che si verifica in seno alla cultura fra una riflessione scientifica stimolata ad affinare le proprie riflessioni da quel quid impercettibile che pervade tutta quanta la società e questo quid che diventa sempre più chiaramente percettibile via via che la società stessa acquisisce consapevolezza del suo stesso protendersi istintuale. Ma se da una parte possiamo ancora guardare con un certo ottimismo al fenomeno, per il fatto stesso che si avverte l'esigenza di affrontare certi problemi, dall'altra dobbiamo pure realisticamente riconoscere che non da tutti i punti di vista il fenomeno presenta aspetti solo positivi; anche per quanto riguarda il problema sociale del suicidio; anche per quanto riguarda l'attenzione e la sensibilità al valore vita, altrui e propria.

Chiediamoci solo: quale è stato realmente il ritorno all'etica? Quale la saggezza prodotta da più di trent'anni di bioetica? Quale il bilancio complessivo di questi anni? Si è attuato quel processo di sensibilizzazione bioetica nei confronti del valore vita all'interno della nostra cultura? È possibile identificare l'evolversi della situazione socio-culturale con un reale affinamento della sensibilità nei confronti del valore vita? O il fenomeno della bioetica, come attività socio-culturale e come riflessione scientifica, è solo una vernice di comodo per autopresentarsi da parte di una cultura o di una società al passo coi tempi? O esso è composto da tutta una serie di posizioni diverse nei confronti di questo valore, comprese quelle che in certi momenti lo negano? (Privitera, 1999)

## **2. Bioetica come dialogo interculturale sul valore vita**

Riflettere bioeticamente sul fenomeno del suicidio significa indirizzare i risultati della propria riflessione a tutti, a prescindere dalle espressioni socio-culturali di appar-

tenenza. Tutti sono invitati al dialogo e da tutti potrà e dovrà essere preso in considerazione il valore vita perché la vita, oggetto delle riflessioni bioetiche, a tutti appartiene e da tutti dovrà essere salvaguardata e custodita.

La vita come oggetto della riflessione bioetica, infatti, è semplicemente superculturale ed in quanto tale non può mai essere considerato come problema di questa o di quell'altra cultura, ma come problema della cultura sic et simpliciter, come problema che tutte le culture non possono fare a meno di assumere come il più fondamentale.

La vita e tutti i problemi connessi alla sua salvaguardia ed al suo miglioramento qualitativo interessa tutte le culture non solo e non tanto per salvaguardare la loro stessa sopravvivenza, ma anche per promuovere questo bene così prezioso per se stesse e per tutti gli appartenenti alle altre culture.

In questo senso la bioetica può essere presentata come fenomeno superculturale e come tale essa rinvia subito all'esigenza di trasformarsi in dialogo interculturale che a partire dalle più disparate posizioni assunte dalla singole culture nei confronti del valore vita va alla ricerca di quel giudizio morale che meglio lo salvaguarda e lo promuove.

Proprio perché etica, nell'ambito della riflessione bioetica sul suicidio, così come su altri possibili comportamenti, non si può andare alla ricerca di una legittimazione del pluralismo, quanto piuttosto tendere al suo superamento. Il pluralismo è fenomeno di fatto esistente che, in quanto tale, non ha bisogno alcuno di essere legittimato da nessun punto di vista, secondo l'assioma del *contra factum non est argumentum*.

Cercare la legittimazione del pluralismo in bioetica, così come in etica del resto, significa tendere alla fondazione della possibilità di assumere come morali, giudizi formulati sulla stessa azione fra loro del tutto diversi o, in altri termini, muoversi in contesti di chiaro relativismo morale.

Le posizioni che le diverse culture, le diverse ideologie e le diverse religioni hanno già nei confronti della vita sono quelle che sono, ma pur nella più disarmante diversità ognuna di loro non potrà fare a meno di assumere come principio etico fondamentale quello di ricercare sempre e dovunque il vero giudizio morale o quello che la salvaguarda nel migliore dei modi e da tutti i punti di vista la promuove.

L'assunzione di questo principio etico non è, e non può essere mai, culturalmente condizionato: essa è anche semplicemente consequenziale all'assunzione del punto di vista della morale. Chi si muove in campo bioetico, a livello di singola persona o di fenomeno culturale, si presume abbia già fatto suo il punto di vista della morale, anzi, non può non averlo assunto e, pertanto, non potrà più sostenere che a due giudizi morali sulla stessa azione fra loro diversi possa essere attribuita la stessa legittimità di esistere.

L'innegabile fattualità di un pluralismo in campo bioetico, così come quella che esiste e che esisterà sempre in etica, determina solo l'esigenza di partire tutti dalle diverse posizioni culturali per cercare insieme, nella diversità di queste posizioni e proprio perché tali sono, quell'unico giudizio che, perché vero, corrisponde a quello del punto di vista della morale. Come il valore vita, infatti, così anche il giudizio morale si colloca al di sopra e al di là di qualsiasi contingenza culturale e verso di esso ogni cultura dovrà tendere a partire dalla sua contingente fattualità.

In questo senso il fenomeno bioetica può, e dovrà avvicinare le culture, anche quelle fra loro profondamente diverse, perché nonostante le più divergenti posizioni in ognuna di loro c'è sempre di fatto anche la tensione a ricercare il vero giudizio morale, come ovvia conseguenza dell'assunzione già operata del punto di vista della morale. E nonostante tutta la loro diversità, in bioetica, esse si ri-

trovano accomunate dal loro rapportarsi ad un valore che manifesta loro tutta la sua fundamentalità anche quando viene da loro percepito in maniera diversificata.

Che poi sul suicidio, come su altri comportamenti, si raggiunga o meno una soluzione convergente a livello di giudizio morale è discorso altro, che si pone sempre, però, sul piano della più disarmante fattualità. Ma proprio perché si parte da posizioni diverse, a livello di rapporti interculturali e, analogamente, di rapporti interpersonali, sorge il fenomeno bioetica ed esiste da vecchia data il fenomeno etica.

La bioetica come fenomeno di dialogo interculturale non è altro che la risposta data dalle diverse culture all'esigenza morale di cercare insieme la strada verso il superamento della diversità delle loro posizioni riguardo al valore vita e quella della soluzione da dare a tanti problemi, come appunto quello del suicidio, che sono presenti in tante società o culture. Ma soluzione che va a collocarsi in fondo al di sopra di ogni cultura e società.

Da questo punto di vista, pertanto, si tratta di riflettere sul fenomeno suicidio e di avviare un dialogo interculturale che trascende se stesso e la singola persona per andare ad aggrapparsi a quello che costituisce il valore più fondamentale di ogni albero assiologico: la vita.

### **3. Bioetica come dialogo interpersonale e intraculturale sul valore vita**

All'interno di questo punto di vista il discorso da fare sul valore vita è analogo a quello del paragrafo precedente: poiché la cultura non si presenta mai come fenomeno monolitico, nel senso che all'interno di una cultura proliferano sempre le più disparate posizioni ideologiche, che possono pure avere radici di natura religiosa, e poiché la

collocazione superculturale del valore vita e dello stesso punto di vista della morale che è quello dell'imparzialità è dato di fatto che vale anche entro questo contesto, anche in esso si ha bisogno di un dialogo interpersonale che, a partire dalle posizioni divergenti assunte dai singoli individui, vada alla ricerca del vero giudizio morale.

Il fatto che nel dialogo, interculturale o interpersonale, si parta da posizioni che escludono, in modo più o meno esplicito od implicito, la superculturalità del giudizio non costituisce un argomento a favore del pluralismo, sul piano teoretico, e non può nemmeno tradursi in inevitabile e fatalistica accettazione della divergenze di fatto riscontrabili. In una simile prospettiva alla bioetica verrebbe attribuito il compito di legittimare le proprie posizioni senza nemmeno preoccuparsi di porsi l'interrogativo morale.

La divergenza fattuale di tante posizioni all'interno di una cultura crea piuttosto l'esigenza di sapere innanzitutto quale fra le tante sia quella giusta, quella che, perché tale, dovrebbe essere condivisa da tutti.

