



Istituto Sorelle della Misericordia  
**Ospedale Classificato "Villa S. Giuliana"**  
per la Riabilitazione psico-sociale

Servizio Adolescenti



PATROCINIO  
REGIONE DEL VENETO



AZIENDA ULSS 20 VERONA

U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile  
e Psicologia dell'Età Evolutiva

# L'URLO SENZA VOCE

## L'URLO SENZA VOCE

*I tentati suicidi e le condotte parasuicidarie in adolescenza*

**Atti del convegno 27/02/2009**  
Sala Convegni Unicredit Banca - VERONA

## Indice

Saluto dell'Assessore regionale Stefano Valdegamberi .....	4
Introduzione del Dr. F. De Nardi .....	5
Dr. De Vito: ringraziamenti ai partecipanti e agli organizzatori della giornata .....	6
I SESSIONE .....	7
<i>Prof. Ladame</i> <b>I tentativi di suicidio in adolescenza: come capire? Chiavi di lettura cliniche e psicopatologiche del gesto suicidario: l'esperienza di Ginevra</b> .....	7
<i>Dr. Dusi, Dr. Previdi, Dr.ssa Covre, Dr. Bezzetto, Sig. Luongo</i> <b>Riflessioni sugli aspetti clinici e organizzativi della presa in carico ospedaliera di adolescenti gravi. L'esperienza del servizio Adolescenti dell'Ospedale Villa Santa Giuliana</b> .....	14
Dibattito .....	33
II SESSIONE .....	37
Dr. M. Brighenti presenta il Prof. Pietropolli Charmet .....	37
<i>Prof. Pietropolli Charmet</i> <b>Aspetti simbolici e comunicativi del progetto suicidario in adolescenza. Criteri di intervento in corso di crisi suicidaria: l'esperienza del "Crisis Center" di Milano</b> .....	37
<i>Dr. M. Brighenti, Dott.ssa M.A. Melegari, Dott.ssa C. Begnini</i> <b>L'attività clinica con l'adolescente T.S. dell'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia dell'Età evolutiva: un modello integrato di intervento. Presentazione dell'attività di intervento e prevenzione delle ricadute del T. S. e delle condotte parasuicidarie da parte dell'U.O.C. di NPIPEE dell'ULSS 20 di Verona</b> .....	48

<i>Dott.ssa M.A. Melegari</i> <b>"L'attività clinica con l'adolescente T.S. dell'U.O.C di NPIPEE: un modello integrato di intervento"</b> .....	48
<i>Dott.ssa C. Begnini</i> <b>Progetto di intervento di prevenzione del suicidio e delle condotte parasuicidarie in età adolescenziale</b> .....	53
<i>Dott.ssa C. Begnini</i> <b>L'esperienza clinica con l'adolescente T.S.</b> .....	57
<i>Dott.ssa M.A. Melegari</i> <b>L'esperienza clinica con la coppia genitoriale dell'adolescente T.S.</b> .....	62
<i>Dr. M. Brighenti</i> <b>Proposta di un modello organizzativo per i tentati suicidi in adolescenza</b> .....	64
TAVOLA ROTONDA	
<b>Condotte autolesive e suicidarie in adolescenza. Realtà e prospettive dei servizi di prevenzione e cura</b> .....	67
Interventi dalla sala .....	69
Bibliografia .....	72

## Saluto dell'Assessore regionale Stefano Valdegamberi

Il tema che affrontate oggi riguarda aspetti sanitari che hanno grandi e profonde applicazioni in campo sociale. L'appoggio ai giovani affetti da questi comportamenti lesivi verso la propria persona non deve mancare e le cause vanno ricercate non solo in aspetti psichiatrici, ma anche nel contesto sociale in cui i ragazzi vivono. Che meccanismo scatta nella mente di un adolescente che vuole togliersi la vita? Per la complessità della questione c'è bisogno di creare dei punti di riferimento solidi che riescano a creare un percorso di fronte al problema, un percorso di supporto. L'isolamento e la solitudine sono le condizioni peggiori, quelle da evitare.

Si parla del male di vivere dovuto a un vuoto di valori e di grandi motivazioni. Viviamo in una società legata all'edonismo, al voler ottenere tutto subito, dove i soggetti sono deresponsabilizzati. Questo tipo di società crea nei giovani delle forti frustrazioni ogni volta che si accorgono di non corrispondere ai modelli che vengono proposti, per esempio dai media che trasmettono modelli di successo. A questo punto l'emergenza diventa educativa e deve coinvolgere tutte le agenzie di formazione e anche il mondo della comunicazione. Chi opera nel sociale si trova a combattere una battaglia con armi impari. Ogni nostra azione rischia di venire vanificata da un contesto sociale e di comunicazione che va in direzione opposta all'azione riparatrice che vogliamo fare. Dobbiamo aiutare i giovani a formarsi il senso della responsabilità, del dovere, il gusto di avere e di raggiungere obiettivi che diano soddisfazione a noi stessi e ai giovani. Sembra quasi che la vita sia fatta da "Grandi Fratelli", che vivono sotto i riflettori, che il mito a cui puntare sia diventare una velina, mitizziamo modelli che non rispondono alla realtà e non danno il senso del vivere quotidiano. La vita non regala niente a nessuno. Dobbiamo educare alla fatica e al sacrificio, parole che la nostra società tende a nascondere.

Da questo convegno deve uscire una riflessione su ciò che è la nostra società, che coinvolga tutti gli aspetti. Dobbiamo mettere in discussione i modelli. Se partiamo da lì forse riusciremo a risolvere tanti motivi di disagio. Deve emergere la riflessione e la considerazione che chi si trova in questo stato non debba rimanere solo, si deve ritrovare il senso della comunità, stare intorno alle famiglie con questi problemi.

## Dr. F. De Nardi

Questo convegno nasce dalla condivisione di un pensiero tra pubblico e privato, tra i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva e gli operatori della struttura privata Ospedale Villa Santa Giuliana. C'è da sperare e da attendersi che nel corso della giornata questo incontro e questa condivisione di intenti e di prospettive siano effettivamente significative nel mostrare i frutti che potranno dare, nel proseguio della nostra collaborazione, ma anche negli intendimenti di una politica sanitaria a livello provinciale, e magari regionale.

La giornata è declinata su due momenti estremamente importanti: le relazioni magistrali del prof. Ladame di Ginevra e nel pomeriggio del prof. Pietropolli Charmet, a questi interventi fanno da contro canto due relazioni esplicative delle attività, una dei servizi territoriali e una del nostro Ospedale. La struttura della giornata riflette un pensiero e un'esigenza di fondo degli operatori che la hanno organizzata. Prima di tutto una forte esigenza, ineludibile e mai soddisfatta, un'esigenza ermeneutica di donazione di senso che continuamente viene richiesta nella nostra attività ad un atto comportamentale, il gesto suicidario dell'adolescente, che nella sua drammaticità ripropone continuamente lo scacco dell'operatore e un senso di impotenza e di inadeguatezza del mondo degli adulti. In secondo luogo spero che andrà dimostrato come su questa base affettiva ed emozionale che coinvolge tutti gli operatori sia possibile pensare ad una politica e una strategia di intervento che riconoscano la difficoltà di approccio ad una problematica così complessa. La donazione di senso dicevo: perché è così importante riuscire a comprendere il gesto suicidario in adolescenza.

Credo siano tre gli aspetti da tenere presenti: il gesto in sé è incomprensibile e il prof. Ladame da molti anni ha spiegato come in fondo il gesto, anche se di breve durata, sia assimilabile a un comportamento psicotico, recuperando le vecchie teorie di Henrie Ey che vedeva in questi comportamenti una vera e propria destrutturazione della coscienza, seppur momentanea. Il secondo aspetto è legato alla paradossalità della ideazione suicidaria, come ha ben spiegato Pommereaux; e il terzo aspetto è il senso di inadeguatezza dell'operatore, che da un punto di vista della reazione sul piano operativo comporta dei rischi tra cui una banalizzazione, una scotomizzazione dei possibili motivi per cui sia avvenuto il gesto. Allora considerando questa esigenza di bisogno continuo di senso

e l'esigenza di individuare una strategia operativa efficace credo che questa giornata, al di là di quanto sentiremo dal punto di vista dottrinale, possa avere la possibilità di darci elementi concreti per pensare prospetticamente a cosa fare.

Invito a questo punto il Dott. De Vito psichiatra dell'adolescenza, uno psicanalista SPI e dell'IPA e presidente ISAP (Società Internazionale di Psichiatria e Psicologia clinica dell'Adolescenza); è il nostro Supervisore per l'attività all'Opedale Santa Giuliana, e ci ha accompagnato fin dalla fondazione del servizio con continuità e fedeltà.

*Dr. De Vito*

### **Ringraziamenti ai partecipanti e agli organizzatori della giornata**

Questo convegno è una importante occasione di incontro tra realtà importanti locali che hanno bisogno di interagire in modo funzionale e virtuoso per poter affrontare problematiche complesse che hanno delle ramificazioni importanti nelle condizioni sempre più difficili della società, sempre più povere sul piano del supporto reciproco, su quello della comprensione delle necessità affettive e cognitive dei soggetti in età di sviluppo. Personalità scientifiche di grande esperienza e notorietà che danno importanti contributi su queste problematiche autodistruttive. Queste problematiche sono andate aumentando in Italia con un ritmo preoccupante, triplicati i casi di suicidio giovanile negli ultimi 20 anni. Il Prof. Ladame che è presente oggi, è un amico a cui devo molto per la qualità e la finezza che ha trasmesso a me e a tanti che si occupano di psicanalisi dell'adolescenza. Un grande esperto che ha dato grandi contributi anche all'organizzazione della psicanalisi dell'adolescenza e alla comprensione scientifica del modo in cui le patologie sono radicate nella mente dell'adolescente. Ladame è psicanalista e psichiatra e didatta della società di psicanalisi svizzera. È stato direttore dell'unità di psichiatria per adolescenti dell'università di Ginevra e fondatore dell'unità di crisi che tratta i tentativi di suicidio. Con piacere gli dò la parola.

## **I SESSIONE**

*Prof. Ladame*

### **I tentativi di suicidio in adolescenza: come capire? Chiavi di lettura cliniche e psicopatologiche del gesto suicidario: l'esperienza di Ginevra.**

Vorrei esprimere la mia gratitudine e la mia gioia di condividere con voi questo soggetto e questi argomenti così importanti. Il titolo che è stato dato a questa giornata L'urlo senza voce riflette in maniera quasi ideale quello che io penso dei suicidi durante l'adolescenza. Penso che il gesto suicidario è un momento senza parole e tutto lo sforzo di chi lavora e cura consiste a reintrodurre a poco a poco la parola per dirlo. Il mio contributo alla giornata di oggi si compone di due parti: come comprendere dal punto di vista psicanalitico il gesto suicidario e poi le priorità terapeutiche dopo il gesto suicidario.

#### **Come comprendere il gesto suicidario.**

Prendiamo in considerazione dapprima la dimensione traumatica del gesto, il luogo che ha il corpo nell'adolescenza, il riconoscimento della finitezza e la prova di realtà. Sono tre concetti strettamente intrecciati. Nel mio lavoro e sempre di più, ho messo in primo piano la dimensione traumatica del gesto suicidario. Non parlerò di un caso clinico di una paziente, ma di una caso diverso raccontato da una giornalista. La storia di Gina. Gina ha 14 anni quando decide di morire, ha una storia drammatica: sua madre è morta da poco e suo padre è un alcolizzato grave che la tratta come una prostituta da quando ha raggiunto la pubertà. Prima di morire decide che vuole conoscere almeno una volta l'amore. Dorme con il primo venuto tra i suoi amici di quartiere e poi ingoia delle pastiglie. Viene salvata e qualche mese dopo scopre di essere incinta, decide di portare a termine la sua gravidanza e di occuparsi del bambino. All'età di 18 anni incontra un uomo che ama, ne è riamata e lui riconosce il

bambino. La nonna, personaggio centrale della sua vita, dice che questo chiuderà il becco al padre che va in giro a dire di essere il padre del bambino. Fine primo atto.

Passano gli anni, Gina continua a vivere con il suo uomo e verso i 22 anni attraversa una crisi depressiva e ritenta il suicidio. Quando esce dal coma si rende conto che l'uomo che ama ha abusato di lei mentre era in coma. Va a comprare un'arma da fuoco e lo uccide, toglie la vita all'unico uomo che lei abbia mai amato. Ecco perché si è ritrovata in carcere e qui ha incontrato la giornalista che ha raccontato la sua storia.

