

# AGGIORNAMENTI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA

3-4  
1972

LE PSICODINAMICHE DEL SUICIDIO  
SIDNEY S. FURST - MORTIMER OSTOW

SUICIDIO: IL PUNTO DI VISTA PSICOANALITICO  
SAMUEL FUTTERMAN

IL TENTATO SUICIDIO COME REAZIONE CONFLITTUALE  
WALTER BRÄUTIGAM

IL SUICIDIO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI  
NICOLE DOPCHIE

L'APPRENDIMENTO DEI COMPORTAMENTI SUICIDI  
CALVIN J. FREDERICK - H.L.P. RESNIK

SOGNI E TENTATIVI DI SUICIDIO  
DAVID L. RAPHLING

RECENSIONI

NOTIZIE SUI CONGRESSI

SILVA EDITORE  RIVISTA TRIMESTRALE · LUG. DIC. 1972 · ANNO 1 N. 3-4  
A CURA DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA



REDAZIONE: CARLOS ALBERTO ARESTIVO, PAOLA COCORULLO, GIOVANNI GUASPARRI, MARGHERITA LIZZINI, GIANDOMENICO MONTINARI, LIA OELKER, PIERO PESSI, GIOVANNI ROBERT, DIMITRI SOBRERO. COLLABORATORI: CARLO BOIDI, LUIGI FASCE, MARIA FISCHER, MARIA GIANELLI, ELENA GIORDANO, ADELE MONTOBBIO, PAOLO PERNIGOTTI. SEGRETARIA DI REDAZIONE: GABRIELLA GHISELLI. DIRETTORE RESPONSABILE: GIANDOMENICO MONTINARI.

RIVISTA TRIMESTRALE DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA, VIA ANTONIO CECCHI 3/3, TEL. 541092. ANNO 1°, NUM. 3-4 - LUGLIO-DICEMBRE 1972. SPEDIZIONE IN ABB. POST. GR. IV. PREZZO DI UN FASCICOLO L. 1000, ESTERO L. 1500, ARRETRATO L. 2000, ABBONAMENTO ANNUO L. 3600, ESTERO L. 6000. DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ANTONIO CECCHI 3/3 - 16129 GENOVA - TEL. 541092. C.C.P. 4/19690 INTESTATO A CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA. AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI GENOVA: NUM. 29920 DEL 16-12-1971. STAMPATO NELLA TIPOGRAFIA E OFFSET DARIO MEMO, VIA DELLE LEGHE 12 - 20127 MILANO. CONSULENZA GRAFICA: ARCH. GIORGIO RIVA.

## SOMMARIO

---

- 5 EDITORIALE
- 9 LE PSICODINAMICHE DEL SUICIDIO  
SIDNEY S. FURST - MORTIMER OSTOW
- 21 SUICIDIO: IL PUNTO DI VISTA PSICO-  
ANALITICO  
SAMUEL FUTTERMAN
- 39 IL TENTATO SUICIDIO COME REAZIO-  
NE CONFLITTUALE  
WALTER BRÄUTIGAM
- 49 IL SUICIDIO NEI BAMBINI E NEGLI  
ADOLESCENTI  
NICOLE DOPCHIE
- 53 L'APPRENDIMENTO DEI COMPORTA-  
MENTI SUICIDI  
CALVIN J. FREDERICK - H.L.P. RESNIK
- 75 SOGNI E TENTATIVI DI SUICIDIO  
DAVID L. RAPHLING
- 85 RECENSIONI
- 91 NOTIZIE SUI CONGRESSI



## EDITORIALE

---

Abbiamo pensato di dedicare il numero monografico di quest'anno alla psicodinamica del tentato suicidio, perché ci è sembrato un argomento di ampio interesse clinico, umano e sociale, su cui in Italia non è stato scritto molto, almeno non recentemente e non da un punto di vista espressamente psicodinamico e psicoterapeutico.

All'estero, al contrario, il problema continua a ricevere molta attenzione, tanto che, nonostante il gran numero di voci bibliografiche già esistenti (più di 1000) molto spazio gli è stato dedicato recentemente da diverse tra le migliori riviste. I lavori da noi selezionati sono quelli che abbiamo giudicato più interessanti, o per la chiarezza e la profondità dell'esposizione o per la novità dell'approccio o per l'utilità pratica dei suggerimenti terapeutici e organizzativi.

Il criterio con cui tali lavori vengono presentati in questo numero non è quello di una trattazione storico-bibliografica di tipo sistematico, quanto quello di ricercare la massima aderenza all'oggetto in studio e cioè all'individuo che decide di esporsi volontariamente al pericolo della morte. Abbiamo cercato perciò di dare una rappresentazione quanto più viva e profonda possibile delle fantasie inconscie, dei conflitti, delle modalità reali di sentire e di reagire che, da parte dei massimi studiosi del problema, vengono considerati caratteristici di questo particolare tipo di comportamento e intrinsecamente collegati ad esso. Per lo stesso motivo abbiamo evitato di parlare del suicidio in generale, astenendoci dal riportare qualcuno dei numerosissimi contributi di carattere statistico, medico-legale, sociologico, filosofico, storico, religioso, ecc., che pure avrebbero potuto aiutare nella messa a fuoco di altri aspetti del complesso argomento.

Anche in campo strettamente psichiatrico, sono state tralasciate tutte le discussioni nosografiche e terminologiche, non perché esse non abbiano un'utilità diagnostico-differenziale nella clinica, ma perché abbiamo creduto opportuno non estendere eccessivamente il campo dell'indagine, limitandolo al punto di vista dinamico e psicoterapeutico.

Il risultato di questo lavoro sono sei articoli tradotti e pubblicati integralmente, preceduti da un nostro breve commento e inframezzati dalle sintesi di altri contributi, interessanti ai fini della nostra esposizione.



*Ogni studio sulla psicologia del suicidio comincia, giustamente, da Freud, che per primo ha posto in relazione la dinamica del melanconico, potenziale suicida, con quella della persona che ha subito un lutto. In entrambi vi è una componente autoaggressiva che, mentre nel lutto comporta una depressione temporanea (risolventesi infine col distacco dalla figura del defunto), nel melanconico è ben più incisiva e persistente, potendo sfociare, non di rado, nel suicidio. In questo si tratta in realtà di un omicidio, cioè dell'uccisione di una persona con cui esiste un'identificazione. Freud non considera ancora il caso del suicidio senza malinconia né tanto meno quello del tentato suicidio come appello all'ambiente o comunque come elemento finalisticamente inserito in una dinamica più ampia; è indubbio però che le linee fondamentali sono quelle tracciate in questo articolo e ricalcate poi da quasi tutti gli Autori.*

*Siamo andati a rileggere « Lutto e melanconia » e riportiamo qui sintetizzati alcuni dei concetti che interessano più da vicino il nostro discorso.*

Il lutto e la melanconia presentano molti elementi in comune. In ambedue i casi, colui che ne è affetto si ritira dal mondo, riduce la propria attività, perde la capacità di amare (cioè non va in cerca di un oggetto di amore che sostituisca quello perduto). Di maggiore interesse sono le differenze fra le due condizioni. Il lutto segue la perdita di una persona amata e ha lo scopo di far sì che il soggetto abbandoni le relazioni libidiche con essa; se questo lavoro riesce (cioè se le istanze vitali e l'esame della realtà riescono ad avere il sopravvento sulle resi-

stenze create dall'ambivalenza verso il defunto), il processo si risolve e la persona in lutto torna a rivolgere la sua attenzione libidica verso il mondo. Nella melanconia, ciò non si verifica; la condizione melanconica perdura dopo la perdita di una persona così come di un oggetto o di un ideale; anzi, non è neppure necessario che l'oggetto abbia realmente cessato di esistere: esso può essere ben vivo nella realtà, ma essere perduto quale oggetto d'amore. Infine, il melanconico perde (o dimostra di aver perduto) ogni amor proprio, rivolgendosi accuse e proclamando la propria indegnità.

Quest'ultimo fatto ci porta a una prima conclusione: mentre nel lutto è il mondo a impoverirsi, nella melanconia si inaridisce l'io stesso, perde di valore, rallenta o cessa le proprie funzioni sino a sopraffare l'istinto che lo lega alla vita.

In realtà, se si analizza a fondo l'io del melanconico, si scopre che l'autocritica e la disistima nascono da una spartizione dell'io in due parti. Una parte giudicante e criticante si scaglia su di una parte disprezzata e umiliata; la prima si comporta verso la seconda come un amante tradito e vendicativo.

Tutto ciò non ci sorprende se ripercorriamo il cammino che conduce alla melanconia.

All'origine sta una fissazione libidica, a matrice narcisistica, verso un oggetto d'amore; amore che, in quanto narcisistico, tende all'identificazione assoluta (e irrealizzabile) con l'oggetto. In altre parole, l'oggetto viene introiettato e « annesso » a una parte dell'io che si identifica totalmente con esso. Mortificazioni, delusioni, ingiustizie da parte dell'oggetto amato — o la sua morte — possono, in ogni momento e con modalità variabili da caso a caso, scatenare un'ambivalenza insanabile di amore e odio non contro l'oggetto amato (e deludente) ma contro quella parte dell'io che si è identificata con tale oggetto.

Infatti nel melanconico l'attività libidica è divisa: una parte è regredita nell'identificazione; l'altra, per influsso dell'ambivalenza, assume una polarità sadica e infierisce contro la prima, essendo trattenuta dall'agire contro l'oggetto reale di odio e amore. Tale



sadismo rivolto contro sé ci spiega la misteriosa tendenza al suicidio che rende la melanconia tanto pericolosa. Non c'è nevrotico in cui le intenzioni omicide non abbiano preceduto quelle suicide. L'io del melanconico può darsi la morte solo quando sia giunto a considerarsi un oggetto, seguendo un'ostilità sorta, in origine, contro gli oggetti del mondo esterno.

*L'articolo di Furst e Ostow, che presentiamo per primo, ha il pregio di fornire un'ampia panoramica delle più frequenti fantasie collegate con il suicidio,*

*nonché dei meccanismi psicodinamici che le sottendono.*

*L'intento degli autori è, a nostro avviso, quello di presentare un approccio chiaro, aperto, descrittivo al problema, approccio che rifacendosi ecletticamente a diverse matrici di pensiero, resta sostanzialmente aderente alle esigenze dell'operatività clinica. Ci sembra che questo intento sia stato raggiunto anche se a scapito, in qualche punto, di un maggiore approfondimento critico, peraltro non facile date le caratteristiche del lavoro e del materiale trattato.*

## LE PSICODINAMICHE DEL SUICIDIO

**SIDNEY S. FURST**  
**MORTIMER OSTOW**

SIDNEY S. FURST È DIRETTORE DELLA PSYCHOANALYTIC RESEARCH AND DEVELOPMENT FOUNDATION DI NEW YORK, FONDAZIONE DI CUI MORTIMER OSTOW È VICE-PRESIDENTE. L'ARTICOLO È COMPARSO IN INGLESE SUL « BULLETIN OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE », VOL. 41, N° 2, 1965, COL TITOLO « THE PSYCHODYNAMICS OF SUICIDE ».

### RIASSUNTO

Il suicidio, quando avviene, è il punto d'arrivo di un processo patologico sviluppatosi in un notevole periodo di tempo. I fattori che portano ad esso sono essenzialmente due. Anzitutto c'è una spinta distruttiva che Freud vedeva come una manifestazione dell'istinto di morte. In secondo luogo vi è una serie di meccanismi, che in condizioni normali hanno la funzione di accrescere la flessibilità e la plasticità del comportamento istintuale ma che, sotto l'influenza della malattia, distolgono gli istinti distruttivi dagli oggetti esterni e li rivolgono contro il soggetto stesso.

In questo lavoro si è cercato di elencare e di descrivere alcuni dei più frequenti tra tali meccanismi. Inoltre questi agiscono inconsciamente, ma, per mezzo di fantasie, danno origine a delle rappresentazioni nel pensiero conscio ed inconscio. Le fantasie sembrano spiegare o giustificare il suicidio e anche renderlo più attraente o per lo meno non così spaventoso. Abbiamo anche elencato, descritto e illustrato alcune delle più frequenti tra queste fantasie.

I meccanismi che conducono al suicidio costituiscono in ogni caso una parte del repertorio di meccanismi istintuali di ogni individuo. Dato che è lo stesso repertorio che determina la forma clinica precedente, possiamo aspettarci di trovare una relazione tra le psicodinamiche di questa malattia e i meccanismi e le fantasie del suicidio che evolve. Abbiamo cercato di individuare e analizzare alcune di queste relazioni.

### SUMMARY

Suicide, when it occurs, is the outcome of a disease process which has prevailed for a considerable period of time previously. The factors which bring it about are essentially two. First, there is a drive to destructiveness, which Freud saw as the manifestation of a death instinct or a set of death instincts. Second, there is a set of mechanisms that normally function to increase by several orders of magnitude the flexibility and plasticity of instinctual behavior but which, when they miscarry under the influence of disease, serve to reflect destructive instincts away from external objects and back upon the self.

In this brief essay, we have tried to enumerate and describe some of the more common of these mechanisms. Furthermore, these mechanisms operate unconsciously, but they achieve representation in conscious or preconscious thought by creating fantasies. The fantasies seem to explain or justify the suicide and also to make it more attractive or, at least, less frightening. We have listed, described, and illustrated some

of the more common of these fantasies too.

Of course, the mechanisms which lead to suicide constitute in each case a portion of the repertoire of instinctual mechanisms of each individual. Since it is this same repertoire which determines the form of the antecedent illness, we can expect to find a relation between the psychodynamics of this illness and the mechanisms and fantasies of suicide which evolve. We have tried to spell out a few of these relations.

Scienze come la sociologia, l'antropologia, l'epidemiologia e la demografia hanno dato un largo contributo alla conoscenza del suicidio, tracciando le caratteristiche dell'ambiente in cui esso si verifica, e individuando i fattori ambientali (culturali, sociali, economici, politici e religiosi) che influenzano il verificarsi di questo fenomeno.

Tali scoperte rendono ancor più urgenti le domande in merito alle *determinanti individuali*, dato che senz'altro il suicidio è un fatto largamente individuale e personale.

La teoria sociologica, specie quella che si sviluppò all'inizio del secolo, asseriva che il suicidio riflette l'impatto della società sull'individuo. Questa asserzione non è più plausibile, anzitutto perché non ci spiega come mai una persona si uccide mentre un'altra, in condizioni analoghe di vita, non lo fa. Quindi, ammesso che le condizioni ambientali e i modelli del gruppo rappresentino fattori che favoriscono o non favoriscono il suicidio, è pur chiaro che quello del suicidio è, essenzialmente, un problema di reazioni personali, che può essere risolto esclusivamente in termini di avvenimenti intrapsichici che conducono all'atto finale.

nimenti intrapsichici che conducono all'atto finale.

Louis DUBLIN, in un suo testo recente (« Il Suicidio: Studio Sociologico e Statistico ») scrive: « In ultima analisi, l'impulso suicidario parte dall'individuo, non dal suo ambiente. Il suicidio è l'atto finale di un dramma complesso, la risposta terminale di un individuo con i propri bisogni, desideri, e tratti di carattere. I fatti esterni possono far precipitare le cose, o addirittura provocarle, come in casi di suicidio di massa di fronte alle persecuzioni. Molte persone, in identiche condizioni, non commettono suicidio. Gli impulsi che stanno alla base del suicidio giacciono nel profondo della personalità individuale ».

Se lo consideriamo come prodotto di eventi psichici, è chiaro che il suicidio non è una malattia, ma un sintomo che può comparire nel corso di varie affezioni mentali: depressione (nevrotica o psicotica), schizofrenia, isteria.

Il suicidio è il risultato di una malattia mentale, o può accadere anche in assenza di disordini psichici? Alcuni studiosi hanno coniato il termine di « suicidio normale » per designare gesti autosoppressivi commessi in condizioni di disperazione estrema, ad esempio fra i prigionieri di campi di concentramento, e fra coloro che soffrono di malattie dolorose inguaribili. A nostro parere questi casi, visti più dettagliatamente, possono rivelare che si tratta di persone che hanno reagito alle avversità extrapsichiche in modo tumultuosamente depressivo. A nostro favore sta la considerazione che molti prigionieri in campo di concentramento e la maggioranza di quanti sof-

frono di malattie neoplastiche non tentano il suicidio.

### **I meccanismi psichici che portano al suicidio**

L'apparato psichico umano cerca continuamente di raggiungere il piacere mediante la gratificazione dei bisogni istintuali, e di evitare il dolore. A questo scopo, esso mette in atto vari accorgimenti allo scopo di utilizzare ogni possibilità di gratificazione offerta dall'ambiente. Gli animali inferiori utilizzano a questo fine istinti innati, mentre gli esseri umani sono in grado di creare modelli di comportamento del tutto nuovi, con grande elasticità e flessibilità. Sfortunatamente, questa flessibilità può essere alla base del cattivo funzionamento di tutto il meccanismo, in modo che, cercando di conciliare istinti ed avvenimenti esterni, non ne risulta un adattamento ma un suicidio. Consideriamo alcuni esempi, fra i più comuni, di questa disfunzione.

1) Quando una persona soffre per un grande dolore, cerca di liberarsi dalla fonte del dolore, o, meglio, dalla fonte apparente. Realisticamente, la fonte apparente può essere vista come un oggetto frustrante. Talora, però, quando non vi è a disposizione nessun oggetto da attaccare, l'esperienza del dolore può essere addebitata all'organo della percezione, o all'lo che percepisce. Talvolta, quando i disturbi del paziente sono tali da indurlo a credere in questa illusione, l'autodistruzione può fungere da distruzione dell'oggetto generatore del dolore.

Una paziente, che riferiva pensieri ed emozioni poco prima di tentare seriamente il suicidio, disse: « Per un po' ho pensato che ammazzandomi avrei fatto provare a mia madre sensi di colpa riguardanti il modo in cui mi ha sempre trattato. Ma poi mi sono accorta che questo era ridicolo; probabilmente mia madre sarebbe stata felice di vedermi scomparire ». Io notai che questo secondo pensiero doveva rendere il progetto di suicidio molto meno attraente. « No di certo », mi rispose, « il suicidio mi libererebbe da mia madre! ».

2) Un dolore morale intollerabile può condurre al tentativo di eliminare la sede fisica del dolore. I malati sofferenti di causalgia implorano spesso di amputar loro il membro dolorante; sappiamo che gli animali si strappano con i denti le membra ferite. La parte cattiva è attaccata e, ove possibile, distrutta. La depressione grave è caratterizzata da un dolore psichico intollerabile, e il suicidio può finir per sembrare il mezzo migliore per far cessare la pena. Il melanconico ambisce la morte, per essere sollevato dallo strazio. In forma meno vistosa, sappiamo che in caso di depressione agitata i pazienti cercano spesso di assalire se stessi, battendo la testa e così via.

3) Un bambino sofferente e disperato avrà, mediante l'evocazione dei genitori, conforto e sollievo. In alcuni bambini si osserva che, se le richieste di affetto e cura non sono esaudite, compaiono gesti autolesivi, nel tentativo di suscitare amore e interesse. Anche gli adulti possono sfruttare questa tecnica, ferendosi o addirittura distruggendosi per ottenere risposta dalla persona amata.

Un uomo di 49 anni, in causa di divorzio per via della moglie (che non riusciva più a sopportare le sue incessanti richieste, accom-

pagnate da scenate), chiese ripetutamente di tentare la conciliazione; di fronte al rifiuto, cominciò a minacciare il suicidio. La cosa non ebbe l'effetto desiderato. Una sera, rimasto in ufficio dopo la chiusura, prese una massiccia dose di barbiturici. L'indomani fu trovato morto sulle scale dell'ufficio.

4) In altri casi si può osservare come l'ostilità e gli auguri di morte diretti verso un dato oggetto si ritorcono verso il soggetto che li promuove. Un oggetto che non viene incontro a determinate aspettative affettive viene sì amato, ma anche odiato, senza che l'ostilità venga diretta apertamente; si crea una condizione di ambivalenza. Il suicidio ha lo scopo di scaricare l'aggressività, senza colpire fisicamente l'oggetto, ma vendicandosi pur sempre di lui; infatti si ritiene che l'oggetto si considererà responsabile della morte.

5) Il masochismo, come ben sappiamo, dimostra il desiderio sessuale di soffrire un dolore o un'umiliazione, o ambedue. Freud che ha studiato esaurientemente questo problema, è giunto alla conclusione che il masochismo erotico primario deriva da un'imperfetta fusione tra istinti di distruzione, o di morte, con la libido. Ne abbiamo conferma da diversi casi di masochisti che sono morti dopo essersi mutilati. In questo caso il meccanismo che porta al suicidio è messo a diretto servizio di un derivato degli impulsi istintuali.

6) Infine dobbiamo menzionare, a proposito degli istinti che si riferiscono al suicidio, l'istinto di morte. Poco sappiamo in merito, dato che questa componente opera silenziosamente, in quanto

non dà luogo a rappresentazioni psichiche univoche, dirette e immediate. Non a caso molti psichiatri e psicanalisti mettono in dubbio l'esistenza di una tendenza primitiva verso la morte. Freud ha postulato l'istinto di morte per giustificare l'aggressività, il sadismo, il masochismo, con tutte le loro implicazioni distruttive. Queste espressioni gli appaiono dominate da una forza primitiva che operava indipendentemente, al di sopra e al di là di ogni frustrazione o gratificazione degli istinti libidinali. Tutti noi abbiamo osservato individui che sono attratti irresistibilmente verso l'autodistruzione. Attribuiamo questi stati clinici, che terminano assai spesso col suicidio, all'operato dell'istinto di morte. Altri non sono d'accordo, e sostengono che tale entità non esiste, a meno di dimostrare che l'aggressività da essa emanata cerca sempre di scaricarsi senza cercare un motivo scatenante esterno. A nostro parere un criterio del genere non è valido, visto che molti istinti non diventano attivi senza l'operato di un motivo di qualche genere. Però, dato che il dolore e le delusioni sono sempre presenti in qualche misura, essi servono da motivo scatenante continuo e ubiquitario. Quindi, da un certo punto di vista, l'atteggiamento distruttivo è onnipresente, col potere di creare tra l'altro la malattia mentale e, spesso, il suicidio.

#### **Le fantasie che favoriscono il suicidio**

In sostanza, la fantasia è promossa dalla cooperazione tra meccanismi psichici, da un lato, e desideri e ricordi

importanti, dall'altro. La fantasia prende la forma che le è dettata dai meccanismi, mentre desideri e memoria le conferiscono i contenuti. Il ruolo delle fantasie conscie e inconscie, per quanto riguarda le motivazioni e il comportamento umano, è troppo noto per ribadirlo in questa sede. Ci interesseremo solo delle fantasie che hanno attinenza col suicidio. Alcune sono talmente associate al suicidio, che possono servire da indicazioni preziose.

1) *Identificazione con un oggetto perduto* - L'identificazione si verifica in quelle persone che impostano le proprie relazioni oggettuali tendendo alla simbiosi col proprio oggetto. In forma sublimata, l'identificazione dà luogo alla lealtà. Quando l'oggetto dell'amore, cioè la persona che si ama, muore, o quando l'impulso a identificarsi con una persona defunta è molto forte, il suicidio può sembrare il mezzo per ristabilire l'intimità, per unire il destino di soggetto e oggetto. Il desiderio di identificarsi con l'oggetto perduto mediante la morte può spiegare molti « suicidi dell'anniversario », e, in certa misura, l'incidenza molto alta di suicidi che si osserva in molte famiglie.

Un paziente che aveva visto suicidarsi nonno, padre e due fratelli, commentò la notizia del suicidio di un terzo fratello dicendo: « Così facciamo noi ». Non solo ci si identifica nella morte, ma anche nella maniera di morire.

2) *Rinascita* - La fantasia di rinascere, di « ricominciare tutto daccapo » si osserva, prima o poi, un po' in chiunque. È accentuata, e clinicamente significativa, nei miglioramenti di pazienti che

hanno sofferto di schizofrenia acuta e di melanconia. È comune osservare un malato che, desiderando darsi la morte, cerca di convincersi che la morte non è altro che un atto che prelude alla resurrezione, e che gli porterà sia sollievo, sia un nuovo inizio. È come se il paziente dicesse: « Finita questa vita, posso cominciarne una nuova ». Mentre uno di noi lavorava presso il New York State Psychiatric Institute, vicino a un ponte sull'Hudson, incontrò diversi pazienti con la stessa fantasia: « Me ne andrò di qui, salirò sul ponte, mi butterò giù per emergere sull'altra riva, vivo e nuovo ». Non c'è da sorprendersi se diverse religioni, che sostengono l'esistenza di una vita dopo la morte, cioè una rinascita, negano questa possibilità a coloro che muoiono suicidi.

3) *Ricongiungimento con la madre* - Molte persone con disturbi gravi mostrano la fantasia regressiva di essere uniti con la madre gratificante e protettiva della primissima infanzia. Il paziente anela ad uno stato ideale, caratterizzato dalla passività, dall'incapacità di darsi aiuto, e da una certa quale assenza di stimoli sgradevoli dall'interno e dall'esterno. Nell'inconscio, la morte può prendere queste caratteristiche. Talvolta la fantasia si esplica come desiderio di tornare nel grembo materno. La somiglianza formale tra l'immagine di essere sepolti nel ventre materno, e quella di adagiarsi sottoterra rende il desiderio di morire ancora più attraente. L'impulso a tornare a una relazione anaclitica arcaica si risolve in una tendenza alla morte. Se, ad esempio, una relazione oggettuale è turbata dalla frustrazione, ne può risultare il de-

siderio di tornare alla madre in questa maniera.

4) *Fuga* - A coloro che sono afflitti dalla depressione o da una psicosi, la morte può parere un sollievo dalle loro sofferenze. Questa idea può insorgere a qualsiasi età, ma ci pare più frequente tra le persone anziane, depresse, preoccupate da ciò che hanno perduto durante l'esistenza, e per le quali la vita non merita più d'essere vissuta.

5) *La dissociazione dell'immagine dell'io* - Talvolta in corso di certe affezioni l'io può essere diviso in due parti, una « buona » e una « cattiva ». La prima immagine è sintonica all'io, la seconda gli è estranea. Questa dicotomia può dar luogo a diverse conseguenze. Il risultato più comune è la depersonalizzazione. Nella melanconia, l'immagine dell'io è spesso divisa in due parti. Il frammento « cattivo » rimane incluso nell'io, e diventa il bersaglio su cui il Super-io (con cui la parte buona si identifica) si accanisce senza sosta. Il paziente può dire, ad esempio, che un demone lo sta divorando. Il risultato della tensione e della sofferenza può essere così grave da condurre al suicidio, come tentativo disperato di eliminare uno dei due antagonisti. Il suicidio può essere diretto sia contro il Super-io punitivo, sia contro l'io « cattivo » e inaccettabile.

Una giovane donna andò via di casa, cercando così di sfuggire a impulsi incestuosi insopprimibili. Poco dopo, in preda a una forte depressione, ci riferì questo sogno: « Io e mio padre stiamo alla finestra, nel mio vecchio appartamento, puntando i fucili carichi. Stiamo aspettando me, un' "altra io" che

deve uscire dal palazzo di fronte. A un certo punto l' "altro io" esce fuori, e spariamo. Mi sveglio terrorizzata ».

6) *Autoscopia* - Quest'ultimo esempio si riferisce a un fenomeno analogo della vita desta, l'autoscopia. Il paziente riferisce di incontrare, da sveglio, se stesso; può trattarsi di una allucinazione, un'illusione, o una fantasia particolarmente vivida. Più di 60 anni or sono Rank fece l'ipotesi che, nella vita adulta, il « doppio » può comparire come messaggero di morte.

Questa ipotesi è sostenuta in uno studio di uno di noi, che riguarda la metapsicologia dei fenomeni autoscopici, ove sono riportati diversi esempi, fra cui il seguente.

Tornando a casa dopo una seduta di analisi, un paziente depresso venne colto da grande stanchezza e si appoggiò ad un albero. Voleva starsene lì, e vedeva nello stesso tempo la sua immagine che continuava per la sua strada. « Volevo starmene lì, ma volevo anche che una parte di me andasse avanti ». A una domanda specifica rispose: « Sì, volevo morire ».

Circa una settimana dopo lo stesso paziente riferì un altro fenomeno autoscopico. Mentre leggeva in camera, « un altro me stesso apre l'armadio delle medicine e prende una dose eccessiva di ipnotici ».

Nel primo caso, l'io che osserva vuole morire, mentre nel secondo le parti sono invertite.

7) *Fantasie di vendetta* - Le fantasie, in cui il suicidio ha lo scopo di servire a vendicarsi d'un oggetto deludente o non rispondente, sono forse le meglio note. In questo caso il suicidio è un omicidio che viene rivolto contro di sé. Fino a che Freud non formulò la sua teoria sul sadismo in *Lutto e Melanconia*

(1917), la dialettica fra impulsi omicidi e impulsi suicidi, e la ragione per cui questi impulsi sono intercambiabili, non erano chiare. Freud postulò che nella depressione patologica il Soggetto si identifica con un oggetto amato o odiato. L'identificazione o incorporazione psichica, esprime l'amore.