Interessarsi di bioetica, in altri termini, ed affermare che la propria posizione, anche se diversa da quella degli altri, merita comunque, così come quella altrui, ogni diritto di cittadinanza nel regno della morale è semplicemente un controsenso. Nel caso del suicidio dovremmo immediatamente legittimare l'azione del suicida e dire all'aspirante suicida che fa bene a fare quello che si accinge a fare, se questa è la sua convinzione. O si è convinti che le proprie convinzioni morali meritano sempre di essere riesaminate attentamente, perché possano adeguarsi sempre più inequivocabilmente al vero giudizio morale, o non ha senso avviare una discussione morale.

Ma è pure quanto meno segno di poca delicatezza nei confronti dell'altro, per non dire di arroganza, partire dal presupposto che la propria posizione sia quella vera, quella che gli altri, tutti, dovranno assumere. Anche ad avere

certezza assoluta sulla veridicità delle proprie posizioni, le regole del dialogo in genere e di quello bioetico in particolare, impongono sempre un atteggiamento maieutico nei confronti di chi la pensa in maniera diversa. Ma anche ad avere questa certezza, lo stesso dialogo esige che ci si collochi, assieme all'altro, in atteggiamento di ricerca, adducendo i propri argomenti a favore o contro e ascoltando con serenità critica gli argomenti dell'altro (Privitera, 1992).

Un simile atteggiamento non esclude, anzi richiede, che si presenti con la massima chiarezza e con inequivocabile linearità la propria posizione, ma sempre rispettando le regole del contesto dialogico. Con chiunque, ma in maniera particolare, ovviamente, nel nostro caso con l'aspirante suicida.

#### **4. Come parlare del valore vita**

L'aspirante suicida può anche essere ateo: nel fondare l'illiceità morale del suicidio, pertanto, non si dovrà fare riferimento alla fede. Il che vale per tutta l'etica normativa. Può facilmente accadere, infatti, di ritrovarsi a dialogare anche con persone o gruppi fondamentalmente atei che parlano contro l'omicidio o contro la pena di morte e di dover restare immancabilmente entro la prospettiva etica secondo la quale noi non possiamo e non dovremmo poter fare a meno di essere contrari alla pena di morte ed a qualsiasi forma di omicidio, semplicemente per motivi etici, proprio perché il valore vita è il valore più fondamentale nella scala gerarchica di tutti i valori, il valore che sta alla base di qualsiasi altro valore, il valore che permette a qualunque persona umana di realizzare gli altri valori e persino il valore morale o la bontà della volontà, la bontà del cuore, la bontà del nostro intimo più intimo, questa nostra bontà morale.

Questa bontà morale da Kant viene definita come qualcosa di assoluto, più grande della quale non è niente pensabile al mondo, ma qualcosa che può essere realizzato dalla persona umana. Ma questa bontà morale può essere da noi realizzata e attuata, possiamo tendervi solo se possediamo la vita e altri valori non morali, solo se siamo nelle condizioni di vivere, cioè, e vivere dignitosamente. In questo senso il valore vita è il valore fondamentale: valore che sta alla base di tutti gli altri valori e che in quanto tale merita di essere desiderato, voluto, realizzato, ma valore con il quale non si identifica la nostra bontà interiore.

Ognuno poi il valore morale lo realizza a modo suo, nell'intimo della sua coscienza, nell'intimo del suo cuore, perché ognuno risponde a modo suo a quello che l'ateo Nicolai Hartmann chiama "sentimento originario dei valori". L'attrazione che i valori esercitano su ciascuno di noi corrisponde per il credente a quella attrazione che esercita il bene voluto da Dio, il bene che si identifica con Dio stesso. Il bene ed i valori attraggono però indistintamente tutti, non soltanto il credente, si rivolgono a tutti, alla persona umana in quanto tale. Per questo vivere moralmente non è un compito esclusivo del credente, ma dell'uomo in quanto tale. Per questo poi sul piano normativo la persona umana, in quanto tale, ha il compito di garantire sempre a se stessa ed agli altri il valore vita.

Ma c'è bisogno di tutto un discorso educativo o formativo, c'è bisogno di chi ce lo presenti come tale il valore vita, di chi ce lo faccia vivere in questo modo il valore vita, di chi ci faccia vedere la sua grande fundamentalità e il suo grande significato, la sua rilevanza nella realizzazione di quel progetto esistenziale che ognuno di noi può e deve realizzare durante la sua esistenza terrena. Il valore vita che permette di realizzare tanti altri valori è un arco di tempo affidato a ciascuno di noi e ognuno di noi deve saper realizzare se stesso e qualcosa per gli altri proprio in quest'arco più o meno lungo di tempo. In esso ognuno di

noi deve saper realizzare quell'ideale, quel progetto che è tutto suo. Ognuno ha proprio il compito di realizzare durante la sua vita un capolavoro: non siamo scultori, non siamo artisti, non siamo pittori, non siamo musicisti, ma tutti quanti indistintamente in quanto persone umane possiamo e dobbiamo realizzare in un modo o nell'altro, il capolavoro della nostra esistenza.

Neanche al delinquente più delinquente, pertanto, va tolta la vita. Proprio per quello che abbiamo detto, la vita deve essere garantita a chiunque, perché chiunque, continuando a vivere, si trovi sempre nelle condizioni di recuperare il suo ideale, il suo capolavoro, di poterlo portare a compimento, di poterlo realizzare in un modo o nell'altro. Proprio per questo il valore vita merita pure di essere rispettato e garantito in ogni sua fase, in ogni suo istante, in ogni suo dimensionarsi nell'arco di questo iter esistenziale. Non c'è in altri termini una fase della nostra esistenza che sia più significativa, più valida, più importante o meno importante di un'altra fase della nostra esistenza e proprio per questo dobbiamo sapere rispettare e garantire il valore vita in ogni sua fase in ogni suo momento.

La vita non è vita solo quando si ha a che fare con una persona sana, la vita non è vita soltanto quando si ha a che fare con una persona che ha la gioia di vivere, la vita non è vita soltanto quando si ha a che fare con una persona che ha saputo già realizzare o che ancora è in cammino verso la realizzazione piena del suo ideale, la vita umana in particolare è vita sempre: chiunque la possieda, in qualunque condizione la possieda. Che noi ci troviamo cioè di fronte ad un malato terminale, di fronte ad un malato mentale, di fronte ad una persona delinquente o colpevole di tanti misfatti, il valore vita anche in queste persone è sempre quel valore più fondamentale che in quanto tale merita di essere rispettato e garantito a tutti.

Ognuno deve potersi ricostruire, ognuno deve poter realizzare quel capolavoro che è si identifica col proprio

valore morale. E questo lo si può realizzare anche in pochissimi istanti. Ci vuole poco per distruggerlo, ma ci vuole anche poco per ricostruire o per costruire il valore morale della propria bontà interiore. Lo si può realizzare anche in un solo istante e in questo senso ogni istante della nostra vita, del valore vita che noi possediamo è importante, è fondamentale, è decisivo; ogni istante, qualunque istante è un momento ben preciso che ci porta a realizzare la nostra esistenza.

Ognuno di noi può e deve realizzare il proprio valore in qualsiasi istante della propria esistenza perché non c'è mai un momento in cui si è più persona umana. Che si sia giovani, adulti o anziani o che si sia bambini o semplicemente embrioni o feti si è sempre in possesso di quella vita umana che merita il massimo rispetto e la massima attenzione da parte di tutti, a cominciare da se stessi. Il suicidio, in altri termini, non è più accettabile in una persona anziana e meno accettabile in un giovane. Così come l'omicidio che resta tale nei confronti di chiunque venga compiuto.

Non c'è una fase della nostra esistenza con la quale ci identifichiamo di più, non una di quelle già trascorse e nemmeno una di quelle che dobbiamo ancora vivere. Dal punto di vista psicologico noi ci identifichiamo piuttosto con ogni istante della nostra esistenza perché ogni momento, ogni esperienza, ogni fase ha avuto, ha o avrà un suo significato: fase dopo fase, momento dopo momento ognuno di noi ha costruito la propria realtà personale, ciò che è oggi. Proprio per questo sia nei confronti degli altri come nei confronti di noi stessi dobbiamo saper avere e garantire un rispetto massimo in qualsiasi momento della vita. Proprio per questo si tratta di saper educare e formare la coscienza del bambino, come dell'adolescente, del giovane come dell'adulto a saper cogliere il significato del valore vita, a saperlo vivere, a saperlo realizzare durante la propria esistenza.