Se ho voluto raccontare il caso di Gina è perché rappresenta efficacemente la base traumatica che secondo me sta dietro ogni gesto suicidario. Quando Gina è uscita dal suo secondo coma si è verificato un fenomeno di disvelamento che è all'origine del suo trauma psichico. Il senso del tempo telescopico: quando Gina ha ucciso il suo compagno, era convinta di uccidere suo padre, c'è stata una confusione totale tra l'oggetto d'amore di infanzia e l'oggetto d'amore attuale. Quindi oggetto d'amore e oggetto d'odio insieme. Passato e presente erano così strettamente connessi e confusi da diventare una sorta di esplosivo come un incubo da svegli. Io voglio sottolineare la parola incubo perché è quella che i giovani ripetono più volte quando dicono cosa ha preceduto l'atto suicidario. Le somiglianze tra il trauma psichico e l'incubo sono numerose, a cominciare dalla messa fuori gioco del preconcio. Tutti sapete come esso sia importante per fare da cuscinetto tra quello che ribolle nell'inconscio e quello che accade nel mondo esterno. Nella dimensione del trauma e nell'incubo il preconcio non è più in grado di fare da cuscinetto tra le forze istintuali brute in modo che si possano manifestare in modo dislocato. Per tornare alla storia di Gina possiamo dire che ciò che ha avuto un impatto traumatico sono state le parole della nonna "mia piccola io sono così felice che finalmente il tuo compagno riconosca tuo figlio perché questo chiuderà il becco a tuo padre che dice in giro a tutti di esserne il padre". Queste parole hanno immerso completamente Gina nell'identità di figlia incestuosa proprio nel momento in cui avrebbe dovuto cominciare la sua vita di adulta, liberandosi delle fantasie infantili. Queste parole della nonna sono state messe come dei semi dentro di lei e poi sono esplose come un vulcano, quando uscita dal coma ha scoperto che il suo uomo amato aveva abusato di lei. Quindi lei scopre di essere proprio quello che aveva

rifiutato di essere: un essere umano incestuoso e omicida. È questo che io chiamo l'incubo da svegli che è all'origine di una angoscia traumatica. Nel caso di Gina non abbiamo nessun motivo di supporre che abbia inventato le parole della nonna, esse sono un fatto concreto accaduto che è all'origine del suo vissuto traumatico. In molti casi che incontriamo non c'è bisogno di ricorrere a parole pronunciate da un esterno, quello che causa il trauma sono spesso le parole dette all'interno dall'inconscio e dal Super Io che in loro ha una forma estremamente arcaica e punitiva. Mi sono dilungato sul trauma psichico perché per me è il punto cardine della concezione attuale del trauma suicidario.

Vorrei ricordarvi ancora due aspetti che caratterizzano ciò che è traumatico: c'è un cedimento della dimensione topica nella struttura psichica: Io, Super Io e Es non conoscono più differenze tra loro, e così non sono più differenziati i tempi passato, presente, futuro e le categorie di ciò che accade dentro di sé e all'infuori di sé. Il solo sfogo, infine, che rimane a questi pazienti è il raptus, l'agito. Ed è per questo che io considero questo passaggio all'atto suicidario come un momento psicotico. Sottolineo che è un momento psicotico, questo non vuole assolutamente dire che questi pazienti abbiano un'organizzazione psicotica. Insisto sul fatto che è un momento psicotico di forti dimensioni traumatiche, perché questo ha conseguenze importanti dal punto di vista terapeutico.

### **Ruolo del corpo.**

Il tentato suicidio è un attacco al corpo e questo è dato per certo, ma dobbiamo intenderci sullo stato del corpo che l'adolescente vuole abbattere. Il corpo da abbattere è quello di un adulto, sessuato, irreversibilmente marcato dal sigillo dell'essere femminile oppure maschile. Vale per tutti gli adolescenti, il corpo per alcuni anni ha uno status molto vario e particolare. È ad un tempo schermo di proiezioni e si trova in una specie di spazio extraterritoriale. Per l'adolescente il corpo è Io ma anche un non Io. Questo spiega anche la paradossalità del gesto suicidario. Cioè eliminando il corpo non pensano che questo comporti un annientamento totale di tutto. Loro vogliono uccidere, colpire, eliminare qualcosa che odiano di sé stessi, e non capiscono che elimineranno tutto di sé stessi. Quindi questo corpo accoglie tutte le proiezioni di tutte le cose cattive che l'adolescente trova in sé stesso.

Particolarità del passaggio dalla sessualità infantile alla sessualità. La differenza essenziale che chiamo autoerotismo e la sessualità adulta è che quella infantile è completamente dedicata ai fantasmi. Una delle tappe più difficili da attraversare è quella di poter mettere la sessualità infantile sotto il controllo della prova di realtà. A che cosa serve questa prova di realtà? Serve precisamente a differenziare ciò che esiste solo nella nostra testa, che nella teoria psicanalitica chiamiamo rappresentazioni, da quello che esiste nella realtà esterna e che viene sperimentato attraverso le percezioni. Mentre la sessualità infantile si occupa dei fantasmi interni, la sessualità adulta esige che ci sia un oggetto esterno diverso da me stesso e che ha un'esistenza al di fuori di me. Questo passaggio rinforza l'odio che l'adolescente può provare per il suo corpo, questo succede per i più fragili, quelli che più corrono il rischio di un passaggio all'atto suicidario. Il corpo si infiamma e c'è una tensione che va verso un oggetto esterno e questo provoca nell'adolescente la sensazione di non controllare più il corpo e il corpo è ritenuto responsabile di questa sensazione di non controllo. Questa è una ragione in più per attaccare e distruggere questo corpo odioso. Uno dei passaggi centrali e obbligatori dell'adolescenza è la rinuncia all'onnipotenza infantile. Secondo questa onnipotenza tutto è possibile nei miei pensieri, questo riguarda anche la sessualità, perché è occupata interamente dai fantasmi interni. Nel bambino l'onnipotenza infantile e i fantasmi interni creano una dinamica favorevole per far crescere positivamente il narcisismo infantile. Ma il non poter rinunciare alla megalomania infantile fa sì che l'adolescente non riesca ad iscriversi in uno statuto di adulto che è per definizione una creatura finita con limiti e confini.

Ho privilegiato la dimensione traumatica per spiegare l'atto suicidario, ma al di qua e al di là della dimensione traumatica abbiamo un soggetto umano: l'adolescente. E dobbiamo occuparci della fragilità narcisistica del soggetto che ha compiuto l'atto suicidario, una personalità narcisistica preesistente all'atto e che gli sopravvivrà. Quindi al di là della crisi suicidaria dobbiamo chiederci se questa fragilità narcisistica è passeggera o permanente, dobbiamo porci la domanda sulla qualità dell'investimento narcisistico sul corpo.

Perché quello che sto dicendo sia chiaro ecco la definizione di narcisismo. La definizione più semplice è identificarlo come una quantità energetica che noi investiamo su noi stessi, in contrasto con l'energia psichica che investiamo

sull'altro o l'oggetto nella teoria psicanalitica. Questo per ricordarvi che si tratta di una energia che può essere sana e un narcisismo malato. L'energia sana sta dalla parte della vita, il narcisismo negativo sta dalla parte della decostruzione e della morte. Questo deve essere valutato con molta attenzione durante la cura degli adolescenti.

Dopo l'atto suicidario come possono essere viste le crepe e i fallimenti della costruzione identitaria? Questo può essere valutato solo quando la crisi suicidaria è superata.

### **Modello di Ginevra.**

Per spiegare il mio approccio terapeutico mi baserò sulla esperienza delle risposte che si danno sul modello di Ginevra. Il dispositivo che prende in cura si basa sulla collaborazione, un partenariato tra gli ospedali universitari di Ginevra (che è una struttura pubblica), e una fondazione privata la Children Action. La fondazione privata dà fondi all'ospedale pubblico ma non si occupa di niente altro, non interviene nelle terapie nelle strutture di cura ma ha lo scopo di sovvenzionare. Il dispositivo di cura comprende 3 centri, due di 13 anni e uno aperto l'anno scorso. Abbiamo aperto nel '96 una unità di cure ospedaliere per i giovani tra i 16 e i 22 anni che attraversavano crisi suicidarie e simultaneamente abbiamo aperto il Seps, un centro di studio e di prevenzione sul suicidio che ha un compito al di là del lavoro psichico. Lavorava soprattutto sul sociale, sull'ambiente e sulle persone che erano turbate per la presenza di un giovane che mostrava tendenze suicide mentre il giovane stesso non si sentiva ancora di entrare in un progetto di cura, nell'intento di creare una sorta di cintura di sicurezza intorno al giovane con l'intento di poterlo portare in cura in un tempo X.

### **Prima unità di cura.**

Se è vero che la crisi suicidaria coincide con un momento traumatico, di sfondamento della struttura topica della dimensione psichica del soggetto, della scomparsa della distinzione tra realtà esterna e interna e tra le istanze psichiche Io, Super-Io ed Es, voi sarete sicuramente d'accordo con me che la soluzione terapeutica assoluta sia contenere il paziente nel senso psichico del termine.

Contenerlo perché l'urlo senza voce diventi urlo con voce, per poter ristabilire una capacità simbolica e perché le parole abbiano di nuovo un senso.

La mia esperienza, che è cominciata nel 1973, mi ha portato a ribadire la necessità di sottoporli a cure psichiche intensive, e che queste cure hanno bisogno di una ospedalizzazione continua giorno e notte, per cui è stato aperto questo centro di ospedalizzazione specifica per pazienti suicidari. È indispensabile focalizzarsi sull'hic et nunc, ovvero il momento specifico della crisi suicidaria per contrastare la tendenza, dei pazienti e delle famiglie, di rimuovere e non voler parlare di quello che ha portato all'evento perché è motivo di dolore e cose pesanti e difficili da sopportare, dolore e sofferenze intollerabili e inesprimibili. Lo scopo di questa presa in carico è anche quello di rimettere in moto il funzionamento psichico che temporaneamente si è pietrificato con il gesto suicidario e ristabilire la funzionalità del pre-conscio. Un altro punto centrale in cui credo profondamente è che il paziente deve poter sapere che il suo atto suicidario è corrisposto a un momento di perdita di controllo. Si è di nuovo in un sistema paradossale, è vero che c'è stata una mano che ha preso le compresse e le ha messe in bocca, e una che ha bevuto l'acqua e una che ha preso un coltello e lo ha piantato, ma allo stesso tempo è stata una perdita di controllo perché il paziente non aveva più nessuna scelta. Qualche cosa di compulsivo l'ha portato a compiere questo gesto e lui solo poteva farlo. È indispensabile che il paziente capisca questo, perché altrimenti il progetto di un trattamento terapeutico di lunga durata dopo la crisi non avrebbe senso per lui, non lo capirebbe. Invece per noi è fondamentale che il ragazzo capisca che questa perdita di controllo può ritornare. Gina ha aspettato 6 anni per ricompiere il gesto.

Lo scopo è aiutare i pazienti e le loro famiglie che sono prese in carico nel progetto di cura, e bisogna aiutarli a capire come sia necessario e indispensabile il trattamento di lunga durata.

#### **Attività nella unità di ospedalizzazione.**

Si svolgono quotidianamente colloqui del paziente con uno psichiatra (o uno psicologo) e un infermiere. Sempre 3 persone. Questa è la differenza tra la psicoterapia in due: la presenza della terza persona, l'infermiere, permette la continuità, è una garanzia per il contenimento del paziente; inoltre essi a differenza

del medico sono presenti 24 ore su 24. È indispensabile che tutti i colloqui siano basati sull'hic et nunc.