Quando per via di delusioni o di rifiuti, l'amore si trasforma in odio, la tendenza al suicidio può essere prepotente. Distruggendo se stesso, il soggetto distrugge l'oggetto che è incorporato dentro di lui. Se, in sovrappiù, esiste un senso di colpa verso l'oggetto, il suicidio diventa ancor più urgente. Quindi con un solo gesto si punisce sia l'oggetto, sia il soggetto colpevole.

Accade spesso che un amante deluso o uno sposo abbandonato lasci un biglietto in cui l'oggetto della vendetta tramite il suicidio è esplicitamente nominato, e in cui si aggiunge « Tu me l'hai fatto fare e il mio sangue ti scorrerà per sempre nelle mani ».

Per quanto riguarda i moventi del suicidio che abbiamo appena discusso, va aggiunto che essi non si escludono a vicenda. Di solito si riscontrano meccanismi e fantasie differenti. Il suicidio è spesso un gesto con molte determinanti. La gravità stessa del suicidio è più accentuata se entrano in ballo diverse motivazioni.

### **Il meccanismo del suicidio nelle varie malattie**

Se ammettiamo che il suicidio è generato da una malattia mentale, ne discende che ciascuna malattia tende ad espri-

mere il suicidio secondo diverse modalità.

Nella schizofrenia e nell'isteria, ad esempio, il problema dinamico ruota attorno al bisogno di liberarsi di un oggetto che procura sofferenza. L'oggetto genera dolore dato che respinge o delude le aspettative, oppure perché rappresenta una tentazione proibita.

Lo schizofrenico intende staccarsi dagli oggetti, e questo si rivela sotto forma di fantasie di distruzione universale. Distruggendo se stesso distrugge il mondo, dato che non riesce a distinguere tra colui che percepisce e ciò che viene percepito. Il paranoico può uccidersi per sfuggire ai suoi persecutori. Se ricordiamo che, nella paranoia, i persecutori non sono altro che oggetti di primitivo amore omosessuale, ci accorgiamo che il suicidio può essere considerato un tentativo di fuga da impulsi vietati. Simile, e ovviamente ancor più trasparente, è il suicidio che si verifica al culmine di un panico omosessuale, in assenza di un sistema delirante.

Un giovane, solitamente passivo, era stato ricoverato dopo aver assalito, senza motivo, il padre. Dapprima cordiale e amichevole verso il terapeuta, si mostrò in seguito scontroso e ostile.

Si era convinto che il medico anziché aiutarlo, gli facesse del male, tanto da giungere al panico in presenza del terapeuta.

Chiese insistentemente di cambiare terapeuta, ma senza esito; fuggì dall'ospedale e si gettò sotto un camion.

Per l'isterico, l'oggetto attraente ma proibito è spesso di natura incestuosa: parente, figlio o amico, da cui cerca di staccarsi.

La discordia familiare che caratterizza



la vita degli isterici può essere attribuita a questo desiderio di distacco dall'oggetto proibito. La situazione può essere talmente grave da portare al suicidio.

Un uomo stava portando la figlia per la casa. Mentre passava vicino a una finestra aperta, gettò la bimba fuori dalla finestra, poi si precipitò dietro di lei.

La psicodinamica della depressione patologica è stata accennata diverse volte nel corso di questa trattazione; è una teoria classica, che ci limitiamo a ricapitolare. La depressione — normale e patologica — è scatenata da una perdita. Nella depressione normale (lutto) i legami con l'oggetto si allentano sempre di più, sinché la persona che ne ha sofferto può rivolgere la propria attenzione su altri oggetti.

Nella depressione patologica ciò non può accadere, dato che l'oggetto perduto è stato sia amato, sia odiato. L'aggressione provoca sensi di colpa, che impediscono di sciogliere i legami, e rafforzare l'identificazione protratta con l'oggetto. L'oggetto introiettato non può essere eliminato. Nei melanconici si osserva che le accuse e il disprezzo non sono portati solo contro l'io ma, il che è significativo, contro l'oggetto introiettato e odiato. Questo fatto, associato con l'impossibilità a ricercare nuovi oggetti, suscita il senso di vuoto e di sofferenza propri della depressione. La tendenza al suicidio può essere, perciò, una motivazione triplice. È questo eccesso di determinanti a rendere così serio il rischio del suicidio.

Dopo la morte della moglie, un uomo di 58 anni iniziò a mostrare segni di depressione, che, col passare del tempo, andarono

aggravandosi. Smise di lavorare e di frequentare amici e parenti, passando quasi tutto il suo tempo a piangere e compiangersi. Persuaso infine a recarsi da uno psichiatra, descrisse l'importanza che il rapporto con la moglie (non avevano avuto figli) aveva assunto nella sua vita, e concluse affermando di non farcela senza di lei. Procedendo nell'intervista, rievocava con maggiore insistenza tutti i casi in cui l'aveva trattata male. In maniera delirante, ripeteva di non aver fatto tutto il possibile durante la sua malattia, e sosteneva di essere responsabile della sua morte. E questo non riusciva a perdonarselo. Da un lato, era convinto che la vita non meritava più d'essere vissuta; dall'altro, di non essere più degno di vivere. Malgrado la psicoterapia intensiva e la farmacoterapia, le sue condizioni peggiorarono. Si predispose per un ricovero, ma la mattina in cui avrebbe dovuto entrare in ospedale fu trovato morto, in casa sua.

Infine dobbiamo parlare di quei suicidi che si verificano sulla base di dati patologici, pur non essendo sostenuti da un quadro clinico ben definito. La caratteristica di questi suicidi è di essere prodotti di rifiuto (reale o immaginario) da parte di un oggetto da cui ci si sarebbe aspettati un sostegno affettivo, o comunque una gratificazione. In questi casi, il malato sente la perdita dell'oggetto esattamente come un bimbo sente l'abbandono della madre.

Possono entrare in campo anche sensi di vendetta, ma il motivo principale è il senso di disperazione e di panico davanti alla prospettiva di dover affrontare la vita da soli.

Il marito di una donna timida, passiva, di mezz'età, passò una notte fuori casa senza dirle nulla. La moglie, presa dal panico, senza sapere che fare, inghiottì un'intera confezione di ipnotici. Sino ad allora non aveva mostrato alcun segno di patologia mentale organizzata e clinicamente definibile.

### La psicologia dell'atto suicida

I gesti suicidi sono valutati, giustamente, sulla base della *serietà dell'intenzione*. A un estremo sta l'adolescente infelice che ingoia cinque pastiglie di aspirina; all'altro estremo, il melanconico che si getta giù dalla sommità di un grattacielo. Il grado di serietà è determinato da due fattori: 1) l'intensità della motivazione, tenendo presente l'eventuale iperdeterminazione; 2) il grado in cui l'impulso ad autodistruggersi è temperato dalla presenza di energie libidinali tendenti a preservare la vita.

Noi riteniamo che nessun suicidio sia completamente libero da contraddizioni, cioè completamente sprovvisto di impulsi a vivere. Anche in casi estremi questi impulsi sono presenti, anche se si oppongono debolmente, e senza effetto, alle forze destruenti.

In parallelo, il significato di un blando gesto suicida non deve essere sottovalutato. L'idea c'è stata e il gesto compiuto: questo depone a favore dell'esistenza di tendenze autodistruttive. In circostanze più sfavorevoli, questa tendenza avrebbe potuto essere scatenata in modo più serio, con gravi conseguenze.

Il metodo scelto per suicidarsi è abbastanza indicativo della serietà dell'intenzione. Così, a pari condizioni di fondo, un po' di tintura di iodio indica una motivazione minore che il salto dal grattacielo.

Più importante è il fatto che il modo scelto ha, di solito, un riferimento simbolico con le fantasie che sottostanno all'impulso suicida. *Come* il paziente effettua il suicidio dice parecchio sul *perché* lo fa.

In linea di massima, l'inconscio cerca una punizione adeguata alla colpa. Di solito il paziente sceglie una modalità che punisce la sua colpa con segno opposto.

Per esempio, l'omosessuale maschio avrà fantasie, o sognerà, di essere ucciso a colpi d'arma. Quest'immagine rappresenta il suo desiderio di essere attaccato dal pene di un altro uomo, fino alla morte. Ma anche il rovescio di un desiderio associato: attaccare un altro uomo col pene. Un individuo simile, se è incline al suicidio, si colpirà con un'arma, oppure farà in modo di essere ucciso, esponendosi al pericolo, da qualcun altro.

Analogamente, per molte fobie, la colpa edipica è associata con la fantasia di volare, di scalare, oppure di avere una erezione in circostanze poco appropriate. La punizione compensatoria si esprimerà attraverso una caduta, attraverso il fatto di precipitare che è la maniera di suicidarsi prediletta da questi pazienti. La depressione che precede il suicidio è caratterizzata dalla « caduta » dell'autostima, dall'umiliazione, ed è espressa come sensazione di « essere trascinati in basso ».

Per certuni, il fatto di respirare profondamente, associata all'eccitazione sessuale, prende il carattere di esperienza erotica. La minaccia di perdere il controllo dei propri impulsi erotici crea un'ansia associata a respiro pesante; e questo si associa alla paura di soffocare. Questi malati prediligono la morte per impiccagione. L'annegamento non solo si accompagna al soffocamento, ma simula anche il ritorno alla madre, attraverso l'immersione.

Prendere una dose eccessiva di farmaci non è altro che un avvelenamento. Se si esamina sotto il profilo psicanalitico il caso di persone che tentano o commettono il suicidio in questa maniera, balza agli occhi il fatto che questo gesto è prodotto dalla delusione in corso di relazione anaclitica, o di dipendenza. È come se le ultime parole del suicida suonassero: «Tu sei una madre cattiva. Speravo che mi nutrissi bene e ti prendessi cura di me, e invece mi hai dato del veleno».

Coloro che si eccitano sessualmente nell'odorare l'oggetto d'amore, così come il lattante riconosce l'odore della madre, rimanendone gratificato, di preferenza respirano dei gas velenosi per suicidarsi. L'odore più violento dell'infanzia è quello delle feci, e questo spiega perché queste persone si siano fissate allo stadio anale di sviluppo sessuale. Indulgono in fantasie consistenti nell'incorporare, per inalazione, la madre o il sostituto della madre. L'individuo orale, deluso dal nutrimento della madre, si avvelena; quello anale, deluso dall'assenza della madre, o semmai dall'assenza del suo odore, inala dei gas velenosi.

L'uso delle armi taglienti è preferito da coloro che si eccitano mediante fantasie consistenti nel taglio dei genitali, propri o altrui. Una forma non fisica di taglio è quella rappresentata dal distacco psichico dall'oggetto d'amore, o da un organo disturbante (come nell'isteria), o dall'intera realtà (come nella catatonìa).

Agli atti suicidi evidenti, dobbiamo aggiungere quelle forme di suicidio lento, o parziale: l'alcolismo e le altre tossicomanie; il gioco d'azzardo compulsivo

in certi casi, l'eroismo ingiustificato. In un'altra categoria si collocano i suicidi procurati dall'esterno, in cui la morte è dovuta al caso. La roulette russa è uno dei tanti esempi. I gesti o i mestieri che mettono la vita a repentaglio sono altrettante esemplificazioni. Si pensi al torero, al corridore automobilista, alle controfugure. L'attitudine all'infortunio rappresenta una terza categoria, molto comune. Quando un amico dice al guidatore spericolato: «che vuoi fare, ammazzarti?» ha più ragione di quanto non creda.

Per fortuna, non tutti i gesti autodistruttivi hanno come esito la morte. Che possiamo dire delle reazioni successive al fallito suicidio?

Le reazioni di coloro che hanno tentato il suicidio sono divisibili in due categorie. La prima comprende la depressione, e la delusione nel vedere che il tentativo è fallito. Un paziente profondamente depresso, dopo aver fallito il suicidio, disse: «Mi pare che sia come il tennis. Sulle prime si fa fiasco; poi, provandò e riprovandò, ci si riesce».

Naturalmente una reazione del genere fa porre una prognosi assai grave.

La seconda categoria è sostanzialmente contraria alla prima. Il senso di sollievo rappresenta la gratificazione del desiderio d'essere salvati, e può accompagnarsi alla sensazione di essere risorti. In certi casi il tentativo di suicidio può essere negato. Anche se sostiene una prognosi più favorevole, questo tipo di sollievo è di breve durata. Se non si prendono misure adeguate, i fattori intra ed extrapsichici che hanno portato al primo gesto possono ricomparire, con tutta la loro pericolosità.

BIBLIOGRAFIA

1. DUBLIN, L.: *Suicide: a Sociological and Statistical Study*, New York, Ronald Press, 1963.
2. FREUD, S. (1924): *The economic problem of masochism*, Standard Edition XIX, London, Hogarth Press, 1961.
3. FREUD, S. (1920): *Beyond the pleasure principle*, Standard Edition XVIII, London, Hogarth Press, 1955.
4. RANK, O. (1897): *Der Doppelgänger, Imago 3*. Cited by Freud in *The Uncanny*, Standard Edition XVII, London, Hogarth Press, 1953.
5. OSTOW, M.: *The metapsychology of autoscopic phenomena*, *Int. J. Psychoanal.* 41: 619-25, 1960.
6. FREUD, S. (1917): *Mourning and melancholia*, Standard Edition XIV, London, Hogarth Press, 1957.

*Il contributo che segue si pone come rigorosamente freudiano e rappresenta infatti una profonda disamina del concetto di istinto di morte, da Freud fino alle più recenti elaborazioni.*

*Con notevole chiarezza Futterman passa in rassegna le varie posizioni, da quelle che si rifanno all'originaria « teoria dualistica » (istinto di morte e istinto di vita come pulsioni provenienti da due diverse sorgenti), a quelle che postulano una « teoria monistica » (« Eros » e « Thanatos » come due aspetti contrastanti della stessa realtà istintuale), evitando però di radicalizzare la questione in termini teorici e filosofici. Futterman concentra in pratica la sua attenzione sull'aggressività in quanto realtà clinica, che non gli sembra sia mai stata sufficientemente presa in considerazione. Per quanto in certi casi essa sembri avere un valore costruttivo, di difesa contro le tensioni frustranti, tesa a favorire l'affermazione dell'istinto di vita, in molti altri casi questa componente positiva diventa praticamente irrilevante, e l'istinto di morte, (inteso come tendenza a tornare alla materia inorganica,*

*come negazione totale della vita) prevale e si esplica interamente: il suicidio è uno di questi casi. Depressione, tossicomania, e in fondo la stessa nevrosi sono manifestazioni parziali di aggressività rivolta contro se stessi; in esse le embricazioni con l'istinto di vita sono numerose e assumono forme diverse, il cui reale valore « costruttivo » va però verificato e discusso da caso a caso (per esempio il raffigurare fantasticamente la morte come un « buon sonno », una specie di nirvana paragonabile al sentimento di benessere che segue l'allattamento).*

*Dopo queste premesse teoriche Futterman prende in considerazione un caso clinico, il « caso del Sig. A. S. », caso sul quale nel libro « The Cry for Help » si cimentano diversi analisti e psicoterapeuti di vari indirizzi. Il paragrafo « implicazioni psicoterapeutiche » contrasta nettamente con l'elevato tono dottrinale della parte introduttiva ed è ricco invece di suggerimenti pratici, assolutamente scevri da preoccupazioni riguardanti l'« ortodossia ».*

## SUICIDIO: IL PUNTO DI VISTA PSICOANALITICO

**SAMUEL FUTTERMAN**

SAMUEL FUTTERMAN, MEMBRO DELLA AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION E DELLA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, HA RIVESTITO NUMEROSE CARICHE IN AMBITO SIA PSICHIATRICO CHE PSICOANALITICO, TRA CUI QUELLA DI PRESIDENTE DELLA SOUTHERN CALIFORNIA PSYCHIATRIC SOCIETY E DI VICE-PRESIDENTE DELLA LOS ANGELES PSYCHOANALYTIC SOCIETY.

IL LAVORO CHE PUBBLICHIAMO È UN CAPITOLO DEL LIBRO « THE CRY FOR HELP », EDITO NEL 1962 A CURA DELLA MCGRAW-HILL BOOK COMPANY, NEW YORK, DAL TITOLO « SUICIDE: PSYCHOANALYTIC POINT OF VIEW ».

Per esaminare dal punto di vista psicoanalitico il problema del suicidio, come esso si sviluppa dalle teorie originali di Freud, bisogna procedere tenendo conto delle formulazioni che egli aveva dato della teoria dell'istinto. Questa introduzione, tracciando a grandi linee alcuni aspetti della teoria dell'istinto di Freud,

particolarmente dell'istinto di morte, e utilizzando sommariamente la letteratura psicoanalitica disponibile su questo argomento, non ha alcuna pretesa di essere esauriente. Innanzitutto non si sforza di essere originale, la speranza è, piuttosto, che una completa comprensione della teoria dell'istinto di morte possa esserci d'aiuto nella nostra metodologia e nella costruzione di una base teorica per postulare delle ipotesi riguardo al suicidio.

Un rapido sguardo alla concezione delle pulsioni di Freud aiuterà a comprendere queste formulazioni teoriche, enunciate per la prima volta nel 1920 (6), nelle quali egli analizza a fondo il problema delle forze istintuali che crede sviluppino energia nella mente e la spingano all'azione. Il termine *pulsione*, meno familiare, sembra preferibile a quello, più comune, di *istinto*, perché la funzione umana che si intende descrivere è differente da quella inferiore degli animali, attribuita all'istinto. Ad ogni modo le parole sono spesso intercambiabili, ed anche in questo capitolo è occasionalmente più facile e scorrevole accettare la consuetudine e parlare di « istinto di morte » e di « pulsioni aggressive ». Freud, considerando le pulsioni come si manifestano nell'uomo, non vi comprende le risposte motorie (che vi sono incluse negli animali inferiori) ma solo lo stato di eccitazione centrale in risposta ad uno stimolo.

La pulsione è un costituente psichico geneticamente determinato, che quando agisce produce uno stato di eccitamento psichico ovvero di tensione; questa spinge l'individuo all'azione o a un com-

portamento che in linea generale è anch'esso geneticamente determinato ma che può essere considerevolmente variato dall'esperienza individuale. L'attributo che la pulsione possiede, di spingere l'individuo all'attività, colpì Freud per l'analogia col concetto di energia fisica. Di conseguenza egli accettò la presenza di una energia fisica come parte degli impulsi o comunque da essi derivata. Così gli impulsi e la loro energia sono considerati come fenomeni esclusivamente intrapsichici e sono concetti che Freud sentiva essere necessari per spiegare alcuni degli avvenimenti delle funzioni psichiche osservati. Il termine *catexi* fu introdotto per indicare la somma di energie psichiche dirette o legate alla rappresentazione mentale di persone o cose. Più grande è la *catexi*, più importante ne è l'oggetto, psicologicamente parlando. Gli stimoli, sia esterni che interni, possono destare gli impulsi che spingono l'individuo all'attività. Questa persegue il proprio fine che risulterà essere o la cessazione dell'eccitazione e della tensione o la gratificazione.

L'attività motoria che è il risultato di uno stato di eccitazione è elaborata nell'uomo da parti altamente differenziate della mente, conosciute nella terminologia psicoanalitica come *lo*. Noi rinviemo la nostra discussione sul ruolo dell'*lo* nelle funzioni psichiche e ci soffermeremo solo sul fatto che l'*lo* modifica gli impulsi istintuali per mezzo dell'esperienza e della riflessione, processo che differenzia l'uomo dagli animali, in cui gli impulsi sono predeterminati come le attività motorie che ne derivano. Al contrario, nell'uomo, l'esperienza individuale

serve a modificare la pulsione.

Freud pervenne ad un'importante conclusione: che c'erano due tipi di pulsioni, asserzione che non tutti gli psicoanalisti accettano nella maniera in cui egli la formulò originariamente (6). Freud propose di tener conto degli aspetti istintuali dei nostri processi mentali assumendo l'esistenza di due impulsi: uno fu chiamato istinto di vita o Eros o impulso sessuale, l'altro istinto di morte o Thanatos o impulso aggressivo, di distruzione. Il primo comprende la componente erotica dell'attività mentale, il secondo dà origine alle componenti aggressive e distruttive. È importante sapere che F. sosteneva energicamente che nessun impulso può realmente esprimersi indipendentemente dagli altri, ma che essi sono fusi in un tutto variabile.

In altre parole non c'è nessun atto d'amore che non sia integrato con un complesso inconscio d'impulsi aggressivi. Per contro, il più insensibile atto di crudeltà intenzionale, che superficialmente sembra frutto di pura aggressività, ha dentro di sé qualche inconscia componente di gratificazione erotica. Si potrebbe intendere che l'impulso aggressivo non si manifesti solamente nel comportamento che normalmente noi intendiamo come aggressione e che l'impulso aggressivo non sia sinonimo di aggressività più di quanto l'impulso sessuale lo sia di desiderio di rapporto sessuale (2). Noi ne vediamo i risultati nella generalizzazione e proliferazione di queste pulsioni.

I teorici hanno trovato che è più facile descrivere le vicissitudini e lo sviluppo genetico dell'impulso sessuale che quelli

dell'impulso aggressivo. Noi sappiamo tuttavia che le componenti dell'impulso aggressivo mostrano la stessa capacità di fissazione e di regressione che è stata descritta per la pulsione sessuale. Così gli impulsi aggressivi dei neonati possono essere soddisfatti dall'attività orale, per esempio nell'atto di mordere, nei bambini più grandi talvolta soltanto nella fantasia, usando il proprio pene come un'arma e uno strumento di distruzione.

Diviene chiaro che ambedue le pulsioni, sessuale e aggressiva, si manifestano durante lo sviluppo con la fissazione alla zona orale, anale, fallica, e che la fusione di questi impulsi si realizza nella formazione del complesso di Edipo e del Super-Io. In teoria la fusione degli impulsi erotici con quelli aggressivi li alleggerisce della loro qualità distruttiva, permettendone la sublimazione, cosicché l'individuo potrà dare un contributo positivo ai propri processi di vita. MENNINGER (11), le cui teorie sull'istinto di morte e le relazioni col suicidio ci sono ben note, sentiva che l'elemento desiderio-di-morte nel suicidio era molto più ipotetico dell'esistenza, clinicamente dimostrata, di altri due elementi: il desiderio di uccidere e quello di essere ucciso. Condizione essenziale per le sue teorie era che esistesse una fusione fra le pulsioni aggressive e sessuali, in quanto l'attività auto-distruttiva emergeva quando erano incompleti e inefficienti i meccanismi del processo neutralizzante dell'amore. « In una persona che commette il suicidio, esso (l'istinto auto-distruttivo) rompe i propri limiti, sprigiona una potenza interiore, che pone immediatamente fine all'esistenza dell'individuo ».

Alcuni autori psicoanalitici sono del

parere che le pulsioni aggressive possano essere spiegate senza prendere in considerazione l'esistenza dell'istinto di morte. La ragione è che l'aggressività può essere considerata come un'attività attraverso la quale l'organismo deve liberarsi dalle tensioni frustranti e superare gli ostacoli che si frappongono al raggiungimento del successo degli istinti sessuali e vitali. Oppure come ha postulato BOWLBY (1), l'attività aggressiva è reazione ad un trauma; amore e odio rappresenterebbero così il rapporto fra amore di sé e mondo traumatizzante. Questo è un altro modo di dire che gli impulsi ostili si producono quando l'organismo viene frustrato nel soddisfare i propri bisogni. Ed è inoltre indiscutibilmente vero che l'aggressività si manifesta come espressione della sessualità pregenitale e genitale (2). Il bambino nel ricercare le proprie soddisfazioni sessuali pregenitali si disinteressa completamente dei sentimenti altrui, e dimostra nei riguardi di chi lo circonda ostilità, sadismo, aggressività e distruttività. Sebbene l'aggressività, come risultato di frustrazione degli impulsi sessuali, sia stata attribuita particolarmente alla fase anale, è chiaro che essa è contemporaneamente parte integrante di tutte le zone, orale e fallica, e inoltre compare nel complesso di Edipo.

Tuttavia tale evidenza clinica sembra molto più chiaramente comprensibile se vista come manifestazione di ambedue gli istinti, sessuale e di distruzione. Mentre il bambino impara a dominare i propri impulsi edipici, l'aggressività diventa incompatibile con gli altri bisogni e il Super-Io si forma per mediare le tendenze conflittuali. Il Super-Io in tal modo



fornisce all'individuo uno strumento mentale più efficace, che lo protegge dalle aperte espressioni della propria aggressività. Ad un certo punto dello sviluppo il bambino esperisce che le idee, le fantasie, i desideri della pulsione aggressiva possono essere pericolosi e/o incompatibili con gli altri impulsi. Ne deriva ansia e si producono sensi di colpa per aiutare a rimuovere dalla coscienza desideri intollerabili. In questo modo i meccanismi di difesa vengono sviluppati e usati dall'individuo sia per parare sia per trasformare quello che l'lo ha imparato a riconoscere come pericolose spinte istintuali.

Non c'è ragione perché la stessa repressione che si realizza per gli impulsi sessuali non possa attuarsi anche per quelli aggressivi, con lo sviluppo di analoghi meccanismi di difesa, quali la formazione reattiva, la proiezione, la sublimazione. Lo spostamento proiettivo dell'aggressività può essere responsabile di molte tensioni, sospetti, manifestazioni d'intolleranza fra individui e nazioni.

L'aggressività può anche essere rivolta all'interno sviluppando malattie nella sfera somatica, oppure nella sfera mentale, diminuzione dell'autostima, eccessiva severità del Super-lo, stati depressivi e tendenze autodistruttive o suicide. Il significato di quanto sopra detto riguardo al comportamento suicida si vede clinicamente nell'attacco del melanconico contro se stesso, condizione che rappresenta una reale esplosione aggressiva (12). Nella melanconia la realtà del mondo oggettivo è diminuita a causa della sopraggiunta regressione. Il processo melanconico descritto da Freud si sviluppa nella identificazione dell'lo con un oggetto di

amore introiettato (analogamente alla situazione del lattante), e questo oggetto viene perduto sia nella realtà, sia nella fantasia (7).

Mentre nella persona normale, dopo un periodo di lutto, avviene una catexi verso altri oggetti e il processo di identificazione continua, nella situazione melanconica il processo diventa un'incorporazione regressiva, come un'aggressività che si manifesta come una via di mezzo fra il possedere e il distruggere. Forse per questa ragione il melanconico esprime molto poca aggressività al di fuori di se stesso e ha poche relazioni con il mondo esterno. Tuttavia durante l'acme dell'attacco l'aggressività può sprigionarsi contro chi gli sta intorno, coinvolgendolo nella sua frenesia di rovina e di massacro. Inoltre esso esperisce usualmente questa situazione come un avvenimento soggettivo. Può anche credere di distruggere gli altri nonostante che, ora, per il melanconico, esista un substrato di menzogna nella mistificazione e confusione fra soggetto e oggetto. Altri psicoanalisti hanno teorizzato che è con la formazione di relazioni oggettuali che frustrazione, delusione, insoddisfazione, etc. si manifestano come comportamento aggressivo e distruttivo. Tuttavia i teorici della scuola monistica (solo Eros) incontrano difficoltà nel considerare le sorgenti di energia e la loro distribuzione nel comportamento conflittuale, dal momento che un'unica fonte di energia deve attivare attività opposte.

La scuola dualistica (Thanatos e Eros) supera questa difficoltà postulando che la morte e l'istinto aggressivo rendano disponibile una potenziale riserva di energia che, con lo sviluppo alle rela-

zioni oggettuali, permette all'aggressività di concorrere attraverso molte vicissitudini alla formazione del Super-Io, delle identificazioni etc. Quindi la relazione oggettuale è la manifestazione di un Io funzionante.

Anna FREUD (4) scrisse: « Nell'osservazione clinica né il sesso né l'aggressività possono essere studiati in forma pura... questa teoria essenzialmente biologica contiene lontane implicazioni sociali... il bambino sviluppa sia sentimenti ostili sia amorosi verso la madre, attorno all'ostilità di fondo che nasce quando la madre ne frustra i desideri... Le rappresentazioni mentali delle due forze organiche rimangono correlate l'una all'altra così lassamente che nella personalità non si reperisce nessun punto d'incontro a livello cosciente. Ed è solo lo sviluppo di questo punto focale, l'Io, che è il risultato della graduale integrazione di tutte le forze istintuali, e durante questo sviluppo si arriva allo scontro e alla realizzazione della incompatibilità fra di essi. Perciò, in accordo con questo punto di vista, la presenza dei conflitti mentali e dei sensi di colpa ad essi conseguenti presuppone che si sia raggiunto uno specifico e relativamente avanzato grado di sviluppo dell'Io ».

Nella scuola di Melania Klein lo sviluppo dell'Io è attribuito ad un'epoca molto più precoce, in base all'ipotesi che il conflitto fra questi due opposti istinti appaia più presto di quanto Anna Freud ha teorizzato.

Esaminando il carattere dell'istinto di morte, Freud postula che la materia organica si sia sviluppata dalla materia inorganica, resa vitale per opera di qualche sconosciuta influenza cosmica. La

materia animata tende a ritornare inanimata, processo regressivo che egli pensò essere simile a quello di morire e dello stato definitivo di morte. Freud stabilì che l'istinto di morte è essenzialmente conservatore e non cerca nuove esperienze ma piuttosto tende ad uno stato di completo riposo. Ciò è in contrasto con l'istinto di vita che disturba questo riposo e costantemente cerca nuove esperienze (13).