Tutto ciò significa anche saper cogliere come il valore vita possieda tutta una serie di fasi che meritano tutte di essere rispettate, sia quelle che viviamo da quando abbiamo cominciato a vedere la luce del sole, sia quelle che viviamo nella vita intrauterina. Ogni fase della nostra esistenza, infatti, è un momento che ci ha portato ad essere ciò che siamo oggi. Ogni fase della nostra vita come della vita degli altri è un momento che deve essere rispettato e garantito. O in altri termini si tratta di formare la coscienza degli altri, e innanzitutto la nostra, a prendere in seria considerazione ciò che in ultima analisi è il valore vita.

La grande possibilità che viene offerta a tutti gli uomini di realizzare il proprio capolavoro e in quanto persone umane di realizzare qualcosa di positivo nei confronti degli altri costituisce il più significativo compito morale da attuare. Da questo punto di vista c'è ancora parecchio da riflettere e da assimilare in seno alla nostra cultura contemporanea. C'è ancora parecchio da riflettere al giorno d'oggi su quello che significa una guerra, su quello che significa la perdita di tante vite umane, su come la decisione di una o più persone può condizionare la vita di tante altre. Quante vite avrebbero potuto continuare a vivere, avrebbero potuto continuare a realizzare quel capolavoro della loro esistenza se qualcuno non le avesse mandate a combattere: tutto invece si è frantumato in un campo di battaglia sotto una bomba caduta dal cielo o per un proiettile partito da un luogo inaspettato.

Il rispetto nei confronti della vita di tutti, di quella propria come di quella altrui, in qualunque fase essa si trovi non è qualcosa che scaturisce solo ed esclusivamente da una prospettiva religiosa, che vale solo per il credente, solo per chi pensa che la vita sia dono di Dio. Per il credente questo valore che gli è stato dato, qualcosa che gli è stata affidato, qualcosa appunto che posto nelle sue mani deve essere portato a compimento e fino in fondo realizzato.

Per questo riflettere sul suicidio, così come sull'omicidio, sulla pena di morte o sulla guerra è un momento fondamentale e decisivo per la cultura contemporanea. Si ha bisogno di riscoprire il significato del valore vita, il suo essere fondamentale e decisivo nell'impostazione e nella realizzazione piena di un'esistenza personale che poi è anche la realizzazione di una società, di una cultura, di un popolo e dell'umanità intera che cerca di vivere oggi nel migliore dei modi per preparare un futuro alle generazioni che verranno a vivere su questa terra.

Si cerca di vivere oggi nella pace, di realizzare oggi qualcosa di significativo e di valido perché anche coloro che ancora non vivono ma che vivranno in un futuro più o meno prossimo, possano trovarsi a vivere su questa terra così bene come ci ritroviamo noi o anche molto meglio di come possiamo vivere noi oggi.

### Riferimenti bibliografici

- Potter V. R., (2000), *Bioetica: ponte verso il futuro*, Sicania, Messina.  
Privitera S., (1992), *Temî etici di dialogo ecumenico. Sull'universalità dell'esigenza dialogica dell'etica*, ISB, Acireale.  
Privitera S., (1999), *Il volto morale dell'uomo. Avvio allo studio dell'etica filosofica e teologica*, ISB, Acireale.  
Privitera S., (1999), *La questione bioetica. Nodi problematici e spunti risolutivi*, ISB, Acireale.

## 10. Famiglia, stigma e prevenzione del suicidio

di Piero Accetta

### 1. Premessa

Nella tavola rotonda dello scorso anno, 2002, tenuta presso il Palazzo della Provincia, affrontando il tema del suicidio giovanile conclusi la mia presentazione, affermando: "Non conclude chi tende a portarsi dentro pesanti sentimenti, rimorso, per non aver capito o per aver sottovalutato qualcosa, colpa per aver se pur indirettamente, agevolato il suicidio, nel senso di aver fatto un atto di omissione, un sentimento di vergogna, per lo stigma sociale tuttora esistente".

Stigma, risalendo all'etimologia greca, significa "marchio", "puntura", in altre parole marchio che si imprimeva nella fronte del delinquente o dello schiavo; dunque segno distintivo caratteristico che indica un segno o qualcosa che non è considerato standard.

Lo stigma del suicidio coinvolge direttamente i familiari dei soggetti suicidari che per i sentimenti provati per i congiunti scomparsi, tendono a tacere l'atto commesso agli esterni preoccupandosi di suscitare in loro sentimenti sgradevoli. Lo stigma rientra nel campo della Salute Mentale, purtroppo molta gente in situazioni di depressione o in presenza di altri sintomi che rientrano nel campo psichiatrico, non chiedono aiuto per la paura di essere marchiati come "folli".



Non si nomina la malattia, ma si sostituisce con il nome o le caratteristiche del luogo di cura assimilabili a dei veri e propri Manicomi, Lazzaretti, Sanatori, centri anti-tubercolari moderni, muniti di grate e porte blindate.

L'effetto imbarazzante dello stigma resta in realtà molto presente, malgrado i tentativi d'informazione e sensibilizzazione, intrapresi dalle scuole, dai no profit e da altre organizzazioni. Il suicidio tra i giovani, infatti, non riesce a trovare una collocazione nella nostra cultura nazionale. Diversamente dalle altre malattie che colpiscono le aree della adolescenza e dei giovani/adulti, quali diabete ed asma, la depressione grave e le psicosi con pensiero di morte, non sono state ancora emozionalmente legittimate. Il rifiuto della comprensione delle patologie su indicate, è determinato da una rigidità mentale e dall'incapacità ad accettare i sentimenti di paura che le stesse malattie suscitano.

Il risultato? Se si deve discutere di suicidio, non si può relegarlo a programmi di educazione alla salute che sono marginali o dedicargli spazio solo su trasmissioni televisive notturne. I mass media preferiscono trattare gli atti terribilmente violenti commessi da persone con malattie mentali, senza dare alcune informazioni in modo equilibrato, ma addossano colpe a pazienti con diagnosi psichiatriche che hanno tendenze alla violenza.

Il timore di essere marchiati come persona "violenta" trattiene molta gente nella ricerca di cure per la depressione, l'ansia ed altri problemi che rientrano nella categoria psichiatrica. Tutto ciò crea problemi derivanti dallo stigma a coloro che sono reduci da un suicidio ed in particolare per i familiari che provano imbarazzo a parlare dei particolari con gli estranei.

Il silenzio delle famiglie ed il senso di vergogna provata ad accettare che un loro familiare soffra di problemi mentali, può favorire i soggetti predisposti a mettere in atto comportamenti autolesionisti o atti suicidari veri e propri. Durante la mia corrispondenza in *news groups* tematici mi

si presentano casi di persone con depressione grave e idee di suicidio, ai quali suggerisco di chiedere aiuto presso strutture preposte alla cura di tali disturbi, ma la risposta è "non sono pazzo". Esaminando sinteticamente alcuni esempi di stigma; stigma incontrato dai parenti delle vittime di suicidio, stigma incontrato da quelli che vivono con la malattia mentale e stigma dei medici di famiglia che trattano la depressione, la prima questione riguarda come risponde la famiglia alla presenza di un soggetto con malattia mentale.

Lo stigma incontrato da coloro che soffrono una malattia mentale comporta la difficoltà ad ammettere la propria malattia mentale e ciò evita a molti la possibilità di una cura che potrebbe impedire il suicidio. Occorre precisare che non tutti coloro che commettono un suicidio necessariamente soffrono di una malattia mentale, anche se l'atto spesso è il sintomo di un grave disturbo.

Ritornando alle mie passeggiate nei *news groups* telematici, lì le persone che stanno meditando il suicidio sembrano avere l'atteggiamento di chi ha solo qualcosa che non va; quindi, raramente ammettono di avere un problema di salute mentale. Essi non si rendono conto che i problemi di salute mentale possono essere trattati e curati o essere controllati almeno in modo positivo.