La seconda tappa è il trattamento a lungo termine, che permette ai pazienti di riprendere lo sviluppo dell'adolescenza dal momento in cui si è interrotto. Lunghi da me l'idea di mostrarvi un modello terapeutico perfetto, perché ogni modello ha dei limiti e anche Ginevra ha i suoi limiti. Il punto base è che dopo la crisi il ricovero sia volontario, ci sono molti pazienti che una volta superata la crisi si rifiutano di allontanarsi dal loro ambiente, rifiutano l'ospedalizzazione. In questo c'è grande differenza tra i sessi, più di 4 ragazze ogni singolo ragazzo, mentre voi sapete che nell'età adolescenziale i tentativi di suicidio sono pari tra i due sessi, questo dimostra che la nostra unità di cura o non risponde ai bisogni di cura dei pazienti maschi, o non riesce a convincerli e ad attrarli. La resistenza alla cura dopo il gesto suicidario per i maschi non riguarda solo il trattamento psichico ma anche quello somatico, anche nella medicina generale accade lo stesso. L'ultimo limite sono i pazienti che dopo la presa in carico per l'atto suicidario non accettano le cure successive. Il centro di studio e prevenzione del suicidio Seps - che vi ho detto che lavora soprattutto nella comunità - riceve chiamate di parenti, amici, medici per parlare di un adolescente che attraversa una crisi, e chi chiama 7 volte su 10 parla di una ragazza. Se guardiamo i richiami che vengono fatti dagli amici e amiche coetanei arriviamo al 50%.

Nel 2008 è stato aperto un day hospital che ha permesso di ridurre in maniera notevole i rifiuti di proseguire la cura dopo la crisi, questo perché i giovani che si rifiutavano di tagliare i rapporti con il loro mondo possono accettare di venire in questo centro diurno senza tagliare completamente con il loro ambiente.

Per quello che riguarda il Seps, l'evoluzione degli ultimi anni è degna di nota, arrivano molte richieste di aiuto via internet, sempre con l'intento di condurre la persona che a noi si rivolge verso un cammino di cura.

Sottolineo infine di nuovo l'importanza tra una sinergia e una coerenza profonda tra come capire e come intervenire.

**Dr. Dusi, Dr. Previdi, Dr.ssa Covre, Dr. Bezzetto, Sig. Luongo**  
**Riflessioni sugli aspetti clinici e organizzativi della presa in carico ospedaliera di adolescenti gravi. L'esperienza del servizio Adolescenti dell'Ospedale Villa Santa Giuliana.**

**Dr. Dusi**

Ci sono molte ragioni per cui conviene occuparsi degli Adolescenti: ad esempio le più recenti ricerche condotte dall'O.M.S. mostrano che:

1. Nella maggior parte delle persone affette da Disturbo Mentale, l'esordio è avvenuto negli anni dell'Adolescenza.
2. Più l'esordio è precoce e più lento e in ritardo l'intervento terapeutico, più persistente diventa la malattia.
3. È noto che i Disturbi Mentali hanno una prevalenza più alta di qualsiasi altra classe di malattia cronica e che quindi hanno un più grande effetto negativo sul funzionamento psicofisico e sociale della persona.

Una prima ragione per cui conviene occuparsi di Adolescenti la si deduce da queste considerazioni. In un buon numero di casi l'intervento precoce in Adolescenza migliora la qualità della vita, limita o impedisce il processo di cronicizzazione, e anche nel medio-lungo periodo, permette risparmi economici rispetto ai costi legati al paziente cronico.

Una seconda ragione è che in adolescenza i suicidi sono la seconda o la terza causa di morte (secondo le statistiche). La prima sono gli incidenti stradali, teniamo presente che talvolta gli incidenti sono suicidi mascherati. Perciò mettere in campo delle strategie e delle strutture organizzate per intervenire in modo adeguato e veloce significa contribuire a salvare delle vite umane.

Di questa seconda motivazione, legata al TS in adolescenza, ci occupiamo oggi. Anzitutto chiediamoci perché l'Adolescenza è un periodo a rischio sia per l'esordio di una malattia mentale che per il rischio di tentativi suicidari e di condotte para-suicidarie. In modo esauriente ha già risposto a questa domanda il prof. Ladame; aggiungerò e ripeterò qualche considerazione che ci introduca

al tema di oggi e che ci permetta di spiegare il modello d'intervento ospedaliero che abbiamo messo in piedi e (che ci permetta) di formulare delle riflessioni sull'utilità di un Servizio come il nostro nell'ambito della lotta contro i tentativi di Suicidio e la prevenzione delle probabili recidive.

Come sappiamo l'Adolescenza è un periodo critico, di grandi cambiamenti, una sorta di percorso accidentato che nell'arco di un certo tempo, porta l'individuo dal mondo dell'infanzia verso l'età adulta. Il tempo in cui si attua questo percorso, questa trasformazione, è variabile. L'età presa attualmente in considerazione dall'O.M.S. va dai 14 anni ai 23 anni. I processi di cambiamento sono estremamente complessi perché riguardano la mente, il corpo, il ruolo sociale e l'equilibrio psicologico, e sono interni ed esterni al giovane.

In breve, c'è il passaggio dal corpo asessuato e sessualmente impotente del bambino al corpo sessuato, differenziato e potente dell'Adolescente. I cambiamenti sociali riguardano l'uscita dal nucleo familiare, l'allontanamento critico, talvolta ipercritico dalle figure genitoriali, l'ingresso nel gruppo dei pari, dei coetanei che offre nuove identità, propone nuove esperienze e nuovi ideali (ad es. quelli musicali o modelli estetici). Il gruppo dei pari protegge e sostiene il singolo Adolescente a patto che accetti le culture e le regole del gruppo (culture e regole anche negative come la droga o le condotte a rischio). Infine gli aspetti psicologici del cambiamento. L'Adolescente deve fare i conti con alcune perdite sia reali che fantasmatiche:

- perde il corpo infantile, "innocente", a favore - talvolta, purtroppo a favore - di un corpo nuovo molto differente, differenziato e deve confrontarsi con potenzialità, sensazioni e orizzonti del tutto nuovi: sono una conquista ma talvolta anche un peso.
- perde i genitori dell'infanzia: litiga, li critica e, paradossalmente, ne ha anche bisogno, è deluso da quei genitori che fino a poco tempo prima erano come degli idoli, degli oracoli, ascoltati e perfetti in tutto.

Anche i genitori soffrono il cambiamento e devono fare un lutto perché il loro bambino non c'è più, sono in difficoltà di fronte agli attacchi inaspettati e talvolta diventano effettivamente inadeguati, maldestri, rigidi ecc.

L'Adolescente perde il mondo infantile magico e onnipotente per entrare in

un mondo più vasto pieno di nuove opportunità ma anche di incertezze, di doveri, di fatiche... Nel quale gli adulti di riferimento si aspettano molto di più, talvolta troppo, perché lui è cresciuto e non è più un bambino. È dunque un passaggio complesso: confronta con il problema dei lutti da elaborare. Propone grandi novità e autonomie, costringe, attiva una forte conflittualità fra il desiderio di diventare grandi e il bisogno di restare bambino. Talvolta, specie nella patologia, le due forze convivono in un gioco paradossale. L'Adolescente deve affrontare un certo grado di angoscia e di vulnerabilità del suo equilibrio narcisistico perché è esposto alle aspettative contraddittorie che provengono sia dal suo mondo interno - la mente, il corpo e le sue rappresentazioni - sia perché è esposto alle istanze pressanti che provengono dal mondo esterno: dai genitori, dagli adulti di riferimento e dal gruppo dei pari... È un processo di crisi, un percorso di cambiamento difficile ma indispensabile; ogni Adolescente deve attraversarlo anche se con tempi e modalità differenti. Talvolta il limite fra un percorso normale e uno patologico è difficile da stabilire: le angosce, le vulnerabilità, le difficoltà con il proprio corpo riguardano tutti gli Adolescenti; molti sono esposti a momenti difficili e anche a rischio di tentativi di suicidio.

Il gruppo di Adolescenti più esposto ai T.S. (e qui ci avviciniamo alla patologia) riguarda quelli che fanno fatica ad accettare i processi di cambiamento legati all'età di cui abbiamo parlato. Cercano una convivenza impossibile, cioè paradossale, fra istanze evolutive e involutive: l'Adolescente vuol essere contemporaneamente un adulto forte e inattaccabile e un bambino fragile e bisognoso di cure, diventa la caricatura un po' grottesca sia dell'adulto che del bambino. Vive male la dipendenza dagli altri, la teme come una sopraffazione, una intrusione, ma la paura di essere abbandonato, di essere lasciato solo è ancora più angosciante. È un adolescente che ha bisogno dell'altro ma ammettere il suo bisogno è per lui fonte di frustrazione e di vergogna, non tollera di apprendere dall'esperienza dell'altro: questi adolescenti sono ad esempio dei pessimi scolari. Desidera fuggire dall'Adolescenza diventando adulto oppure alternativamente o contemporaneamente fuggire nella direzione opposta tornando bambino.

È questo un adolescente in grave difficoltà che ha alcune caratteristiche di personalità che riguardano più da vicino il tema oggi in discussione. È anzitutto estremamente vulnerabile e preda di angosce abbandoniche molto forti.

Non è in grado di trattenere i suoi conflitti dentro di sé e li "trasforma", li "scarica" in comportamenti che coinvolgono l'ambiente circostante. Non tollera il proprio corpo e lo modifica con tatuaggi e piercing ecc. oppure ha un modo di vestire molto particolare. Non tollera la vergogna e l'angoscia di un insuccesso e si provoca con tagli e bruciature un dolore fisico che lo sollevi da quello psicologico e gli permetta di controllarlo, oppure i tagli sono una scelta auto-punitiva. La droga è un altro modo sbagliato per tentare di negare o placare le sofferenze psicologiche. Questi passaggi all'agire talvolta aprono la strada ad un altro disturbo del comportamento più radicale e distruttivo che è il tentativo di suicidio.

Il comportamento suicidario è un gesto che ha molti significati. Vediamone alcuni. È il gesto di un Adolescente che ha un disperato bisogno di aiuto che non può o non sa chiedere: "L'urlo senza voce" del nostro titolo. Non sopporta più l'ennesima frustrazione: il rifiuto, la critica, la derisione di un compagno, un nuovo insuccesso scolastico, la sgridata di un genitore, l'abbandono dell'amico, il nuovo segnale che il suo corpo fa schifo, così lui lo percepisce. Talvolta i segnali che provocano la frustrazione sono apparentemente piccoli, delle critiche apparentemente banali come ad es. un brutto voto a scuola o una critica su un vestito, ma il vissuto è catastrofico.

Non sempre è così, talvolta sono colpiti da eventi realmente molto gravi come la morte di una persona cara oppure segnali importanti di abbandono o di violenza. Questi eventi scatenanti più o meno gravi vanno presi in seria considerazione sia perché rivelano la natura del problema, sia perché il giovane li ritiene importanti e non vanno svalutati. Contemporaneamente non vanno considerati il "vero" motivo del tentativo di suicidio. Il "vero" motivo va ricercato nella storia e nella psicodinamica sua e della sua famiglia. Un esempio banale. Un brutto voto a scuola scatena il T.S. va accettato e non minimizzato ma dobbiamo interrogarci sulle eventuali rigidità o idealizzazioni delle aspettative dei genitori proiettate sul figlio e da lui introiettate. Oppure sull'eventuale bisogno del figlio di sentirsi "perfetto" per sopportare meglio la colpa o la vergogna di qualche tragedia familiare che ricade su di lui e che lui non ha certo commesso. Il giovane si sente pressato dal suo ruolo, sconfitto irrimediabilmente senza possibilità di riscatto, senza appello. Non c'è nel gesto solo disperazione ma anche molta rabbia; nasce dalla frustrazione di chi non è stato capito, di chi si

è sentito rifiutato e calpestato. Nel gesto suicidario si concentra un immenso bisogno di rivalsa contro tutto e contro tutti, oppure talvolta contro qualcuno in particolare che va punito, ricattato, ucciso: ucciso dentro attraverso il suicidio. Il gesto suicidario è il modo più tragico di avere l'ultima parola; di mettere tutti a tacere senza diritto di replica.

Altre volte è anche un tentativo di riprendere il controllo, di reagire alla frustrazione alla vergogna e a quel sentimento catastrofico di essere schiacciati, soffocati senza via d'uscita.

Fortunatamente alcune volte è sufficiente la programmazione del gesto per dare all'adolescente l'impressione di riprendere il controllo di aver trovato una via d'uscita, questa certezza lo fa star meglio senza mettere in atto il proposito; gli basta sapere che lo potrebbe fare.

Il gesto di solito è di ragazzi i cui primi anni sono stati difficili: genitori assenti, distanti, morti; oppure poco investiti sul figlio perché indaffarati a fare dell'altro, ad esempio un lavoro faticoso e indispensabile per la sopravvivenza della famiglia. Oppure ancora genitori fragili, incostanti, depressi su cui non si è potuto fare affidamento. L'Adolescente si sente schiacciato e soverchiato dalla disperazione perché non ha costruito un senso di sé, un'appartenenza familiare e sociale abbastanza solida da resistere alla vergogna degli insuccessi e alla vulnerabilità del periodo.