Questo principio si sviluppa in accordo con la concezione di Freud del principio omeostatico dell'Io. Il principio stabiliva che quando un eccessivo stimolo invade l'organismo, l'Io reagisce con uno sforzo per ridurre questi stimoli ad un livello costante. Questi sforzi continuano finché lo squilibrio permane. Le reazioni al disturbo della quiete possono essere violente, come si vede nel bambino che grida, scalcia, e piange quando viene interrotto il suo riposo.

Uno schizofrenico in preda a stupore catatonico frequentemente reagisce al mondo esterno con un'esplosione di rabbia furiosa che può spingerlo alla distruzione di tutto, senza scopo. Ci sono così condizioni nelle quali ogni stimolo esterno è doloroso e viene allontanato mediante la distruzione. Questa tendenza dell'Io a tutelarsi dagli stimoli persiste per tutta la vita, in minor misura nei primi anni, si accentua in seguito, verso la fine della vita; ne è esempio il conservatore schema mentale delle persone più anziane, che si rifiutano di fronte a nuove impressioni ed esperienze.

L'istinto di morte pertanto insegue il passato, è avverso a nuove esperienze, è essenzialmente conservatore ed è dominato dalla coazione a ripetere. Esso

tende al riposo eterno, e questa tendenza può trovare la propria espressione nel suicidio. Quello di mantenere lo statu quo è l'apogeo, l'espressione culminante del tentativo di suicidio.

C'è una certa similitudine fra la coazione a ripetere, usata nel descrivere le condizioni psicologiche, e la legge della inerzia che, descrivendo la materia sotto condizioni fisiche, esprime la tendenza della materia inorganica a rimanere in un determinato grado di stabilità o a ritornarvi.

Freud ne ricava questa analogia: una volta che sia stato trovato un modello di comportamento conforme alla gratificazione dei bisogni soggettivi, esso viene ripetuto finché non diviene automatico. E viene ripetuto perché segue la via di minor resistenza e perché richiede il minor dispendio di energie. È interessante notare che questa fase delle teorie di Freud è stata preceduta dall'uso del modello concettuale del fluido idraulico applicato ad un sistema chiuso, secondo il modo di pensare teorico prevalente a quel tempo (14). Il passaggio ad un modello di sistema teorico più aperto non appare fino al 1920 quando pubblicò *L'io e l'Id* (1923) e *Inibizione, Sintomo e Angoscia* che è risultato dall'assunzione dell'io ad un ruolo più importante e più penetrante della funzione della personalità.

Questo accadde perché il concetto dell'ansietà emerge come un campanello o sistema di segnalazione di vitale importanza per il funzionamento dell'io.

Come ho già esposto prima, lo sviluppo e il funzionamento dell'io è considerato da alcuni autori di vitale importanza nel conflitto, rapporto e integra-

zione delle opposte forze degli impulsi di vita e di morte. La somiglianza del fenomeno della morte col sonno o con lo stato dei drogati o degli intossicati ha destato l'attenzione di alcuni autori. In accordo al LEWIN (10), c'è una certa connessione tra il concetto di sonno e quello di morte. Egli considera che ontogeneticamente il desiderio del sonno è molto più antico di quello della morte, cosicché il concetto di morte può essere considerato una modificazione di quello del sonno. C'è inoltre una certa somiglianza tra l'eccitamento artificiale di colui che è assuefatto alla droga, il naturale eccitamento del maniaco e i relativi modi di essere, e il sonno.

Il sonno stuporoso di chi è assuefatto alla droga rappresenta per esso l'unione con il seno, al contrario questo è vero solo in parte per il maniaco. Il suicidio di ambedue i tipi, il drogato e il maniaco, può significare così la fusione dell'io con il Super-io ed un conseguente ritorno alla madre. Nella sua estrema forma potrebbe essere una riproduzione fantastica del dormire attaccati al « buon » seno sempre nutriente.

LEWIS sviluppa il tema che l'idea della morte, simile ad un nirvana o ad uno stato di completo riposo, è diventata riferibile e confusa con l'idea di sonno, specialmente un buon sonno. La matrice dell'esperienza soggettiva dalla quale nasce l'idea che via via si differenzia in sonno, morte, nirvana, o stato di completo riposo, immortalità, cielo o sentimento oceanico, è lo stato confuso che segue l'allattamento e in seguito un buon sonno. Questo è riferibile alla mancanza del concetto del tempo nell'inconscio, come quando si cerca di ricordare

i primi giorni dell'infanzia, in cui non c'è distinzione di tempo fra annichilimento e immortalità. In questo sonno estatico, l'immortalità si arresta di fronte al sentimento dell'unione con l'immortale figura del Super-Io, una fusione dell'Io col Super-Io, che ripete l'originale fusione col seno. Il modello di immortalità e di felicità, unione con il seno, è il « buon » sonno.

Certamente alcune forme di suicidio in casi di psicosi maniaco-depressiva sono influenzate da questa fantasia. I clinici hanno notato che nei gravi eccitamenti maniacali i pazienti sperano di visitare il cielo, o di vedere Dio e i Santi, o di avere piacevoli esperienze del mondo a venire. Questo, incidentalmente, è in marcato contrasto con la morte indesiderabile che pare attendere il depresso patologico. La morte non viene per essere temuta, è il « cattivo » sonno che è interrotto dalle tensioni, dall'ansia, dal senso di colpa. In chi dorme vi è una curiosa condanna simile al fantasma che non ha riposo, o come l'ebreo errante, che per un peccato contro Cristo che portava la croce, è condannato a rimanere vivo, a meno che non sia interpretato simile ad un cattivo stato di insonnia. La « buona » morte, e la « cattiva » morte sembrano essere così modellate su precoci esperienze soggettive del sonno finché non vengono alla fine integrate in un unico concetto.

Nella integrazione finale il simbolismo ambivalente tuttavia rivela le due componenti, e il fatto che il suicida creda nell'immortalità dell'Io rappresenta la regressione al « buon » sonno.

RADO nel 1933 (15), tratta anche dell'assuefazione alla droga, e con l'uso del

termine di *pharmacothymia*, mette in rilievo in che modo sia lo stupore, sia il suicidio possano essere conseguenti. Egli ipotizza che il paziente che si uccide nella *pharmacothymia* fa così perché intende liberarsi per sempre dalla depressione, sostituirla una esaltazione che possa durare in eterno. Questo tipo di malato non vuole così realmente uccidersi, ma piuttosto tende all'immortalità che sente sia la propria eterna morte.

GLOVER (8) riporta un altro aspetto dello stato suicida che sembra degno di nota. Spesso, quando c'è sovraccarico dell'apparato psichico da parte dell'energia istintuale, sopravviene una crescita di stasi con una tensione intollerabile.

La quiete può essere distrutta da una esplosione di attività fino al suicidio. Questi fenomeni, di sensazioni che arrivano all'esplosione, si vedono di solito dove le esperienze dell'individuo non portano ad un effettivo scarico: questo produce in lui un'intollerabile tensione, con un fenomeno che si sviluppa gradualmente, di totale prostrazione. E tutto ciò è stato riferito alle fissazioni della prima infanzia, di solito con caratteri anali o uretrali, dove la sola via d'uscita sembra essere l'esplosione, un processo che nella vita più avanzata produce tendenze impulsive al suicidio.

FREUD (6) spiega anche che l'organismo procede con un ritmo alternante, quando ci si riferisce agli impulsi istintuali. Più tardi Anna FREUD (4) scrisse: « Nella prima infanzia l'amore e l'odio sembra che si alternino in veloce successione, apparentemente non influenzati l'uno dall'altro ».

In seguito SCOTT (16) suggerì che l'oscillazione delle energie istintuali, in-

tesa come un'energia che prende a prestito dalle altre per esprimersi, piuttosto che una successione dall'amore all'odio e viceversa, fosse il concetto più importante. Egli pensava che l'arginamento dell'energia sessuale senza soddisfazione può portare in progressione al desiderio, alla sofferenza, e alla disorganizzazione. Inoltre « la disorganizzazione è riorganizzabile, ma solo senza un cambiamento di energia. Conseguentemente, quando durante l'analisi l'odio è riorganizzato in amore, l'energia dell'odio si manifesterà come se fosse d'amore, e l'ansia che proviene dall'odio sarà simile a quella dell'amore, finché non occorrerà un'ulteriore analisi per poter progredire. Similmente con la disorganizzazione dell'amore, l'equivalente energia apparirà nell'odio ».

A SCOTT sembrò bene così di sottolineare che in assoluto la quantità di energia rimane invariabile, in contrasto con l'evidente mutamento di comportamento. Questo può rendere ragione in buona misura dell'evidenza clinica delle tendenze suicide, che si manifestano in pazienti in cui c'è una improvvisa dissoluzione delle relazioni amorose e un rapido passaggio alla riunione con l'oggetto d'amore dopo il tentativo suicida. Altri meccanismi possono ancora essere chiamati in causa, come quello che il tentativo suicida è una distruzione dell'oggetto d'amore introiettato, come Freud aveva invocato nella melanconia, senza, in aggiunta, il rapido ristabilimento dopo il tentativo.

BRUNSWICK (3) nel suo tentativo di mettere in luce l'aspetto difensivo degli istinti aggressivi aveva probabilmente qualcosa di simile in mente. D'altronde egli pensava che potesse esserci una

specie di oppressione dell'organismo da parte degli istinti aggressivi. Indicò che gli istinti aggressivi e difensivi potrebbero avere entrambi lo scopo di difendere il medesimo corpo e di mantenere la possibilità di soddisfare gli istinti sessuali. Egli ha anche indicato che gli impulsi o istinti aggressivi e difensivi sono più intimamente correlati dal punto di vista psichico e sono ambedue mediati nei loro aspetti emozionali e funzionali dal sistema nervoso autonomo tramite il simpatico, in contrapposto agli istinti libidici, che sono mediati nel loro funzionamento soprattutto dal parasimpatico.

Probabilmente, tra i problemi riguardanti il suicidio quello che più a lungo è rimasto senza risposta, è il motivo della scelta di questo modo di esprimere la soluzione dei conflitti sottostanti.

In termini di « fuga » o di « aggressività » ci sono certamente altre spiegazioni senza la struttura di sintomo, difesa, nevrosi del carattere, psicosi, ecc. che sono tutte utilizzabili per la risposta alle pulsioni e ai loro conflitti. Questo è stato per lungo tempo un problema senza risposta nello studio della psicopatologia, e questo capitolo non aspira ad altro che ad aggiungere altri problemi ad un ambito già confuso.

Freud rivolse in parte a se stesso queste domande (5) quando tentava di chiarire il guadagno primario che maturava da un sintomo intrapsichico già esistente; e il guadagno secondario che maturava da un sintomo, atto o malattia, dopo che essi si erano ben stabilizzati. Egli faceva una distinzione tra componenti interne, intrapersonali e esterne, interpersonali, nel guadagno primario, che si combinano nel realizzare il sin-

tomo e la malattia. La gratificazione secondaria veniva poi limitata a quelle incidentali e inaspettate gratificazioni che sorgevano dopo l'organizzazione della malattia o l'apparizione del sintomo.

Considerando il suicidio come un sintomo, un atto, una difesa, o una malattia, appaiono svariate caratteristiche che sembrano differenziarle almeno superficialmente dagli altri tipi di soluzione, nonostante il fatto che il suicidio derivi dai medesimi elementi dell'aggressività nel sorgere del suo conflitto, come ogni altro sintomo, difesa, nevrosi del carattere e psicosi. Quello che distingue il suicidio è: A) la sua natura drastica; l'azione è impressionante per il fatto che non lascia alcuna possibilità di ripetersi a causa dei suoi effetti su chi la compie; B) il suo rischiare con il successo: il suicida deliberatamente rischia i puntelli più forti che ha a disposizione, la propria vita, in una maniera molto spesso affidata al caso; C) i suoi aspetti tragico-comici nel fallimento: l'azione risveglia molte reazioni, non ultima delle quali è il sentimento impacciato, a volte di sollievo, molto spesso ostile, e solo raramente di simpatia, sia in chi ha tentato il suicidio sia in coloro che gli stanno attorno; D) la sua mobilitazione del senso di colpa, dei desideri di morte o dell'apprensione negli altri; mescolate con i sentimenti descritti prima, vi sono le reazioni di coloro che sono coinvolti da vicino con il paziente, che rispondono all'atto suicida con sentimenti di colpa, apprensione, o con sentimenti di rimprovero, rabbia, ostilità alle implicite accuse comunicate dallo stesso atto; E) la sua caratteristica primaria come

comportamento motorio: l'individuo reagendo ad uno stimolo dell'Id per prima cosa usa l'attività motoria automaticamente, per scaricarsi della tensione e per soddisfare i suoi bisogni. Con la crescita impara a lasciar passare un periodo di tempo tra lo stimolo e la reazione; e l'acquisizione di una tolleranza per certe tensioni è necessaria per mitigare la primitività reattiva degli impulsi. Per tutto questo è necessario un Io più maturo e razionale, e meno narcisista di quanto non lo sia quello di un paziente che si vuole suicidare.

Il suicida teme l'esperienza di ulteriori situazioni traumatiche. Può essere interessante, per vedere questi aspetti dell'atto suicida, la discussione del caso seguente.

#### IL CASO DEL SIG. A. S.

La storia del caso è sfortunatamente carente di dettagli necessari e importanti, situazione che in parte può derivare dal fatto che il materiale del caso è stato reperito in un ospedale che si trovava in difficoltà. Nella discussione perciò ci scusiamo con il lettore per il fatto che può esserci un piccolo anello di connessione fra la teoria su esposta e il materiale del caso.

Buona parte della storia può essere sintetizzata così come segue: il paziente fu descritto, per il periodo dagli uno ai cinque anni, come un bambino attivo e pieno di vita, vissuto fino a 10 anni in una fattoria. Era tranquillo e obbediente. Sua zia era insegnante in una piccola

scuola, ed egli stette bene fino all'età di 10 anni.

Per condizioni esterne la sua famiglia dovette vendere la fattoria e andare in città in quel periodo. Così egli cominciò a trovarsi molto spesso in contrasto con i bambini vicini ed ebbe presto delle preoccupazioni per la sua bassa statura, che più tardi si accentuarono. Subì una tonsillectomia a 11 anni e rischiò di essere respinto alla sesta classe quando ne aveva 12. A questa età soffrì di pertosse. Tra i 15 e i 20 anni passò dalle scuole superiori al College. Là si risvegliarono le sue preoccupazioni sulla statura, e cominciò in quel periodo a masturbarsi. Sembrava che se la cavasse bene nel primo periodo del college, quando ebbe un guizzo di attività, ma poi perse interesse e s'arruolò. Fu anche in questo periodo che era cominciato il legame con Mary. Il suo servizio militare sembrava buono. Poi tornò a scuola e si sentì nervoso, prendeva dei sonniferi; andò quindi in Sud America, ma entro poche settimane ritornò a Los Angeles, dove tentò il suicidio.

Spesso si solleva nei depressi e nei pazienti che hanno tentato il suicidio, la domanda se ci sia stata la perdita o l'assenza di una figura importante nella loro fanciullezza. In questo caso noi abbiamo una famiglia intatta. Non c'era reale assenza paterna, anche se si potrebbe dire che il padre era fisicamente disponibile, ma emozionalmente estraneo.

Ci potrebbero essere state delle sottili indicazioni di intenzioni suicide quando dissé ai suoi genitori che stava per andarsene di casa, nel Kansas, diretto alla costa dell'Ovest. Ma non c'era nessuna

sottigliezza nella sua idea di andare in Sud America, dopo tanti anni che aveva una relazione epistolare con una ragazza sudamericana. Comprò del latte con malto con il suo ultimo quarto di dollaro prima di prendere le pillole, e il latte fu messo in relazione con la tonsillectomia all'età di 11 anni.

Noi vediamo in tutto questo un'inconscia richiesta di aiuto per la tensione crescente: cercò di allontanare l'esplosione imminente tentando di correre e di andarsene via, ma alla fine la mancanza di denaro, aggiunta ai sentimenti che aveva tenuti repressi, produsse una specie di crisi catatimica.

Sentiva come qualcosa che gli bruciava dentro, che gli impediva di agire, e questo prese per lui la forma di un tentativo suicida. La natura edipica del suo rapporto con Mary è evidente. C'è una maggiore preoccupazione per la madre che per il padre. Spesso l'allontanarsi dalla madre e scegliersi un'altra donna implica per il paziente il rischio dell'abbandono o della morte della madre.

Questo fu evidente quando la morte della zia gli fece ricordare l'unione con la madre e l'abbandono di Mary. Il suo lo irrazionale voleva entrambi, genitori e Mary, come quando chiese ad essi che portassero Mary con loro alla stazione una volta che venne a casa in congedo. Quando ebbe una relazione con una ragazza durante il servizio militare, questo non sembrò sufficiente; aveva bisogno di una figura che potesse aiutarlo a rompere con la madre. Mary suppliva questo molto di più di quella ragazza. Secondo lui, con il loro atteggiamento nei riguardi di Mary, era la prima volta che i suoi genitori lo contrariavano. Ma

questo probabilmente era un ricordo che faceva da paravento a molte altre frustrazioni ricevute da parte loro.

Il concetto di suicidio, come distruzione della figura del Super-Io, potrebbe essere qui esteso come punizione rivolta contro la madre per tutto il male che gli aveva fatto. Molte ragioni possono essere addotte come motivazioni del comportamento mostrato dal paziente prima che venisse programmato il trattamento. Si può dire che non gli sembrava di dover parlare di conflitti interiori e che la proiezione ancora prevaleva come difesa dominante. Si può anche dire che egli mostrava poca motivazione perché non cercava soluzioni per i suoi problemi prima del suicidio.

Altre questioni intorno alle sue motivazioni potrebbero indicare che la sua tolleranza alle frustrazioni era bassa, che tendeva a sfuggire piuttosto che ad analizzare i problemi, inoltre che si sforzava di elaborarli in una situazione esistenziale, ed era ciò che egli aveva essenzialmente trovato nel rapporto con Mary.

D'altra parte, aveva fatto abbastanza bene a scuola e il servizio militare, la sua intelligenza perciò sembrava normale, e gran parte del suo bisogno di agire in una semplice e pur seria direzione si può attribuire alla scarsità delle esperienze di vita.

Inoltre non sappiamo che cosa gli avrebbe potuto dare la comunità nel caso che avesse cercato aiuto.

#### IMPLICAZIONI PSICOTERAPEUTICHE

Nel prospettare alcuni tipi di psicoterapia con questi pazienti, bisogna considerare molti fattori.

C'è ad esempio il problema se lo psicoterapeuta, che vuole continuare il trattamento di questo paziente, debba vederlo finché è ancora in ospedale. A questo proposito si devono applicare prudenti considerazioni, in quanto in una seduta ospedaliera sorgono molti problemi di emergenza, che sarebbe meglio che il terapeuta potesse evitare.

Il rapporto parte da un livello differente se il paziente vede il terapeuta prendere molte decisioni importanti e necessarie in una seduta ospedaliera. Il cambiamento di una seduta esterna, sia in clinica che in studio, è totalmente differente e può essere causa di deformazione o confusione per il paziente.

La considerazione può essere di particolare importanza quando il terapeuta ha avuto in trattamento il paziente per qualche tempo e avviene che per esso si renda necessaria l'ospedalizzazione per un tentato suicidio o per prevenire un acting out di questo tipo.

Qualche volta il paziente è portato in ospedale contro la sua volontà, sebbene sia prevista una breve permanenza. Perciò sarebbe meglio che li agisse come autorità restrittiva un terapeuta che non avesse mai avuto in cura il soggetto, che salverebbe in questo modo il rapporto fra il primo terapeuta e il paziente. Questo modo di agire può essere superficiale, ma in certi aspetti può essere veramente decisivo.

Si sarebbe potuta valutare la possibilità di un trattamento psicoterapeutico intensivo per A. S. in relazione alla conoscenza della forza del suo Io, al fatto che egli non aveva avuto sufficiente esperienza di vita e che aveva bisogno



di un ambiente esterno più equilibrato.

Forse la psicoterapia non dovrebbe essere interpretativa ma piuttosto d'appoggio finché non possano essere elaborati i fattori oggettivi della situazione nel suo complesso.

La psicoterapia d'appoggio non deve essere confusa con un atteggiamento di « lasciar fare » e prima o poi una terapia deve essere interpretativa per avere qualche effetto duraturo.

Teoricamente, se il caso di A. S. è una depressione reattiva, in soggetto nevrotico, il trattamento di scelta dovrebbe essere la psicoanalisi. Questa può essere egualmente tentata, sebbene con grande prudenza e con l'uso di tecniche speciali, se dobbiamo pensare questo caso come un ritorno ciclico di una depressione psicotica, senza un effettivo attacco ipomaniacale. La terapia di appoggio si è dimostrata la più utile all'inizio della terapia, ma più tardi si deve cercare di arrivare alle interpretazioni, anche durante le fasi depressive.

Come regola generale, nel trattare tali casi, quando la tensione inconscia del paziente diviene più violenta, è necessario riportare la terapia a livelli più superficiali, che il paziente possa tollerare. Durante la terapia noi dobbiamo certamente trattare con le trasformazioni dei meccanismi di colpa del paziente, aiutandolo a mantenere il senso della realtà anche durante le crisi, in maniera da

conservare la difesa preventiva del sé. Nel trattare tutti i problemi del transfert col paziente, bisogna dedicare particolarmente attenzione alla sua paura di essere abbandonato alle sue reazioni verso il transfert analitico, e al carattere narcisistico delle sue reazioni.

C'è una tendenza ad essere elastici nel trattare casi di questo tipo, secondo singole fasi, seguendo il concetto della frustrazione orale. Questo richiederebbe che il terapeuta si piegasse a determinati bisogni del paziente in momenti stabiliti, ben sapendo che provvedere ai bisogni del paziente non ne determina l'eliminazione, ma la continuazione. Bisogna sforzarsi di capire che quando lavoriamo con questi pazienti, stiamo trattando con soggetti che hanno forti oscillazioni nelle pulsioni istintuali, situazione che tende a minimizzarsi quando questi impulsi sono attaccati a istinti di vita, ma che produce improvvise crisi quando sono attaccati e accentuati da istinti di morte. Bisogna pensare ad una terapia supplementare, con i genitori in questo caso, con il coniuge in altri, regolandola secondo le situazioni terapeutiche.

Interviste marginali potranno tenersi con i genitori o coniugi, sufficientemente intervallate, per non produrre interferenze nella terapia del paziente. Altrimenti se bisogna lavorare più intensamente, con i genitori o con il coniuge, è preferibile avvalersi di un altro terapeuta.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BOWLBY, J.: Aggression in relation to emotional development: Normal and pathological, paper read at meeting of the Psychiatric Section, Royal Society of Medicine, London, September, 1947.

2. BRENNER, C.: *An Elemental Textbook of Psychoanalysis*, New York: Doubleday & Company, Inc., 1957.
3. BRUNSWICK, D.: A revision of the classification of instincts, *International Journal of Psychoanalysis*, 35: 224-228, 1954.
4. FREUD, A.: Notes on aggression, *Bullettin of the Menninger Clinic*, 13 (5): 143-151, 1949.
5. FREUD, S.: Fragments of an analysis of a case of hysteria, in *Standard Edition*, London: Hogarth Press, Ltd., 1953, vol. 7, p. 43, footnote.
6. FREUD, S.: *Beyond the Pleasure Principle*, London: Hogarth Press, Ltd., 1950.
7. FREUD, S.: Mourning and melancholia, in *Standard Edition*, London: Hogarth Press, Ltd., 1955, vol. 18.
8. GLOVER, E.: *On the Early Development of Mind*, New York: International Universities Press, Inc., 1956.
9. JONES, E.: *The Life and Work of Sigmund Freud*, New York: Basic Books, Inc., 1957, vol. 3.
10. LEWIN, B. D.: *The Psychoanalysis of Elation*, New York: W. W. Norton & Company, Inc., 1950.
11. MENNINGER, K. A.: *Man Against Himself*, New York: Harcourt, Brace and Company, Inc., 1938.
12. NACHT, S.: Clinical manifestations of aggression and their role in psychoanalytic treatment, *International Journal of Psychoanalysis*, 19: 201-223, 1948.
13. NUNBERG, H.: *Principles of Psychoanalysis*, New York: International Universities Press, Inc., 1955.
14. PUMPIAN-MINDLIN, E.: Propositions concerning energetic-economic aspects of libido theory, paper read at Conference on Conceptual and Methodological Problems in Psychoanalysis, New York Academy of Sciences, March, 1958.
15. RADO, S.: The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction), *Psychoanalytic Quarterly*, 2: 1-23, 1933.
16. SCOTT, W. C. M.: Libidinal and aggressive instincts, *International Journal of Psychoanalysis*, 35: 234-238, 1954.



*Dopo aver riportato il pensiero di Freud e di alcuni freudiani, può essere utile integrare questi contributi con quelli di analisti di altre correnti.*

*Il pensiero junghiano è stato esposto da Bruno Klopfer in un capitolo del già citato «The Cry for Help» di Farberow e Shneidman; ne riportiamo una breve sintesi.*

Gli psichiatri e gli psicoanalisti si sono sempre chiesti perché nel suicida gli istinti di morte prevalgono sugli istinti vitali.

Freud, e con lui la sua scuola, ha postulato l'esistenza di un istinto di morte primigenio, che finisce per soverchiare l'individuo e condurlo a morte; tuttavia, questo postulato non è mai stato dimostrato.

Il punto di vista junghiano è differente. Infatti, secondo Jung gli istinti vitali dell'Io non rappresentano affatto la componente predominante e unica della persona. L'Io rappresenta il centro focale della coscienza della persona; nel profondo giace il Sé, struttura che mantiene i contatti fra l'individuo e il cosmo di cui costituisce una porzione, in grado di conferire significatività all'esperienza vissuta.

La vita è significativa soltanto se l'Io e il Sé rimangono in contatto. Inoltre, il Sé è ambivalente: presenta un lato chiaro e un lato scuro; se prevale il secondo, il suicidio diviene possibile, anzi persino augurabile. Infatti, nel profondo di ognuno giace la convinzione che solo attraverso la morte si possa attuare una modifica integrale, una resurrezione; la morte viene insomma vissuta come un ritorno alla grande Madre, il ristabilito contatto con la quale ridà significato alla vita.

Possiamo ricordare l'archetipo dell'eroe che si incammina di notte per raggiungere il sorgere del sole; il viaggio notturno è l'unica via per conquistare nuovi orizzonti,

ma è anche denso di pericoli, di pericoli mortali. Anche la forza archetipica della Grande Madre ha un aspetto chiaro e uno scuro: da una parte dà la vita, dall'altra la distrugge. Pertanto può succedere che una persona, giunta a un certo punto, decida di imboccare la strada della morte allo scopo di rinnovarsi, di risuscitare. L'analista può aiutarlo valutando a fondo gli aspetti positivi di tale desiderio, ponendo in evidenza i lati chiari del Sé e contrapponendoli ai lati bui.

Storicamente, molti esempi di suicidio possono essere interpretati sulla falsariga di queste osservazioni. Si prenda il caso del martirio, o gli esempi, anche recenti, di eroismo: in questi casi il Sé prevale sull'Io — la vita singola è sacrificata a vantaggio dell'ideale, di ciò che dà senso all'esistenza. Questo ci spiega il sacrificio dei kamikaze, o altri esempi di eroismo collettivo che sconfinano nel suicidio di massa.

In altri casi, l'inquadramento diagnostico deve tener presenti tre possibilità:

1) Suicidio passivo. Accade nel caso in cui la persona si «lascia morire», ad esempio non facendo nulla per rimediare a una grave malattia.

2) Suicidio «dimostrativo», allorché una persona «fa finta» di uccidersi per raggiungere in realtà un secondo scopo. Non sempre è facile discriminare questa diagnosi dalle altre.

3) Suicidio impulsivo. È caratteristico di individui che non hanno radici e, pur ottenendo delle soddisfazioni dalla vita, si limitano a «seguire la corrente», senza stabilità. In casi del genere, il suicidio può essere tentato come qualsiasi altro gesto.

*(Ridotto da «Suicide: The Jungian Point of View» di Bruno Klopfer, capitolo del libro «The Cry for Help» di Farberow e Shneidman, ed. Mc Graw-Hill Book Company).*

*Il punto di vista rogeriano è riportato in un altro capitolo dello stesso « The Cry for Help », che sintetizziamo brevemente.*

Salomon Diamond si accosta al problema del suicidio come *counselor* di college cui a volte accade di imbattersi in persone con fantasie e progetti suicidi.

In qualità di rogeriano egli si chiede se la modalità della piena comprensione, che caratterizza appunto la « client centered therapy », possa in effetti aiutare il terapeuta nei confronti del problema del suicidio.

La sua esperienza gli conferma che è proprio un tale trattamento che permette un avvicinamento proficuo.

In genere, di fronte all'espressione di propositi di morte, i comportamenti che vengono più spontanei da assumere sono quelli di rassicurazione (ad esempio affermando che quello del suicidio è un pensiero abbastanza frequente anche nelle persone normali) o quelli dell'ammonimento (facendo leva sulle conseguenze che verrebbero a cadere sui familiari); quelli di ragionare insieme sulla futilità di un tale atto disperato; oppure quello di distrarre il paziente portando la discussione su altri argomenti.

Ma agire in tal modo equivale a giocare il ruolo che genitori o insegnanti, o qualsiasi altra persona significativa hanno finora tenuto. Inoltre, così facendo, mentre si crede accedere alla comprensione, in realtà si erige un grosso muro difensivo che copre i motivi più profondi che conducono a questo atto.