Esiste anche lo stigma dei medici di famiglia che si trovano loro malgrado a trattare la depressione. Molti autori affermano "La depressione non è un difetto del carattere. È un disordine biochimico". Alcuni medici, ancora oggi, possono affermare: "Io non posso aiutarla. I suoi problemi sono della mente e non del corpo". E questa è un'amara realtà.

Un'altra forma di stigma da considerare è quella per il Comportamento Criminale Violento. Ci sono molti omicidi commessi dalle persone che pensano al suicidio. Da qui la convinzione comune che struttura lo stigma: "Chi ha problemi psichici è più propenso a uccidere o commettere violenza". Una prima risposta da dare a chi afferma questo

è che la malattia mentale copre una così vasta gamma di comportamento anormale, che chiunque ricorre all'assassinio ha un disturbo psichico, ma in nessun modo chiunque abbia una malattia mentale è più propenso ad uccidere rispetto alla media della popolazione. Inoltre, possiamo avere pensieri omicida in un momento di collera o di rabbia. Tuttavia, una persona con una mente sana ne riconosce la valenza criminale e si sforza di pensare più costruttivamente; una persona che non può controllare i propri pensieri per una malattia mentale potrebbe andare avanti progettando e mettendo in atto una violenza.

Esaminiamo alcune forme di stigma, assimilabili allo stigma generato dal comportamento suicidario, si evincano i modelli applicabili allo stigma del suicidio.

Lo stigma più antico è quello delle crisi comiziali: l'Epilessia. I disordini del comportamento sono più frequenti nei pazienti, bambini ed adulti, con epilessia rispetto alla popolazione generale. Esistono fattori neurobiologici e psicologici responsabili del comportamento: dal punto di vista neurobiologico, dall'importanza del danno al cervello, rispetto alla sua natura, la topografia, l'età di insorgenza. Le caratteristiche specifiche di comportamento e di personalità sono state collegate alla localizzazione temporale dell'epilessia, ma una sindrome temporale del comportamento non è dimostrata. Le epilessie frontali, ad esempio, sono responsabili dei deficit psicologici e del comportamento. La malattia epilettica, infatti, è causata dal cattivo funzionamento di un neurone come la produzione endogena abnorme delle sostanze oppioidi durante le aeree. I fattori organici non possono essere dissociati da quelli psicologici. Lo stigma peggiora l'epilessia e aggrava l'imprevedibilità delle crisi danneggiando il carattere del soggetto epilettico e presentando pesanti ricadute sulla famiglia e sull'ambiente. I farmaci, oggi, controllano bene la convulsività, alcuni di essi agiscono anche sull'aggressività e sulle turbe del comportamento.

Un'attenta gestione dei pazienti sia psicologica che sociale è sempre indicata, accompagnata dalla consapevolezza che ogni persona è unica e deve essere capita ed aiutata nella sua singolarità.

Un altro stigma comune è l'handicap, infatti, un recente studio pilota delle percezioni parentali sulle esperienze di bambini con disturbi inerenti lo sviluppo di coordinazione motoria, ha rivelato che i genitori credono che le difficoltà dei loro bambini limitano la loro partecipazione alla vita sociale. Le interazioni fra malattia e partecipazione sociale sono interpretate nel contesto dello stigma e della relativa gestione. È assodata l'utilità di interventi professionali di terapia nell'area del gioco e delle attività della vita sociale dei bambini, questi stessi interventi riducono gli effetti negativi dello stigma e agevolano la gestione emozionale dei vissuti interni.

Per ciò che riguarda l'AIDS occorre evidenziare che la qualità di vita dei soggetti HIV è influenzata da fattori sociali: supporto sociale e risorse materiali, relazioni e famiglia; psicologici (stigma, affezioni, intrusione, evitazioni e fatalismo). I risultati degli studi scientifici sostengono che lo stigma sociale e, specialmente, i fattori psicologici sono importanti per la loro influenza sulla qualità di vita nei soggetti suddetti, ed inoltre, suggeriscono l'esigenza di interventi che richiamano la diretta presa in carico dei fattori su indicati.

Per quanto detto sopra, compito della ricerca è quello di maturare competenze specifiche nella valutazione e nella progettazione di trattamenti psicoterapeutici, psicofarmacologici integrati, basati sulla severità della patologia, della psicopatologia e delle comorbilità somatiche che tengano conto della prognosi.

La ricerca deve allora mettere a fuoco: la riduzione del dolore, l'identificazione psichiatrica precoce di eventuali disturbi e, del trattamento dei pazienti bambini ed adolescenti e delle loro famiglie a rischio. Una ricerca che

si occupa pertanto con studi integrati di un metodo per combattere lo stigma, certamente può impedire ulteriori danni e ridurre l'inabilità di soggetti con disagio psichico a rischio di suicidio. (Stoddard, Saxe, 2001)

Si può affermare che in Italia esiste una sorta di *cor-to circuito* tra il sistema sanitario, Salute Mentale e il mondo dei familiari. Il 90% dei familiari di soggetti con disturbi psichici non è iscritta in nessuna associazione; però molti familiari lamentano carenze nelle prassi psichiatriche, frutto della disparità tra intenzioni dottrinali e precarietà della realtà assistenziale.

L'A.F.I.Pre.S vuole proporre un percorso alternativo che permetta di uscire da questa stagnazione e superare lo stigma, promuovendo campagne di sensibilizzazione contro ogni pregiudizio sul disagio psichico. Infatti, la famiglia della vittima di un suicidio o di un tentato suicidio, non desidera discutere pubblicamente la tragedia e preferisce uno spazio privato per vivere il suo dolore. Ogni anno, un alta percentuale, in Italia più di 3500 persone muoiono per suicidio. Il modello dell'A.F.I.Pre.S è un esempio di movimento di consapevolezza nazionale sul suicidio che opera, con gli strumenti del volontariato, per provare a dissipare lo stigma e l'ignoranza connessa alla morte autoinflitta. Molte famiglie lottano ogni giorno in solitudine per combattere il dolore di quei giovani figli che minacciano quotidianamente il suicidio. Compito di tutti i cittadini è stimolare le Istituzioni locali e regionali a combattere il suicidio, sottolineandone la rilevanza del problema suicidio e l'importanza della sanità pubblica ad attivarsi per realizzare interventi preventivi.

## 2. Famiglia

Dietro il suicidio di un adolescente o di un giovane vi è sempre, oltre che la rottura con il mondo, una ricerca di pace perduta che può coincidere soprattutto con la perdi-

ta della vita. La famiglia del giovane suicida ha un ruolo importante nella gestione del comportamento suicidario ed è un buon ammortizzatore del danno dello stigma. Non esiste una relazione diretta tra caratteristiche familiari e il suicidio del suo membro, pur restando pregnante il coinvolgimento della famiglia negli atti suicidari; infatti, i conflitti familiari possono essere la causa scatenante del comportamento suicidario. Inoltre, alle problematiche personali, aggiungendosi i fattori familiari si determina una combinazione suicidogena rilevante ed importante.

Le famiglie a rischio sono identificabili in quei sistemi chiusi e fragili, che proibiscono l'intimità al di fuori della famiglia stessa. Famiglie per le quali ogni tipo di separazione è intollerabile. Famiglie che non tollerano le crisi ed evitano in ogni modo i conflitti per non vedere la diversità/differenza. Famiglie traumatiche, violente, con casi incesto, in altre parole famiglie che non tollerano il cambiamento. Alcuni fattori da considerare importanti e da tenere sotto controllo sono i modelli di fuga che possono incoraggiare l'atto suicida, come la separazione, morte, divorzio, nervosismo, suicidio di uno o dei genitori, superprotezione o indifferenza. Dietro il suicidio di un adolescente o di un giovane vi è, oltre che la rottura col mondo, una richiesta di aiuto, una ricerca di una pace perduta che può coincidere, purtroppo, con la perdita della vita. La famiglia del giovane suicida ha un ruolo importante nella gestione del comportamento suicidario ed è un buon ammortizzatore del danno dello stigma.