Altre volte la situazione familiare è apparentemente "normale" e si fa fatica ad evidenziare le rigidità le aspettative idealizzate, i confronti generazionali difficili che premono sul figlio, e che lo fanno vergognare di sé.

Riteniamo che il problema legato ai T.S. sia estremamente vario e complesso e che di conseguenza altrettanto complessa è la risposta. Riteniamo anche che la gravità del quadro psicopatologico e delle problematiche familiari aumenti il rischio di agiti suicidari.

I tagli, le scarificazioni, i disturbi del comportamento alimentare, le impennate con il motorino, i rapporti sessuali non protetti non sono dei T.S. ma abitua-no ad utilizzare dei comportamenti sia per scaricare che per controllare angosce conflittuali insopportabili: sono dunque delle possibili "porte d'entrata" per un agito suicidario.

Inoltre i disturbi del comportamento coinvolgono sempre l'ambiente circo-

stante, il prof. Jeammet parla di "spazio psichico allargato" oppure di "Circolazione psichica extracorporea" nel senso che l'Adolescente "scarica" attraverso i comportamenti, gran parte delle emozioni legate al suo problema psicologico incontenibile dentro di sé, nell'ambiente circostante e coinvolge genitori, educatori, coetanei e curanti; delega a loro parte della sua angoscia e la necessità di un controllo sulle sue azioni in un rapporto di dipendenza ricercata e negata contemporaneamente: ecco il Paradosso. Di conseguenza un aspetto importante del lavoro terapeutico è quello di contenere i comportamenti o di impedirli se sono pericolosi ma anche di capire il loro significato, cioè di ricostruire, a partire dai comportamenti, i conflitti che li hanno generati; cioè di ritrovare, in una sorta di percorso a ritroso, il filo dei pensieri e dei percorsi psicologici conflittuali di cui i comportamenti sono la conseguenza o il sintomo.

Nella nostra esperienza di Servizio Ospedaliero questo lavoro terapeutico non è un lavoro individuale del medico ma compete a tutto il gruppo dei curanti. È legato a tutta la gamma dei comportamenti della quotidianità, da quando il ragazzo si alza a quando si addormenta la sera; a tutte le attività svolte individualmente e in gruppo; alle relazioni che ogni giovane paziente instaura sia con i singoli che con il gruppo sia dei curanti che dei degenti. È una osservazione multifocale dove ogni curante ha il suo angolo di visuale legato al ruolo svolto e alle sue caratteristiche personali; questa osservazione eseguita dai differenti punti di vista, se si riesce a condividerla, è una buona risorsa e talvolta è indispensabile per capire il giovane paziente.

Queste prime riflessioni sull'intervento terapeutico introducono a descrivere alcune caratteristiche del nostro lavoro che ci sembrano significative per i pazienti di cui stiamo parlando. Il Servizio Adolescenti, nel quale attualmente lavorano tre medici, uno psicologo, più una ventina di operatori fra infermieri, animatori e altri operatori, è composto da tre aree che si integrano fra loro: L'Ambulatorio, il Centro Diurno, Il Reparto di Degenza.

**L'Ambulatorio** rappresenta la porta d'accesso al servizio. Le sue principali finalità sono:

1. Accogliere e capire la prima richiesta di aiuto. Si tratta di identificare gli in-

terlocutori, specie quelli dei Servizi Territoriali, conoscere le aspettative, capire e discutere quali sono le richieste d'intervento attuabili nella tempistica di un ricovero: le aspettative talvolta vanno elaborate perché quelle del paziente, dei familiari e degli invianti istituzionali sono differenti o contraddittorie o eccessive.

2. Conoscere la problematica del giovane in difficoltà attraverso la storia sua, della sua famiglia e dei precedenti interventi terapeutici. Dai dati ricavati si può formulare una prima ipotesi d'intervento terapeutico da condividere con il paziente, la famiglia, gli invianti.

3. La collaborazione con i servizi invianti va organizzata fin dalla prima presa in carico in modo che l'intervento del Servizio si integri come una tappa di un progetto più ampio che compete al territorio.

Il **Centro Diurno** dispone di un suo organico ed è coordinato da uno psicologo. Si affianca al reparto di cui completa il lavoro, ma ha una sua autonomia perché accoglie anche giovani dopo la dimissione per mantenere la continuità terapeutica, e accoglie anche giovani per un percorso solo ambulatoriale oppure come una prima tappa per un futuro ricovero, per una graduale conoscenza reciproca che diminuisce le paure e le incognite. Ha una funzione di ponte fra l'Ospedale e il mondo esterno: alcune attività si svolgono all'esterno dell'Ospedale in luoghi deputati: ad es. il teatro, il giardinaggio, il nuoto ecc. Inoltre alcuni tecnici esterni, affiancati dal personale del centro, tengono corsi semestrali di teatro, arte-terapia, di psicodramma, di fotografia eccetera. Il Centro Diurno dunque propone una gamma di attività individuali e gruppalì fra le quali il medico può scegliere le più adatte per ciascun paziente come parte sostanziale del suo progetto terapeutico.

Si tratta di scegliere e riscoprire le risorse cognitive ed emotive dell'Adolescente, sostenere la sua piena espressività con il contributo di mediatori e dei contesti espressivi più efficaci per lui. Dal teatro, alle attività tecnico espressive, alle discipline sportive. Pensiamo all'importanza che può avere per un ragazzo che non ha più voglia di vivere, scoprire nuove abilità e competenze che attirano il suo interesse e aumentano un poco la sua autostima. Ho in mente due ragazzi che avevano tentato il suicidio. La prima ha scoperto il piacere di cantare e,

dimessa, ha continuato ad allenare la sua voce. Il secondo ha scoperto nella falegnameria abilità manuali insospettite che gli hanno permesso in seguito di cercare un mestiere in quella direzione e di abbandonare le attività commerciali previste per lui dalla famiglia.

Il **Reparto di Degenza** è l'area più critica del servizio dove si concentrano emozioni e comportamenti anche violenti, difficili da gestire e da elaborare. Vi si svolgono compiti strettamente medici di valutazione delle dinamiche del paziente e della famiglia; di approfondimento della loro storia; di valutazione sanitaria e di pianificazione e monitoraggio dell'intervento farmacologico. Un intervento farmacologico, anche minimo, è sempre prescritto perché l'eccezione e le diversità di chi non prende farmaci è, ci sembra, per il paziente e per il gruppo più problematica di una benzodiazepina.

Sempre a proposito di farmaci, in situazioni critiche per il reparto e per un paziente, quando la tensione e la rabbia sono molto forti e nell'emergenza non si riesce ad elaborarli, un incremento della terapia farmacologica è utile per impedire il peggio. Il più importante compito del medico, per il quale è costretto ad uscire dal rapporto individuale con il paziente al quale per tradizione è abituato, è quello di sintetizzare tutti i differenti punti di vista emersi nel reparto e nel centro diurno, di utilizzare l'approccio multifocale come una risorsa che permette una conoscenza più completa del paziente e di conseguenza una risposta terapeutica più adeguata ed articolata. Attento il medico a scoprire come le differenti immagini ed emozioni che il giovane induce nei componenti dell'équipe possono essere segnali di elementi scissi nella dinamica del paziente proiettati sui membri del gruppo che devono fare i conti con immagini differenti e contrastanti: in una parola: attenzione, i pazienti fanno litigare.

In reparto sono possibili molte altre osservazioni da parte degli operatori che passano gran parte della giornata con il paziente in attività formali come la sveglia, il pranzo, la somministrazione di medicine, il sostegno durante una crisi ecc. o informali nel gioco da tavolo o nel ping-pong ecc.

Queste attività quotidiane, il prof. Racamier le chiamava: La Cura Istituzionale, sono una miniera di informazioni e di contatti con il paziente che, se attuati in modo adeguato e consapevole, sono sia fonte di molte informazioni sia

hanno una valenza terapeutica nell'accompagnare, controllare, sostenere il ragazzo. Nella quotidianità si vede come si veste, come accudisce la persona, come si rapporta al cibo, come si rapporta con i coetanei e con il personale, come affronta la sera: le nostalgie serali evocano la fine della giornata, la distanza da casa, la stanchezza è maggiore, la paura di addormentarsi, il senso di vuoto, ecc.

La maggior parte della crisi, dei gesti autolesionistici e dei tentativi di suicidio avviene in reparto dopo le 18 fino alle 22. È possibile osservare anche come accetta il limite, una regola, che una richiesta sia procrastinata, come si rapporta ai compagni: il gruppo dei pazienti e i sottogruppi o le coppie hanno grande peso sul clima del reparto sia positivo, di collaborazione e di sostegno reciproco che negativo di opposizione, di sfida, di attacco al progetto terapeutico.

In reparto lavora anche un animatore che organizza attività ricreative e riabilitative sia per pazienti gravi che non possono accedere al Centro Diurno oppure nelle ore in cui non ci sono attività organizzate al Centro Diurno. Ha un'influenza positiva sul clima del reparto; ad es. è più facile che i ragazzi si alzino incuriositi per un'attività mattutina anziché costringerli a rispettare l'orario - ad es. è iniziata un'attività di chiacchiere e di una breve passeggiata dopo il caffè detta "ciacola-caffè". Organizza anche attività di più ampio respiro ad esempio in occasione del carnevale cibi, vestiti, balli scenari adeguati all'occasione.

Questa miniera di attività che svolgono in reparto possono anche diventare molto frustranti e caotiche per gli operatori e perdere per i pazienti ogni valenza costruttiva: il reparto diventa un luogo di sofferenza da cui fuggire: il clima è troppo teso, prevalgono relazioni conflittuali o di sfida, gli operatori vengono criticati e squalificati dai pazienti coalizzati in gruppo.

Per limitare o evitare queste situazioni ci debbono essere franche e frequenti riunioni dell'équipe curante. Il medico che le conduce favorisce una buona consapevolezza reciproca delle difficoltà e del lavoro svolto; l'Ottica dell'Osservazione Multifocale dà peso e valorizza il lavoro dei curanti e ne tiene conto nella valutazione complessiva del giovane.

L'integrazione delle osservazioni è più difficoltosa se il clima è conflittuale ed è complicata dalla presenza di scissioni, cioè da pareri opposti degli operatori e del medico, nei quali il ruolo differente aumenta le difficoltà di comprensione.

Ad esempio nel caso di un paziente a rischio di gesti autolesionistici la scissione può essere molto forte fra gli aspetti collaboranti idealizzati che il paziente gioca con il medico e la raccolta di vetri per tagliarsi di cui si accorge il personale. Da un lato è utile accettare gli aspetti positivi della relazione e dall'altro bisogna organizzare delle perquisizioni che tolgano gli oggetti pericolosi e mostrino da parte dei curanti una chiara scelta di campo contro i gesti autolesionistici.

Qualche volta il paziente dice "Vorrei uccidermi ma me lo impedito" sappiamo che non è del tutto vero, che se uno è determinato a tentare il suicidio un sistema lo trova, ma pensiamo che la scelta di campo mostrata con la perquisizione abbia dato i suoi frutti.

La perquisizione come le precauzioni di chiudere nell'armadio oggetti potenzialmente pericolosi introducono ad un altro grande tema della vita di reparto: sono necessarie delle Regole di Convivenza condivise, chiare, discusse fra tutti gli operatori e proposte ai ragazzi fin dall'inizio.

Abbiamo imparato che una regola deve avere alcune caratteristiche: deve essere facilmente spiegabile e applicabile e deve prevedere delle sanzioni se viene disattesa, una gradualità delle sanzioni: dal semplice richiamo fino alla discussione del Progetto Terapeutico. Deve prevedere delle eccezioni che vanno discusse con il paziente appena è possibile. Il personale ha spesso più presente la ricaduta gruppale dell'eccezione, il medico la preoccupazione individuale sul paziente (a proposito di scissioni).

Quello delle regole è un problema complesso e, nel nostro servizio, non del tutto risolto. Abbiamo capito che è importante che ci siano, che sono segnali positivi di concretezza e di realtà, che sono una frustrazione utile, se ben dosata. Abbiamo capito anche che non dobbiamo aggrapparci difensivamente alle regole come se fossero l'unica soluzione possibile.