Per un rogeriano, il piano terapeutico deve essere quello di fare in modo che sia l'individuo stesso a vedersi oltre che ad essere visto (dal terapeuta). È utile quindi avvicinarsi rimandandolo il più possibile proprio ai sentimenti di suicidio, anche se questo può essere faticoso per il terapeuta.

Tale tipo di approccio dà la possibilità, infatti, di affrontare il problema a quel livello di profondità che è permesso dal paziente.

Il counseling centrato sul cliente non è

una strategia, cioè un mezzo sottile per guidare il cliente, mentre si vanta la pretesa che sia egli stesso a guidarsi. La costante focalizzazione su ciò che l'altro sente e sui suoi significati personali, escludendo rassicurazioni o altre forme di direttività, come ad es. la suggestione, comporta il rispetto del paziente come persona che sa dirigersi da sola.

Specificamente, a proposito del problema del suicidio, Rogers chiede se il counselor abbia il diritto, sia professionalmente che moralmente, di permettere che il cliente valuti seriamente la psicosi o la morte come una via d'uscita, e risponde che, soltanto quando il terapeuta sente, nel vero senso della parola, che non può essere lui, terapeuta, a scegliere alcuna soluzione e alcuna direzione al posto dell'altro, allora soltanto realizza lo sforzo vitale della capacità e potenzialità dell'individuo verso un'azione costruttiva. La sua risposta è quindi inequivocabile.

Sul piano pratico Salomon Diamond riafferma che, proprio di fronte a propositi suicidi, è più indicato attenersi rigorosamente al criterio di riflettere all'altro i suoi sentimenti, perché è così che viene facilitata la scelta nel senso della vita.

Pertanto, il terapeuta si atterra soprattutto ad una delle 6 condizioni che Rogers ha postulato come necessarie per il cambiamento terapeutico della personalità, e cioè quella che dice che l'esperienza del terapeuta e la comprensione empatica del punto di riferimento interno del cliente riescono a comunicare a quest'ultimo l'esperienza, qui intesa come sentire.

Con un paziente con propositi suicidi, l'intervento terapeutico consiste nel « riflettere » continuamente, e nel mettersi in relazione empatica.

È chiaro che, se è importante il tono della voce e la postura, merita anche qualche attenzione il linguaggio.

Perciò il riflettere le intenzioni suicide non dovrebbe mai avvenire sotto una forma di questo tipo « Lei vuol fuggire da se stesso » oppure « Lei non può vedere niente della vita che valga la pena di essere vissuto » (che sarebbe anche un'asserzione suggestiva).

Si deve invece essere pronti a condivi-

derne il sentimento mentre poi alcune affermazioni lo rifiutano. Perciò senza possibilità di equivoco si dovrà dire « sarebbe bello poterlo fare vivendo » oppure « dunque non vi è niente che valga la pena di essere vissuto ». Cioè, tutto ciò verrà detto come se si fosse convinti del destino del cliente e come se si fosse pronti a condividere una tale deprimente prospettiva. In breve, non si può rimandare al cliente il suo pensiero standosene tranquilli, ma bisogna farlo come se si entrasse proprio nel suo mondo.

(Ridotto da « *Suicide: The non directive Handling of Suicidal Behavior* » di Salomon Diamond, capitolo di « *The Cry for Help* » di Farberow e Shneidman, ed. Mc Graw-Hill Book Company).

Il libro di Walter Bräutigam « *Reaktionem, Neurosen, Psychopathien* » rappresenta per la psicopatologia tedesca un punto di riferimento fondamentale, paragonabile a « *Allgemeine Psychopathologie* » di K. Schneider, opera nella cui linea di pensiero si inserisce e di cui costituisce lo sviluppo più moderno e interessante.

Coerentemente all'impostazione di tutta l'opera, che può essere interpretata come lo sforzo di rivedere nell'ottica della psicopatologia tradizionale (profondamente trasformata) le acquisizioni della Psicoanalisi e della Behaviour Therapy, questo capitolo considera il tentato suicidio come una reazione conflittuale, cioè, come la risposta, filtrata attraverso un'elaborazione patologica, a una sollecitazione ambientale.

L'originalità (nonché, beninteso, la discutibilità) di questo approccio risiede, a nostro avviso, nel presentare le più

complesse situazioni psicomodinamiche, con il linguaggio e le modalità espressive propri della clinica medica: eziopatogenesi, prognosi, terapia ecc. sono uno schema logico che viene applicato sistematicamente alle nevrosi fobiche, così come alle varie strutture caratteriali, alle personalità psicopatiche o al tentato suicidio. È chiaro che questo atteggiamento è legittimo nella misura in cui riesce effettivamente a individuare degli aspetti tipici sovraindividuali, che permettano di delineare dei « quadri clinici » e nella misura in cui si è consapevoli del significato puramente astratto di queste formulazioni.

Per quanto si possa dissentire da tale impostazione, protestando l'originalità del singolo paziente, al di sopra delle determinanti « normali » o « patologiche », occorre riconoscere che un lavoro del genere non era ancora stato fatto, per lo meno in maniera così completa. In secondo luogo prima di superare — come è giusto — il « nosologismo » in una visione esistenziale, dinamica, globale del rapporto terapeutico, bisogna aver preso coscienza di tutto ciò che nel paziente rappresenta la ripetizione di meccanismi tipici, uguali per un gran numero di soggetti e, entro certi limiti, obiettabili e descrivibili come entità astratte.

Comunque nel capitolo che ci riguarda, la fisionomia considerata « tipica » dell'individuo che tenta il suicidio viene fatta emergere con un'efficacia veramente notevole, anche e soprattutto con l'ausilio di alcuni casi clinici e brani letterari, scelti e riportati con mano maestra.



## IL TENTATO SUICIDIO COME REAZIONE CONFLITTUALE

WALTER BRÄUTIGAM

QUESTO ARTICOLO È TRATTO DAL LIBRO « REAKTIONEN, NEUROSEN, PSYCHOPATHIEN », EDITO IN GERMANIA NEL 1969 DALL'EDITRICE GEORG THIEME VERLAG. LA VERSIONE ITALIANA DELL'OPERA È STATA CURATA DAL NOSTRO CENTRO STUDI PER CONTO DELL'EDITRICE E.I.A.S. DI ROMA, PER GENTILE CONCESSIONE DELLA QUALE PUBBLICHIAMO IN ANTEPRIMA QUESTO CAPITOLO; L'EDIZIONE INTEGRALE È IN CORSO DI STAMPA E USCIRÀ TRA BREVE TEMPO. WALTER BRÄUTIGAM È DIRETTORE DELLA PSYCHOSOMATISCHE KLINIK DELL'UNIVERSITÀ DI HEIDELBERG.

### Sintomatologia e modalità d'insorgenza

Una delle più frequenti reazioni conflittuali consiste nell'abbandonare il campo conflittuale e ritirarsi del tutto dal

mondo. Questo avviene nel modo più radicale per mezzo del *suicidio*. Virtualmente il suicidio appare come una delle azioni più libere dell'uomo: in realtà il suicidio e soprattutto il tentato suicidio sono il punto di arrivo di uno *sviluppo patologico* (RINGEL). Esso non si basa su una libera decisione, che valuta con distacco e obiettività la propria esistenza e ne fa un bilancio. Nella maggior parte dei casi è conseguenza di decisioni emotive e a corto circuito e di motivi nascosti alla coscienza stessa.

Ogni vero tentativo di suicidio è in realtà pericoloso. Il desiderio di uccidersi nella maggioranza dei casi non è lineare e privo di ambivalenza o quanto meno la propria morte non è l'unico vero scopo. Per lo più nell'attuazione di un suicidio viene cercato lo *stordimento*, con l'intento di modificare una situazione insopportabile, danneggiando o sacrificando se stesso o anche appellandosi agli altri. Il carattere di appello dell'atto suicida appare anche dal fatto che due terzi di coloro che si suicidano rendono noto in un modo o nell'altro il loro gesto. Il desiderio di quiete emerge chiaramente dalla scelta dello strumento: l'85% dei tentativi di suicidio avvengono oggi per mezzo di ipnotici o tranquillanti.

La scelta del mezzo è influenzata dall'epoca e persino dalla moda. Un determinato tipo di suicidio cui viene data ampia diffusione attraverso i mezzi di comunicazione di massa può avere un effetto contagioso. Sulle tendenze prevalenti negli ultimi decenni ci informa il grafico eseguito da CARSTAIRS in Scozia (v. fig. 1).



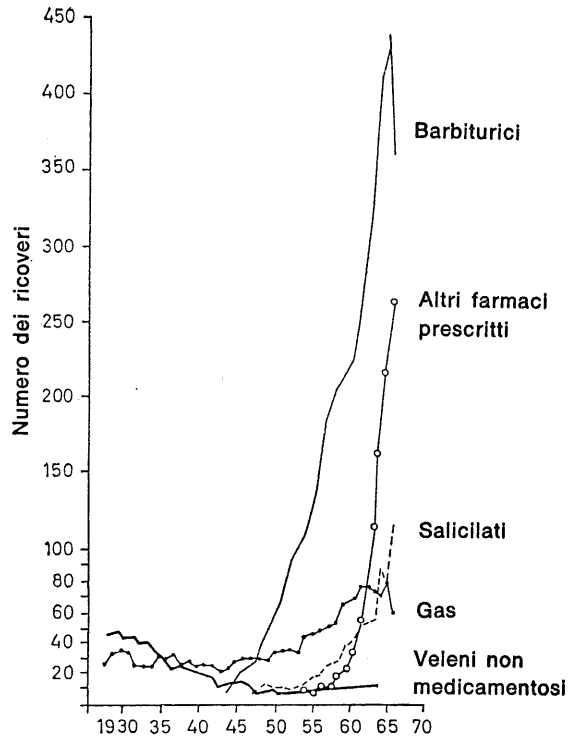


Fig. 1 - Ricoveri a causa di tentativi di suicidio nel *Royal Edinburgh Hospital* tra il 1926 e il 1966. L'aumento assoluto dopo la guerra è evidente, così come l'aumento percentuale dei farmaci prescritti, per lo più ipnotici o

altri farmaci psicotropi.

Da: Carstairs, C.M. *Attempted Suicide*. Relazione al VII Congresso Internazionale di Psicoterapia, 1967. Karger, Basel 1968.

All'ingestione di pillole e al gas tendono soprattutto le *donne*. Gli uomini ricorrono con maggior frequenza all'impiego di sistemi più pericolosi come *impiccagione, caduta dall'alto, armi da fuoco*.

*Suicidio e tentato suicidio*, vanno con-

siderati vicini, ma non sono da mettere sullo stesso piano. Certo anche il tentativo di suicidio fatto a scopo dimostrativo è pericoloso, può sfuggire di mano alla persona e avere un esito letale. La serietà della morte si trova anche dietro il tentativo di suicidio più debolmente mo-

tivato. Essi però non sono del tutto equiparabili: la composizione, la risolutezza, la scelta del mezzo e la motivazione interiore sono accentuati in maniera diversa nei due gruppi.

1) Certi mezzi come l'*impiccagione*, la *caduta dall'alto* e l'impiego di *armi da fuoco*, che presuppongono una decisa intenzionalità autodistruttiva sono ovviamente più frequenti nei suicidi che nei tentati suicidi.

2) Solitamente persone che hanno già fatto un tentativo di suicidio, *in caso di ripetizione del gesto effettuano nuovamente solo un tentativo* e quasi mai un vero suicidio. Questa non è però una regola assoluta su cui non ci si può basare, perché anche un tentativo intenzionalmente per nulla serio può sfuggire di mano e degenerare.

3) Tra i pazienti *che si suicidano*, l'incidenza di *psicotici* e di malati inguaribili è di parecchie volte superiore e arriva a un terzo del totale, mentre tra i tentati suicidi è meno di un decimo.

4) Il numero dei suicidi grosso modo è costante da anni, *il numero dei tentati suicidi è in aumento in quasi tutti i Paesi*. Il rapporto tra tentati suicidi e suicidi dovrebbe essere almeno 10 : 1, ma, dato il gran numero di casi che restano sconosciuti, potrebbe essere valutato anche intorno a 20 o 50 : 1. La prevalenza delle donne rispetto agli uomini è più rilevante nei tentati suicidi.

Tra le cause esterne, per esempio un'ingiustizia, una delusione ecc. e l'escuzione del suicidio stesso di solito vi è una fase di *elaborazione patologica*. Viene descritta una caratteristica « *sindrome presuicidale* » (RINGEL):

1) Si verifica un restringimento della *coscienza*, un ritiro dagli altri, un distacco dall'ambiente. Nell'individuo cresce il sentimento di solitudine e di isolamento, le cose perdono di significato

ed egli sente di non avere una via di uscita.

2) Il soggetto *si logora* in forti ma impotenti *aggressioni* verso gli altri. Predomina uno stato d'animo dolorosamente rassegnato e nello stesso tempo carico di rimprovero.

3) Subentra *una fuga in un mondo fantastico*, che ha spesso il carattere di godimento passivo, « *masochistico* ». L'attenzione del soggetto viene ritratta dalla realtà ed emergono fantasie che s'incentrano attorno alla scoperta del proprio cadavere, alle autoaccuse degli altri e al dolore per la sua morte.

Mark Twain nel suo « *Tom Sawyer* » ha colto magistralmente queste fantasie.

Quando la zia Polly si fu allontanata un attimo, Sid, fratello di Tom, prese la zucheriera e la fece cadere. Poiché Sid, ragazzo modello, per la zia non poteva essere assolutamente stato il colpevole, fu subito picchiato Tom. Al che egli si mise imbronciato in un angolo esaltandosi all'infinito nel suo dolore. « Sapeva che la zia interiormente era in ginocchio davanti a lui e la coscienza di questo gli dava una piacevole sensazione che lo pervadeva fino alla punta dei piedi. Non voleva interessarsi più di nessuno, di nessuno. Sentiva, che di tanto in tanto un'occhiata implorante, velata di lacrime, si posava su di lui, ma egli faceva come se non si accorgesse di niente e continuava a ruminare tra sé, muto. Si vedeva ammalato, disteso moribondo sul letto.

La zia si chinava su di lui e impetrava a mani giunte una sola, piccola, semplice parola di perdono. Egli invece voltava il viso dall'altra parte, muto, senza una lacrima e moriva... moriva e la parola di perdono non veniva detta. Cosa avrebbe fatto lei allora? Oppure si vedeva mentre lo riportavano dal fiume morto, coi capelli gocciolanti, pallido e immobile in volto, con finalmente un po' di pace e di serenità nel povero cuore tormen-

tato... per sempre. Ella si sarebbe gettata su di lui, le sue lacrime sarebbero scorse a fiotti ed avrebbe invocato Dio perché rendesse la vita al suo povero ragazzo, che non avrebbe più, mai più maltrattato. Ma egli sarebbe stato lì, freddo e immobile, un povero martire, che ha finito di soffrire ».

Quello che lo scrittore descrive qui in maniera caricata è il tentativo di suicidio tendenzioso e aggressivo. Questa descrizione però, come pure la sindrome presuicidale non valgono per tutti i casi: ci sono tentativi di suicidio che avvengono senza alcun preavviso e senza questo lavoro interiore legato alla sindrome presuicidale. Soprattutto i giovani allontanano da sé il fardello della vita apparentemente con leggerezza e senza motivo, e senza dare un preavviso. Non esistono più saldi legami con la casa paterna e ancora non ne sono stati instaurati con nuovi partner di vita. La propria immagine professionale e il ruolo sociale non sono ancora definiti o non hanno ancora un contenuto. Se a queste caratteristiche generali del periodo pubertario e postpubertario si aggiunge una certa difficoltà caratteriale a stabilire dei legami, allora si creano i presupposti per un tentativo di suicidio.

Un impiegato di 22 anni ha compiuto un anno fa il suo primo tentativo di suicidio e viene adesso ricoverato in clinica perché ha nuovamente ingerito 20 pillole di un ipnotico.

Dopo 24 ore è nuovamente in sé e racconta con la massima indifferenza e senza inibizioni « Perché l'ho fatto? L'altra sera avevo bevuto troppo; ero stato invitato ad un party e tutto il giorno in ufficio — sono contabile in una ditta di spedizioni di mobili — non avevo fatto che bere. Quando sono arrivato al party, mi hanno detto che dovevo procurarmi una ragazza. Allora sono andato in una birreria, ho trovato un amico e mi sono rivolto a una ragazza che sedeva al suo tavolo.

L'ho invitata al party. È venuta con me. Nel corso della serata però si è dedicata più ad altri uomini che a me. Allora ho bevuto ancora di più e alla fine ho cominciato ad alzare un po' la voce. Ma non volevo fare brutta figura e me ne sono andato a casa. Non ricordo come sono rientrato. Ero stufo di tutto e così ho fatto quel che ho fatto.

Sì, forse mi sento completamente inutile. Non ho niente nella vita che mi leghi. Lavoro, ma in ufficio mi arrabbio tutto il giorno, torno a casa la sera e sono stanco. Che senso ha tutto questo? Non ha nessun valore. Meglio farla finita. I miei genitori sono nella zona orientale. Mio padre non si è mai occupato di me. Ho un fratellastro, figlio di prime nozze di mia madre, che ha venti anni più di me, uno scolaro modello, un primo della classe che mi è sempre stato preposto come esempio. Quando mia madre morì, io doveti ridere. Non perché fossi triste, ma perché gli altri piangevano tanto. A 16 anni mi sono trasferito a Berlino, e da allora non ho più scritto a casa. Non so se mio padre e i miei fratelli siano ancora vivi. Bisogna pur finirli una buona volta, si deve troncicare. Ho sempre detto che non voglio vivere là per il sistema politico, ma probabilmente non è questo il vero motivo.

Amici non ne ho, cioè, sì, ho un gran numero di conoscenti. Ma non ho avuto che delusioni. All'inizio, quando sono venuto qui, ero molto fiducioso. Il mio primo amico è diventato omosessuale. Una ragazza che conoscevo da sei anni, una delle mie parti, si è allontanata da me. Ha detto che siamo troppo diversi e che non ha senso.

Ho una fidanzata, una finlandese. È tornata a casa sua due mesi fa. Io sono fidanzato con lei, cioè voglio fidanzarmi quando lei ritorna. È molto legata ai genitori e ha detto che prima vuole guadagnare un po' più di denaro, in Finlandia. Ha intenzione di ritornare da me quando i suoi genitori saranno morti. Ma anche questo non è un legame molto profondo.

Reagire? Mio padre mi picchiava finché non smettevo di piangere. Forse ho un po' di difficoltà nel rapporto con gli altri. Gli altri dicono spesso che sono arrogante, che non li lascio parlare, e per questo non riesco a stare a lungo in compagnia. Ma in realtà

non so aggredire nessuno. Anche adesso, uccidendomi, non volevo rimproverare nessuno, volevo solo farla finita ».

L'impressione che si ha è quella di un giovane interiormente debole, poco capace di farsi valere ed emotivamente molto labile. Da tutto quello che dice, in questo colloquio e nei successivi, emerge chiaramente la sua labilità di legame, cioè l'incapacità che ha di creare rapporti intensi, fidati e duraturi con altre persone.

La motivazione al suicidio è scarsamente dovuta a fattori situazionali esterni e molto a fattori di personalità. Anche in seguito non riesce ad instaurare un legame con il medico e con lo psicoterapeuta, respingendo tutto irrazionalmente e dimostrando una forte tendenza all'autosvalutazione. Invitato a proseguire i colloqui, si presenta solo una volta per una breve visita e al successivo appuntamento non viene, senza preavvisare.

### Frequenza dei suicidi e dei tentativi di suicidio

Per quanto riguarda i suicidi e soprattutto i tentativi di suicidio non esistono dati molto chiari. In media si prevedono 18-25 suicidi all'anno ogni 100.000 abitanti. Alcuni Paesi, come il Giappone, l'Austria, hanno cifre relativamente più alte, altri più basse. Per ogni suicidio riuscito avvengono approssimativamente 10-20 tentativi di suicidio. Nell'Europa Occidentale, in una città di 100.000 abitanti si possono prevedere annualmente 200-300 tentativi di suicidio, che rendono necessario un ricovero in clinica. Gli avvenimenti importanti conducono ad oscillazioni di queste cifre: la guerra a una diminuzione, le crisi economiche e il crescente benessere ad un aumento dei tentativi di suicidio.

### Motivazioni e Psicodinamica

Il suicidio calcolato (*Bilanzselbstmord*), col quale, in una situazione priva di prospettive si preferisce la morte volontaria ad un dolore, che sembra insopportabile, è una *rarietà*. Lo si può riscontrare in tempi di rivolgimenti politici o nell'ambito di eventi bellici, oppure in situazioni senza via d'uscita, quali carcere o campo di concentramento. In tempo di pace sono le persone anziane e coloro che sanno di essere irrimediabilmente ammalati (per es. di cancro o di sclerosi multipla) che possono arrivare al suicidio calcolato.

L'obiettiva valutazione dei fatti e la fredda determinazione di queste persone si riflettono spesso anche nella scelta del mezzo (gettarsi sotto un treno o buttarsi giù da edifici) e quindi nell'elevata incidenza dei suicidi riusciti.

La *motivazione* del tentativo di suicidio è nella maggior parte dei casi complessa:

1) La morte non viene intesa come la soppressione e cancellazione del proprio io, ma come *stordimento* e *fuga* da una situazione insopportabile. I più, dopo un tentativo di suicidio, dicono di aver voluto *andare via in un modo o nell'altro*, non saperne più nulla. Quasi sempre agisce una *contromotivazione* repressa, inconscia, in base alla quale l'individuo si concede ancora la possibilità di essere salvato.

2) Se si considera il modo in cui il suicidio si colloca nel contesto ambientale, si vede che per quanto paradossale

possa questo sembrare, esso è un'azione diretta ad altre persone. Rappresenta un'aggressione, un tacito e impotente rimprovero, oppure un appello rivolto agli altri. Questo carattere di appello e di rimprovero può arrivare fino al ricatto.

3) Nella maggior parte dei tentativi di suicidio si trovano delle tipiche cause attuali immediate. Nelle donne sono prevalentemente *delusioni amorose* dovute a separazioni, incomprensione o conflittualità coniugale (per es. infedeltà del coniuge); negli uomini *ingiustizie subite e delusioni nel lavoro*, timore di punizioni, perdite finanziarie, insuccessi e fallimenti professionali. Di solito però queste cause attuali sono la goccia che fa traboccare il vaso (STIELER).

4) Comunemente si osserva già in precedenza un profondo *estraneamento dagli altri*, che può essere stato causato da fattori esterni come la morte del coniuge, l'autonomizzazione dei figli e il conseguente isolamento ecc., ma che più spesso risiede in un interiore distacco dalle altre persone. Soprattutto nei giovani può anche dipendere da una profonda *difficoltà di contatto*, da un'incapacità sia di *avvicinarsi affettuosamente* che di *aggreire con uno scopo preciso*. Questa incapacità di contatto e la labilità dei legami personali sono pericolose per quanto riguarda la ripetizione del gesto. In ogni caso è solo l'interiore sfondo psicodinamico-conflittuale che dà agli avvenimenti esterni il loro valore.

La signora Z., una donna di 58 anni, ha tre figli sposati. Abita nell'appartamento sopra quello della figlia più giovane, la quale, a quanto riferisce, è sempre stata fredda e insensibile. Il 26 ottobre la signora Z. perde il

posto che aveva da 10 anni e non riesce a passare sopra questo fatto, coltivando anzi l'intenzione di rivolgersi al tribunale del lavoro. Ma poi finisce per *rassegnarsi*: «Alla fine si riceve sempre una sberla. Il dott. X mi ha cacciato via come un cane».

Rimane a casa 10 giorni, poi fa domanda di entrare in un'altra ditta. Quando là le viene presentato un questionario in cui le si chiede se è stata licenziata, smette di compilarlo e se ne va a casa. La sera resta sola. La figlia viene su dal piano di sotto e la signora Z. è delusa di non essere stata invitata a cena da lei e le fa delle oscure allusioni, dicendo che le cose per lei non hanno più importanza, che poi avrebbe visto... Una volta uscita la figlia dall'appartamento, chiude la porta dall'interno e ingerisce 15 pillole di un ipnotico.

A tarda sera la figlia è preoccupata di non sentire più nulla della madre e ripensa all'allusione. Per dare un'occhiata deve sfondare la porta: la madre ha perso completamente conoscenza. Ritorna del tutto in sé dopo due giorni e mezzo. Una settimana dopo il tentativo di suicidio, ripensando a ciò che è avvenuto dice: «Non intendevo uccidermi, volevo solo essere via, trovare un po' di pace, non vedere e non sentire più nulla. Se lo farò di nuovo? Adesso non riesco a rendermi conto del perché l'ho fatto. L'impiego che avevo nella vecchia ditta era tra l'altro pagato poco per il lavoro che facevo e troppo faticoso. Me ne cercherò uno nuovo». D'altronde è anche evidente che la figlia e gli altri figli sono adesso più aperti con la madre, che l'appello di questa è andato a destinazione e che essi nutrono sentimenti di colpa. I tre figli arrivano assieme e portano via la madre dalla clinica.

*La psicodinamica del comportamento suicida* è stata delineata da Freud come un'aggressione rivolta a una persona con la quale precedentemente esisteva una identificazione. Secondo l'interpretazione psicoanalitica di FREUD, ABRAHAM e BERNFELD il tentato suicidio si verifica nei seguenti casi:

1) quando esistono forti tendenze omi-

cide e vendicative, inconsciamente rimosse;

2) quando il soggetto si è inconsciamente identificato con l'oggetto odiato e uccide se stesso insieme a questo;

3) quando esistono tendenze autopunitive, collegabili tra l'altro a fantasie omicide nei confronti del precedente oggetto d'amore.

### Sinonimi e diagnosi differenziale

La maggior parte dei tentativi di suicidio compaiono oggi sotto la diagnosi di « intossicazione da ipnotici ».

Durante il risveglio che fa seguito a una intossicazione, di solito è sorprendentemente facile sapere dal paziente la motivazione del suicidio. In certi casi tuttavia il tentato suicidio è mascherato sotto forma di ingestione di una dose eccessiva di ipnotici, avvenuta per una svista. È sempre importante interrogare una persona al di fuori del fatto e farsi, attraverso *un'anamnesi esterna* un'immagine quanto più ampia possibile della situazione di vita del paziente. L'autoesposizione di quest'ultimo, da sola, non è sufficiente.

Questo è importante soprattutto per evidenziare eventuali aspetti psicotici. Se il tentativo di suicidio non ha delle vere motivazioni, se manca la funzione catartica e il senso di sollievo dopo il risveglio, bisogna pensare a una *distimia depressiva psicotica*, o, soprattutto se si tratta di giovani, a uno *sviluppo schizofrenico*. Anche delle idee abnormi di tipo delirante a contenuto ipocondriaco pos-

sono essere in primo piano nei tentativi di suicidio effettuati nel corso di fasi depressive. Un'accurata indagine della vita precedente e un'anamnesi esterna sono in questi casi particolarmente utili.

### Prognosi

Unità terapeutiche specializzate nel trattamento di pazienti che hanno tentato il suicidio (per es. in Danimarca), sono riuscite, servendosi di moderni mezzi di rianimazione, a far calare all'1% la mortalità per intossicazione da ipnotici. L'incidenza percentuale delle ricadute è difficile da valutare. In ogni caso la pericolosità aumenta nei tentativi successivi, a meno che non si tratti di gesti palesemente dimostrativi. Catamnesi eseguite dopo 5 anni indicano che, anche senza un intensivo trattamento terapeutico, di 100 tentativi di suicidio ne va a segno uno; secondo altre ricerche addirittura uno su mille.

### Terapia

Per diverse ragioni l'atto suicida ha già di per sé un effetto terapeutico:

1) In esso è insita *una funzione catartica*, connessa senz'altro soprattutto con l'esplicazione dell'aggressività.

2) La restituzione della vita viene spesso vissuta come un *giudizio di Dio*, come un segno del destino che viene accettato. La motivazione positiva verso la propria vita, che prima veniva repressa, pur es-

sendo tuttavia sempre presente, ne viene fuori rafforzata.

3) L'appello rivolto all'ambiente ha spesso successo. *L'intensificazione delle attenzioni* e i sentimenti di colpa delle altre persone hanno l'effetto di modificare la situazione di vita del paziente rispetto al periodo precedente l'atto.

L'aver dei colloqui con un medico favorisce la catarsi e rende più facile il distacco dal passato; tutto ciò rafforza nel paziente la motivazione positiva a cominciare da capo. Le persone anziane, in cui ha spesso grande importanza la solitudine, possono essere molto aiutate dagli interventi di sostegno da parte degli assistenti sociali. L'alcoolismo, che non di rado agisce come concausa, è da affrontare direttamente. A soggetti che presentano labilità nei contatti interpersonali bisogna offrire un aiuto psicoterapeutico, o per mezzo di colloqui individuali, o, meglio, per mezzo di sedute di gruppo. Va però notato che di solito non

si riesce a portare a una psicoterapia analitica, pazienti che hanno tentato il suicidio.

La labilità di contatto ha spesso effetto negativo. Il servizio di assistenza telefonica per persone disperate, istituito nelle grandi città, la consultazione epistolare, come mezzo per superare l'isolamento, e i consultori matrimoniali e familiari cercano di agire in senso preventivo.