Non esiste, comunque, una relazione diretta tra alcune caratteristiche familiari e il suicidio di un suo membro, pur restando il coinvolgimento della famiglia essenziale nei casi di elevato rischio di suicidio. Spesso, infatti, i conflitti familiari possono essere la causa scatenante del comportamento suicidario. Alcuni fattori familiari però aggiunti a problematiche personali, possono avere una valenza suicidogena importante.

Le linee guida OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per la famiglia consigliano di migliorare la conoscenza delle problematiche connesse al fenomeno suicidario e fornire un adeguato supporto psicosociale alle persone con ideazione suicidaria, a quelle che hanno realizzato un tentativo di suicidio, ai familiari e alle persone vicine a soggetti che hanno tentato o realizzato un suicidio (WHO, 2000). Queste linee guida partono dal principio che il suicidio non è sempre la manifestazione estrema di un disagio, è, comunque, evidente che una sofferenza psichica è implicata nella grande maggioranza dei percorsi esistenziali dei soggetti che arrivano a darsi la morte (Padoani, Marini, Pavan, 2002).

I motivi dei tentativi di suicidio in adolescenti sono essenzialmente il perfezionismo, la depressione e l'espressione socialmente prescritta di rabbia. La valutazione sistematica dei motivi di un tentativo di suicidio è uno strumento utile per i clinici nella determinazione delle raccomandazioni per il trattamento e la prevenzione (Boergers, Spirito, Donaldson, 1998). I fattori di rischio suicidario che interessano la famiglia sono di natura socio-demografica come: l'interruzione di relazioni importanti (separazione, divorzio, vedovanza), l'isolamento sociale, la disoccupazione, la migrazione. Esistono anche fattori di tipo ambientali che sono: eventi di vita stressanti, disponibilità dei mezzi suicidari, esperienze dirette di suicidio o familiarità per comportamenti suicidari, come detto sopra.

Si esamineranno di seguito alcuni fattori di rischio suicidario della famiglia. Il comportamento suicidario della madre può influire sull'equilibrio psichico del bambino. I bambini di madri depresse sono più propensi a pensieri o a comportamenti suicidari rispetto a figli di madri sane. Il fenomeno interessa la prole delle madri con malattia depressiva e disordine bipolare. La correlazione tra i fattori su indicati è ascrivibile nei problemi di umore dell'adolescente

(per esempio, comportamento ipomaniacale) e, nelle strategie messe in atto per fronteggiare il rifiuto parentale. (Klimes-Dougan, Free et al., 1999). La problematica del divorzio e della separazione, tenendo conto che matrimonio o convivenza sono generalmente considerati fattori protettivi rispetto all'ideazione ed al comportamento suicidario, produce condizioni di solitudine accompagnati da sensazioni personali di fallimento relazionale che aumentano il rischio suicidario (WHO, 2000). Lo stato di disoccupazione, soprattutto nel periodo immediatamente successivo alla perdita di un lavoro, è un indubbio fattore di rischio (WHO, 2000, *op. cit.*). Soggetti migranti che per varie ragioni hanno dovuto trasferirsi dalla campagna alla città o dal paese d'origine ad un altro paese, presentano un maggior rischio suicidario (WHO, 2000, *op. cit.*).

Particolare è la relazione tra abuso di minori e il suicidio. Gli adolescenti abusati hanno mostrato predisposizione significativa ai fattori di rischio per il suicidio. Essi vivono un disagio psico-sociale che comprende: la disintegrazione della famiglia accompagnata a diagnosi di: depressione, di disturbi comportamentali disgregativi e di dipendenza da sostanza (Kaplan, 1997).

Tenendo conto di alcuni parametri dell'abuso si nota che i giovani abusati presentano problematiche simili a quelle di un giovane a rischio di suicidio. Occorre quindi cogliere alcuni fattori predittori nelle vittime di abuso per una precoce prevenzione:

- particolarità dei bambini sessualmente abusati;
- il problema dei bambini senza i sintomi;
- la possibile insonnia grave;
- l'importanza del contesto della famiglia nel recupero;
- il programma della terapia focalizzata sull'abuso;
- la durata ottimale del trattamento;

- il problema delle interruzioni del trattamento;
- lo sviluppo e l'uso di parametri specifiche per il risultato (Finkelhor, Berliner, 1995).

La sterilità maschile nella famiglia ha una relazione con lo stigma. Lo studio di Nachtigall et al. ha correlato l'influenza dello stigma dell'infertilità nel maschio ad altre variabili demografiche e la comunicazione dei genitori ai figli di averli concepiti tramite inseminazione artificiale.

Si è visto che i padri sono più sensibili allo stigma, possono esprimere meno calore parentale e promozione dell'indipendenza rispetto alle madri; infatti, le percezioni dei padri dello stigma possono influenzare negativamente il rapporto con i figli (Nachtigall et al., 1997).

### 3. Prevenzione

Una domanda che può arrovellare il ragionamento del clinico: curare un paziente o prendersi cura del paziente? Diceva Karl Gustav Jung: "il malato o il disagioato mentale non è più tale quando si vede accettato, capito e amato nel suo ambiente". Vi è una scarsa informazione delle famiglie e dei medici di famiglia sulla prevenzione dei disturbi di umore nei giovani e negli anziani. Di suicidio occorre parlare in modo che la gente sia informata che il desiderio di concludere la vita è un segno della depressione, che è una patologia trattabile clinicamente.

Alcuni suicidi sono, infatti, il risultato di un dolore intollerabile, quasi infinito, causato da uno squilibrio di neurotrasmettitori. Maggiore consapevolezza nei soggetti a rischio e nella popolazione porterà a cercare aiuto senza imbarazzo quando la malattia è nelle relative fasi iniziali. Tutta la ricerca indica che il trattamento iniziale della depressione a qualunque età è molto più efficace come in altri tipi di malattia.

Non è mai possibile spiegare un comportamento suicidario con una sola causa; i vari fattori sono sempre fra di loro intrecciati ed è difficile separarli. Ma cosa possiamo fare per prevenirlo? Occorrono dei programmi generali come: limitare l'accesso ai mezzi suicidari nei soggetti a rischio (farmaci, armi...); attuare programmi educativi (scuola, famiglia, operatori); formare i medici di famiglia; creare équipe specialistiche cittadini o regionali.

La maggior parte dei comportamenti suicidari, soprattutto quelli ad esito fatale, sono il risultato di lunghi periodi di elaborazione, durante i quali è possibile cogliere segnali diretti ed indiretti di un'ideazione suicidaria che possono orientare verso un opportuno intervento di prevenzione. Per esempio l'esperienza diretta della morte di un genitore, di un familiare o di un amico per suicidio aumenta il rischio di ripetere l'atto, suicidio imitativo, anche a notevole distanza di tempo dall'episodio, forse per strutturazione del *mito* (Potter, et al., 2001).

La prevenzione del suicidio in un adolescente prevede di migliorare la comunicazione dando spazio all'espressione dei sentimenti; migliorare le capacità di percepire i segnali di allarme e di facilitare i trattamenti, quando siano necessari, in un *lavoro integrato di rete*, facendo conoscere meglio le possibilità riabilitative relazionali. Quanto elencato sopra si basa sui principi medici della prevenzione che viene organizzata a tre livelli.

#### 4.1. Prevenzione primaria

Essa consiste essenzialmente: nell'informazione rivolta alla popolazione mirante a ridurre lo stigma sociale legato non solo ai comportamenti suicidari, ma alla malattia psichiatrica in generale. (Centro Studi Documentazione A.F.I.Pre.S., 2002); nella formazione degli operatori sanitari che più spesso vengono a contatto con gruppi di

soggetti a rischio e nel riconoscimento e gestione del paziente depresso (Rutz, Knorrning, Walinder, 1995).

La prevenzione primaria si attua attraverso campagne di prevenzione del disagio giovanile e collaborazioni con le scuole, per esempio, permetterebbero di raggiungere le famiglie a rischio suicidarlo. Ma anche attraverso la limitazione dell'accesso a mezzi suicidari fortemente letali quali armi da fuoco o sostanze tossiche ed il controllo dell'abuso alcolico (WHO, 2001) e la promozione di un'informazione meno incline alla spettacolarizzazione o al riferimento scandalistico permette e facilita una maggiore attenzione verso linee guida di comportamento preventivo primario.