La comunicazione all'interno del gruppo è un altro punto importante. Abbiamo notato che nei momenti critici la comunicazione diminuisce quando servirebbe al contrario che aumentasse. Una breve vignetta: una paziente psicotica con gravi impulsi autolesionistici, si feriva alla testa sbattendola contro il muro; è stabilito che debba partecipare ad una attività di pallavolo, la paziente "caparbia" non vuole, il personale insiste e la manda a fatica fino al campo di gioco,

però arriva in ciabatte! Gli animatori la rimandano in reparto perché non può giocare in ciabatte. Gli uni arrabbiati con gli altri, ognuno con le sue ragioni, e la paziente ha ottenuto di non partecipare! In questo caso non è solo una questione di regole; se gli operatori si fossero parlati avrebbero certamente trovato una soluzione al problema ma erano troppo arrabbiati per farlo.

Sempre a proposito di comunicazioni, un'attività importante è l'**assemblea di reparto**. Si tiene due volte la settimana vi partecipano i pazienti e tutto il personale in turno. I temi sono fissi si parla del clima di reparto e delle eventuali situazioni negative o positive che lo condizionano individuali e gruppalmente. Chi viene dimesso saluta, gli si richiede un bilancio del periodo, le difficoltà incontrate, qualche progetto per il dopo ricovero. Chi arriva si presenta e spiega il motivo del ricovero. L'animatore invita i ragazzi a fare un bilancio delle attività. Da ultimo si ribadiscono alcune regole di convivenza che non sono state rispettate.

Ogni singolo paziente è invitato a parlare e a commentare il clima che si respira in assemblea è uno specchio fedele del clima di reparto. Se un'assemblea è partecipata e vi si discutono apertamente i problemi non solo aiuta ad affrontarli ma contribuisce a rasserenare il clima.

Se si è verificato un tentativo di suicidio bisogna parlarne, talvolta bisogna convocare un'assemblea straordinaria. Si tratta di dare peso a un gesto che non è mai banale, non è mai solo "per attirare l'attenzione", non è mai solo "dimostrativo" anche se può avere questa valenza, liquidarlo banalizzandolo è talvolta un modo per difendersi da possibili angosce e questo atteggiamento lascia ancora più solo l'autore del gesto. Dunque se ne parla in assemblea dopo aver avvertito l'interessato. I ragazzi ne parlano con stupore: non se l'aspettavano, si sentono traditi dal compagno a cui avevano dato fiducia, si arrabbiano con noi curanti perché non l'abbiamo impedito, oppure provano sentimenti molto differenti, lodano chi ha compiuto il gesto, è stato un gesto eroico, lo considerano un modello da imitare... I sentimenti evocati sono tanti, dalla rabbia, alla pietà, all'invidia ecc., è utile parlarne.

Parlarne con i pazienti è difficile ma è possibile se i curanti hanno elaborato i loro sentimenti complicati e talvolta abbastanza simili a quelli dei pazienti: la

banalizzazione, i desideri espulsivi e punitivi, la delusione, la rabbia, il senso d'impotenza, il desiderio di aiutare perché non si ripeta, il senso di colpa per non averlo previsto ecc. È una situazione complicata perché è difficile tollerare le tensioni dei pazienti quando dobbiamo fare i conti con le nostre, individuali e del gruppo curante. La tenuta del gruppo curante è messa a dura prova e aiutano e tornano utili tutte le considerazioni che abbiamo fatto in precedenza sull'approccio multifocale, sulle regole, sulla necessità di comunicazioni proficue ecc.

Se le cose vanno bene, il gruppo, faticosamente, trova la motivazione necessaria per aiutare chi ha tentato il suicidio a ritrovare dei pensieri, delle ragioni per andare avanti, un po' di sicurezza in se stesso e soprattutto i curanti sono in grado di trasmettere al paziente la consapevolezza che c'è un gruppo su cui contare.

### In conclusione:

Il tentativo di Suicidio è un evento complesso come complesso è il periodo della "crisi" adolescenziale. Il T.S. è un disturbo del comportamento che riguarda differenti tipi di patologia; alcune, come i disturbi di personalità, sono più esposte. Il gesto coinvolge la famiglia, la scuola, le Istituzioni. La risposta è necessariamente complessa e articolata. I primi segnali provengono dal giovane, dalla famiglia, dalla scuola dai Servizi Sociali. ecc. I primi interventi sono del medico o del pediatra di base o dal Pronto Soccorso dell'Ospedale.

Poi arriva l'intervento che ci compete come psicologi e psichiatri, di organizzare una risposta adeguata, di formulare un progetto ambulatoriale e/o Ospedaliero che sia di sostegno, di controllo, di elaborazione per il paziente, la sua famiglia e tutti gli altri personaggi coinvolti.

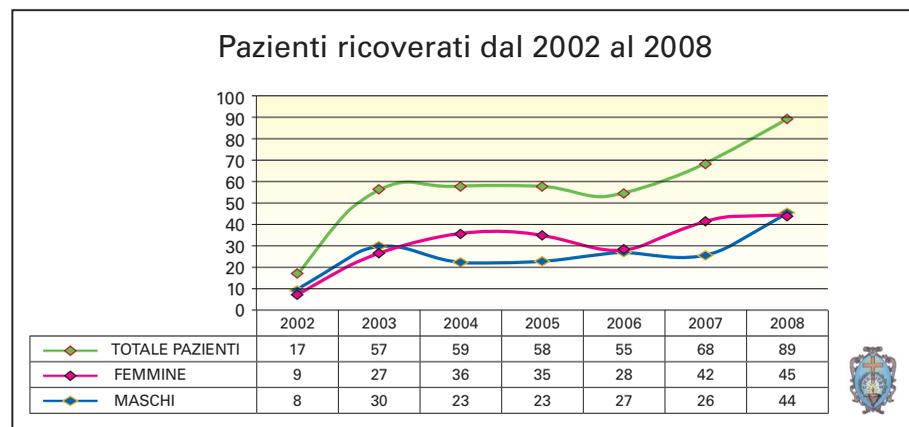
Pensiamo che in questi giovani ci sia molta fatica e molta difficoltà a vivere ma anche molta voglia di vivere e questa voglia va riscoperta rivalutata e sostenuta e che questo è il nostro compito.

La dott.ssa Covre completa, con i dati, la presentazione del Servizio Adolescenti, con il contributo del dott. Previdi, di Luongo Angelo e del dott. Bezetto, dirigente del Centro Diurno Adolescenti.

Con questo intervento vengono presentati alcuni dati raccolti dall'equipe del reparto adolescenti dell'ospedale Villa Santa Giuliana, riguardanti i nostri utenti.

Questi sono dati descrittivi, grezzi, che non sono stati confrontati con alcun gruppo di controllo, con i quali vorremmo semplicemente rappresentare la nostra attività clinica.

Sicuramente la nostra esperienza sui gravi disturbi dell'adolescente è in continua crescita come lo è il numero dei ricoveri avvenuti; da 57 pazienti ricoverati nel 2003, siamo passati a 89 ragazzi nel 2008, con un aumento considerevole negli ultimi due anni.

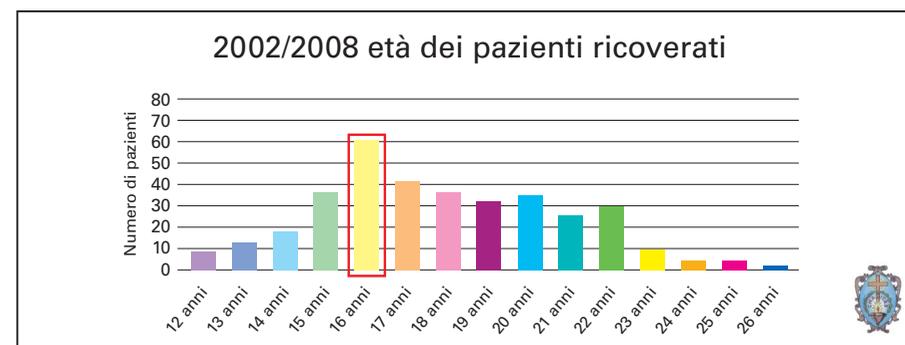


Il 60% dei ragazzi proviene dal Veneto, il 25% dalla Lombardia.

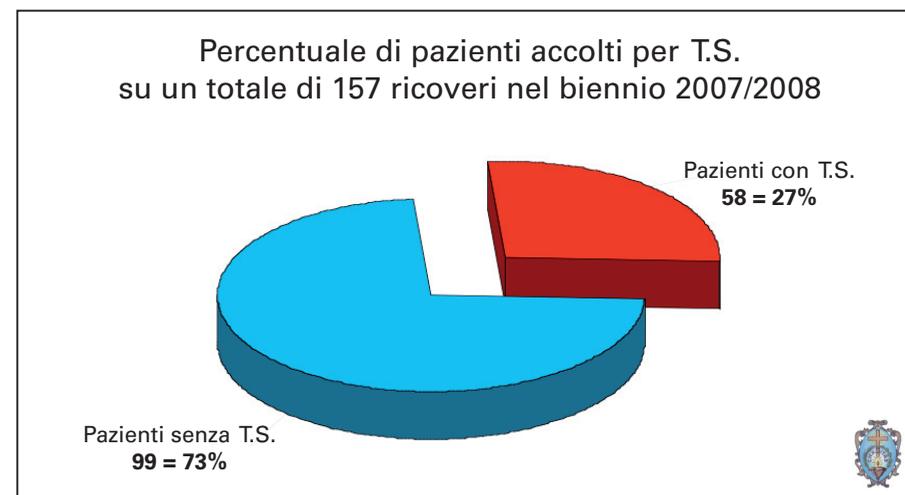
Il 56% dei ragazzi veneti proviene da Verona. Questo significa che per più della metà dei pazienti ricoverati, vista la vicinanza col domicilio, c'è la possibilità di attivare un progetto terapeutico integrato fra più servizi, fra noi e i colleghi referenti del caso. Qualora ce ne fosse la necessità, dopo la dimissione, può essere utilizzato il centro diurno del nostro servizio.

Ricordo brevemente che il centro diurno è una struttura formata da luoghi in cui si attuano attività individuali e di gruppo specifiche per i bisogni del singolo paziente.

Il 55% dei ragazzi ricoverati è di sesso femminile.

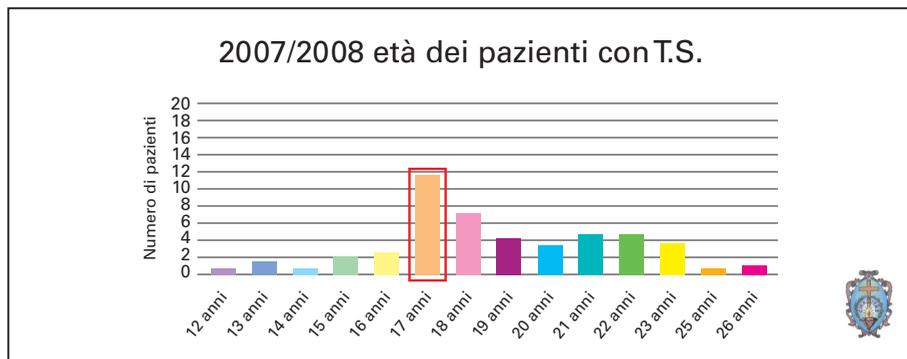


L'età più rappresentata dei ragazzi ricoverati nel nostro reparto è quella dei 16 anni; seguono i 15-17-18-20 anni.



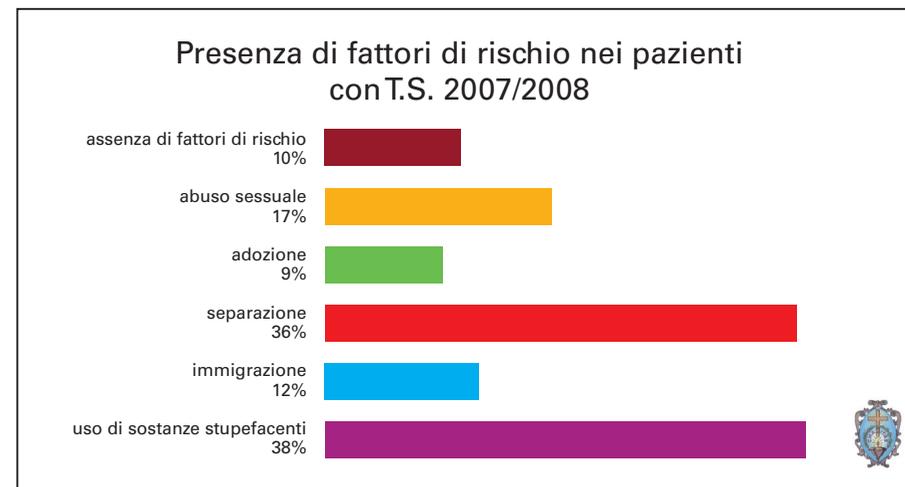
Per quanto riguarda i pazienti entrati per tentato suicidio, abbiamo rilevato che, dal 2007 al 2008, il 27% dei ragazzi è stato ricoverato per questo motivo. Tenendo conto che la percentuale dei tentativi di suicidio degli adolescenti nella popolazione generale è molto più bassa (circa del 6%), pur non avendo dati su questa tipologia di pazienti ricoverati in altre strutture, possiamo ipotizzare che il nostro servizio offre una buona disponibilità di accesso agli adolescenti con tentato suicidio.