Se nella fase dopo il risveglio si riesce ad instaurare un rapporto, questo deve in ogni caso essere utilizzato per invitare il paziente a rivolgersi al medico, se in futuro si troverà in analoghe situazioni disperate, anche se si sa per esperienza che nella maggior parte dei casi questo consiglio non viene quasi mai eseguito. Colloqui col coniuge, coi genitori, coi figli, con coloro che dovrebbero essere stati colpiti, nell'intenzione, dal tentativo di suicidio, possono aiutare a sgomberare il campo conflittuale.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BENFELD, S.: Selbstmord. Z. psychoanalit. Päd. 3 (1929), 355.
2. CARSTAIRS, G. M.: Attempted suicide: a challenge for preventive action. In: Kongressbericht vom 7. Internationalen Kongress f. Psychotherapie 1967, Karger, Basel 1968.
3. FREUD, S.: Trauer und Melancholie. Gesammelte Werke, Bd. X. 2. Aufl., Fischer, Frankfurt 1949.
4. RINGEL, E.: Der Selbstmord. Maudrich, Wien 1953.
5. STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmord-versuch. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, hsg. von H. W. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MULLER. Springer, Berlin 1961.
6. SCHNEIDER, P. B.: La tentative de suicide. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris 1954.

*L'articolo che segue, per quanto breve e sintetico, getta una luce, ci sembra, sulla psicologia del bambino suicida, sull'origine delle fantasie suicide nell'infanzia, e quindi anche sugli aspetti più infantili delle fantasie suicide degli adulti.*

*Tra le caratteristiche del pensiero infantile, per esempio, è tipica la percezione della morte come fatto reversibile, paragonato più a una partenza durevole che a una fine, essendo questo un concetto tanto astratto da mancarne completamente la rappresentazione interiore.*

*Di significato analogo — perché connesso con una capacità astrattiva ancora insufficientemente sviluppata oltre che con una generale immaturità delle funzioni dell'io — è il c. d. disturbo dello schema temporale, inteso come l'incapacità di percepire passato, presente e futuro come inseriti in un unico divenire e come parti differenziate di un complesso « progetto esistenziale »: il « presente » riassume in sé tutto, e se esso è spiacevole e inquietante, tutto è spiacevole e inquietante e merita di cessare.*





## IL SUICIDIO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI

NICOLE DOPCHIE

« LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES »  
È IL TITOLO ORIGINALE DI QUESTO LAVORO, PUBBLICATO SULLA RIVISTA BELGA « MOSAÏQUE », 1971, N° 10, PAG. 17-18. NICOLE DOPCHIE È CAPO DEL DIPARTIMENTO MEDICO-PSICOLOGICO DELL'OSPEDALE UNIVERSITARIO ST. PIERRE DI BRUXELLES.

I numerosissimi studi sul suicidio nei giovani dimostrano che esso nei bambini, pur essendo presente, è del tutto eccezionale. Le statistiche dell'O.M.S. rilevano che nel 1961, ogni 100.000 abitanti si riscontrava un suicidio di ragazzi fra i 10 e i 14 anni, nessuno fra le ragazze. Il periodo in cui i suicidi sono più frequenti è l'adolescenza: l'età fra i 15 e i 20 anni è citata nella maggior parte dei lavori come quella più « feconda » per questo tipo di comportamento auto-distruttivo. In una ricerca del 1967, la SOMERHAUSEN ed io, abbiamo trovato che l'età media dei suicidi era di 18 anni e 5 mesi per i ragazzi, di 19 anni e 7 mesi per le ragazze, e che l'età media dei tentativi di suicidio era di 17 anni e 5 mesi per i ragazzi e di 18 anni e 8 mesi per le ragazze.

Anche se negli studi statistici è necessario distinguere tra suicidio e tentativo di suicidio, ci si può domandare se questa maniera di considerare le cose non sia artificiosa.

Fra le numerose definizioni di suicidio, proponiamo qui quella di DURKHEIM: « Si chiama suicidio ogni atto di morte, che risulti direttamente o indirettamente da un atto positivo compiuto dalla vittima stessa, ben consapevole dei risultati che l'azione produceva ». Questa auto-aggressione, quindi, prenderà il nome di *suicidio* se porta alla morte, se è riuscita, sarà invece un semplice *tentativo di suicidio* se « fallisce », se non porta alla morte.

Quando noi studieremo più a fondo il significato di questo gesto, vedremo come l'intenzionalità che ne sta alla base possa essere identica, e come la riuscita o l'insuccesso sia funzione di circostanze imponderabili alle quali il soggetto si rimette.

*L'idea del suicidio*, molto frequente negli adolescenti, rappresenta la virtualità dell'atto; l'idea di darsi la morte è presente, ma la differenza fondamentale, che testimonia una maggiore solidità della personalità, risiede nella possibilità per il soggetto di controllare il passaggio all'atto.

*Le minacce di suicidio* esistono sia nell'adolescente (e hanno un carattere di ricatto e di pressione nei riguardi dell'ambiente), sia nel bambino. È molto importante precisare qui come per il bambino il significato di questa minaccia sia diverso, proprio nella misura in cui per lui il concetto di morte non ha lo stesso significato che può avere per soggetti più grandi. Infatti, sappiamo che il

concetto di morte è del tutto incomprensibile per il bambino fino a 4 o 5 anni. Solamente qualche anno dopo, sulla base di esperienze dirette o indirette egli paragonerà la morte al concetto di immobilità, di partenza, di assenza durevole, in sostanza a una scomparsa provvisoria e reversibile.

Solamente verso i 7-8 anni, il bambino raggiunge la comprensione intellettuale del processo biologico; ma ancora non si sente coinvolto personalmente: si sente infatti immortale. La morte è associata a fatti molto concreti, ai funerali, all'eredità etc. Su questi problemi, infatti, i bambini fanno parecchie domande ai genitori, che restano spesso molto turbati nel constatare come il bambino viva senza apparente angoscia la loro prossima scomparsa.

Soltanto verso i 10-12 anni la nozione astratta di morte diventa accessibile ai ragazzi e viene rappresentata con tutte le sfumature affettive loro proprie e quelle provenienti dalle condizioni culturali e religiose in cui sono cresciuti.

Prima dell'inizio dell'adolescenza, quindi, le minacce di morte hanno il significato che ad esse attribuisce il bambino (significato che è in funzione della sua percezione stessa del concetto di morte) e hanno quindi essenzialmente il carattere di una aggressione implicita verso il genitore: « Se non mi ami più, io partirò per molto tempo ». Così il bambino esprime la sua intenzione di punire l'altro proprio come egli stesso si sentirebbe punito e minacciato se fosse abbandonato.

È impressionante vedere come, spesso anche per l'adolescente, il suicidio abbia il valore di un messaggio rivolto all'altro.

QUIDU afferma: « È un atto vitale di comunicazione con gli altri »; SCHRUT parla di « richiesta di aiuto ».

Se si considera che l'adolescenza è quel lungo e difficile periodo di passaggio fra l'infanzia e l'età adulta, in cui non ci sono più veramente i privilegi dell'una e non ci sono ancora quelli dell'altra, ci si spiega molto bene dove sia la sorgente dell'angoscia e dell'insicurezza. L'accesso alla sessualità adulta crea innumerevoli difficoltà, e non è a caso che numerose statistiche considerano, come fattori scatenanti del suicidio, dei « problemi sentimentali ». È chiaro che questo motivo, preso un po' come pretesto, ha delle radici molto più remote e un determinismo profondo, legato alle condizioni affettive nelle quali si è sviluppato il bambino.

Nelle storie di questi bambini si ritrovano con una frequenza impressionante, famiglie dissociate, carenze affettive prolungate e precoci, carenza d'autorità paterna e un insieme di fattori che non permettono al bambino di affrontare l'adolescenza in condizioni favorevoli.

In questi casi si capisce come l'adolescente si trovi sprovveduto di fronte ai problemi da risolvere, che, anche se piccoli, gli appaiono insormontabili, e come l'angoscia di cui soffre provochi quel desiderio di fuga che si materializza nel tentativo di suicidio.

È interessante notare, qualora si tenti di approfondire più da vicino il significato del suicidio, come questo superi largamente la fuga di fronte ad una tensione insopportabile. Il suicidio è essenzialmente richiesta di aiuto, con a volte anche un reale atto di olocausto da parte dell'adolescente. Certi autori come PO-

ROT parlano della funzione « ordalica » del suicidio: fanno cioè riferimento al fatto che spesso il suicida si rimette simbolicamente « al giudizio di Dio » il quale deciderà della sua eventuale colpevolezza o meno, ponendosi in condizioni tali che il suo gesto raggiungerà o no lo scopo in dipendenza di circostanze fortuite di cui sarà responsabile la « fatalità ». È per questo che certi adolescenti prendono una quantità di barbiturici appena al di sotto della dose mortale, per cui ultimo arbitro della loro morte sarà il destino: se verranno scoperti in tempo oppure no. Qui si può notare l'ambivalenza dell'adolescente nei confronti della decisione di scomparire.

Non bisogna dimenticare l'aggressività che è dietro questa richiesta di aiuto; infatti il suicidio è un atto auto-aggressivo, è un rivolgimento dell'aggressività verso se stessi, e questo è conseguenza del fatto che l'adolescente non si sente sufficientemente protetto e amato e che preferisce considerarsi lui il colpevole piuttosto che incolpare i genitori. DUCHÈ ha affermato che « ci si ammazza perché si desidera la morte di qualcun altro ».

Svariati studi sulla struttura della personalità dell'adolescente suicida, hanno dimostrato che è vano volervi ritrovare una specificità psicopatologica. Infatti non viene dai vari autori messa in rilievo nessuna vera patologia mentale, neppure la schizofrenia. Ma in generale i soggetti sono descritti come immaturi, con un Io debole, con una grande labilità affettiva; l'angoscia è diffusa, a volte intensamente sollecitata da situazioni conflittuali,

che di solito sono mal controllate e provocano frequenti passaggi all'atto.

POROT, in un suo studio sugli adolescenti suicidi, parla di un disturbo dello schema temporale in questi adolescenti che hanno una nozione molto infantile del futuro, e per i quali il « presente », che riassume in sé tutto, è un presente estremamente poco rassicurante e inquietante.

In realtà, personalità di questo tipo, immature, poco strutturate e cresciute in ambienti familiari inadeguati, si ritrovano egualmente nella maggioranza dei soggetti delinquenti, i quali pure testimoniano il loro disadattamento con frequenti passaggi all'atto.

In conclusione sembra che il problema del suicidio nei giovani debba essere affrontato nel quadro più vasto del disadattamento sociale in generale. Se forse è utopistico immaginare adeguate misure di prevenzione globale nell'ambito socio-affettivo, resta sempre urgente la necessità di prendere misure psicoterapeutiche adeguate per i giovani che hanno tentato il suicidio e sono stati ricoverati in ospedale.

La prevenzione delle recidive troppo numerose, pone il problema della formazione psicologica dei medici che entrano in contatto con questi ragazzi al momento del ricovero, e quello dell'organizzazione dell'assistenza medico-psicologica del giovane dopo la dimissione. Questo è un problema che coinvolge tutta l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica.

*Il lavoro di Frederick e Resnik, di impostazione behavioristica, ci sembra un contributo assolutamente originale allo studio del suicidio e abbiamo deciso di pubblicarlo per il suo particolare interesse teorico.*

*Si tratta in sostanza di una minuziosa analisi delle modalità e delle circostanze in cui i comportamenti suicidi vengono appresi o si rafforzano e quelle in cui possono essere terapeuticamente eliminati.*

*Alcune deduzioni, derivate direttamente dalla teoria generale dell'apprendimento, mettono in luce i risvolti negativi dei comuni atteggiamenti terapeutici o addirittura di intere organizzazioni*

*a carattere preventivo, il cui intervento provocherebbe un rafforzamento dei modelli comportamentali suicidi: il tentato suicidio o la minaccia di suicidio sarebbero il prezzo che il paziente paga per poter usufruire di un particolare servizio assistenziale.*

*In questa linea vengono prospettati alcuni programmi terapeutici, basati sulla desensibilizzazione, sulle varie tecniche assertive, aversive ecc., che costituiscono l'ormai collaudato repertorio della Behavior Therapy, ma che possono fornire suggerimenti interessanti anche a terapeuti di altro indirizzo.*

## L'APPRENDIMENTO DEI COMPORAMENTI SUI- CIDI

**CALVIN J. FREDERICK  
H.L.P. RESNIK**

L'ARTICOLO CHE SEGUE È USCITO SULLA RIVISTA « AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTERAPY », 1971, VOL. XXV, N° 1, PAG. 37-55 COL TITOLO « HOW SUICIDAL BEHAVIORS ARE LEARNED ». CALVIN J. FREDERICK E H.L.P. RESNIK LAVORANO PRESSO IL « CENTRE FOR STUDIES OF SUICIDE PREVENTION » DI CHEVY CHASE.

### RIASSUNTO

Molti aspetti dei comportamenti suicidi possono essere appresi, per cui vengono prese in considerazione delle tecniche terapeutiche basate sulla teoria generale dell'apprendimento. Esempi tratti da dati clinici, sociali e sperimentali sono qui riportati, nel tentativo di integrarli con i concetti teorici. Viene prospettato l'uso di vari approcci basati sulla teoria dell'apprendimento per capire e trattare i comportamenti autodistruttivi.

### SUMMARY

Many aspects of suicidal behaviors can be learned and treatment techniques based

upon general learning theory have been discussed. Examples from clinical, social, and experimental information have been condensed with an attempt to integrate them with theoretical concepts. The use of various learning theory approaches toward understanding and managing self-destructive behaviors was advanced.

Il comportamento suicida come molti altri modelli di comportamento può venir appreso. Una tale ipotesi, se verosimile, dovrebbe stimolare lo sviluppo di tecniche di trattamento basate sui principi dell'apprendimento. A tutt'oggi non c'è stato un solo articolo che tratti specificamente « dei comportamenti suicidi » come di comportamenti appresi, né alcun riferimento a tecniche di trattamento basate sulla teoria dell'apprendimento. Si parla di « comportamenti suicidi » dove il plurale appunto sottolinea la varietà dei comportamenti osservati che vanno dalle minacce ai tentativi di suicidio: di questi, tutti possono diventare suicidi compiuti e ciascuno può essere stato appreso.

Sarebbe difficile sostenere che il comportamento inteso a distruggere se stesso possa essere completamente spiegato senza far riferimento a principi di apprendimento. Non è affatto chiaro come un comportamento così complesso come quello inteso all'auto-distruzione possa essere condizionato dal patrimonio genetico. Il comportamento è motivato e frutto di apprendimento anche se la personalità, i conflitti inconsci e la neurochimica certamente influenzano il modo in cui esso è appreso, esperito ed espresso.

I termini clinici inerenti il suicidio, co-

me l'ansia e la depressione, sono difficili da inquadrarsi, ma hanno grande importanza dal punto di vista psicologico, clinico e sperimentale. Con l'avvento delle tecniche comportamentistiche, psicologi e psichiatri ricercatori sono stati attratti dai complessi problemi che si incontrano in campo clinico. Poco importa agli studiosi del comportamento sapere come viene classificato questo problema e come poterlo quantificare. Per esempio lo psicologo orientato verso la fisiologia potrebbe definire l'ansia come una forma di paura leggera e prolungata nel tempo e per quantificarla potrebbe basarsi su indici del sistema nervoso autonomo. Lo psicologo orientato verso la teoria dell'apprendimento da rinforzo potrebbe definirla come una variabile misurata secondo un punteggio di una « scala di ansia ». Uno studioso orientato verso i principi del condizionamento potrebbe vedere l'ansia come una modalità di risposta alla presenza di stimoli minacciosi, con particolare attenzione alla frequenza delle risposte. D'altro canto da parte di chi si occupa delle modificazioni del comportamento, la depressione potrebbe essere considerata come l'assenza o la diminuzione del numero di risposte date, anche in presenza dei consueti rinforzi. Dai ricercatori interessati alla clinica potrebbe esser valutata come un punteggio su scala atta a quantificare la depressione. Dagli studiosi dell'apprendimento essa è stata semplicemente definita come una funzione dovuta a insufficienti rinforzi (1).

Ora molti problemi clinici non sono fenomeni considerabili da un unico punto di vista, essi si situano nell'ambito di varie categorie diagnostiche e modelli di

comportamento. Perciò un metodo di trattamento univoco probabilmente non è efficace su vasta scala. Tale problema è stato preso in considerazione nell'ambito di parecchie forme cliniche. FARRAR, POWELL e MARTIN (2) affrontano il problema con riferimento ai risultati contrastanti ottenuti in diversi interventi di condizionamento nelle terapie degli alcoolisti, mentre FREDERICK (3) e MARTYN e SHEEHAN (4) sono arrivati a simili conclusioni nel trattamento dei balbuzienti. Inoltre LAZARUS (5) sottolinea l'evasività che si incontra nella valutazione delle diverse presentazioni cliniche della depressione.

Il comportamento suicida presenta gli stessi problemi, poiché non è un disturbo univoco ma spazia in un vasto campo di categorie nosologiche, e in alcuni casi arriva a interessare la norma. Mentre molti soggetti sono depressi, altri non lo sono. Segni peculiari del comportamento suicida non sono sempre presenti e sarebbe presuntuoso dare loro forzatamente tali etichette. Sebbene molti comportamenti suicidi abbiano il vantaggio di essere nettamente distinguibili, i clinici considerano alcuni di essi come equivoci e « sub-intenzionali ». Il comportamento suicida può essere o meno sintomatico di una sottostante malattia mentale. Nella valutazione di un qualsiasi comportamento si dovrebbe determinare se esso comprende un unico sintomo o una sindrome di più vasta entità. Attualmente la classificazione della maggior parte dei disturbi mentali soffre di mancanza di precisione rispetto alle malattie organiche in cui gli agenti causali possono essere identificati senza ombra di dubbio. Perciò, l'approccio operativo

degli studiosi del comportamento può aver molto credito.

Una definizione operativa del comportamento suicida può essere: un atto volontario inteso a ottenere la fine della vita. Ciò evita di soffermarsi su turbe mentali o emotive, e semplicemente nota il comportamento. Per quanto il termine « volontario » sia fonte di equivoco, si può almeno tentare di descrivere le condizioni quantificabili (il che è l'essenza dell'operazionalismo) in cui si attua un certo comportamento.

I concetti esposti nel presente lavoro sono in primo luogo teorici, con un indirizzo basato su determinati principi della teoria dell'apprendimento, sintetizzati con i nostri dati clinici. Mentre sono menzionate varie tecniche di apprendimento e di terapia del comportamento, il nostro orientamento sarà relativamente generico nell'intento di situare il comportamento suicida nell'ambito della teoria dell'apprendimento in una visione globale piuttosto che in quella di una particolare scuola di pensiero.

#### MODELLI DI REAZIONE E MOTIVAZIONI DERIVANTI DA PASSATE ESPERIENZE

##### *Comportamenti auto-distruttivi in presenza della sindrome depressiva*

Gli atti auto-distruttivi nella sindrome depressiva si possono inquadrare molto bene secondo i principi della teoria dell'apprendimento. Sebbene sia difficile una soddisfacente obiettivazione, la depressione può essere inquadrata e stu-

diata nell'ambito delle sue conseguenze sul comportamento. I classici sintomi della depressione come l'anoressia, l'insonnia, il dimagrimento, il blocco psicomotorio, la diminuzione della spinta sessuale e del senso del piacere formano una sindrome che influenza notevolmente il comportamento.

Poiché turbe della spinta orale sono spesso legate al prodursi di fenomeni depressivi, vale la pena di soffermarsi sull'argomento. Mutamenti nell'ambito dell'oralità possono dipendere, nella loro espressione, dall'apprendimento (6-9). Gli atti verbali e comportamentali determinano eventi ambientali che fanno seguire una risposta a uno stimolo. Il bambino piange in associazione con la fame e la madre arriva con il cibo a calmare lo stato di fame. Si crea così una situazione ambientale in cui piangere si associa alla madre e alla riduzione dell'intensità dello stimolo da soddisfare. Quando gli atteggiamenti orali di piangere e cibarsi si associano alla fame e alla necessità di ridurne l'intensità, la madre o un suo surrogato diventano associati o equiparati agli eventi ambientali che inducono una diminuzione della fame. Se non c'è sollievo, l'ansia continua invariata (10). Inoltre, FERSTER (1) descrive come un cambiamento nei mezzi di rinforzo o la loro assenza possa portare alla depressione. LAZARUS (5) ritiene che il depresso sia « on an extinction trial » notando che alcuni significativi fattori di rinforzo sono venuti meno, per esempio avendo perso del denaro, una persona amata, del prestigio.

L'impulso aggressivo e la frustrazione come aspetti diversi dell'apprendimento



sociale in termini di stimolo-risposta sono stati studiati da MILLER e DOLLARD (11). HALL e LINDZEY (12) citano il postulato di Freud per cui l'aggressività è auto-distruzione indirizzata contro oggetti sostitutivi. Il desiderio di morte (nelle personalità che si oppongono all'istinto di morte) viene bloccato da forze vitali e da altri ostacoli. Generalizzando ulteriormente, la depressione può risultare direttamente dalla frustrazione prolungata di una spinta aggressiva o essere secondaria all'ansia come sollievo dal continuo stress provocato da essa.

Quando la depressione è rinforzata da componenti fisiche e psicologiche, può annoverarsi nell'ambito delle reazioni comportamentali e può manifestarsi molto più rapidamente senza essere preceduta dall'apparire di ansia prolungata. Allorché il bimbo cresce e diventa più capace di esprimersi con le parole, ciò che prima era pianto e manifestazione concreta di ansia e di depressione si muta nell'espressione « non mi sento bene ». Se tale espressione verbale ottiene gratificazione e l'intensità della situazione emotiva contingente viene ridotta, diventerà nel futuro una modalità per indurre una reazione negli astanti quando il soggetto si sentirà depresso, adirato, frustrato o infelice. Il rapporto fra verbalizzazione e rinforzo può esser facilmente dimostrato e dovrebbe esserlo specie in riferimento alla depressione e ad atti auto-distrittivi. Il bimbo ritorna a ciò che aveva sperimentato in precedenza aspettandosi che « a questo segua quello » particolarmente quando ha ottenuto certe reazioni grazie a un certo comportamento.

Poco importa se la depressione trovi

origine all'interno dell'organismo come è suggerito dall'ipotesi delle catecolamine o all'esterno in virtù di una perdita personale. I precedenti modelli di comportamento vengono rinforzati e la probabilità di un loro ripetersi aumenta rapidamente come risposta sia ad una perdita subita, sia a sentimento interiormente vissuto. Se la depressione è un bloccare o un rivolgere al proprio interno l'aggressività, come ipotizzato dalla psicoanalisi, allora il bambino può imparare ad esprimere aggressività sotto forma di reazione depressiva. In effetti la depressione può essere una risposta più accettabile da parte dell'ambiente rispetto all'aggressività, dato che gli permette maggiormente di ottenere un rinforzo positivo. Anche nel bambino espressioni di aggressività e di collera ricevono ben presto un rinforzo negativo. Quando un ostacolo si oppone ripetutamente ad un certo scopo, la frustrazione che ne consegue può far sì che l'aggressività venga rivolta contro se stessi, prima accidentalmente, in seguito rendendo più acuta la sensibilità e diminuendo i propri sentimenti di capacità (13).

#### *Comportamenti auto-distrittivi in assenza della sindrome depressiva*

Questi comportamenti sono evidenti, diretti, osservabili, ma non si associano necessariamente con i sintomi correnti della sindrome depressiva. Coloro che si occupano di casi urgenti possono elencare tali comportamenti: l'espressione verbale di un'intenzione, la perdita di interesse, lo scarso rendimento lavorativo,

il possesso di un'arma mortale, il rimuovire sulle delusioni assieme agli amici, il disfarsi di una cosa cara, e il fatto di sistemare tutt'a un tratto le proprie faccende. L'apprendimento di questi atti può essere più o meno precoce nella vita. Secondo MOWRER (14, 15) l'ansia, anche se non accompagna la depressione, può operare come impulso secondario, e rinforzare le risposte esattamente come un impulso primario. Certo un modo di rafforzare il comportamento suicidario negli adulti è questo. In teoria, ogni risposta ambientale può essere positiva. L'esistenza dei servizi di prevenzione del suicidio finisce per selezionare e rinforzare il comportamento suicida come « prezzo » da pagare per poter usufruire di questo sistema di assistenza? Un comportamento del genere è impressionante e, sempre, suscita una reazione da parte degli altri.

Se un paziente è depresso, o ansioso, ottiene dal medico farmaci che un'altra persona dal comportamento più calibrato non otterrebbe. I modelli di reazione che attirano attenzione e, contemporaneamente, riducono la tensione, saranno doppiamente rafforzati. Oltre alla riduzione di impulso o di spinta, il paziente ottiene un guadagno secondario quando ottiene simpatia, cosa che incrementa ulteriormente le valenze rinforzanti della risposta auto-distruttiva. Il medico, talvolta, rinforza i propri schemi di comportamento quando riduce la propria ansia prescrivendo una medicina che fa migliorare temporaneamente il malato. Ridotta la tensione, aumenta la possibilità che il medico ripeta la prescrizione quando ricompare il comportamento suicida del

paziente; questo accade soprattutto quando ci si limita a somministrare medicinali, senza che un trattamento li accompagni, dato che non si fa nulla per diminuire l'urgenza della situazione. Se il medico non può fornire un sostegno psicologico adeguato, deve fare in modo che il paziente l'ottenga da qualcun altro. Per contro, terapeuti che non siano medici possono rinforzare risposte aberranti con sistemi diversi dalla somministrazione di farmaci.

Una causa importante del comportamento suicida, che spesso si trascura, può essere una grave punizione avuta nell'infanzia. Il bimbo impara a trattare se stesso così come gli altri lo trattano, quindi a ridurre la propria ansia tramite le botte. Con l'avanzare degli anni, l'auto-punizione (mediata dal Super-io) può arrivare a precedere la punizione degli altri, e a rinforzarsi se il giovane è in conflitto con se stesso. Tutto ciò non comporta depressione.

Un individuo può risolvere il proprio conflitto circa il suicidio decidendo di passare all'azione, il che riduce immediatamente la tensione e, infine, può portarlo a una calma assoluta appresa prima del tentativo di suicidio. Questa calma fa parte del suicidio stesso; e parecchi medici poco esperti, attenti a sintomi più vistosi di disturbo comportamentale, possono esserne ingannati.

A questo punto, è opportuno sottolineare il principio della preservazione della risposta finale, elaborato da VOEKS (16). Il principio sostiene che l'ultima risposta a una data situazione è fissa, e che non è possibile rinnovarne l'apprendimento dopo che il soggetto ne è stato

allontanato. Quando il soggetto si troverà nella medesima situazione si comporterà allo stesso modo, senza badare al fatto che sia « giusto » o « sbagliato ». Questo principio ci spiega le situazioni cliniche in cui i pazienti persistono, o ritornano, nelle medesime condizioni presenti al momento del tentato suicidio.

Vorrei a questo punto manifestare la convinzione, non menzionata nella letteratura sui programmi di prevenzione del suicidio, che certi comportamenti dei medici e degli operatori psichiatrici, così come dei centri di prevenzione, possano paradossalmente potenziare comportamenti suicidi. Cioè, dando una risposta immediata (giusta o meno) a chi tenta il suicidio, o manifesta intenzioni suicide, ne rafforziamo il comportamento e ne favoriamo l'apprendimento. Si mette in moto la sequenza tentativo e/o telefonata → risposta ambientale. Se l'« invocazione » riesce a cambiare (in realtà o apparentemente) le relazioni interpersonali e/o l'ambiente, il comportamento suicida può diventare un metodo proficuo per mettersi in contatto con la realtà (vera o presunta). Basti dire che questo comportamento può essere imitato, può diventare la risposta *prediletta* a una situazione difficoltosa e, paradossalmente, può essere ripetuta tante di quelle volte da non ottenere più alcun effetto (come la favola del pastore che gridava troppo spesso « al lupo! al lupo! »). Quando ci si rivolge a persone che presentano pressanti richieste di aiuto, bisogna fare attenzione a *non* far credere di essere sempre pronti a mettere in atto modalità d'aiuto che li traggano necessariamente d'impaccio.

## ASPETTI DELL'APPRENDIMENTO NELLE TEORIE DEL SUICIDIO

Ogni teoria riguardante il comportamento suicida può essere vista alla luce degli aspetti dell'apprendimento del comportamento, anche se molte teorie sono state formulate indipendentemente dai principi dell'apprendimento. Ne esamineremo alcune.

### *Teorie Psicodinamiche*

Le teorie di FREUD (17), FENICHEL (18) e ABRAHAM (19), riguardano i disturbi della libido orale, la sindrome depressiva, e i conflitti connessi all'ostilità e all'aggressione. HORNEY (20) sottolinea l'odio verso di sé, la disperazione, la provocazione e la vendetta, considerandoli aspetti auto-distruttivi. Pur in termini diversi da quelli della teoria dell'apprendimento, la Horney suggerisce che i terapeuti facciano maggiore attenzione ai disturbi meno clamorosi del comportamento del paziente, e li discutano con lui, in modo che egli possa imparare ad allontanare gli impulsi suicidi. Il concetto è quello di ridurre l'ansia prima che raggiunga livelli insostenibili. Si tratta di un esempio dell'applicazione della teoria dell'apprendimento a una situazione clinica.