#### 4.2. *Prevenzione secondaria*

È indirizzata ai soggetti affetti da patologie psichiatriche e che hanno già compiuto un tentativo di suicidio. Può essere attuata: parlando con la famiglia o eventuali amici e indagando la progettualità suicidaria. È prioritario rispondere in tempi brevi e in maniera efficace alla presentazione di una crisi suicidaria. Il *Telefono Giallo* (Comune di Palermo - A.F.I.Pre.S.), per esempio, è un'esperienza di linea telefonica disponibile quotidianamente per diverse tipologie di intervento sulla crisi emozionale e rientra tra le azioni di prevenzione secondaria, come è stato detto stamattina. Un'attenzione particolare spetta all'assistenza dei soggetti che hanno sperimentato la morte di un familiare per suicidio.

#### 4.3. *Prevenzione terziaria*

Per questa fase di prevenzione non bisogna in nessun caso assumere un atteggiamento di apprensione, di abbandono, di espulsione o di stigma. È utile iniziare fin da

subito un trattamento farmacologico, generalmente anti-depressivo, accompagnato da un intervento psicologico di sostegno o da una vera e propria psicoterapia.

In alcuni casi potrebbe risultare necessaria l'ospedalizzazione, in particolare quando l'ideazione suicidaria sia pressoché costante e associata ad un'elevata intenzionalità autosoppressiva con progetti concreti di realizzazione del suicidio. In situazioni estreme è anche configurabile il ricorso al ricovero coatto. Compito del medico è innanzitutto di valutare le risorse a disposizione nell'ambiente vicino al paziente, in particolare la presenza o meno di familiari, amici o altre persone di effettivo riferimento e coinvolgerle nell'assistenza al paziente. L'invio ad uno specialista psichiatra è consigliabile quando sia possibile individuare in anamnesi un disturbo psichiatrico, precedente al tentativo di suicidio (una storia familiare positiva per suicidio, disturbi psichiatrici e abuso alcolico, assenza di supporto sociale). I programmi specifici utilizzati dall'A.F.I.Pre.S. per realizzare i tre livelli di prevenzione in particolare la secondaria e la terziaria sono: l'utilizzo di "unità di crisi", la *hot-lines Telefono Giallo* e l'accoglienza. Come già sottolineato, il servizio di volontariato dell'accoglienza è composto da un *pool* di psicologi organizzati in un piano di ascolto al fine di riconoscere le persone a rischio, riconoscere precocemente i disturbi psichici (depressione in special modo) ed effettuare interventi su chi ha tentato il suicidio.

### 5. **Sopravvissuti**

I sopravvissuti hanno bisogno di un appoggio psichico per affrontare la loro dolorosa esperienza, anche il dolore della famiglia merita una speciale attenzione, fonte preziosa per lo sviluppo di una efficace campagna di consapevolezza sociale, clinica e di ricerca.

Si conclude il presente contributo con le parole di un padre perennemente alla ricerca del figlio perduto nei meandri della sua malattia, che lo condusse alla morte per suicidio: "Il mio dolore è come alzarsi in piedi in riva a un mare in tempesta. A volte quando meno te lo aspetti, la rabbia ti colpirà improvvisamente come una grande onda. Ma almeno ora lo riconosco e so che posso lavorare per combatterlo" (papà di Paul morto a 23 anni).

### Riferimenti bibliografici

- Boergers J., Spirito A., Donaldson D., (1998), *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Dravet C., (2002), in *Rev Neurol*.
- Finkelhor D., Berliner L., (1995), in *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Kaplan S. J., (1997), in *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Klimes-Dougan B., Free K. et al., (1999), *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Potter LB, et al., (2001), *American Journal of Epidemiology*.
- Rutz W, Knorrting L, Walinder J, (1995), in *Acta Psychiat Scand*.
- Stoddard F. J., Saxe G., (2001), in *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- World Health Organization, (2000), *Preventing suicide. A resource for primary health care workers*, Department of Mental Health, Geneva.
- World Health Organization, (2000), *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*, SUPRE-MISS, Geneva.
- World Health Organization, (2001), *The World Health Report*, Geneva.

## 11. Telefono giallo: ascoltare ed accogliere oltre il sintomo

di Donatella Pace e Viviana Cutaia

### 1. Premessa

L'A.F.I.Pre.S, Associazione Famiglie Italiane per la prevenzione del Suicidio "Marco Saura", negli ultimi anni si è impegnata in maniera costante per cercare di combattere lo stigma e la solitudine che pesa ancora oggi sul disturbo mentale.

Infatti, anche se l'obiettivo prevalente che si è posta l'associazione è quello della prevenzione del suicidio, ci si è impegnati su diversi fronti: così dal 1998 ad oggi l'associazione ha promosso diverse iniziative d'informazione ed educazione rivolte alla cittadinanza con lo scopo di superare, appunto, i pregiudizi e diffondere una cultura della tolleranza e della solidarietà del disagio psichico.

Sono stati organizzati spettacoli di beneficenza, convegni e tavole rotonde che hanno coinvolto le istituzioni pubbliche e in parte gli enti provinciali e regionali, la scuola, le famiglie e le altre associazioni di volontariato.

Da un altro fronte, l'obiettivo della prevenzione è stato perseguito con la realizzazione di un Centro Aggregativo per adolescenti a rischio, nell'ambito dei progetti previsti dalla Legge 285/97. Al Centro "I Girasoli" i giovani della sesta circoscrizione hanno la possibilità di frequentare diversi laboratori, partecipare ad attività ludico-ricreative e usufruire del sostegno scolastico. Uno spazio è stato pensato anche

per i genitori ai quali si chiede un coinvolgimento attivo sia a livello di programmazione che nella realizzazione di iniziative rivolte ai giovani e alle stesse famiglie in modo tale che essi stessi diventino soggetti attivi e partecipi della comunità superando il ruolo di semplice utente, cioè di fruitore passivo di un servizio che viene proposto dall'esterno.

L'A.F.I.Pre.S è presente anche nelle scuole della VI Circoscrizione, con uno sportello d'ascolto per la prevenzione della tossicodipendenza. Da qualche anno esiste anche un Centro di documentazione e ricerca dove affluiscono tutti i dati raccolti dal nostro centro, e che è aperto a tutti gli operatori del settore per favorire e incoraggiare studi e ricerche sul fenomeno del disagio psichico giovanile e in particolar modo sul comportamento suicidario.

## 2. Storia e servizi dell'A.F.I.Pre.S

L'A.F.I.Pre.S si è costituita nell'Aprile 1995 per volontà della presidente Livia Nuccio, dopo la morte del figlio suicidatosi in seguito ad una forte depressione. È, dunque, dal vissuto personale e dalla sofferenza aggravata da profondi sentimenti d'impotenza che nasce l'A.F.I.Pre.S. Sebbene l'Associazione si sia costituita nel 1995, la sua attività si è formalmente strutturata nell'aprile del 1997 con un Centro d'Ascolto telefonico per il disagio psichico e per la prevenzione del suicidio.

Successivamente all'attivazione del *Telefono Giallo*, è stato attivato anche un Centro d'Accoglienza inizialmente ospitato presso l'Ospedale Cervello e la Casa del Sole, oggi, grazie all'assegnazione da parte del Comune di alcuni beni confiscati alla mafia, l'associazione ha una sua sede autonoma.

L'avvio del Servizio del *Telefono Giallo* svolto da volontari, ha fatto immediatamente emergere l'esigenza di una formazione adeguata degli operatori e anche di una

costante supervisione che è stata immediatamente offerta dal dr. Mazzola; contemporaneamente nel 1998 l'associazione ha organizzato il primo corso di formazione per operatori del Centro D'Ascolto telefonico, incentrato sulle tematiche connesse nella depressione e alla prevenzione del suicidio. Dal 1998 ad oggi l'associazione ha svolto un corso di formazione ogni anno.