La fascia di età più rappresentata è quella dei 17-18 anni.



La percentuale di ragazze ricoverate per tentato suicidio è maggiore rispetto a quella dei maschi ricoverati per lo stesso motivo. Questo dato è confermato da studi sugli adolescenti nella popolazione generale. Ci siamo poi soffermati sulla presenza, nell'anamnesi dei ragazzi ricoverati negli ultimi due anni, di alcuni fattori di rischio.

In particolare: aver subito un abuso sessuale, essere adottati, avere i genitori separati, essere immigrati (mi riferisco soprattutto agli stranieri), aver fatto uso di sostanze stupefacenti; tutti questi sembrano essere fattori di rischio. Dalla nostra osservazione risulta che il 66% di tutti i pazienti ricoverati ne presenta almeno uno.



Confrontando il gruppo dei ragazzi ricoverati per tentato suicidio con quello ricoverato per motivi diversi, è emerso che i ragazzi suicidari presentano con una maggiore frequenza almeno un fattore di rischio di quelli considerati. In particolare nel primo gruppo, il 38% dei casi fa uso di sostanze stupefacenti e il



36% ha i genitori separati. Nel secondo gruppo, al 48% non viene riscontrato nessun fattore di rischio tra quelli considerati e, in generale, i fattori di rischio sono comunque presenti in una percentuale inferiore.

Abbiamo poi suddiviso i pazienti tenendo in considerazione i quattro grandi gruppi diagnostici: nevrosi, disturbi dell'umore, psicosi, disturbi di personalità. È emerso che il 56% del totale dei pazienti ricoverati appartiene al gruppo dei disturbi di personalità, il 29% a quello delle psicosi, il 14% a quello dei disturbi dell'umore e l'1% al gruppo delle nevrosi.

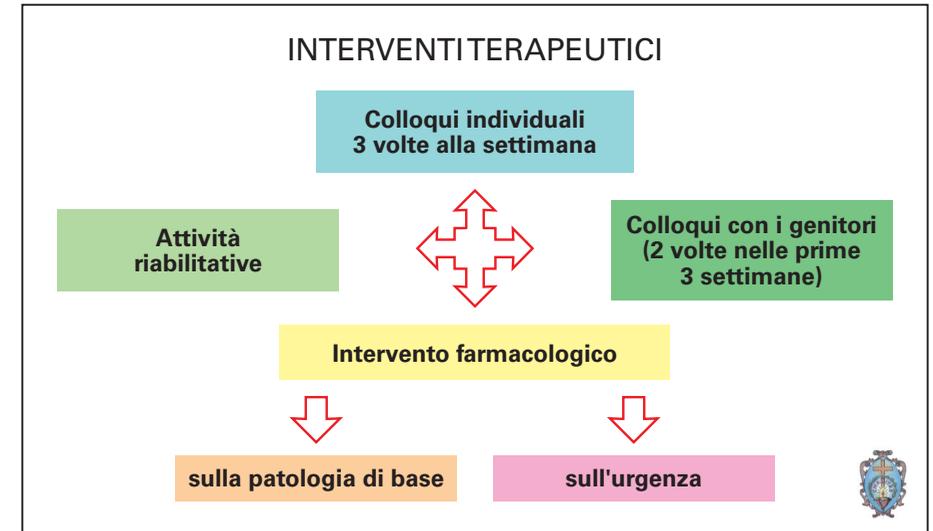
La diagnosi di disturbo di personalità è più frequente tra i ragazzi che hanno tentato il suicidio (65% contro il 51% nell'altro gruppo). Al contrario, le psicosi sono più frequenti nel gruppo dei ragazzi che non hanno tentato il suicidio (34% contro il 21%), così come nei disturbi dell'umore (15% contro il 12%).

Riguardo all'intervento farmacologico va precisato che nei disturbi dell'umore abbiamo raramente riscontrato un episodio depressivo franco, di conseguenza di rado abbiamo impiegato gli antidepressivi. Anche gli episodi depressivi che compaiono all'interno di un disturbo di personalità non di frequente sono stati trattati con antidepressivi in quanto, nella nostra esperienza, non ne abbiamo riscontrato un miglioramento significativo, anzi abbiamo osservato, in alcuni casi, l'aumento dell'aggressività; temiamo, inoltre, di aumentare il rischio di suicidio, come viene segnalato dalla letteratura.

Nel nostro servizio lo strumento terapeutico privilegiato è rappresentato dai colloqui individuali col paziente, di media tre volte alla settimana. Seguono i colloqui con i genitori e le attività terapeutico riabilitative.

Di fronte alla scelta dell'intervento farmacologico, che comunque non viene mai usato come trattamento unico, seguiamo due approcci combinati: il primo è quello specifico come risposta della patologia di base, come indicato dalle attuali linee guida, il secondo, in aggiunta al primo, è quello utilizzato nell'urgenza, che ha l'obiettivo di diminuire l'intensità e la frequenza delle crisi. La sintomatologia su cui abbiamo molti interrogativi, su cui ci troviamo spesso a confrontarci e che più frequentemente va ad influire, creando situazioni di urgenza, nella gestione della quotidianità, è l'impulsività associata all'auto e all'eteroaggressività nei ragazzi con disturbo di personalità. Nella pratica clinica,

secondo le linee guida, i farmaci di elezione nella prevenzione della condotta suicidaria, nell'adulto, con disturbo di personalità sono gli antidepressivi SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e gli antipsicotici atipici.



Per le considerazioni fatte precedentemente sul rischio dell'impiego degli antidepressivi negli adolescenti, preferiamo impiegare come farmaci di prima scelta nel disturbo di personalità, gli stabilizzatori del tono dell'umore e i neurolettici atipici.

Nelle psicosi diamo precedenza all'uso dei neurolettici atipici, in monoterapia, rispetto ai classici. Nei disturbi dell'umore utilizziamo principalmente gli stabilizzatori del tono dell'umore associati eventualmente ai neurolettici atipici. Il trattamento farmacologico viene sempre monitorato nel tempo; si tiene conto dell'efficacia, ma anche della tollerabilità. Queste sono spesso le prime prescrizioni farmacologiche, quindi l'insorgenza di effetti indesiderati importanti potrebbe pregiudicare l'assunzione futura del farmaco stesso.

Per affrontare l'urgenza somministriamo le benzodiazepine e i neurolettici tradizionali, sfruttando la loro componente sedativa, aggiungendoli quindi alla

terapia in atto. Cerchiamo, nella scelta di questi ultimi, di evitare di rinforzare gli effetti collaterali più spiacevoli quali i sintomi extrapiramidali.

Ci rendiamo conto che queste osservazioni devono essere approfondite per comprenderne il significato, anche attraverso una osservazione longitudinale nel tempo. In particolare, siamo molto interessati a capire e dimostrare come influiscano i fattori di rischio legati all'ambiente sulla diagnosi di base del paziente nel favorire la condotta suicidaria.

## DIBATTITO

**Si chiede al Prof. Ladame di dare il suo parere sui ricoveri che avvengono senza la volontarietà del paziente adolescente.**

*Risposta:* La struttura di Ginevra riguarda solo ospedalizzazioni volontarie, non ho parlato di una struttura che riguarda specificamente gli adolescenti e che è nell'ospedale psichiatrico. L'unità per gli adolescenti suicidari si trova accanto all'ospedale psichiatrico e accoglie soprattutto pazienti che vengono presi in carico contro la loro volontà. Vengono ricoverati adolescenti che si pensa possano commettere atti gravi contro la loro vita. Anche in questi casi un'unità a parte con una presa in carico e cure specifiche per loro. Pensiamo sia più adatta rispetto al loro ricovero nell'ospedale psichiatrico per adulti.

**Si chiede al Prof. Ladame a proposito dei tagli, che generalmente non hanno un intento suicidario.**

*Risposta:* Le lesioni autoinflitte e la loro relazione con gli atti suicidari. Bisogna fare attenzione a quale porta di ingresso si sceglie come punto di partenza, se scegliete come punto di partenza le lesioni auto inflitte si troveranno pochi suicidi, se invece come porta di ingresso si scelgono i tentativi di suicidio allora una grande percentuale (3/3) dei pazienti sono passati attraverso lesioni auto inflitte.

È il momento terapeutico la cosa importante, io considero le lesioni autoinflitte come una condotta a rischio e credo che tutto il corpo curante e tutti quelli che prendono in cura l'adolescente devono valutarle con grande attenzione e vedere se comportano rischi suicidari.

**Si chiede al Prof. Ladame di esprimere una considerazione sul "trauma nascosto".**

*Risposta:* In Francia, nelle segnaletiche stradali dei passaggi a livello c'è un segnale che indica "attenzione un treno può nascondere un altro" e credo che questo possa applicarsi alla questione del trauma. Io nella mia relazione mi sono concentrato sul passaggio dell'adolescenza, ma è evidente che se l'adolescenza si

manifesta in forme catastrofiche non possiamo ragionevolmente imputare tutto all'adolescenza stessa. Se c'è un risveglio di un trauma nell'età adolescenziale, vuol dire che questa età ha risvegliato un trauma più antico che ha a che vedere con il corpo erotico interno che si sviluppa nella prima relazione tra il corpo del bebè e quello della mamma e che le tracce dell'investimento del piacere e del non piacere che prova la madre verso il corpo del bambino e viceversa sono alla base della struttura di questo corpo erotico interno solido e sano.

#### **Parere del Dr. Dusi sulle lesioni autoinflitte.**

Nel nostro reparto le lesioni che un paziente si autoinfligge sono un problema perché hanno spesso alla base una situazione di eccitazione del gruppo e fanno scattare una specie di competizione che si manifesta con i tagli e che può essere molto rischiosa. Abbiamo visto che disinnescarle con delle assemblee sull'argomento può essere risolutivo e importante.

**Un Arte-terapeuta chiede al Prof. Ladame di approfondire il tema dell'esame di realtà che permette di distinguere la rappresentazione dalla percezione.**

*Risposta:* La prova di realtà è un concetto definito da Freud. Per lui nel nostro apparato psichico esiste una funzione che ci permette di distinguere tra quello che esiste solo nella nostra mente (il mondo dei fantasmi) e quello che esiste nella realtà esterna e che può essere raggiunto con una reazione appropriata. Le cose sono molto complicate qui. Le funzioni di sopravvivenza, la fame e la sete, cadono molto velocemente sotto il dominio della prova di realtà. Il bambino fin da piccolo impara come fare con la fame e la sete, impara cosa deve fare quando sente questa funzione impellente e se immagina nella sua testa la bottiglia di latte ciò non calmerà la sua sete. Per il campo della sessualità infantile non succede lo stesso, perché fino ad una età che varia tra i 12 e i 23 anni la sessualità infantile non sarà più dominata solo dai propri fantasmi, vuol dire che un bambino piccolo che si masturba e che nella sua testa può immaginare un oggetto che partecipa al suo piacere, è un soggetto nella sua testa di cui può fare ciò che vuole in qualunque momento. Il dramma terribile nell'ingresso della sessualità adulta è che non funziona così; vuol dire che c'è un oggetto esterno del mio desiderio verso cui devo muovermi e che può dirmi "no mi dispiace io non ci

sto". Penso che noi sottostimiamo questo momento e la sua portata grave che ha per gli adolescenti sempre, e per gli adolescenti fragili.