Recentemente LITMAN (21) ha giustamente segnalato che l'« ansia di separazione » precede spesso il comportamento suicida, pur con le dovute differenze da caso a caso. Durante il trattamento psicoanalitico l'elemento più importante è l'apprendimento (e il dis-apprendimento)

di ciò che accade nella situazione analitica. Le risposte più adeguate sono introdotte e rinforzate, in modo che l'io acquisti la capacità di affrontare i suoi problemi, a patto che il terapeuta sviluppi un rinforzo del genere. L'acquisizione di capacità introspettive rappresenta l'apprendimento di un comportamento adattativo.

### *Teorie Sociologiche*

L'opera storica di DURKHEIM (22) ci è utile in quanto posizione tecnica della sociologia. Durkheim inquadra il suicidio in quattro tipi: egoistico, altruistico, anomico, e fatalista. Tutti questi tipi sono caratterizzati rispettivamente da mancanza di integrazione sociale, da integrazione sociale troppo gravosa, da perdita di regole culturali, e da comportamento suicida preordinato.

Un difetto di questa classificazione è la mancanza di considerazione per le motivazioni personali in condizioni stressanti. BEALL (23) nota che Durkheim ha commesso un errore usando i dati statistici in funzione esplicativa, anziché puramente descrittiva.

Si può interpretare il comportamento di intere culture o società in termini di teoria dell'apprendimento, malgrado le difficoltà di riscontro sperimentale. Tuttavia, le motivazioni individuali e le differenze di personalità devono essere valutate per spiegare perché taluni commettono suicidio e altri no. L'uso dei controlli esterni viene appreso. Quando i sostegni ambientali vengono meno, i comportamenti della vita passata riaffio-

rano. Possiamo vedere due esempi di autodistruzione indotta dall'ambiente culturale: in certe regioni dell'India la moglie si uccide ritualmente sulla pira del consorte defunto; in Giappone, ricordiamo la pratica del hara-Kiri. Ciononostante alcuni individui non sottostanno a questi rituali.

### *Teorie Psicologiche*

Le teorie psicologiche possono prendere in considerazione varie possibilità di approfondimento conoscitivo, dati di sviluppo e spiegazioni sociopsicologiche. È sorprendente che i fattori di apprendimento non abbiano mai avuto la debita importanza. La classificazione di SHNEIDMAN e FARBEROW (24), sull'atteggiamento suicida in tipi logici, può essere integrata studiando come sono stati appresi i modelli specifici di comportamento suicida. La visione sociopsicologica di FARBER (25) insiste sui fattori di personalità e su quelli ambientali. Farber suggerisce, come misura preventiva, la necessità di sviluppare nei bambini una forte capacità di recupero e un senso di fiducia in sé, necessario ad affrontare le sollecitazioni della vita adulta. Disperazione e senso di impotenza sono gli elementi chiave di questa posizione. Gli aspetti dell'apprendimento in questa teoria di prevenzione del suicidio non sono stati sviluppati.

HENDIN (26) attribuisce ai metodi pedagogici sia la diversità di personalità, sia l'inclinazione al suicidio, che si riscontra negli scandinavi. Egli sostiene che la scarsa incidenza di suicidi in Nor-

vegia è legata agli aspetti culturali della personalità. Come un bimbo impara la lingua del suo paese, così apprende delle determinanti culturali che lo predispongono o meno al suicidio.

Secondo HENDIN, tanto la competitività svedese, quanto la remissività danese sono tratti caratteriali correlati a un elevato tasso di suicidi.

Ciò che più conta è l'influenza sulla famiglia di comportamenti suicidi di alcuni suoi membri. Siamo a conoscenza di situazioni in cui i bambini vedono le circostanze che portano a tentativi di suicidio, vedono le risposte individuali a tale comportamento, e le introiettano. Possono osservare il successo di un tentativo risolutore, la colpa che segue a un atto ostile, o il piacere di essere oggetto di premure. Qualsiasi condizione del genere può divenire comportamento rinforzato quando l'individuo sente tensione e si comporta analogamente. Questo può contribuire alla controversia sulla violenza mostrata alla televisione.

#### *Aspetti teorici dell'apprendimento e prevenzione del suicidio*

Per rendere ragione dell'apprendimento di un comportamento sono state tradizionalmente considerate sufficienti situazioni gratificanti o mortificanti di ricompensa o di punizione. Ancor oggi noi usiamo i termini « punizione » e « ricompensa », ma si tende sempre più a usare parole più obiettive e non implicanti giudizi di sorta. Si tende a usare una frase come « rinforzo positivo » per indicare condizioni di ricompensa mentre il termine « punizione » viene sostituito

to da « rinforzo negativo » e « stimoli avversivi e nocivi ». Gli studiosi dell'apprendimento si limitano a dire che le risposte desiderabili sono gratificanti, mentre quelle indesiderabili non lo sono, e sono anzi punite. Però questo modo di procedere non è sufficiente in caso di comportamento anormale, particolarmente complesso, e non basta parlare di rinforzo negativo. Questa difficoltà è stata rilevata nella ricerca sperimentale sull'alcoolismo da FARRAR, POWELL e MARTIN (2), MADILL e al. (27); sulla balbuzie, da FREDERICK (3), FRICK (28), SHEEHAN (29), e VAN RIPER (30); nei fumatori, da GRIMALDI e LICHTENSTEIN (31).

L'apprendimento di modelli comportamentali suicidi è funzione di un numero complesso di variabili, come personalità, ambiente, motivazioni, rinforzi, risposte date in precedenza nelle stesse condizioni. Qualsiasi teoria in fin dei conti dovrebbe poter essere tradotta in termini quantitativi, anche se in senso lato. I concetti che stiamo per enunciare cercano di chiarire la teoria dell'apprendimento in termini simbolici espliciti.

#### *Importanza del concetto Stimolo-Risposta*

Se è vero che « diagnosi e terapia esatta si basano su una accurata analisi S-R » (LAZARUS, 5), vediamo di applicare questo principio all'auto-distruzione. Come qualsiasi comportamento, anche il suicidio può essere visto in funzione moltiplicativa di una serie di impulsi (o motivazioni), moltiplicati per quelle abitudini e quelle associazioni che sono

state apprese riguardo a tale comportamento. La teoria S-R tradizionale, avanzata da HULL (32) e SPENCE (33) usa un metodo del genere, che ha il pregio della semplicità, ma che trascura le forze contrapposte che operano al momento del suicidio, soprattutto l'ambivalenza che domina il suicida, cioè le forze deboli e forti che agiscono contemporaneamente.

Al posto del vecchio schema S-R suggeriamo l'espressione:  $sBr = f(H \times M)$ , ove sBr rappresenta le componenti stimolo e risposta atte ad evocare il comportamento, in questo caso suicida; H rappresenta la forza delle abitudini pregresse, M la forza della spinta o la motivazione al comportamento.

*È importante notare che l'apprendimento influenza lo sviluppo di ogni fattore.* Senza di questo è impossibile programmare prevenzione, comprensione e trattamento del comportamento suicida. È indispensabile mettere in rapporto spinte comportamentali « deboli » e « forti », per giustificare tale comportamento in termini di teoria dell'apprendimento.

Vediamo come la ricompensa o la punizione di un tentato suicidio possano incrementare all'inizio l'intensificarsi della risposta, in funzione della normalizzazione di sBr. Se il paziente è sottoposto a notevoli situazioni di ansia e di tensione, una risposta suicida può servire a ridurre l'ansia.

Per illustrare teoricamente questo principio poniamo la percentuale di accrescimento per evocare la risposta suicida uguale a un decimo della mancata realizzazione di H, assegnando i valori teorici iniziali di 100 a H e 3 a M. Nella

situazione di ricompensa anche quando diminuisce l'ansia (M), il peso della risposta o dell'abitudine (H) di intraprendere atti suicidi viene incrementato e così pure il potenziale comportamentale. Nella situazione punitiva, lo stato impulsivo (espressione di ansia e di tensione) non si riduce ma perdura con la stessa intensità. Quando ciò accade, la percentuale di accrescimento della risposta suicida è ancor maggiore.

La teoria tradizionale dell'apprendimento stabilisce che certe pulsioni, evocata la risposta, hanno effetto costante. La riduzione della spinta che accompagna il rinforzo influenza il peso della risposta, cosicché come risultato la frequenza di realizzazione probabilmente aumenta. Se un rinforzo però si sovrappone, la situazione di spinta torna alla sua originaria intensità. In altre parole quando una persona ha fame, e mangia, il suo comportamento viene rafforzato. Anche se il cibo la sazia temporaneamente, la fame tornerà. Per chiarire questa spinta costante, nella tavola 1 si considera la situazione punitiva, non quella oblativa. È discutibile che lo « stato di spinta » rimanga costante all'infinito, indipendentemente da rinforzi negativi e positivi. Ciò può accadere per le spinte primarie, ma non per quelle secondarie, come l'ansia. Chiaramente non si vorrebbe rinforzare, negativamente o positivamente, le risposte suicide. Piuttosto un principio di « non rinforzo » sarebbe meglio impiegato per estinguere il comportamento. SHEEHAN (29) ha notato il valore del « non rinforzo » in caso di balbuzienti; STAMPEL lo cita (34) come procedura corrente di Terapia Comportamentale Implosiva.

## TAV. 1

Valori ipotetici che dimostrano lo sviluppo di diversi valori di  $sBr = (H \times M)$ , ossia potenziale di comportamento suicidario.

Ricompensa	H non realizzato	Punizione
0 = 0 x 3.0	100	0 = 0 x 3
25 = 10 x 2.5	90	30 = 10 x 3
38 = 19 x 2.0	81	57 = 19 x 3
40.65 = 27.1 x 1.5	72.9	81.3 = 27.1 x 3

Percentuale di accrescimento uguale a 1/10 di H non realizzato.

$sBr$  = Potenziale di risposta comportamentale.

H = Peso del comportamento abituale in funzione del numero di rinforzi.

M = Motivazione, peso della spinta.

*Estensione dei fattori S-R  
al potenziale di suicidio*

Consideriamo i fattori debolezza e forza (cioè l'ambivalenza) dell'individuo al momento dell'atto autodistruttivo. In genere questo concetto può essere espresso col rapporto:

$$Bsu = f \frac{\text{Fattori di debolezza}}{\text{Fattori di forza}}$$

ove l'inclinazione al comportamento suicida ( $Bsu$ ) è in funzione di tali fattori. Tra i primi possiamo includere esperienze come la morte o la separazione precoce dei genitori, la perdita del lavoro o dell'oggetto amato, l'alcoolismo o una cattiva esperienza con un terapeuta. Tra i

secondi, un buon lavoro, una buona salute, una famiglia felice, l'assenza di conflitti neurotici debilitanti. È ovvio che la valutazione di ogni variabile deve essere ponderata.

Aumentando i fattori di debolezza, aumentano le probabilità di comportamento aberrante. Se il rapporto fra fattori di debolezza e di forza si pareggia, la probabilità di suicidio è uguale a 1; se i fattori di forza prevalgono, il rapporto è inferiore a 1. Quindi, un valore inferiore a 1 è ragionevolmente normale, superiore a 1 è sospettabile di anormalità. Andando nei dettagli, i fattori in gioco potrebbero essere inseriti in queste formule:

$$Bsu = f \frac{Pw \times Ew \times (hw \times Mw)}{Ps \times Es \times (Hs \times Ms)} \quad \text{ossia}$$

$$Bsu = f \frac{Pw \times Ew \times sBrw}{Ps \times Es \times Sbrs}$$

ove:

$Bsu$  = comportamento suicida.

$Pw$  = aspetti di debolezza della personalità, come una struttura caratteriale di tipo orale-depressivo.

$Ew$  = ambiente che induce forze debilitanti e fattori di debolezza.

$Hw$  = abitudini e reazioni che sono state associate al comportamento suicida e che sono state rinforzate.

$Mw$  = motivazione a un comportamento debole e non gratificante.

$Ps$  = buona forza dell'io e tratti di personalità forte, capace di af-

frontare stress e ricca di competitività e ottimismo.

- Es = fattori ambientali favorevoli.  
 Hs = abitudini e associazioni passate in cui stresses sono stati favorevolmente affrontati.  
 Ms = motivazione a comportamento forte e gratificante.

Il terapeuta deve rinforzare i mezzi per ridurre la tensione tramite altri fattori, più desiderabili e accettabili per il paziente di quelli negativi. Il paziente dovrebbe esser lodato e gratificato per comportamenti non suicidi, quali l'intraprendere una produttiva attività fisica, far in modo di non restare solo durante la crisi o telefonare al terapeuta o al servizio di prevenzione del suicidio. Se vogliamo essere ottimisti, tali risposte positive si ripeteranno, con probabilità sempre più frequenti, in quanto il guadagno ottenuto incrementa l'importanza nel modello di risposta del paziente, i comportamenti autodistruttivi si attenueranno e alla fine scompariranno. Principi d'associazione dell'apprendimento affermano che l'unica via per eliminare una risposta consolidatasi nel tempo è rimettere la persona nella medesima situazione mentre dà risposte diverse per gli stessi stimoli.

Così, nuove reazioni vengono stabilite per la precedente situazione. In seguito alla rimozione dalla situazione, l'ultima risposta ad essa data viene conservata. Inoltre al paziente si può mostrare che la sua ansia e depressione sono sopportabili e passeranno. Con il rinforzo aggiunto di volta in volta, diminuirà la

probabilità che si verifichi una risposta indesiderabile.

Chi applica le tecniche di condizionamento utilizza le azioni che il soggetto stesso intraprende. I condizionamenti sono risposte date dal soggetto, dal momento che agisce nell'ambiente intorno a lui. Gli atti volontari degli esseri umani sono chiari esempi. In questo contesto l'importanza della terapia del comportamento nei suoi due più peculiari aspetti consiste: (a) nell'agire sul comportamento stesso piuttosto che ricercare cause psicodinamiche che richiedono periodi di tempo necessariamente molto lunghi; (b) nel fare tesoro delle reali situazioni di vita, così da stabilire nuove reazioni a vecchi stimoli.

*Integrazione della personalità,  
 ambiente e variabili  
 dell'apprendimento nella teoria generale*

L'aggiunta della personalità (P) e le variabili ambientali (E) sono necessarie per completare una formula logica. Tuttavia, stabilendo P ed E costanti, la teoria è a questo punto più facile a dimostrarsi. Stabilendo quindi nella nostra formula i valori arbitrari di 3 per la personalità, 1 per l'ambiente e nella Tabella 1 stabilendo 25 il valore iniziale di sBr oppure  $H \times M$  al numeratore, il risultato è 75. Se per esso non si verifica ulteriore rinforzo, il denominatore rimarrà costante anche dopo aver avuto qualche iniziale valore per cui il comportamento forte è maggiore di quello debole. La volta successiva che si verifica rinforzo, il valore aumenta a 114. Esso



continua ad aumentare cosicché il terzo rinforzo mostrerà che sBrw raggiunge il valore di 121.95. Sebbene l'ansia sia ridotta dalla somministrazione di tranquillanti o antidepressivi, per esempio, Bsu continua a crescere. Quindi l'accrescimento del comportamento suicida prevarrà sul comportamento non suicida con conseguente rinforzo del primo.

Questo può dimostrarsi stabilendo 30 come valore del primo rinforzo nella tabella 1 al denominatore, arrivando così a una potenzialità suicida di 0,80 che è meno di 1. Quindi, mentre potrebbe apparire all'inizio che noi abbiamo aiutato l'individuo e ridotto il suo potenziale suicida, la situazione non può continuare a rimanere così. Se si aggiunge la punizione, Bsu si sviluppa più rapidamente. Ciò accadrà anche se si inframmezza la somministrazione di farmaci che riducono l'ansia. Questo è facilmente osservabile soltanto guardando la percentuale di aumento della punizione nella tabella 1.

Illustrato matematicamente nella formula spiegata prima, si può dimostrare che il comportamento che si pensava non suicida può rapidamente diventare suicida, soltanto rinforzando modelli suicidi di comportamento. Un solo rinforzo può essere sufficiente a far passare rapidamente il paziente da uno stato non suicida a uno stato suicida. Il potenziale di comportamento suicida quindi presenta un valore oltre il punto critico di 1 con un rapporto di 1.26 invece del precedente 0.80.

$$B_{su} = \frac{P_w \times E_x \times (H_w \times M_w)}{P_s \times E_s \times (H_s \times M_s)} \quad \text{oppure}$$

$$\frac{P_w \times E_w \times aBrw}{P_s \times E_s \times sBrs}$$

$$= \frac{3 \times 1 \times 25}{3 \times 1 \times 30} = \frac{75}{90} = 0.80$$

$$= \frac{3 \times 1 \times 38}{3 \times 1 \times 30} = 1.14 = 1.26$$

Un certo numero di casi nella gerarchia delle risposte del repertorio individuale può essere predisposto come risultato di passate associazioni cosicché il comportamento suicida può essere evocato con un rinforzo addizionale. Se l'equilibrio è delicato e succede che il paziente perda il suo impiego, o che la moglie fugga con un altro uomo, o che il terapeuta guidi male la situazione, ne può seguire un comportamento auto-distruttivo. Qualsiasi comportamento troppo penetrante o interpretazioni fatte con collera e con ostilità all'inizio della fase acuta, possono portare all'atto suicida accrescendo la componente impulsiva.

Come abbiamo notato altrove (35), è necessario essere realistici con il paziente e orientarlo verso uno scopo, una volta che la fase acuta sia passata.

#### LE TERAPIE DEL COMPORTAMENTO E IL COMPORTAMENTO AUTODISTRUTTIVO

##### *Terapia di desensibilizzazione sistematica*

Le procedure di desensibilizzazione e di rilassamento originariamente propo-

ste da WOLPE (36) hanno lo scopo di diminuire le reazioni cariche di ansia anteposandovi degli stimoli. Se la persona è depressa, ma non è più ansiosa, sono necessari altri metodi. Le tecniche di Wolpe sono basate sulla nozione di un rilassamento a cui segue l'induzione sistematica di stimoli che provocano ansietà. Il concetto è che un paziente non può essere al tempo stesso ansioso e rilassato. Si ottengono importanti informazioni usando l'analisi del comportamento e i dati della storia clinica. Gradualmente, stabilendo una gerarchia tra le immagini che provocano grave ansietà e quelle che provocano lieve ansietà nella mente del paziente, il terapeuta può risalire la gerarchia e gradualmente eliminare le nozioni indesiderabili o le ansie primitive per mezzo di un riapprendimento e di una desensibilizzazione.

In un periodo di crisi acuta, lo scopo è di migliorare la grave ansietà del paziente prima che vi sia la depressione, se essa è ancora operante al momento in cui viene minacciato il suicidio, senza ricompensare tale comportamento. Un mezzo per fare ciò è fornire altre strade, che siano più accettabili per il paziente. Le risposte che riducono la tensione, oppure riducono la spinta, costituiscono l'essenza di come si apprendono la maggior parte dei comportamenti. Il clinico dovrebbe preoccuparsi di non permettere che il paziente lo associ con un comportamento indesiderabile. L'inconveniente nell'uso della punizione, sia nel trattamento degli adulti, sia in quello dei bambini, è che essa, nella mente del paziente, viene troppo spesso associata con il punitore, piuttosto che con

l'atto indesiderabile. L'individuo comincia a odiare la persona che somministra la punizione.

Conseguentemente, egli può tornare al suicidio piuttosto che chiedere aiuto al punitore. Una ragione di ciò è il ritardo temporale poiché il rinforzo dovrebbe capitare al momento dell'atto, quando le sensazioni cenestesiche e le azioni sono al loro culmine. È spesso impossibile somministrare la punizione al momento esatto in cui avviene l'atto indesiderabile. Il paziente imparerebbe che il terapeuta non ricompensa né punisce il suo comportamento suicida, ma piuttosto sarà capace di assisterlo verso strade costruttive per l'azione. Il valore del non rinforzo selettivo è stato ben descritto (29, 34).

Quando il numero delle possibilità di scelta per l'azione è piccolo, la probabilità del suicidio aumenta sia statisticamente, sia in termini di forza della risposta. Poche possibilità di risposta portarono allo sviluppo di risposte fortemente rinforzate. Quanto maggiore è il numero di risposte valide, tanto minore è la probabilità che venga scelta la risposta suicida, solo sulla base della probabilità. Inoltre, c'è la probabilità che altre risposte ricevano la loro parte di rinforzo, il che diminuisce la probabilità che si verifichi quella suicida. È compito del terapeuta ampliare le scelte valide nello spazio vitale del paziente, indipendentemente dal tipo di terapia che egli impiega, sebbene la desensibilizzazione accentui la diminuzione dell'intensità.

#### Caso Clinico:

Un giovane uomo, molto ansioso, è in crisi

per un breve contatto omosessuale e ha paura di poterne avere un altro, dato che lo stimolo (l'altro uomo) continua ad essere presente nella sua vita. Il paziente, il cui padre era morto quando egli era bambino, vede il suicidio come misura preventiva contro futuri atti omosessuali e come mezzo per alleviare la vergogna. Gli si mostra una serie di scene che provocano ansia, riguardanti maschi, compreso il partner in questione, disposte in gerarchia. Il rilassamento e la desensibilizzazione vengono impiegate per ridurre la paura mentre si costruiscono altre associazioni soddisfacenti per gli stimoli sessuali. La risposta suicida non è mai inclusa come possibilità alternativa.

#### *Addestramento assertivo (Assertive Training)*

Questa tecnica insegna al paziente ad agire in modi assertivi, positivi ed è probabilmente più utile in un paziente esterno o in una situazione ambulatoriale, in particolare quando possono essere chiamati in causa i familiari.

Gli autori hanno trovato di particolare utilità, con i pazienti depressi, impiegare un approccio di terapia familiare, unitamente all'addestramento assertivo.

Gli atteggiamenti dei membri della famiglia l'uno verso l'altro vengono esplorati insieme. I membri che non hanno tendenze al suicidio vengono addestrati in procedure di rinforzo selettivo. Gli altri membri dell'ambiente circostante tendono a rinforzare i tipi di comportamento depressivo, senza realizzarlo.

#### **Caso Clinico:**

Una donna di 42 anni, sposata e con figli, avvicinandosi alla menopausa ha avuto una reazione depressiva a seguito della morte di

sua madre. Tenta il suicidio mediante farmaci; tornata a casa, non sembra necessario ricoverarla nuovamente.

Il medico, saggiamente, diventa ora più cauto nel prescrivere medicine e non somministra più ipnotici. La paziente si oppone e comincia ad avere un carattere cupo, nervoso senza presentare alcuna aperta espressione di energia. In diverse circostanze è opportuno un ricovero in ospedale per parecchi giorni. In quel periodo può essere iniziato un programma terapeutico con tecniche di terapia del comportamento, che viene poi continuato a casa.

Attenendosi alle istruzioni, la famiglia scoraggia la sua tendenza a rimanere a letto e altre forme regressive di comportamento e la paziente migliora per la mancanza di rinforzo nei riguardi della sua psicopatologia. L'attività motoria è importante per combattere la depressione, in particolare se vi è legata qualche azione tangibilmente costruttiva, come rifarsi il letto, pulire la casa e così via. Il comportamento accettabile è rinforzato dalle risposte positive da parte della famiglia, mentre le risposte antitetiche sono ignorate, non rinforzate e perciò indebolite. Il terapeuta esercita la sua influenza verbalizzando le sue aspettative positive alla paziente. Egli deve isolare vari stimoli che sono importanti nella vita della paziente per valutare appropriatamente la loro efficacia. È virtualmente impossibile lavorare solo con un orario di un'ora la settimana o anche di un'ora al giorno e sperare in qualche risultato, salvo che in caso di diretta desensibilizzazione. In realtà la cosa più utile è probabilmente una combinazione di terapia del comportamento e psicoterapia (37).

#### *Terapia avversiva (Aversion Therapy)*

Come KELLER e SCHOENFELD (38) hanno puntualizzato, le antipatie così come i desideri formano una classe superiore di spinte. Essi citano due criteri per determinare se uno stimolo sia avversivo o meno: (1) una risposta data in

presenza di tale stimolo dovrebbe essere rafforzata dalla sua rimozione, e (2) una risposta data in assenza dello stimolo dovrebbe essere indebolita se seguita dalla sua somministrazione. Ci sono anche criteri per valutare i rinforzi negativi. HILGARD e MARQUIS (39) osservarono nel loro primo lavoro, tre decenni or sono, che c'era una differenza tra l'addestramento a fuggire e l'addestramento ad evitare. Alcune tecniche di terapia aversiva potrebbero essere però propriamente chiamate « addestramento ad evitare ». Nell'addestramento alla fuga le risposte sono rinforzate mediante la cessazione o la riduzione di stimoli nocivi (rinforzati negativamente), mentre l'addestramento ad evitare si verifica quando la reazione appresa previene la comparsa di uno stimolo nocivo. Genericamente, entrambi sono aversivi nel senso che c'è un allontanamento dagli stimoli nocivi o una ripugnanza per essi. Se le aversioni possono essere sviluppate senza punizione, ciò dovrebbe essere fatto quando si trattano persone che hanno tendenze al suicidio. Si possono mettere in atto ambedue le tecniche, sebbene esistano delle differenze.

Nella terapia aversiva deve essere modificata o eliminata una forte spinta all'avvicinamento; nella terapia non-aversiva è presente una forte spinta ad evitare che deve essere modificata o eliminata. Così le abituali procedure operative sono valide per comportamenti carichi di paura o di ansia, mentre le tecniche di aversione possono essere valide in condizioni in cui non c'è l'ansia come fattore primario. Come si è accennato in precedenza, le situazioni di puni-

zione sono adatte a creare o ad aggiungere ansietà.

Certamente, l'aversione è oggi usata soprattutto per rompere l'associazione esistente tra uno stimolo condizionato che è considerato indesiderabile e una risposta piacevole. Questo si verifica collegando lo stimolo condizionato con una risposta spiacevole e interferendo perciò con la vecchia associazione. Nella misura in cui fumare o bere può essere autodistruttivo, si applicano le tecniche aversive. Fumare è una abitudine indesiderabile che evoca piacere, e può essere modificata da tecniche di addestramento ad evitare. Le reazioni sgradevoli al gusto che alcune medicine possono produrre quando un soggetto fuma, possono essere di aiuto. Ci si può aspettare risultati efficaci, se il trattamento è fatto in condizioni controllate molte ore al giorno e correlato al sintomo in modo da evitare l'ansietà, che potrebbe creare altri sintomi (31). Questo approccio, la cui prosecuzione è necessaria anche in seguito, dovrebbe essere una pratica standard con le persone con tendenze autodistruttive.

Le tecniche condizionanti di tipo aversivo, pur essendo state descritte con qualche successo (40, 44), per parecchie ragioni non possono essere particolarmente indicate per il comportamento suicida: anzitutto l'autodistruzione non può essere vista come comportamento del soggetto volto alla ricerca del piacere, sebbene esso possa soddisfare un bisogno psicologico travolgente. Secondariamente, poiché i rinforzi negativi possono aumentare l'ansia, punire deliberatamente una risposta suicida potrebbe evocare una spinta rinforzata a

completare l'atto, connessa con la sensazione di non avere più nulla da perdere. In terzo luogo ci deve essere una valida risposta, o serie di risposte sostitutive, che hanno per il soggetto lo stesso valore di quella in atto. Punire una risposta non sempre crea una avversione o diminuisce lo stimolo specialmente in una situazione di conflitto.

KELLER e SCHOENFELD (38), citando il lavoro di Tolcott, notano come le spinte simultanee causino un conflitto con raffiche alterne di risposte, che sono date nella stessa percentuale di quelle date in presenza di uno stimolo soltanto. Questo aumento percentuale si sviluppa a causa dei veloci scatti di risposte che hanno luogo durante il processo di alternazione. Essi notano che questo è in linea col fatto che la punizione non è necessariamente sufficiente a ridurre la forza della spinta. Infatti avviene che « questa mancata efficacia della punizione permette al conflitto di persistere invariato ». Punire soltanto un comportamento anomalo, può servire a rafforzarlo in certe condizioni (2, 28, 44). Di converso, la terapia elettroconvulsivante (ECT) fatta in certi casi di depressione grave non è un condizionamento avversivo.

#### *Un programma di terapia preventiva del comportamento*

Un programma preventivo per pazienti ricoverati potrebbe avere un notevole successo con i pazienti depressi e suicidi di una certa gravità. Gli autori stanno formulando un tale tentativo. Le tecniche da prendere in considerazione

sono esposte schematicamente qui di seguito:

1. Fare un quadro dei comportamenti che si verificano in occasione di atti suicidi o depressivi.

2. Chiedere al personale di servizio di osservare i tipi di comportamento mostrati dal paziente; che siano legati al suicidio o alla depressione.

3. Notare la frequenza di tali comportamenti in un determinato periodo di tempo.

4. Cercare cosa è importante per il paziente oltre ai soliti comportamenti, quindi servirsene come rinforzi positivi per non incorrere in azioni suicide o depressive.

5. Riferire la frequenza di incidenza dei comportamenti depressivi o suicidi, indicando gli specifici periodi di tempo, durante il trattamento.

#### *a) Esempi verbali*

**SUICIDA:** Qualsiasi commento diretto o indiretto su sentimenti di depressione o suicidio.

Diretto: « Penso di uccidermi ».