Comunque, è importante ribadire che il perno centrale intorno al quale sono successivamente stati attivati gli altri Servizi dell'A.F.I.Pre.S., è il servizio del *Telefono Giallo*. Una peculiarità di questo Servizio, è che l'équipe degli operatori telefonici, si compone di figure molto eterogenee tra loro che vanno da studenti universitari, casalinghe, impiegati e insegnanti in pensione a figure più specificatamente professionali quali psicologi, e assistenti sociali. Questa eterogeneità di formazione personale costituisce, a nostro avviso, una risorsa in quanto favorisce l'incontro fra due storie di vita e permette a ciascun operatore di porsi in ascolto ed instaurare una relazione empatica con l'utente secondo il proprio stile personale.

I volontari, infatti, vengono selezionati sulla base delle loro attitudini alle relazioni umane e inseriti nei corsi di formazione per operatori telefonici; al termine del corso entrano a far parte dell'équipe operativa affiancati, nel periodo iniziale, da un volontario più anziano che svolge funzioni di tutor ed incoraggiati a partecipare attivamente alle periodiche riunioni d'équipe sulla discussione dei casi e sulla elaborazione personale dei vissuti emotivi.

L'operatore è a conoscenza che l'esito della telefonata dipenderà, soprattutto, dalla sua capacità ad attivare quel meccanismo psicologico che permette di immedesimarsi e mettersi temporaneamente nei panni dell'altro, sospendendo ogni attività di giudizio, in quanto il compito che da svolgere non è quello di dare soluzioni o consigli né tanto meno di formulare una diagnosi clinica, ma quello di offrire ascolto e contenimento affettivo.



Infatti, solo quando si instaura questa relazione empatica, la persona decide di parlare sinceramente della propria personale sofferenza. Questo spinge il soggetto ad impegnarsi attivamente per mettere ordine tra i propri pensieri, per renderli comprensibili all'altro che l'ascolta e, conseguentemente, a se stesso, finendo col pervenire ad una maggiore conoscenza di sé e dei motivi della propria sofferenza. Certamente, la comunicazione mediata dal telefono e l'ascolto di soggetti che portano un profondo disagio psicologico risulta complessa ed impegnativa ma dobbiamo ricordare che il compito prioritario degli operatori è, comunque, quello di imparare a riconoscere e a cogliere i segnali d'allarme e porre attenzione a quegli elementi che possano essere predittori di comportamenti e propositi suicidari (la condizione stessa di paziente psichiatrico; precedenti tentativi di suicidio; perdite di persone significative; progressivo isolamento sociale; sbalzi d'umore); in tutti questi casi il compito è quello d'intervenire attraverso un invio guidato ai Servizi sul territorio, proprio per tentare un'azione preventiva del suicidio.

Di fatto, questa modalità d'intervento è resa possibile dalla presenza, all'interno dell'associazione, del Servizio di Accoglienza svolto da un'équipe di psicologi. A questo servizio affluiscono quegli utenti che, durante i colloqui con gli operatori telefonici, hanno espresso la necessità di un momento di chiarificazione e valutazione più attenta della loro richiesta di aiuto.

Sulla base di questa valutazione, che avviene in fase di consulenza, lo psicologo s'impegna ad aiutare il soggetto a chiarire e definire meglio il suo bisogno e, lì dove necessita, fornisce le informazioni e gli strumenti necessari per orientarlo nella scelta di quei servizi per lui più appropriati, provvedendo, quando necessario, ad un invio specifico e guidato ai Servizi di Salute mentale.

Spesso durante i colloqui psicologici emerge solo l'esigenza di un intervento più semplice di sostegno psicolo-

gico e di counseling incentrato sul qui ed ora: In questo caso, compito dello psicologo è quello di favorire nell'utente una maggiore consapevolezza di sé e della propria emotività aiutandolo a migliorare la sua capacità di adattamento e a riscoprire le sue risorse personali.

Un'altra iniziativa proposta, più recentemente, dal gruppo di lavoro dell'A.F.I.Pre.S, sono i gruppi di sostegno ai familiari dei pazienti psichiatrici; essa è nata dall'esigenza di andare incontro ad un disagio espresso direttamente da quella parte di utenza telefonica, costituita dai familiari dei pazienti psichiatrici gravi. Infatti, gli utenti del nostro Servizio di ascolto telefonico rientrano soprattutto in due categorie: quella rappresentata da soggetti che richiedono un aiuto in prima persona, perché portatori proprio di un disagio e una sofferenza psichica personale, più o meno grave; e un'altra fascia di utenti rappresentata invece da quelle persone che si rivolgono all'associazione per parlare della loro difficoltà, legata al vivere quotidiano accanto ad un loro familiare, paziente psichiatrico grave.

È stato, a seguito di questo tipo di telefonate, che abbiamo maturato l'idea di organizzare dei gruppi d'ascolto rivolti proprio ai familiari di pazienti depressi, mentre, ultimamente, anche se con molta difficoltà, si sta cercando di attivare un gruppo di auto-aiuto costituito da genitori di ragazzi suicidi o che tentano il suicidio. L'iniziativa nasce per offrire ai familiari dei pazienti psichiatrici gravi uno spazio, dove non troveranno risposte alla loro sofferenza, ma un supporto emotivo e chiarificatorio derivante anche dalla possibilità di confrontarsi con altri che condividono le stesse problematiche. Infatti, un intervento diretto a chi è portatore di un disagio psichico non può non prendere in considerazione anche la sofferenza, spesso inespressa o vissuta nel proprio isolamento di chi si prende cura della persona con disagio.

### 3. Educare contro lo stigma e il pregiudizio sulla salute mentale. Prevenzione suicidaria

Se la parola "stigma" sta ad indicare un marchio che differenzia un segno visibile, caratteristico di una malattia, nessuna di queste definizioni sembra essere applicabile alla maggior parte delle malattie mentali ma è proprio per questo segno che il malato mentale è vittima di pregiudizi venendo così ghettizzato ed emarginato dalla società odierna. L'A.F.I.Pre.S. - Marco Saura ONLUS, Associazione Famiglie Italiane per la prevenzione del suicidio, come ribadito nel paragrafo precedente, opera nel difficile campo del disagio psichico e nella prevenzione del suicidio, ed offre una fitta rete di servizi non soltanto relativi al disagio conclamato ma, anche, alla prevenzione secondaria e terziaria. Il disagio psichico si esprime in un malessere soggettivo tale da far sperimentare all'individuo l'incapacità di adattarsi all'ambiente circostante, ove in ciò vengono inclusi i familiari, gli amici o gli altri, che vivono il malessere altrui. Gli ultimi dati in merito a questo problema sono allarmanti: la depressione coinvolge circa 3,7 milioni di donne del territorio con un rapporto di 2 ad 1 e circa il 50% di essi ricade nel tunnel senza luce. Si prevede una stima in termini di ore perse al lavoro in un anno di circa 400 milioni di Euro.

Una delle tante modalità operative dell'associazione è il Centro di Ascolto *Telefono Giallo*, il quale nasce ufficialmente nell'aprile del 1997 a Palermo dalla volontà della presidente, la signora Livia Nuccio. Tale centro costituisce il primo filtro al quale l'utente approda e opera nel difficile campo del disagio psichico e nella prevenzione del suicidio, specialmente quello giovanile.

Tale finalità viene resa possibile da tutti gli operatori telefonici, che gratuitamente, ciascuno con il proprio contributo, creano il mosaico del sostegno telefonico: le persone che prestano questo servizio sono circa venti e si alternano in coppia per turnazione settimanale. Essi costi-

tuiscono la vera forza dell'Associazione, con impegno, continuità, dedizione e competenza, applicano nel concreto le finalità istituzionali.

La loro formazione è continua, inizialmente partecipano al corso di formazione della durata di circa un mese, volto alla gestione ed alla relazione con utenti affetti da disagio psichico. È previsto un affiancamento ad un tutor e la partecipazione ad attività di supervisione e di gruppi di discussione sulle tematiche emerse. Inoltre si dà particolare attenzione alle strategie comunicative volte a stimolare la conversazione telefonica utilizzando il problem solving, la sintonizzazione del tono vocale e la riformulazione delle domande. Gli utenti che si rivolgono al *Telefono Giallo*, chiamano per situazioni estremamente eterogenee di cui il suicidio costituisce "la punta dell'iceberg". Da una stima effettuata da Maggio a Dicembre 2002, le persone che hanno usufruito del servizio sono state circa 722, diversificate per cittadinanza, genere, fascia d'età e stati d'animo.