Una notazione clinica: ho parlato una volta di questo tema ad un'assemblea dove c'erano molti psichiatri, e c'era un collega che lavora in un carcere con crimini di sangue e spesso ci sono adolescenti incarcerati per stupro. "È talmente vero quello che dite perché questi adolescenti non sono nemmeno consapevoli di aver violentato degli esseri umani. La loro prova di realtà è così fragile ed evanescente che non distinguono tra il fantasma che hanno in testa e qualcuno che sta passando per la strada". Io penso che quando noi prendiamo in cura degli adolescenti dobbiamo fare attenzione alla loro capacità di prova di realtà. Sappiamo che anche per noi adulti, quando viviamo emozioni molto intense, la prova di realtà può entrare in crisi, per esempio quando perdiamo una persona molto cara, l'abbiamo seppellita ma sentiamo di averla ancora con noi.

Concludo, ma sono sempre più preoccupato per l'invasione nel nostro mondo della realtà virtuale, questo non aiuta in nulla i giovani adolescenti soprattutto quelli fragili a rafforzare la loro prova di realtà.

**Domanda sul preconcio come elemento cuscinetto determinante per favorire il processo adattivo.**

*Risposta:* Qualunque sia la teoria non possiamo fare a meno di un concetto che sia una barriera di passaggio tra il mondo rumoroso e caotico dell'inconscio e il mondo della coscienza. Per aiutare a capire la nozione di preconcio basta la distinzione che facciamo tra sogno e incubo. Il lavoro del sogno richiede il lavoro del preconcio, per travestire e abbellire il senso e il significato del sogno affinché l'elemento perturbante non turbi il nostro sonno. Mentre l'incubo è come un proiettile che arriva subito nel conscio svegliando e turbando il sonno e la persona addormentata.

**Domanda al Prof. Ladame.**

1. Sulla necessità di un trattamento ospedaliero intensivo rispetto alla crisi suicidaria.

2. Un maschio ogni quattro femmine accetta l'esperienza del trattamento intensivo. Cosa ne pensa di questa difficoltà dei maschi di accettare il ricove-

ro? La risposta può risiedere nel nostro modello di ospedalizzazione. La nostra esperienza ci insegna che molti adolescenti non accettano il ricovero ospedaliero perché lo vivono come una dimensione claustrofobica, l'ospedale come un'area chiusa, in cui passare tutta la giornata, da cui non si riesce a uscire. È questo ospedale troppo chiuso che forse blocca l'accesso ai pazienti?

*Risposta:* è una questione molto complessa, io non credo che centri solo l'aspetto dell'ospedale "che rinchiede". Anche perché questa unità di presa in carico di pazienti suicidari che ho presentato è in un condominio, dove vive anche gente normale, abbiamo cioè cercato di normalizzarlo il più possibile. Penso invece che i pazienti adolescenti maschi, che commettono un tentativo di suicidio, sono più malati in toto rispetto alle ragazze. E credo che abbiano delle difese molto forti contro le angosce depressive, mentre con le ragazze si può toccare la loro area depressiva più facilmente. Hanno un vissuto di angosce paranoidee e vissuti persecutori che fanno sì che i ragazzi rifiutino qualsiasi tipo di aiuto. Come bypassare la questione, come trovare un sentiero obliquo per arrivare anche a loro? Penso, come anche voi avete detto, privilegiando attività di gruppo rispetto a quelle individuali, e stare sul piano del fare insieme piuttosto che su quello dell'interpretazione, o la ricerca del senso, anche per un lungo tempo. Più grave è il vissuto paranoideo, più l'adolescente vedrà l'interpretazione come un furto del suo pensiero o come un'intrusione alienante.

**Domanda al Prof. Ladame sull'adozione come fattore di rischio tra quelli individuati come possibili per il tentativo di suicidio.**

*Risposta:* Sicuramente lo sradicamento e il trovarsi a vivere una relazione molto vicina in ragazzi che non sono abituati, che reggono meglio le relazioni con la comunità rispetto a quelle con i genitori, è un fattore di grande stress psico-emotivo. Ma non userei l'adozione come un fattore di rischio; è chiaro che lo sviluppo adolescenziale mette il giovane in una situazione ancora più difficile se il ragazzo è stato adottato, perché quando diventa adolescente si confronta con la realtà che è quella di avere 4 genitori, mentre le imago interne sono solo 2. Per esempio va in crisi il concetto di fedeltà: a chi deve rimanere fedele? È confrontato ad un lavoro molto più complesso degli altri, ma non direi che un gruppo di adolescenti adottati è a rischio di suicidio.

## II SESSIONE

### Dr. M. Brighenti presenta il Prof. Pietropolli Charmet.

Già stato a Verona in occasione di un altro convegno sull'adolescenza, psichiatra e psicoterapeuta dell'adolescenza, presidente dell'istituto Minotauro di Milano (centro di ricerca formazione e consulenza per adolescenti). Interessanti i suoi più recenti testi, "I nuovi adolescenti" e "Uccidersi". Quest'ultimo è un titolo che ho apprezzato moltissimo, perché è un titolo onesto, vero, che parla di ciò che può fare paura, un titolo violento e d'altra parte parla della violenza con cui i ragazzi tentano di uccidersi. Ho colto in questo testo la verità. Violento come lo è il bisogno dell'adolescente di eliminare le parti dolorose, che non sa gestire, che non sa comunicare; come il nostro titolo che parla di un "urlo senza voce", è un urlo distruttivo, drammatico, forse non del tutto consapevole e per questo non esprimibile, un urlo che ci pone nella condizione di provare a dargli voce e di ascoltarla una volta che esce, proponendo qualcosa di reale, delle risposte.

### Prof. Pietropolli Charmet

#### Aspetti simbolici e comunicativi del progetto suicidario in adolescenza. Criteri di intervento in corso di crisi suicidaria: l'esperienza del "Crisis Center" di Milano.

Sulla base dell'esperienza, per certi versi terribile, che ho fatto con i miei colleghi in questo periodo, provo a riferirvi delle riflessioni e il lavoro clinico che il paziente in crisi suicidale permette di fare, e del modello operativo che abbiamo applicato e che ci siamo illusi fosse correlato al modello teorico che abbiamo costruito. All'inizio del lavoro, 7 anni fa, quando le Fondazioni che avevano a cuore il problema ci hanno messo nelle condizioni di poter cominciare a studiare, uno degli incontri più significativi è stato quello con il lavoro, le proposte, i dispositivi costruiti da tempo da Ladame e gli altri; ma lui ha costituito un

punto di vista irrinunciabile. Alcune cose che vi proporrò scivolano sul discorso meraviglioso che ha fatto Ladame, in certi punti ci sono delle convergenze, in altri le strade si allontanano un po', ma sul piano operativo si converge.

La differenza forse è che noi abbiamo cercato di applicare il più coerentemente possibile un modello di psicoterapia evolutiva di lungo periodo e di presa in carico che fa riferimento alle concettualizzazioni della psicoterapia evolutiva. Cioè come a dire che abbiamo cercato di intercettare i fattori di rischio che spingono alla condotta suicidale, o aprono la porta alla crisi suicidale, che appartengono in modo specifico alla fase di sviluppo adolescenziale, pensando che in tutti i casi il nostro intervento per quanto possa prolungarsi nel tempo, a volte anche per anni, è un intervento su una situazione di crisi, sull'hic et nunc, su ciò che di specifico l'adolescente sente di dover realizzare, diventare, sente di essere ma non riesce ad esprimere. Quindi ci è sembrato di ricercare i fattori di rischio specifici e dotarci di un modello di intervento che si faccia carico di quei rischi e che appresti delle risorse che siano facilmente spendibili con l'adolescente e da lui utilizzabili.

Abbiamo scelto 3 aree nelle quali intervenire, 3 fattori di rischio indiscutibili, perché tra tutti i fattori, che sono molteplici, ce ne è uno che consente di fare una scelta forte, ripromettendosi di prevenire, creare una cultura della prevenzione attorno alle condotte suicidarie in adolescenza; sicuramente il tentativo di suicidio è un fattore statisticamente preventivo. È tra i ragazzi che tentano il suicidio che troviamo chi morirà in adolescenza o in età adulta di morte volontaria.

Ci sembra che sia una questione da sottolineare con molta forza: chiedersi perché il primo tentativo di suicidio non ha ottenuto una risposta intelligente, efficace, tale da ridare parole all'urlo, trasformarle in pensiero, in narrazione facendola diventare la storia del soggetto, integrandola nel Sé. Che cosa c'è nella risposta che gli adulti hanno organizzato al tentativo di suicidio di un adolescente che in qualche modo non solo dissuade ma si può addirittura ipotizzare che istighi l'adolescente a ripetere il gesto? **Ci è sembrato che la cosa, il rischio maggiore, è non fare nulla o peggio banalizzare, deridere, umiliare, mortificare l'importanza della comunicazione affettiva simbolica familiare e sociale che l'adolescente ha fatto cercando di togliersi la vita.** Ma è una con-

giura molto ben organizzata e architettata nella nostra società; la morte volontaria non è un argomento di discussione educativa, e quindi è naturale che ci sia una congiura del silenzio attorno al significato della ricerca della morte volontaria in adolescenza. Credo che la banalizzazione sia la cultura con cui confrontarsi a favore della cultura della drammatizzazione. Non è una operazione semplice, perché quella della banalizzazione del gesto è una congiura che trova molteplici alleati e che si atteggia anche nelle culture forti dove prima di dichiarare e scrivere che quell'adolescente abbia tentato un suicidio ci si pensa molte volte; spesso si dubita che l'intenzione fosse suicidale e quindi né lo si scrive né lo si pensa, né si considera quel gesto tale, ovvero il tentativo di darsi la morte volontaria. Penso che questo dipenda da un fatto molto importante, cioè dal fatto che attribuire un elevato livello di dolore mentale agli adolescenti è per la cultura degli adulti molto complicato. È quasi spontaneo declassare il dolore mentale e attribuire a loro aspetti seduttivi propiziatori, esibitivi, alla ricerca di qualcosa di vantaggioso e di secondario. Eppure questo non dissuade affatto dal ripetere il gesto; si deve fare qualsiasi tentativo ed è difficile capire quale sia l'intervento che riesce davvero a farsi carico di quel tipo di dolore e che eroga una risposta tempestiva ed efficace al dolore immenso e ingestibile della crisi suicidaria. Abbiamo scelto di concentrare i nostri sforzi sostenuti dalle Fondazioni che ci hanno finanziati, per intervenire più tempestivamente possibile nei pressi del gesto suicidale.

Un'altra area che ci sembrava scoperta è tentare di intervenire nei luoghi di aggregazione dove avvenga un suicidio da parte di un adolescente componente membro di quel luogo e di quel gruppo perché l'emulazione, l'identificazione, la glorificazione con le ragioni del compagno di classe, di banco, di squadra, di gruppo, ha una presa straordinaria (è noto da anni) sui ragazzi più fragili che trovano che quel gesto sia straordinariamente coraggioso e che ha dato una fama e una visibilità particolare a chi lo ha compiuto.

La terza area dove ci è sembrato che si potesse intervenire è il campo delle vittime di suicidio: fratelli, sorelle, partner di coppia, i genitori stessi, per proporre una sorta di autopsia psicologia alla ricerca delle ragioni del suicidio per raccogliere strumenti, documenti, testimoni.

Questi 3 tipi di intervento riservano difficoltà estreme, ma qua e là ci è sem-

brato che siano dotati di efficacia. Nell'intervento a scuola dove è morto un compagno di classe ci sono state grandi difficoltà a far capire alla leadership della scuola, in Lombardia, l'importanza di intercettare i compagni più a rischio per il loro collegamento stretto con il suicida, ma ci siamo riusciti e ora, quando succede, lo facciamo. La scuola è il luogo dove i ragazzi portano tutto, oltre al corpo e all'amore anche la violenza e la morte.

Suggerirei di lavorare su questo a chi si appresta a mettere insieme strutture che diano una risposta intelligente al significato profondo del richiamo dell'adolescente che tenta di uccidersi, perché queste situazioni coinvolgono altri ragazzi.