Indiretto: « Probabilmente non sarò qui la prossima settimana, tu puoi tenere la mia stilografica ».

**DEPRESSO:** « Mi sento poco bene oggi ».  
« Penso di tornare a letto ».  
« Non voglio mangiare ».

#### *b) Esempi comportamentali*

**SUICIDA:** Ammucchiare compresse; cercare di procurarsi un'arma letale; autoaggressione.

**DEPRESSO:** Restare più a lungo a letto; rallentamento psicomotorio; persistente mancanza di appetito; insonnia in contrasto con la lunga permanenza a letto; poca voglia di parlare; tendenza ad appartarsi; diminuzione dei contatti interpersonali.

Se si constata una diminuzione dell'incidenza di tali comportamenti, che continui a mantenersi, si può dire che si è verificato un « riapprendimento » ritenendo che il mezzo di intervento usato abbia avuto successo.

I procedimenti clinici dovrebbero essere coerenti con i principi dell'apprendimento di base. Per esempio, nell'attuare un rinforzo, si dovrebbe tenere presente la persona in crisi, *non l'atto*. Questi principi di rinforzo e non-rinforzo selettivi sono un aspetto essenziale di quello che gli autori ritengono accada al sopravvenire di una crisi suicida.

Essendo possibile che in un prossimo

futuro, quando più dati saranno resi disponibili dalla ricerca, certi valori possano essere introdotti nelle formule presentate in questo articolo, non si intende ancora, attualmente, invitare ad operare in tale modo. È evidente che è necessario sviluppare dei chiari concetti teorici, che utilizzino informazioni psicodinamiche, sociali e di apprendimento. Noi confidiamo che il nostro tentativo preliminare di utilizzare concetti della teoria dell'apprendimento per trattare i comportamenti suicidi incoraggerà altri studiosi ad aggiungere i loro sforzi, al fine di sviluppare una teoria di prevenzione del suicidio accettabile.

#### BIBLIOGRAFIA

1. FERSTER, C.: Classification of Behavior Pathology. In Research in Behavior Modification. Krasner, L. and Ullman, L., Eds. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1965.
2. FARRAR, C.; POWELL, B. and MARTIN, L.: Punishment of Alcohol Consumption by Apneic Paralysis. Behav. Res. Ther., 6: 13, 1968.
3. FREDERICK, C.: An Investigation of Learning Theory and Reinforcement as related to Stuttering Behavior. Paper presented to the American Speech and Hearing Ass. Convention, Los Angeles, November, 1955.
4. MARTYN, M. and SHEEHAN, J.: Onset of Stuttering and Recovery. Behav. Res. Ther., 6: 295, 1968.
5. LAZARUS, A.: Learning Theory and the Treatment of Depression. Behav. Res. Ther., 6: 83, 1968.
6. LEVY, D. M.: Finger-Sucking and Accessory Movements in Early Infancy. Am. J. Psychiat., 7: 881, 1928.
7. —: Experiments on the Sucking and Social Behavior of Dogs. Am. J. Orthopsychiat., 4: 203, 1934.
8. SEARS, R. R. and WISE, G. W.: Relation of Cup-Feeding in Infancy to Thumb-Sucking and the Oral Drive. Am. J. Orthopsychiat., 20: 123, 1950.

9. DAVIS, H. V.; SEARS, R. R.; MILLER, H. C. and BROADBECK, J. J.: Effects of Cup, Bottle and Breast Feeding on Oral Activities of Newborn Infants. *Pediatrics*, 3: 549, 1948.
10. WOLPE, J. and LAZARUS, A.: *Behavior Therapy Techniques*. Pergamon Press, Oxford, 1966.
11. MILLER, N. and DOLLARD, J.: *Social Learning and Imitation*. Yale University Press, New Haven, Conn., 1941.
12. HALL, C. and LINDZEY, G.: *Theories of Personality*. Wiley, New York, 1957.
13. DIZMANG, L.: Loss, Bereavement and Depression in Childhood. *Int. Psychiat. Clin.*, 6: 175, 1969.
14. MOWRER, O. H.: A Stimulus-Response Analysis of Anxiety and its Role as a Reinforcing Agent. *Psychol. Rev.*, 46: 553, 1939.
15. ———: Anxiety Reduction and Learning. *J. Exp. Psychol.*, 27: 497, 1940.
16. VOEKS, V.: What Fixes the Correct Response? *Psychol. Rev.*, 52: 49, 1945.
17. FREUD, S.: Mourning and Melancholia. In *Collected Papers, Vol. IV*. Hogarth Press, London, 1948.
18. FENICHEL, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York, 1945.
19. ABRAHAM, K.: Notes on the Psychoanalytic Investigation at 1 Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. In *Selected Papers on Psychoanalysis*. Hogarth Press, London, 1927.
20. HORNEY, K.: *Neurosis and Human Growth*. Norton, New York, 1950.
21. LITMAN, R.: Sigmund Freud on Suicide. In *Essays in Self Destruction*, Shneidman, E., Ed. Science House, New York, 1967.
22. DURKHEIM, E.: *Suicide: A Study in Sociology*. Free Press, Glencoe, Ill. 1951.
23. BEALL, L.: The Dynamics of Suicide: A Review of the Literature, 1897-1965. *Bulletin of Suicidology*, National Clearinghouse for Mental Health Information, Washington, D. C., March 1969.
24. SHNEIDMAN, E. and FARBEROW, N.: The Logic of Suicide. In *Clues to Suicide*, Shneidman, E. and Farberow, N., Eds. McGraw-Hill, New York, 1957.
25. FARBER, M. L.: *Theory of Suicide*. Funk & Wagnalls, New York, 1968.
26. HENDIN, H.: *Suicide in Scandinavia*. Grune & Stratton, New York, 1964.
27. MADILL, M.; CAMPBELL, D.; LAVERTY, S.; SANDERSON, R. and VANDERWATER, S.: Aversion Treatment of Alcoholics by Succinylcholine Induced Apneic Paralysis. *Quart. J. Stud. Alcohol.*, 27: 483, 1966.
28. FRICK, J.: An Exploratory Study of the Effect of Punishment upon Stuttering Behavior. Doctoral Dissertation, University of Iowa, 1951.
29. SHEEHAN, J.: The Experimental Modification of Stuttering Through Non-Reinforcement. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 46: 51, 1951.
30. VAN RIPER, C.: *Speech Correction: Principles and Methods*. Prentice-Hall, New York, 1947.
31. GRIMALDI, K. and LICHTENSTEIN, E.: Hot Smoky Air as an Aversion Stimulus in the Treatment of Smoking. *Behav. Res. Ther.*, 7: 275, 1969.
32. HULL, C.: *Principles of Behavior*. Appleton-Century, New York, 1943.

33. SPENCE, K. W.: Theoretical Interpretations of Learning. In *Comparative Psychology*, Stone, C. P., Ed. Prentice-Hall, New York, 1951.
34. STAMPFL, T. and LEVIS, D.: Implosive Therapy - A Behavioral Therapy? *Behav. Res. Ther.*, 6: 31, 1968.
35. FREDERICK, C. and RESNIK, H. L. P.: Interventions with Suicidal Patients. *J. Contemp. Psychother.*, 2: 103, 1970.
36. WOLPE, J.: *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford, 1958.
37. D'ALESSIO, G.: The Concurrent use of Behavior Modification and Psychotherapy. *Psychotherapy*, 5: 154, 1968.
38. KELLER, F. and SCHOENFELD, W.: *Principles of Psychology*. Appleton-Century-Crofts, New York, 1950.
39. HILGARD, E. and MARQUIS, D.: *Conditioning and Learning*. Appleton-Century, 1940.
40. BANDURA, A.: *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969.
41. KRASNER, L. and ULLMAN, L. P.: *Research in Behavior Modification*. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1965.
42. LOVAAS, C. I.; FREITAG, G.; GOLD, V. G. and KASSORLA, I. C.: Experimental Studies in Childhood Schizophrenia: I. Analysis of Self-Destructive Behavior. *J. Exp. Child Psychol.*, 2: 67, 1965.
43. BANDURA, A. and WALTERS, R.: *Social Learning and Personality Development*. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1963.
44. SKINNER, B. F.: *Science and Human Behavior*. Macmillan, New York, 1953.





*Il problema della previsione del tentativo di suicidio ha occupato molti Autori, soprattutto statunitensi, che hanno cercato in vario modo di fornire dei criteri di valutazione del grado di urgenza, con la massima esattezza possibile. I motivi di questa preoccupazione sono facilmente comprensibili: se un mancato ricovero in caso di reale pericolo mette a repentaglio la vita del paziente, un ricovero intempestivo e affrettato rischia di interrompere definitivamente il rapporto o di far perdere inutilmente al medico delle occasioni di contatto e di aggancio terapeutico che potrebbero non presentarsi più.*

*Al contrario, un intervento pronto e consapevole, oltre a salvare la vita del paziente, può addirittura essergli ben accetto e rinsaldare, nei casi più favorevoli, il legame col terapeuta, in quanto gli permette, per il periodo che dura la « crisi suicida » (qualche ora o qualche giorno), di sentirsi protetto contro i suoi stessi impulsi distruttivi.*

*La capacità di « previsione » e di valutazione del rischio sono ovviamente il frutto di una grossa esperienza clinica specifica; può essere utile tuttavia disporre di alcuni criteri relativamente obiettivi che prescindano dal « fiuto clinico » del terapeuta. Riportiamo di seguito alcuni brani di uno degli articoli più interessanti che abbiamo trovato su questo problema: « Basic Considerations in The Psychotherapy of the Depressed Suicidal Patients » di Ronald Mintz (Amer. J. Psychother., 1971, Vol. XXV, n. 1, pp. 56-71).*

Per valutare il pericolo di suicidio vanno presi in considerazione diversi fattori. Anzitutto l'esistenza di *depressione*, in secondo luogo il riscontro di *intenzioni o preoccupazioni suicide conscie*. A questo riguardo il modo migliore per avere delle informazioni valide è, secondo Mintz, semplicemente quello di *chiederlo* al paziente, senza timore che questo possa suggerirgli una cosa a cui non sarebbe arrivato da solo e aumentare quindi il rischio stesso, come è ritenuto erroneamente da molti. Piuttosto è la valutazione della risposta che richiede una particolare perspicacia ed esperienza: la risposta più rassicurante è quella che contiene delle solide motivazioni contrarie al suicidio (per es.: « Ci ho già pensato, ma voglio troppo bene ai miei figli per lasciarli così! »); più inquietante è una risposta scialba e poco convinta, come pure una risentita e indignata.

Esiste poi una serie di altri fattori da prendere in considerazione. Di solito il rischio di suicidio è maggiore, se nella storia clinica e nella personalità del paziente si riscontra:

- a. Tendenza a comportamenti impulsivi.
- b. Ambiente stressante e inflessibile.
- c. Affaticamento, malattie, ingestione di farmaci, eccessive richieste ambientali, che riducono la capacità dell'individuo di far fronte allo stress.
- d. Presenza di forte ansia, paura di perdere il controllo, vissuti di depersonalizzazione.
- e. Scarsità di relazioni positive e di impegni significativi con altre persone e attività.
- f. Idee poco realistiche o aspettative grossolanamente inadeguate concernenti le reali conseguenze di un tentato suicidio con esito fatale.
- g. Morte o perdita precoce di uno o di ambedue i genitori.
- h. Contenuti manifesti nei sogni di crescente violenza e distruttività o temi di morte e di abbandono idilliaco.
- i. Inspiegabili e inattesi cambi di umore

e di comportamento, noncuranza per il peggioramento o il miglioramento del proprio aspetto.

Anche il comportamento del terapeuta può accentuare o scatenare, in certi casi, la spinta autodistruttiva: da una ricerca fatta da Wheat (« Motivational Aspects of Suicide in Patients During and After Psychiatric Treatment », *South. Med. J.*, 53:273, 1960.) risulta che gli atteggiamenti del terapeuta più frequentemente patogeni sono:

1. Il rifiuto di tollerare la dipendenza infantile del paziente oppure il fargli capire che ci si aspetta da lui un comportamento più maturo delle sue possibilità.

2. Scoraggiamento e pessimismo circa i progressi del trattamento.

3. Un evento o una crisi ambientale molto importante per il paziente e non riconosciuta dal terapeuta o insufficiente controllo della situazione terapeutica.

*Sempre riguardo al problema della valutazione del grado di urgenza in caso di minaccia di suicidio, riportiamo integralmente un altro articolo, « Sogni e tentativi di suicidio » di David L. Ra-*

*phling, che ci è piaciuto soprattutto per la relativa originalità del metodo, piuttosto raro nella letteratura, fondato sull'analisi tematico-statistica del materiale onirico precedente il gesto suicida. Ci rendiamo conto che si tratta solo dell'inizio di un discorso, che necessiterebbe di un ulteriore approfondimento, di dati sperimentali più ampi e forse di una maggiore chiarezza nell'enucleazione del materiale tematico. Per esempio temi come « ostilità distruttiva », « separazione », « sessualità » e altri, a seconda di come vengono intesi, potrebbero forse essere riscontrabili molto di più o molto di meno di quanto risulti dalle tabelle presentate.*

*Comunque il risultato è interessante e merita di essere tenuto presente: i pazienti che, più o meno consciamente, stanno meditando un tentativo di suicidio, nei giorni immediatamente precedenti l'eventuale atto, fanno sogni in cui i temi di morte e di ostilità sono presenti in misura assai superiore rispetto ad altre condizioni psicopatologiche che, almeno sul piano clinico, sono di drammaticità paragonabile.*

## SOGNI E TENTATIVI DI SUICIDIO

DAVID L. RAPHLING

QUESTO LAVORO È STATO PUBBLICATO SULLA RIVISTA « THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE », 1970, VOL. 151, N° 6; IL TITOLO ORIGINALE È « DREAMS AND SUICIDE ATTEMPTS ». DAVID L. RAPHLING HA CONDOTTO QUESTO STUDIO QUANDO SI TROVAVA NEL MASSACHUSETTES GENERAL HOSPITAL DI BOSTON.

### RIASSUNTO

Questo studio costituisce un tentativo per differenziare i sogni di pazienti che hanno tentato il suicidio da quelli di pazienti acutamente disturbati, ma non suicidi.

I sogni dei pazienti di questi due gruppi sono stati annotati e confrontati e sono state trovate delle differenze nel loro contenuto tematico. I temi specifici di morte e di ostilità violenta e distruttiva erano presenti nei sogni dei pazienti suicidi in misura significativamente maggiore che in quelli del gruppo di controllo.

### SUMMARY

This study constitutes an attempt to differentiate between dreams of patients who have attempted suicide and acutely distur-

bed nonsuicidal patients. The dreams of patients from these two groups were recorded and compared, and differences in the thematic content of the manifest dreams were found. The specific themes of death and destructive or violent hostility were present in dreams of suicidal patients to a significantly greater extent than in the dreams of the comparison group.

Lo scopo della presente indagine è studiare i sogni manifesti di individui che hanno tentato il suicidio e compararli con quelli di pazienti psichiatriche che non hanno tendenze suicide. Ciò costituisce un tentativo di delineare quelle caratteristiche del contenuto manifesto, che possono servire a operare una distinzione fra questi due gruppi.

La valutazione di un individuo che potenzialmente ha tendenze suicide è un compito clinico difficile, che spesso richiede una buona dose di abilità e di esperienza. Il paziente che esprime una minaccia di suicidio priva di uno scopo letale è, a volte, difficile da distinguere da un individuo la cui minaccia di auto-distruzione è chiaramente letale. Inoltre il paziente depresso o altrimenti disturbato può negare o equivocare circa il proprio intento suicida e presentare perciò un problema diagnostico ugualmente rilevante. Si è riconosciuta la necessità di tecniche attendibili per una valutazione clinica (16, 21, 27, 31, 33). Si sono fatti tentativi per stabilire dei criteri di valutazione del pericolo di suicidio, tali da far aumentare l'esattezza delle previsioni cliniche (21, 31, 32).

Le componenti inconscie dell'intento suicida sono di cruciale importanza nel valutare il potenziale auto-distruttivo del-

l'individuo. Una comprensione dei motivi del suicidio richiede l'accesso alle costellazioni e alle fantasie psicodinamiche inconscie, che non sempre sono clinicamente accessibili o capite correttamente. Gran parte della valutazione dei derivati inconsci è basata sulla deduzione, sull'intuizione e sull'esperienza.

Il sogno fornisce un'espressione della motivazione inconscia che può essere utilizzata clinicamente. KUBIE (14) ha sostenuto che lo studio dei sogni è un'area relativamente inesplorata e fertile di possibilità per migliorare la nostra conoscenza del suicidio. HENDIN (11, 12) ha studiato i sogni dei pazienti che hanno tentato il suicidio per capire le motivazioni inconscie del gesto. Egli, tuttavia, non ha analizzato questi sogni per scoprire degli indizi che potessero distinguerli dai sogni degli individui privi di tendenze suicide.

L'attenta analisi dei sogni, che utilizza il metodo delle associazioni libere, è stata il classico approccio per comprendere i pensieri inconsci presenti nel sogno e distorti nelle immagini del sogno manifesto. SHEPPARD e KARON (24), tuttavia, hanno dimostrato la somiglianza tra i temi espressi nel contenuto manifesto dei sogni e quelli raggiunti attraverso le associazioni fatte sugli elementi manifesti del sogno. Così, in questi ultimi anni vi è stato un interesse crescente nell'utilizzazione del contenuto manifesto dei sogni per facilitare la penetrazione nelle funzioni psichiche (35). Ciò è risultato vero specialmente in molte situazioni cliniche in cui la classica indagine analitica dei sogni non è possibile.

SAUL e Coll. (22) sono stati capaci

di differenziare i pazienti ipertesi da un gruppo di controllo di pazienti normotesi misurando la quantità del contenuto aggressivo nei loro sogni manifesti. Saul e Coll. poi continuarono ad utilizzare il contenuto manifesto del sogno per investigare altri aspetti delle funzioni psichiche (23, 25). Altri studiosi hanno indagato il contenuto manifesto dei sogni in varie sindromi psichiatriche. RICHARDSON e MOORE (20) hanno constatato differenze significative tra il contenuto dei sogni manifesti degli schizofrenici e dei non-schizofrenici. CHANG (4) trovò che il contenuto manifesto del sogno negli schizofrenici acuti era più vario di quello degli schizofrenici cronici. Sono stati studiati anche i sogni manifesti di pazienti depressi (2, 3, 13). LANGS (15) confrontò i sogni di tre gruppi clinici (caratteri isterici, schizofrenici paranoici e depressi psicotici) e notò significative differenze nel contenuto manifesto di ciascun gruppo.

HALL (9) confrontò i sogni manifesti di soggetti normali, schizofrenici e alcoolisti. Egli trovò che i racconti dei sogni degli schizofrenici erano più brevi di quelli degli alcoolisti e che gli alcoolisti avevano un maggior numero di sogni con temi di incorporazione orale e un minor numero di temi genito-sessuali rispetto agli schizofrenici. Questi gruppi furono confrontati con soggetti normali nei cui sogni furono trovate un maggior numero di interazioni positive tra il sognatore e figure femminili.

Un recente esperimento di BAEKELAND e Coll. (1) ha dimostrato una stretta relazione tra il contenuto manifesto dei sogni riferiti da soggetti risvegliati durante la fase del sonno con rapidi

movimenti oculari (REM) e il loro lavoro mentale nel periodo antecedente il sonno, verbalizzato in un periodo ipnagogico di associazioni libere. Così, il contenuto del pensiero, che è messo in relazione con uno stato di suicidio ma non è apprezzato coscientemente, può essere ben incorporato in un sogno e apparire come una parte del contenuto manifesto. Il concetto che il sogno manifesto di un paziente con tendenze suicide può essere distintivo diviene dunque completamente evidente.

## METODI E MATERIALI

Soggetti per lo studio furono persone ricoverate in un ospedale generale per un trattamento dopo aver tentato il suicidio. La definizione operativa del tentato suicidio usata in questa indagine è «alcuni atti non mortali di auto-danneggiamento inflitti con intenzione bensì auto-distruttiva, ma vaga ed ambigua» (30, pag. 171).

Il gruppo suicida consisteva in 20 pazienti consecutivi che poterono richiamare alla mente i sogni che precedettero i loro tentativi di suicidio. Un altro gruppo di pazienti fu selezionato da un insieme di individui privi di tendenze suicide che ricorrevano a trattamenti di emergenza per una crisi emozionale acuta e grave presso il servizio psichiatrico di un ospedale generale. Venti di questi pazienti appaiati con il gruppo suicida per età, sesso, religione e stato coniugale, che potessero raccontare i sogni occorsi durante il periodo della loro crisi

acuta furono selezionati come il gruppo di controllo dei pazienti privi di tendenze suicide. Si giudicò clinicamente che questi pazienti che subivano un trattamento di emergenza avessero lo stesso grado di disturbo dei pazienti che avevano tentato il suicidio. Una base globale di paragone tra i due gruppi, come il grado del disturbo, fu preferita a parametri più specifici come la depressione e altre categorie diagnostiche, per la convinzione che quella diagnosi è solo una delle molte complesse variabili associate con l'atto suicida (14). SHNEIDMAN (26) ha dimostrato che il suicidio va contro i criteri delle entità cliniche.

I pazienti furono intervistati dall'autore secondo un protocollo in cui una dichiarazione introduttiva indicava che l'inchiesta faceva parte di un progetto di ricerca su pazienti che avevano tentato il suicidio. L'inchiesta mirava ad ottenere la storia clinica relativa al tentativo di suicidio ed ai sogni del paziente:

1) *Dati demografici.* Essi includono età, sesso, religione, razza e stato coniugale.

2) *Potenziale letalità del tentativo di suicidio.* Questa valutazione era basata a) sul metodo del tentato suicidio, b) sul motivo del tentato suicidio, c) sull'intenzionalità o la diligenza con cui il tentativo era stato realizzato.

Questi tre parametri furono classificati secondo una scala di tre punti in cui 1 rappresentava la minima e 3 la più grave indicazione di serio intento suicida. Una completa valutazione della serietà dell'intento letale del soggetto era basata sulla media delle classifiche costituite

dal metodo, dal motivo e dall'intenzionalità.

I *metodi* del tentativo di suicidio furono classificati nella seguente maniera (29):

1) Dose di farmaci lievemente superiore, ferite superficiali.

2) Dose chiaramente eccessiva di farmaci, profonde ferite di organi non vitali.

3) Impiccagione, ferite d'arma da fuoco, caduta dall'alto, annegamento, ferite da taglio ad organi vitali, superdosaggio di farmaci.

Il *motivo interpersonale* fu valutato secondo l'importanza attribuita dal paziente agli effetti immaginari del suicidio sulle persone significative del suo ambiente:

1) La reazione delle persone significative al tentativo di suicidio è importante per il paziente.

2) La reazione delle persone importanti al tentativo di suicidio non è chiaramente importante per il paziente.

3) La reazione delle persone importanti al tentativo di suicidio non è presa in considerazione del paziente.

L'*intenzionalità* fu valutata secondo il metodo di SHNEIDMAN e FARBEROW (28):

1) Pazienti che si aspettavano di essere salvati.

2) Pazienti che lasciavano posto al caso.

3) Pazienti che non volevano essere salvati.

3) *Circostanze attinenti al tentativo di suicidio*. Ciò includeva un'analisi delle fantasie e delle sensazioni del paziente prima del tentativo di suicidio, i possibili avvenimenti interni ed esterni precipitanti il tentativo di suicidio, la durata dei pensieri consci auto-distruttivi e la durata dell'attuale intento auto-distruttivo.

4) *Sogni del paziente prima del tentativo di suicidio*. Al paziente era chiesto che cosa aveva sognato nella notte prima del tentativo di suicidio e durante il periodo in cui coscientemente meditava il suicidio. Si registrò l'intervallo di tempo tra il sogno e il tentativo di suicidio. Si prese nota dei sogni narrati e delle sensazioni provate durante il loro svolgersi insieme con alcune associazioni spontanee prodottesi.

I sogni dei due gruppi furono comparati secondo i parametri dell'analisi del contenuto dei sogni manifesti, derivati dallo schema descritto da HALL (10), LANGS (15), WHITMAN (34) e SAUL (22). Questi schemi includevano la valutazione dei sogni per variabili come il contenuto tematico, i sentimenti espressi, l'ambiente del sogno, i suoi caratteri, i tipi di impegno e di attività sociale del sognatore. Queste variabili erano classificate da due esaminatori indipendenti che valutavano i sogni su base cieca.

Le differenze tra il gruppo soggetto e il gruppo di controllo furono controllate col test del  $\chi^2$  di significatività statistica.

## RISULTATI

Furono intervistati in tutto 33 pazienti che avevano tentato il suicidio. Venti di loro, i soggetti di questo studio, poterono raccontare i sogni che avevano avuto prima del tentativo di suicidio. Così il 60% del numero totale dei pazienti interrogati furono in grado di ricordare i sogni occorsi prima del loro tentativo di suicidio. Questo doveva essere confrontato con il 66% dei pazienti privi di tendenze suicide intervistati, che potevano ricordare i loro sogni.

Metà dei soggetti riferirono di aver sognato la notte prima del tentativo di suicidio. L'intervallo di tempo tra l'avvenimento dei sogni raccontati e il tentativo di suicidio nei restanti soggetti variava da 2 a 21 giorni, con una media di 7,3 giorni. Con l'eccezione di 6 pazienti, i sogni del gruppo soggetto di studio si verificarono durante il periodo in cui i pazienti erano presi dalle idee suicide. Le sei eccezioni tentarono il suicidio improvvisamente. Quattro di costoro raccontarono il sogno che avevano fatto nella notte prima del tentativo di suicidio.

I sogni riportati da tutto il gruppo di paragone accaddero durante il periodo in cui i pazienti erano in preda alla crisi acuta, che accelerò la loro visita al reparto d'urgenza. Dodici raccontarono il sogno della notte precedente l'intervista nel reparto d'urgenza. I restanti 8 raccontarono sogni accaduti fra 2 e 10 giorni prima dell'intervista. La media per questo intervallo era 6,3 giorni.

Quattro pazienti furono capaci di ricordare più di un sogno occorso nel

periodo prima del tentativo di suicidio. In ogni caso, il sogno più prossimo al tentativo fu l'unico scelto per il confronto.

Il confronto dei sogni manifesti dei pazienti con tendenze suicide con i sogni di un gruppo di controllo di soggetti privi di tendenze suicide rivelò che le differenze maggiormente significative consistevano in 2 aspetti del contenuto tematico. Il primo tema è quello degli espliciti riferimenti alla *morte reale o minacciata, o a persone morte*.

### Esempi:

a) Ho sognato mia zia. La vedevo che stava in piedi dritta, mi osservava con quel suo sorriso e mi diceva, come faceva sempre, «O cara, tu sei il mio amore, tu sei la mia ragazza preferita». Era come una madre per me. Io nel sogno piangevo. Sentivo che doveva ritornare, che non era morta.

b) Ho sognato che qualcuno stava annegando. Però non sapevo chi. In un grande oceano, un vastissimo oceano con tutti gli scogli e un mucchio di cose sulla spiaggia: c'era uno laggiù che annegava e io non sapevo che cosa fare per farlo uscire dall'acqua, perché ero su di una grande collina. Non potevo scendere giù per afferrarlo perché era troppo lontano.

Nove dei 20 pazienti con tendenze suicide ebbero un sogno di questo tipo, mentre solo uno dei pazienti di controllo ne ebbe uno simile ( $p = < .01$ ):

L'altro tema distintivo era quello della *violenza* o della *distruzione*. Questo era indicato da riferimenti diretti all'uccisione, vera o minacciata, al fatto di morire o di essere ucciso oltre alle lesioni, reali o minacciate, e alla mutilazione di uomini o animali.



## Esempi:

a) Vi era un uomo che era pazzo e che cercava di uccidermi. Dovunque io corressi egli mi prendeva in trappola.

b) Ricordo di aver sognato di tutte queste teste in fila. Teste pelate. Ricordo di aver fatto notare qualcosa a una persona che era là. Non so chi fosse o che cosa dissi. Avevo il desiderio di camminare sulle loro teste come se saltassi da un sasso a un altro nell'acqua presso una spiaggia. Ricordo i miei calcagni contro le teste. Non amo le teste pelate. Come se rompesti un uovo, facevo esplodere una testa. Come se facessi una piega nelle teste, così che i lati salivano attorno al centro.

Nove pazienti con tendenze suicide ed uno di controllo avevano sogni che contenevano violenza o distruzione ( $p = < .01$ ).

Le restanti variabili rivelarono delle differenze non significative tra i due gruppi di pazienti. Queste differenze erano trascurabili se confrontate con quelle riguardanti i temi di morte e violenza o distruzione. Il confronto tra i sogni dei soggetti ed il gruppo di controllo è riassunto nella tabella 1.

I sogni con i temi di morte e di ostilità violenta e distruttiva erano riferiti al futuro come sogni « positivi ». Vi era un totale di 11 soggetti i cui sogni contenevano temi di morte e/o di ostilità violenta e distruttiva. I sogni di 7 soggetti contenevano entrambi i temi mentre i restanti 4 contenevano l'uno o l'altro. Questi temi furono trovati in soli due sogni dei pazienti di controllo ( $p = < .01$ ).

Due dei 4 soggetti con tendenze suicide che ricordavano più di un sogno avevano un contenuto tematico positivo in tutti i sogni ricordati.