Ci sembra opportuno riportare una telefonata pervenuta al Centro che può essere emblematica della situazione di emergenza a cui gli operatori devono far fronte.

La frase d'inizio o di apertura è proprio questa: "qualsiasi cosa tu dirai, qualsiasi cosa tu farai io chiudendo tale telefonata la farò finita!". In quel momento l'operatore ha la consapevolezza di dover donare empatia, ascolto attivo ma, anche, e soprattutto, lucidità e fermezza nel donare ogni singola parola, i respiri, i silenzi, il tono della voce. Soprattutto, anche attraverso i numerosi pianti, ci si rende conto che quella è una richiesta di aiuto che come tale non va sottovalutata. Il tempo risulta sempre ridotto ed si ha l'impressione che scorre sempre più veloce.

La telefonata in questione, realmente avvenuta al centro, proseguì con il racconto della vita dell'utente, alquanto difficile, dove tale gesto sembrava essere in quel momento l'unica soluzione. Si parlò con l'utente per circa un'ora (tempo al di fuori dell'ordinario) del significato profondo

della vita e finalmente si rise insieme; l'utente disse che non avrebbe mai avuto il coraggio di abbandonare la vita ma che, molte volte, tale pensiero sfiorava la sua mente. L'utente fu successivamente informato dei numerosi servizi offerti e della possibilità di richiamare in qualsiasi momento se ne avesse sentito l'esigenza. Così, si propose lui di iniziare un cammino di benessere, utilizzando il Centro di accoglienza ma vi fu una risposta negativa perché era già in cura presso il servizio di psichiatria. Successivamente venne contattato il 118 per segnalare tale emergenza e per verificare la veridicità del caso e si appurò che tutto quello che l'utente aveva raccontato corrispondeva a verità.

Questo riportato, è solo uno dei casi emblematici che pervengono al Centro di Ascolto, ma è importante precisare che la prevenzione del suicidio non si attua soltanto prima dell'ideazione dell'atto suicidario: questo, infatti, costituisce l'apice del malessere.

La prevenzione si mette in atto utilizzando tutte quelle strategie di aiuto che partono dall'interiorità dell'individuo attivando i canali più idonei in lui e dentro di lui. Così nelle fasce a rischio, nei giovani, si cerca di creare una rete sociale di aiuto che permetta loro di essere sé stessi e portare ad un possibile o probabile cambiamento. Anche i familiari, gli amici o altre persone che vivono il malessere altrui, hanno la necessità di un loro spazio di ascolto all'interno del confrontarsi/scontrarsi su tali tematiche.

L'intento dell'associazione è quello di proporre altri gruppi di auto-aiuto per altre tematiche e di iniziare la ricerca sia sul tema depressione che su altri ambiti di disagio. Crediamo fermamente che si aiuta l'altro ad uscire fuori dal disagio psichico non soltanto nel contenere, nel sostenere tamponando il suo malessere ma, creando in lui, dentro di lui, i presupposti per vivere la sua vita

Si aiuta l'altro a camminare in due per abbracciare la brezza marina, per poi riuscire a camminare da soli e abbracciare "il sole".

## GLI AUTORI

*Piero Accetta*, medico volontario presso il Centro Studio Disagio Psicico e Prevenzione Suicidio dell'Associazione A.F.I.Pre.S.

*Viviana Cutaia*, musicoterapista presso la Cittadella di Assisi, coordinatrice del Telefono Giallo presso l'A.F.I.Pre.S.

*Giovanna Gaballo*, dottore in Psicologia clinica e di comunità, collabora con la cattedra di Psicologia di Comunità, Università di Palermo.

*Pierluigi Giordano*, professore ordinario di Psichiatria presso l'Università di Palermo, è direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria.

*Daniele La Barbera*, professore ordinario di Psichiatria e Psicologia Clinica presso l'Università di Palermo, è presidente del Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica dell'Università di Palermo.

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

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

*Iginia Mancinelli*, psichiatra, cattedra di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

*Giuseppe Mazzola*, psichiatra, responsabile Modulo Dipartimentale 3 alla ASL 6 di Palermo, è consulente scientifico dell'A.F.I.Pre.S.

*Gaia Meneghel*, psicoterapeuta, collabora con Luigi Pavan e Diego De Leo presso l'Università di Padova.

*Susanna Messina*, psicologa clinica e di comunità, collabora con la cattedra di Psicologia di Comunità presso l'Università di Palermo.

*Letizia Nicolini*, collabora con la cattedra di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Palermo

*Cinzia Novara*, psicologa di comunità, docente di Progettazione e lavoro di équipe presso il Corso di Laurea Tecnica dell'Università di Palermo, è dottore di ricerca in Psicologia di comunità e modelli formativi presso l'Università di Lecce.

*Donatella Pace*, psicologa, collabora dal 1998 con l'associazione A.F.I.Pre.S.

*Luigi Pavan*, professore ordinario di Psichiatria, è direttore della Clinica Psichiatrica e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Padova; è presidente della Società Italiana di Suicidologia.

*Giovanna Perricone*, professore di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso l'Università di Palermo, è responsabile del Comitato locale di Palermo dell'Istituto Europeo IEDPE.

*Concetta Polizzi*, dottoranda di ricerca in Psicologia Generale e Clinica, coordinatrice dei progetti di prevenzione presso il Comitato locale di Palermo dello IEDPE e specializzanda in Psicoterapia familiare.

*Maurizio Pompili*, psichiatra, Cattedra di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

*Salvatore Privitera*, ordinario di Teologia Morale presso la Facoltà Teologica di Sicilia, è direttore dell'Istituto Siciliano di Bioetica.

*Roberto Tatarelli*, professore ordinario di Psichiatria all'Università degli Studi di Roma, è direttore del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica e della II Scuola di Specializzazione in Psichiatria.

## INDICE

<b>Premessa</b> , di <i>Antonino Nascè</i>	Pag.	5
<b>Presentazione</b> di <i>Pierluigi Giordano</i>	»	7
<b>Introduzione</b> , di <i>Livia Nuccio</i> , <i>Caterina La Cascia e Susanna Messina</i>	»	9

### LA PREVENZIONE SUICIDARIA NELLA PRATICA CLINICA

<b>1. La prevenzione del comportamento suicidario è possibile</b> , di <i>Luigi Pavan</i>	»	13
<b>2. Stigma e suicidio</b> , di <i>Roberto Tatarelli</i> , <i>Maurizio Pompili, Iginia Mancinelli</i>	»	25
<b>3. Efficacia dei modelli psicoterapeutici nella gestione delle condotte autolesive</b> , di <i>Gaia Meneghel</i>	»	37
<b>4. Aspetti psicodinamici e psicosociali del suicidio</b> , di <i>Daniele La Barbera e Caterina La Cascia</i>	»	53
<b>5. Lo stigma. Perché contrastarlo</b> , di <i>Giuseppe Mazzola</i>	»	63

**IL LAVORO DI PREVENZIONE  
IN AMBITO SOCIALE**

- 6. Suicidio e omicidio: i percorsi  
della violenza. Affermazioni del Sé  
e rappresentazioni sociali**  
di *Giocchino Lavanco e Giovanna Gaballo* Pag. 71
- 7. Metodiche d'intervento  
nella prevenzione,**  
di *Giovanna Ferricone, Cettina Polizzi,  
Letizia Nicolini* » 97
- 8. La partecipazione alla scelta e la scelta  
di partecipare,**  
di *Cinzia Novara e Susanna Messina* » 145
- 9. Primum vivere deinde philosophari,**  
di *Salvatore Privitera* » 161
- 10. Famiglia, stigma e prevenzione  
del suicidio,**  
di *Piero Accetta* » 175
- 11. Telefono giallo: ascoltare ed accogliere  
oltre il sintomo**  
di *Donatella Pace e Viviana Cutaia* » 189
- Gli autori** » 197