TABELLA 1

Confronto delle variabili del contenuto tra i sogni dei soggetti di studio ed i controlli.

	Soggetti (N=20)	Controlli (N=20)	Indice p
<i>Materiale tematico</i>			
Morte . . . . .	9	1	.01
Ostilità distruttiva e violenta . . . . .	9	1	.01
Altri temi ostili . . . . .	3	4	N.S.
Sessualità . . . . .	1	5	N.S.
Separazione . . . . .	8	4	N.S.
Disperazione - dipen- denza . . . . .	4	7	N.S.
<i>Ambiente</i>			
Positivo - amichevole	4	4	N.S.
Minaccioso . . . . .	10	6	N.S.
<i>Personaggi</i>			
Sognatore solo . . . . .	1	3	N.S.
Presenza di persone importanti . . . . .	13	12	N.S.
Sognatore che ha successo . . . . .	1	2	N.S.
Sognatore privo di successo . . . . .	5	3	N.S.
Sognatore attivo . . . . .	8	12	N.S.
Sognatore passivo . . . . .	12	8	N.S.
<i>Sentimenti</i>			
Paura . . . . .	5	3	N.S.
Collera . . . . .	1	2	N.S.
Tristezza . . . . .	4	3	N.S.
Felicità . . . . .	3	4	N.S.
<i>Logica</i>			
Realistico - possibile	15	16	N.S.
Impossibile - bizzarra	5	4	N.S.

La valutazione della letalità media per 11 pazienti che avevano sogni positivi era 1,5. Questa media era 1,6 per i 9 pazienti con sogni negativi. Quindi, la valutazione di letalità media per i pazienti con entrambi i sogni positivi o negativi era approssimativamente la stessa e non si poteva operare una distinzione tra loro.

## DISCUSSIONE

I parametri che differenziano meglio il contenuto manifesto dei sogni dei pazienti con tendenze suicide risiedono nel tipo di materiale tematico. Questi parametri sono del tutto concreti e non deduttivi. Essi sono riferiti direttamente al contenuto manifesto. Quindi per identificarli non sono necessari ragionamenti deduttivi basati su sistemi teorici di analisi dei sogni.

La scoperta che questi temi sono comuni nei sogni dei pazienti con tendenze suicide ha corroborato l'impressione clinica riportata che le fantasie e i sogni dei pazienti con tendenze suicide contengono sia i temi violenti e distruttivi sia il materiale che è pieno di riferimenti al morire e alla morte (18). Non si può concludere, tuttavia, che il sogno manifesto da solo permetta di diagnosticare un suicidio potenziale. FARBEROW (5) trovò che le fantasie di pazienti con tendenze suicide più serie erano caratterizzate da un maggior grado di ostilità e di preoccupazione della morte di quelle di pazienti che erano seriamente intenzionati a suicidarsi e dei pazienti privi di tendenze suicide nell'ambito dello stesso studio. GUTHEIL (8) trovò che i sogni dei pazienti con tendenze suicide erano caratterizzati dal tema della morte. Egli riteneva tuttavia che i temi della morte fossero espressi indirettamente, travestiti e distorti, nel contenuto manifesto, mentre nei sogni della presente inchiesta i riferimenti alla morte sono risultati diretti ed espliciti.

Dal momento che i sogni raccontati rappresentavano solo un frammento della vita del sogno, è sorprendente che

tutti i sogni dei pazienti con tendenze suicide non fossero positivi. È possibile però che la raccolta di un numero maggiore di sogni fatti prima del tentativo di suicidio indichi una diversa incidenza. Tuttavia una prova di questa supposizione, basata su quei pazienti che hanno raccontato diversi sogni, è dubbia. Sarebbe poi necessario sapere se anche i sogni molteplici dei pazienti di controllo presenterebbero variazioni numeriche nei riferimenti alla morte e all'ostilità violenta e distruttiva.

È possibile che i temi qui considerati abbiano con il tentativo di suicidio un rapporto del tutto indiretto. I temi della violenza e della distruzione potrebbero essere presenti solamente nei sogni di soggetti intensamente ostili e solo accidentalmente tendenti al suicidio. Benché la nozione dell'assistenza di molteplici fattori motivazionali per i tentativi di suicidio sia completamente convincente (14), è tuttavia all'ostilità che è stata accordata una posizione centrale nelle teorie psicodinamiche del suicidio (7, 17, 19). Se l'ostilità è veramente così attinente al suicidio, non è sorprendente trovare le sue espressioni nella vita del sogno degli individui con tendenze suicide. È ugualmente vero che l'ostilità può essere trovata nel contenuto del sogno di molti pazienti privi di tendenze suicide e ciò spiegherebbe l'esistenza di questo tema nei sogni dei pazienti di controllo. È sorprendente tuttavia il fatto che i pazienti di controllo non ebbero sogni con temi ostili della stessa intensità violenta e distruttiva dei pazienti con tendenze suicide.

I sogni i cui vi erano temi di morte non erano insoliti. FREUD (6) discusse

certi sogni di morte come esempi di sogni « tipici ». Una preponderanza di sogni di morte nei soggetti con tendenze suicide può essere stata predetta logicamente, tuttavia, poiché il suicidio, per definizione, deve includere una considerazione della morte. I frequenti riferimenti alla morte nei sogni dei pazienti con tendenze suicide possono riflettere i loro intensificati e molteplici interessi nei riguardi della morte come espressione di ostilità feroce, o come desiderio di rinascita, di fuga, di trasformazione o

di unione con gli oggetti perduti.

Concludendo, è possibile che i temi che paiono significativi vengano trovati nei sogni di pazienti depressi che non hanno necessariamente tendenze suicide. Sembra che ciò non sia così, tuttavia, da quando lo studio dei sogni manifesti dei pazienti depressi ha rivelato contenuti che esprimono temi diversi da quelli di violenza e di morte. I sogni manifesti dei pazienti depressi esprimono prevalentemente temi di masochismo, abbandono, auto-critica e fuga (3, 13).

#### BIBLIOGRAFIA

1. BAEKELAND, F.; RESCH, R. and KATZ, D.: Presleep mentation and dream reports. *Arch. Gen. Psychiat.* (Chicago), 19: 300-311, 1968.
2. BECK, A. T. and HURVICH, M. S.: Psychological correlates of depression: I. Frequency of masochistic dream content in a private practice sample. *Psychosom. Med.*, 21: 50-55, 1959.
3. BECK, A. T. and WARD, C. H.: Dreams of depressed patients. *Arch. Gen. Psychiat.* (Chicago), 5: 462-467, 1961.
4. CHANG, S. C.: Dream recall and themes of hospitalized schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiat.* (Chicago), 11: 119-122, 1964.
5. FARBEROW, N. L.: Personality patterns of suicidal mental hospital patients. *Genet. Psychol. Monogr.*, 42: 3-79, 1950.
6. FREUD, S.: The interpretation of dreams. In Brill, A. A., ed., (trans). *The Basic Writings of Sigmund Freud*, pp. 181-549. Random House, New York, 1938.
7. FREUD, S. (Riviere, J., trans): Mourning and melancholia (1917). In *Collected Papers*, vol. 4, pp. 152-170. Hogarth, London, 1925.
8. GUTHEIL, E. A.: Dreams and suicide. *Amer. J. Psychother.*, 2: 283-294, 1948.
9. HALL, C. S.: A comparison of the dreams of four groups of hospitalized mental patients with each other and with a normal population. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 143: 135-139, 1966.
10. HALL, C. S. and VAN DE CASTLE, R. L.: *The Content Analysis of Dreams*. Appleton-Century-Crofts, New York, 1966.

11. HENDIN, H.: The psychodynamics of suicide. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 136: 236-244, 1963.
12. HENDIN, H.: Suicide. In Freedman, A. M. and Kaplan, H. I., eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, pp. 1170-1179. Williams and Wilkins, Baltimore, 1967.
13. KRAMER, M.; WHITMAN, R. M.; BALDRIDGE, B. and LANSKY, L.: Depression: dreams and defenses. *Amer. J. Psychiat.*, 122: 411-417, 1965.
14. KUBIE, L. S.: Multiple determinants of suicidal efforts, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 138: 3-8, 1964.
15. LANGS, R. J.: Manifest dreams from three clinical groups. *Arch. Gen. Psychiat. (Chicago)*, 14: 634-643, 1966.
16. LITMAN, R. E. and FARBEROW, N. L.: Emergency evaluation of self-destructive potentiality. In Farberow, N. L. and Shneidman, E. S., eds. *The Cry for Help*, pp. 48-59. McGraw-Hill, New York, 1961.
17. MENNINGER, K.: *Man against Himself*. Harcourt-Brace, New York, 1938.
18. MINTZ, R. S.: Psychotherapy of the suicidal patient. In Resnik, H. L. P., ed. *Suicidal Behaviors*, pp. 271-296. Little, Brown, Boston, 1968.
19. RADO, S.: Psychodynamics of depression from the etiological point of view. *Psychosom. Med.*, 13: 51-55, 1951.
20. RICHARDSON, G. and MOORE, R.: On the manifest dream in schizophrenia. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 11: 281-302, 1963.
21. ROSENBAUM, M.: Recognition of the suicidal individual. In Yochelson, L., ed. *Symposium on Suicide*, pp. 73-84. George Washington University, Washington, D. C., 1967.



## RECENSIONI

---

### ANNA FREUD

#### PSICOANALISI PER EDUCATORI

Guaraldi Editore, Firenze 1972, pp. 180, L. 1500

«Noi tutti sappiamo che quanti lavorano nel campo della pedagogia pratica mantengono tuttora nei confronti della psicoanalisi un atteggiamento estraneo e diffidente...». Con questa frase Anna Freud iniziava nel 1942 una serie di conferenze destinate agli educatori e raccolte in questa PSICOANALISI PER EDUCATORI dell'editore Guaraldi.

Non è questa la sede per discutere se e quanto la pedagogia istituzionale abbia modificato nel frattempo le proprie posizioni, ma certamente negli educatori più sensibili è andato crescendo il bisogno di rivolgersi alla psicoanalisi per conoscere meglio come si formano la personalità e il carattere degli individui, quali meccanismi sono alla base dei rapporti interpersonali e addirittura come è possibile riparare ai danni derivanti da una impostazione pedagogica errata.

Questo libro risponde appunto all'esigenza di un'esposizione molto piana e convincente delle teorie della psicoanalisi, particolarmente diretta agli educatori che, rispetto agli psicoanalisti, si trovano nella più difficile posizione di dover continuamente agire e reagire al comportamento infantile, senza possibilità di mantenere un'osservazione passiva.

La modesta presentazione che Anna Freud fa a questa riedizione, sottolineando i quarant'anni passati rispetto a quelle prime conferenze, non deve far pensare che la lettura ne risulti oggi inattuale.

Ecco alcuni dei problemi toccati, problemi che turbano ancora l'educatore di oggi: la sensazione che ha ogni insegnante di essere vissuto in modo diverso a seconda delle diverse esperienze educative subite precedentemente dal bambino o dal ragazzo; il pericolo di incorrere in quei ruoli paterni o materni capaci di scatenare conflitti, moltiplicati per di più nel rapporto con una scolaresca numerosa: la possibilità d'altra parte di scaricare sugli allievi le proprie difficoltà personali inconse o non risolte... Non parliamo poi dei problemi riguardanti non tanto il ruolo dell'educatore, quanto l'impostazione stessa dell'educazione infantile, che sembra avere tuttora come principio informatore quello di piegare il bambino al mondo adulto, «combattendone l'indole»: uno dei risultati più appariscenti di tale impostazione, anche agli occhi dell'osservatore più superficiale è la perdita di fantasia, originalità, intelligenza, spunto di critica che mostrano i bambini più grandi rispetto a quelli più piccoli.

Da tutto ciò deriva la necessità di una collaborazione fra pedagogia e psicoanalisi per giungere a una pedagogia psicoanalitica che, superando le forme educative esistenti, favorisca il libero sviluppo della personalità infantile; ed è appunto tale ricerca che l'Autrice ha iniziato proficuamente in questo libro.

E. G.

### JULIAN B. ROTTER

#### PSICOLOGIA CLINICA

Aldo Martello Editore, Milano 1972, pp. 135, L. 2800

Il libro è l'edizione italiana, curata da G. M. Bertin e M. W. Battacchi, dell'opera di J. B. Rotter «Clinical psychology» pubblicata nella collana «Istituzioni di psicologia scientifica», di cui possiede le caratteristiche di rigore scientifico e di sinteticità.

Il volume appare interessante soprattutto perché, a fianco di una parte dedicata all'esposizione di specifici argomenti (intelligenza, personalità, psicoterapia), alla luce di recenti apporti della ricerca, dedica ampio spazio ad una visione critica della psicologia clinica e della funzione dello psicologo clinico nel suo svolgimento storico nella situazione attuale e nelle sue prospettive future. Una panoramica della psicologia nordamericana degli anni intorno al '60 fa già intravedere spunti della crisi che scoppiò in campo psicologico qualche anno dopo il '64, anno della pubblicazione del libro in America, inoltre permette un raffronto tra la situazione della psicologia clinica americana e quella italiana.

Il volume appare particolarmente utile alla conoscenza della natura e delle condizioni attuali nel campo della psicologia clinica non solo agli operatori in campo psicologico, ma anche a profani ed a studiosi di materie affini.

L. O.

#### **ANDRE BERGE**

##### **LE PSICOTERAPIE**

La Nuova Italia Editrice, Firenze 1972, pp. 218, L. 2200

Pur essendo un volume di sole 218 pagine tratta abbastanza ampiamente e criticamente un tema molto vasto come quello delle psicoterapie.

L'autore si propone, e a mio avviso vi riesce, di illustrare, con la medesima attenzione e con la stessa attribuzione di fiducia, i diversi metodi psicoterapeutici, e non solo quelli psicoanalitici, in quanto contribuenti tutti ad un apporto originale e prezioso. Il filo conduttore dell'opera è infatti il processo terapeutico più che il metodo. Tanto che l'A. si domanda cosa è il rapporto terapeuta-paziente e che cosa è il terapeuta, discutendo ampiamente su ciò che egli chiama l'equazione personale.

Dopo aver affrontato brevemente la definizione di salute mentale e quindi quella di rottura dell'equilibrio psichico, l'A. ritorna a trattare il tema del buon terapeuta, affrontando quasi dal vivo situazioni di rapporto con gli adolescenti, con gli psicotici e col gruppo terapeutico. Ciò gli permette di affermare che indipendentemente dalle tecniche e dal metodo utilizzato deve riconoscersi che vi è un insieme di disposizioni e qualità personali necessarie al « buon terapeuta ». Così, sempre al di fuori dell'orientamento dottrinale del terapeuta, non possono essere stigmatizzate fisse regole di comportamento, almeno in trattamenti più strettamente analitici, infatti mentre in certi casi può essere utile una modalità gratificante, una frustrante può essere più indicata in altre situazioni.

Prendendo in esame, con esemplificazioni, le difficoltà d'iniziare una psicoterapia e i ruoli che molto spesso il paziente attribuisce e fa giocare al terapeuta, non vengono tanto prese in esame le situazioni di transfert, quanto piuttosto le tante variabili che giocano nella situazione psicoterapeutica sia da parte del curante che da parte del paziente, non ultima quella dell'equilibrio stesso e delle capacità relazionali del terapeuta.

M. L.

#### **E. SCHACHTEL**

##### **DAL GREMBO MATERNO ALL'ESISTENZA SOCIALE**

Istituto Librario Internazionale, Milano 1972, pp. 414, L. 4300

È una traduzione dall'americano « Metamorphosis: on the development of Affect, Perception,

Attention and Memory» della Basic Books, Inc. - New York, il cui titolo originale meglio si adatta agli effettivi contenuti dell'opera; il titolo con cui appare nella edizione italiana, tuttavia, coglie il tema affrontato costantemente nel libro che riguarda le ripercussioni che le culture, sociale e del sotto-gruppo cui appartiene il bambino, operano su di lui condizionandone precocemente lo sviluppo.

Meritano una particolare attenzione i concetti di « affetti attivi » ed « affetti rinchiusi » in cui l'A. suddivide le pulsioni e le azioni conseguenti all'emozione, che sono responsabili di uno sviluppo individuale verso una chiusura o al contrario verso un'apertura al mondo esterno. Quanto più grande e più facile è questa apertura tanto maggiori sono per il bambino le possibilità di maturare. Per maturità l'A. intende — di pari passo con la moderna psicologia — uno sviluppo organismico libero; è tuttavia pessimista sulla possibilità che ciò si verifichi, dati i vari condizionamenti cui l'individuo è esposto, fin dal primo contatto extrauterino con il mondo esterno.

Responsabile della repressione è, per l'A., l'immediata presenza e inerenza della cultura nell'individuo, la quale opera incanalando ad esempio la memoria autobiografica verso quegli indirizzi che il gruppo accetta o disprezzando altri contenuti non utili alle finalità sociali (familiari, industriali ecc.). Esempio di condizionamento che, mentre arricchisce, distrugge ulteriori possibilità di apertura verso l'esperienza e il linguaggio.

L'opera fa un confronto costante con il pensiero di Freud, di cui amplia e modifica determinate concezioni; ha anche il merito di discutere altri esponenti quali Sartre, Proust ecc...

A chi scrive sono apparsi soprattutto interessanti i capitoli sull'angoscia e sull'amnesia infantile, quello sulla creatività e sulla regressione, in quanto essi derivano alcune conclusioni da prospettive alquanto originali rispetto a quelle della psicologia contemporanea.

Pur ponendosi come rigorosamente scientifico, il volume offre una facile e piacevole lettura non solo all'operatore o allo studioso di psicologia ma a chiunque si interessi alle scienze sociali e filosofiche.

M. L.

#### **P. GOGUELIN, J. CAVOZZI, J. DUBOST, E. ENRIQUEZ**

##### **LA FORMAZIONE PSICOSOCIALE NELLE ORGANIZZAZIONI**

Editore: ISEDI - Istituto Editoriale Internazionale, Milano 1972, pp. 166, L. 3000

In questo libro gli Autori intendono fornire una serie di indicazioni di tipo metodologico, e non meramente applicativo, per coloro che si occupano di formazione psicosociale.

Per gli Autori, il termine « formazione » implica il superamento del rapporto docente-discente basato sull'acquisizione di nozioni, coinvolgendo invece una trasformazione della personalità e di conseguenza delle interazioni soggetto-ambiente. Particolarmente si rivolge l'attenzione alla formazione psicosociale nel mondo del lavoro, nelle aziende, indicandola come formazione dell'uomo al lavoro, che lo prepari ad una « azione... adatta a questa società, considerata sia nella sua globalità sia negli elementi che la compongono » (pag. 18).

Nel libro si intende delineare anche un'« etica della formazione psicosociale » secondo la quale il formatore deve essere formatore di uomini liberi e coscienti, e su questa base si dichiara il rifiuto della formazione in base a un'unica ideologia in quanto porta alla massificazione degli individui. È chiaro però, ed è esplicito nel libro, che l'ideologia su cui si basa il tipo di formazione proposta è quella che conduce ad una maggiore efficienza dell'attuale sistema (ideologia della mobilità sociale attraverso il « saper fare »), ma soprattutto a una stabilizzazione dei ruoli (ideologia della formazione fine a se stessa attraverso il « saper essere »).



Gli autori si appuntano sull'insorgenza di conflitti all'interno delle organizzazioni, causati dall'azione di formazione, individuando i vari tipi di organizzazione, più o meno avanzate riguardo ai rapporti dirigenti-dipendenti e all'efficienza, e le reazioni negative e positive, e tendendo a risolverle nell'ambito del sistema in cui il formatore opera.

In questo senso si ipotizza (a mio avviso) un tipo di capitalismo avanzato del tutto utopico, in quanto viene trascurata qualsiasi analisi di tipo strutturale, mentre ogni organizzazione è considerata come un microcosmo a sé stante.

D'altra parte la base ideologica degli autori trova il suo corrispettivo nella «partecipazione» di tipo gollista; ed è sintomatico che S. De Vio, nell'introduzione all'edizione italiana, ricordi che «il maggio francese del 1968 ha messo in crisi alcuni degli autori... perché ha posto in crisi i loro strumenti diagnostici e risolutivi. Il successivo recupero gollista ha dato loro respiro e assicurazione della validità della loro impostazione».

C. B.

#### **HANS LENK**

##### **LEISTUNGSMOTIVATION UND MANNSCHAFTSDYNAMIK**

Karl Hofmann Editore, Schorndorf bei Stuttgart 1970, pp. 148

Motivazione individuale alla prestazione sportiva e dinamica di squadra, con le reciproche influenze, sono l'oggetto di questo volume, che ha il preciso intento di costituire un saggio di ricerca sociopsicologica su materiale di studio quanto mai omogeneo e ben definito. «La situazione limite, dal punto di vista psicologico, della dura competizione, la buona osservabilità della squadra, la possibilità di misurare con precisione il risultato di gruppo, lo stare assieme sportivo nella contrapposizione agonistica, la multiformità dei gruppi sportivi...: in quale altro piccolo gruppo si trova tutto ciò in maniera così evidente e così facile da indagare come nello sport?».

Le ricerche sono effettuate soprattutto nel campo del canottaggio, sulle squadre degli «otto» campioni mondiali nel 1962 ed europei nel 1963; nei vari capitoli si discute l'importanza dei conflitti individuali, dei rapporti fra i membri della squadra, dell'allenamento «democratico» o «autoritario» ecc., alla luce di grafici sociometrici e con l'applicazione di modelli matematici appositamente studiati.

G. M.

#### **S. LEBOVICI, M. SOULE'**

##### **LA CONOSCENZA DEL BAMBINO E LA PSICOANALISI**

Biblioteca di psichiatria e psicologia clinica, Ed. Feltrinelli, Bologna

Il libro si rivela guida particolarmente interessante ed utile per tutti gli operatori nel campo dell'infanzia, in quanto propone una valida sintesi del contributo della psicoanalisi alla comprensione dei problemi infantili. La dottrina, dopo essere stata a lungo ostacolata nella sua diffusione specie per la sua ipotesi di base sulla sessualità infantile, solo oggi comincia ad essere accettata. Ci pare importante segnalare il volume non solo per la profonda conoscenza della letteratura sull'argomento (da Freud, a Spitz, alla Klein, ad Anna Freud, Erikson, Winnicott, Diatkine ecc.) ma soprattutto perché si avvale dell'apporto, quanto mai efficace, dell'esperienza personale degli autori.

Il libro si articola in quattro parti. Vengono trattati successivamente i contributi offerti alla conoscenza del bambino dalla psicoanalisi degli adulti e da quella dei bambini stessi. Gli autori dedicano inoltre una serie di capitoli allo studio delle carenze affettive, alla psichiatria infantile, all'educazione ed alla pediatria alla luce delle dottrine psicoanalitiche. Di tali dottrine non manca inoltre un'utile critica alle errate, superficiali e spesso dannose interpretazioni.

L. O.



## NOTIZIE SUI CONGRESSI

---

**5-8 ottobre 1972**

**ARCACHON**

20ª giornata scientifica della Società Francese di Medicina Preventiva e Sociale: « Le tossicomanie ».

Aperta al pubblico.

Segr. gen. S.F.M.P.S., 34 rue Jeanne d'Arc, 63 Clermont-Ferrand.

**13-15 novembre 1972**

**LONDRA**

Simposio internazionale sulla schizofrenia presso l'Associazione Mondiale di Psichiatria in collaborazione con il « Royal College of Psychiatrists ».

Segr. Dr. M. H. Lader, Symposium Adviser W.P.A., Maudsley Hospital, Denmark Hill, London SE5 8AZ, G.B.

**30 novembre - 3 dicembre 1972**

**PARIGI**

2ª giornata Nazionale della Psichiatria privata organizzata dall'Association Française des Psychiatres d'exercice privé.

4 relazioni sui seguenti argomenti: La richiesta di cura; La domanda di psicoanalisi. Il segreto in Psichiatria; La psichiatria liberale e l'ospedalizzazione. Il settore. Sedute di lavoro con comunicazioni: la pratica pubblica dello psichiatra privato e la pratica privata dello psichiatra pubblico. Lo psichiatra privato di fronte alla legge. Psichiatria liberale e sicurezza sociale. Lo psichiatra privato e la formazione degli psichiatri. Lo psichiatra privato e gli altri lavoratori della Salute Mentale. Lo psichiatra privato e l'antipsichiatria. La psichiatria privata per gli stranieri.

Informazioni: Sig.a Galéa, 195, route d'Espagne, 31300 Toulouse.

**16-17 dicembre 1972**

**VERONA**

Simposio « Etologia e Psichiatria ».

La giornata del 16 sarà dedicata agli interventi ed alle discussioni col pubblico. Nella mattinata del 17 si svolgerà una tavola Rotonda tra i partecipanti ufficiali.

Segreteria e Sede del Simposio - Clinica Psichiatrica - Policlinico Borgo Roma - Verona Tel. 508860.

**15-17 marzo 1973**

**DETROIT**

10ª conferenza Internazionale dell'« Association for Children with learning disabilities »  
Inf.: 1973 ACLD Conference, 2200 Brownsville Rd, Pittsburgh, Pa. 15210, USA.

**5-8 aprile 1973**

**AACHEN**

Quinta giornata della « Deutsche Arbeitskreise für Gruppentherapie und Gruppendynamik ». Per informazioni: Prof. A. Plöger, 51 Aachen, Goethestr. 27/29.

**30 aprile - 12 maggio 1973**

**LINDAU**

23ª settimana di Psicoterapia.

1ª settimana: Al mattino discussione sui temi: Mezzi di comunicazione fra medico e malato. Il « bambino - problema », psicologia dello sviluppo.

Al pomeriggio: corsi con studi casistici, gruppi di esperienza in psicoterapia analitica di gruppo, lavoro di gruppo, seminari sulle principali questioni pratiche, sulle varie forme di intervento, e le tecniche e i metodi di trattamento in psicoterapia.

2ª settimana: discussione sui temi: Introduzione alla medicina psicosomatica. Indicazioni per la psicoterapia generale e la psicoanalisi. Diagnosi della dinamica delle coppie sposate e della famiglia. Seminari sulla psichiatria infantile e adolescenziale. Interpretazione e analisi dei sogni. La psicologia dello sviluppo fondata sull'etologia e sulla psicologia degli istinti.

Segreteria: D-8 München 81, Adalbert - Stifter - Strasse 31.

**10-13 maggio 1973**

**NANCY**

15° Colloquio Internazionale della Società di Psicologia Medica in lingua francese. Tema: Essere medico nel 1973. Evoluzione degli aspetti psicologici e sociologici nell'esercizio medico.

Informazioni: Pr. Ag. Laxenaire, Clinique neurologique, Hôpital St-Julien, 54 Nancy.

**25-29 giugno 1973**

**UPPSALA**

6° Congresso Internazionale di Ipnosi e Psicomatica sul tema: Problemi di ipnosi clinica e sperimentale ».

Per informazioni: Dr. Basil Finer, Svartbäcksgatan 4, 2 tr.

S - 753 20 Uppsala/Schweden.

CI SCUSIAMO CON I LETTORI PER IL RITARDO DELLA PUBBLICAZIONE DI QUESTO FASCICOLO, DOVUTO, ALMENO IN PARTE, ALLO SCIOPERO DEI POLIGRAFICI.

*Dall'indice del prossimo numero:*

Conflitti familiari nella psicopatologia del Kibbutz  
Sensitivity Training  
Terapia congiunta della coppia tramite l'arte  
Tentativi di obiettivazione degli effetti delle psicoterapie (II)  
La terapia psicomotoria nel trattamento delle psicosi infantili  
Il movimento di salute mentale comunitaria negli Stati Uniti (I)  
I « gruppi maratona »

*(Tale indice non è definitivo perchè subordinato all'arrivo in tempo utile dei relativi permessi di pubblicazione).*

Preghiamo i lettori che vogliono abbonarsi o rinnovare l'abbonamento per il 1973 di utilizzare l'annessa cartolina.

- ABBONAMENTO ANNUO PER IL 1973 AL PREZZO DI L. 3.800**
- RINNOVO ABBONAMENTO PER IL 1973 AL PREZZO DI L. 3.800**
- ABBONAMENTO ESTERO AL PREZZO DI L. 6.000**
- INVIO DI UN FASCICOLO ARRETRATO AL PREZZO DI L. 2.000**

# AGGIORNAMENTI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA

RIVISTA A CURA DEL CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA  
VIA ANTONIO CECCHI 3/3 - 16129 GENOVA - TEL. 541092

HO PROVVEDUTO IN DATA ..... AL VERSAMENTO DI L. ....

- CON BONIFICO BANCARIO A FAVORE DI « AGGIORNAMENTI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA » PRESSO BANCA NAZ. AGRICOLTURA - GENOVA AGENZIA ALLA FOCE**
- CON VERSAMENTO SUL C/C POSTALE N. 4/19690 INTESTATO A CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLINICA DI GENOVA - VIA CECCHI, 3/3 - 16129 GENOVA**

**MITTENTE**

.....

.....

PROFESSIONE (ed eventuale specializzazione) .....

.....

INDIRIZZO .....

.....

.....

**CEDOLA DI COMMISSIONE LIBRARIA**

L. 40

**Centro Studi di Psicoterapia  
e Psicologia Clinica di Genova**

VIA ANTONIO CECCHI, 3/3

**16129 GENOVA**