La sorpresa più importante che abbiamo avuto avviando il lavoro clinico con adolescenti in crisi suicidale è stato accorgersi che la regia della crisi stessa è nelle mani della fragilità narcisistica. Ci è sembrato vero quello che sostengono più autori, cioè che ne uccide più la vergogna della colpa. La vergogna è il sentimento di inadeguatezza, incompetenza, esclusione ontologica dalla possibilità di condividere ciò che succede attorno, di capire fino in fondo il linguaggio dei coetanei, il linguaggio del corpo, la relazione con il futuro, l'impressione di essere condannato ad imitare portandosi dentro un sentimento di esclusione, di non appartenenza, di non condivisione. Ciò nonostante emerge un bisogno disperato di contatto, di affetto e tenerezza rispecchiante, che possa presidiare l'area della propria nascita come soggetto sociale e sessuato, la permalosità, la sensibilità, l'insulto, l'offesa, la mortificazione. Ci è sembrato che il dolore che provoca la vergogna o il timore di trovarsi in situazioni "parenti strette" della vergogna, umiliati o mortificanti a scuola, in casa, in gruppo, nella coppia, nel contesto sociale o davanti allo specchio, sia un dolore dove l'adolescente, narcisisticamente fragile, non trova due o più soluzioni, ma lo sparire, il non farsi più vedere è una possibilità che può agire concretamente come soluzione. La colpa si confessa, ripara, aggiusta, si chiede scusa e si ritorna innocenti. La vergogna non riguarda una azione o un comportamento, riguarda il Sé, la bellezza e la presentabilità del Sé e comporta l'ipotesi, tipicamente adolescenziale, che si possa ricomparire sulla scena, ma questa volta, solo dopo aver compiuto un gesto che restituisce l'onore e le vendica per sempre. Quando le due correnti si incontrano, cioè la fragilità narcisistica incontra la mortificazione, l'umiliazione, il dolore della vergogna, il bisogno di scomparire e il bisogno di vendicarsi qui prende le mosse con la fantasia o con il progetto o con la vera condotta suicidale.

Ci ha sorpreso perché non avevamo nessuna preclusione rispetto alla possibilità che il comportamento suicidario in adolescenza obbedisse a una regia fortemente psicopatologica; tutti i coetanei, dalla mia adolescenza in poi, che sono morti suicidi erano ragazzi meravigliosi ma covavano un progetto segreto, il progetto suicidario, narcisistico, vendicativo che avremmo commentato con gli amici nel giorno del loro funerale.

Di fatto quando abbiamo aperto il dispositivo di presa in carico intensiva abbiamo cominciato ad avere un numero importante di richieste di segnalazione da parte di ragazzi che a pieno titolo potevano essere in crisi suicidarie anche se non avevano ancora compiuto il gesto, erano dominati nello spazio segreto e narcisistico del Sé da molti anni da un progetto suicidale che era cresciuto con loro, li aveva accompagnati e consolati dalle umiliazioni e dalle mortificazioni e che avevano perfezionato in ogni tipo di dettaglio. **Abbiamo così allargato la concezione del suicidio in adolescenza: c'è il "tentativo" che fa parte della grande famiglia della crisi suicidale, e lì può commetterlo o no, ma si trova nella stessa dinamica, sospinto dalle stesse motivazioni.** In certi casi il progetto era nato in una fase più sfortunata della loro esistenza, e che avevano celato a tutti perché era narcisistico, onnipotente, violento, che annichilisce l'importanza delle relazioni oggettuali e non se ne può parlare con nessuno. Si capisce benissimo che la mente degli adulti non dà diritto di cittadinanza a fantasie suicide, né ai figli né ai propri studenti né a nessun conoscente. Ma ad un certo punto può succedere che le esperienze della vita consentano ad un adolescente di lasciar parlare anche gli altri, quelli più propensi a immaginare che esista una dimensione del tempo detta futuro in cui si realizzerà il se, e si avrà accesso ad un'altra qualità di relazioni e si potrà lasciarsi amare ed essere amati, e si instaurerà un rapporto più veridico meno mimato, meno costruito sull'imitazione degli altri per avere successo.

I ragazzi entrano in crisi suicidale perché sono spaventati, perché sono inseguiti dal progetto suicidale che abita dentro di loro e chiede loro quasi una devozione, quella di rispettare un impegno etico preso con la morte: "lo hai detto, lo hai promesso, l'hai pensato, progettato, hai perfino immaginato lo strumento, l'arma, la location, la presentazione e l'addobbo del cadavere e chi lo avrebbe incontrato per primo. Hai pensato anche al testamento, le letterine d'addio e adesso non se ne fa più nulla, vergognati!" E così si riapre la porta della crisi

suicidale e questo ragazzo può essere considerato a pieno titolo di nuovo in crisi; solo che è già un po' più alleato degli altri. Sé che non condividono il progetto suicidale, non sono ammutoliti come ammutoliscono quando la crisi suicidale si sviluppa appieno e il Sé scisso suicidale che progetta da tempo la morte volontaria come soluzione del problema della non appartenenza riprende da tempo.

Nella nostra esperienza tutti i ragazzi che avevano effettuato un tentativo di suicidio ci avevano già pensato al suicidio, lo avevano progettato senza che nessuno si accorgesse di nulla. Per gli adulti è molto difficile capire che la sera in cui un ragazzino, più frequentemente una ragazzina, si alza dal letto, va in bagno, apre lo sportello dell'armadio dei farmaci e prende 5 antidepressivi della mamma accompagnati da un po' di grappa del papà e si mette a letto pensando che dopo pochi secondi morirà, invece la mattina dopo si sveglia con il mal di testa e deve andare a scuola..., è molto difficile capire che quello è un tentativo di suicidio vero di cui nessuno prenderà atto. Nella storia di vita dell'adolescente che ora finalmente dopo l'urlo del tentativo di suicidio può avere accesso alla parola perché si trova in un dispositivo estremamente accogliente rispetto ai suoi pensieri sulla morte volontaria, può raccontare da quanto tempo è successo che la sua fantasia suicidale, un appuntamento frequente in adolescente, fosse un appuntamento ineludibile: come sia diventato un progetto, si sia arricchito di dettagli e di particolari, sia diventata un'arma segreta da tenere in tasca caso mai aumentasse il livello di umiliazione del contesto. Allora tutto questo acquista una virulenza particolare se siamo nel contesto di una particolare esposizione al dolore della vergogna ed è questa fragilità narcisistica quella che impedisce di realizzare i compiti evolutivi delle varie fasi di sviluppo relative alla identità di genere maschile e femminile. Ed è questa certezza di essere già da tempo in una situazione di scacco evolutivo, di simulare l'inserimento nel gruppo, persino l'amore di coppia, il successo scolastico, sportivo, tutti successi che è la stessa fragilità narcisistica a chiedere che avvengano. Molti adolescenti che muoiono suicidi non vengono beatificati per quel gesto solo, ma erano già famosi prima perché la loro fragilità li sospingeva a cercare il successo, a essere conosciuti, visibili, i capitani della squadra di calcio, i promotori della band musicale. La fragilità narcisistica simula che il processo di crescita vada avanti attraverso l'acquisizione di successi, attraverso il segreto che consola, che riman-

da a data da destinarsi il momento della vendetta che è anche il ripristino del proprio onore. Però influisce sulla percezione che ha il soggetto di essere in una situazione di scacco evolutivo: aver solo simulato l'autonomia dalla madre, di aver solo simulato la propria capacità di farsi valere come soggetto sociale -non più figlio non più bambino- e di essere capace di gestire la propria nuova corporeità post puberale e di essere riuscito a costruire una immagine del nuovo corpo dotato di senso, abilità, competenze. Ma non è così, perché la sua percezione invece è di aver accumulato un ritardo e di aver simulato, venduto fumo, come al solito di esser abile in questo stile relazionale. Ed ecco come siamo debitori a Ladame per le sue ricerche sul corpo come schermo su cui si proiettano le proiezioni e che diventa esecrabile per mille motivi, perché è la madre, perché vuole comandare lui etc.

Noi crediamo che il corpo post puberale abbia 3 caratteristiche splendide per molti adolescenti, ma inaccettabili per chi abbia una fragilità narcisistica, perché il corpo sessuato è un insulto al bisogno di dominio della mente di un adolescente così. È inaccettabile il fatto che ora il corpo chieda di mettersi alla ricerca del corpo complementare, perché altrimenti rimane inspiegabile sia la sua morfologia che il suo funzionamento, e quindi bisogna mettersi alla ricerca del corpo complementare unendosi col quale finalmente si capisce e si può festeggiare, perché il corpo sessuato sia costruito in quel modo. Ma questo è un altro insulto all'autosufficienza regale dell'adolescente fragile narcisisticamente, che non può accettare facilmente di mettersi a studiare con devozione come fanno i suoi coetanei e coetanee, le condotte di seduzione e corteggiamento che consentono di portare il proprio corpo vicino al corpo complementare per festeggiare lo scambio dei doni e del piacere. E poi il corpo sessuato ha palesemente una data di scadenza: è il corpo definitivo, complementare maschile e femminile, è mortale, invecchierà e si ammalerà. È dal corpo che partono i pensieri, le fantasie, i tentativi di rappresentazione ed di simbolizzazione e la scelta che l'adolescente farà rispetto al tema della propria mortalità.

Se l'adolescente è narcisisticamente fragile è difficile costruire una immagine mentale del nuovo corpo, elaborare il lutto per la perdita del corpo onnipotente, niente affatto complementare ma del tutto autonomo dell'infanzia, il corpo immortale del bambino che teme la morte degli altri ma non conosce la morte sua. Allora quello che secondo noi succede è che il corpo non viene mentalizza-

to, rimane lì disponibile, cammina vicino al Sé ma non gli coincide, è extrateritoriale; ho l'impressione che molti adolescenti abbiano cercato di farmi capire come, prima dell'attacco definitivo mortifero al corpo, avevano l'impressione di camminare per strada portandosi appresso non un corpo come oggetto transizionale che passa dal momento della separazione dalla famiglia/dall'infanzia/dalla madre verso l'oggetto d'amore come gli altri coetanei, ma si portavano in giro un cagnolino a cui si può dare un calcio, fare un taglio oppure buttare sotto la metropolitana, perché non coincide con il Sé. Questo ci spiega uno dei grandi misteri del desiderio di morte degli adolescenti: vogliono morire o vogliono uccidersi? Allora quando con loro siamo in confidenza e l'alleanza si è stabilita abbiamo costruito una piattaforma verbale anche con uno slang, intorno ai fattori di rischio che spingono verso la morte volontaria, gli si chiede allora: provi ancora quella forte spinta di cui mi hai tanto parlato ad ucciderti senza morire? Perché vuoi ucciderti ma assistere ai tuoi funerali? Sei sicuro di sapere cosa vuol dire morire, non esserci? Davvero l'attacco al corpo è l'attacco alla vita; l'adolescente ha la capacità di simbolizzare la morte. Noi ci siamo affezionati a questo che è fragilino da un punto di vista della teoria e della clinica, ma che molti ragazzi reduci da un tentativo di suicidio ci confermano: dicono che ad un certo punto non avevano scampo, si ritrova lungo i tornanti della crescita di fronte ad un ostacolo insormontabile, che non è aggirabile con le solite tecniche, non si passa da lì; e l'ostacolo insormontabile minaccia una mortificazione senza uguali, intollerabile al solo pensarla, oppure l'ha appena provocata, ma non è che la mossa di apertura di una serie di mortificazioni che smaschererà le doppie/triple vite, l'inadeguatezza, la bruttezza interiore, l'impossibilità di accedere all'amore, al contatto profondo. Questo mito qua diventa insostenibile che sia il padre, la professoressa di matematica, il gruppo o il corpo stesso, è per trovare uno scampo che ci si uccide.

Spessissimo il nuovo oggetto d'amore è collegato nella dinamica suicidale; noi facciamo il tifo per restituire alla coppia adolescenziale la dignità terribile che ha la perdita della coppia, il tradimento, l'assistere alla propria morte nella mente dell'altro che fino alla sera prima ti pensava, c'eri, lo sentivi che c'era, e il giorno dopo non ci sei più, sei morto. La prima volta che succede, se succede ad un adolescente fragile, è altamente traumatico, è già più che sufficiente come trauma. L'elaborazione dell'adolescente non è affrontare il lutto per la perdita

dell'oggetto d'amore ma è la mortificazione che gli è somministrata, la vergogna sociale che deve affrontare. Come è possibile subire una perdita di bellezza di valore, una umiliazione così cocente? Scatta la rabbia vendicativa, il gesto è imperdonabile e molti partner di coppia che pensano di darsi alla pazzia gioia dovranno ricredersi perché avranno alle calcagna l'adolescente narcisisticamente fragile che ora vuole vendicarsi o facendo trovare il proprio cadavere a perenne memoria o organizzando vendetta sull'oggetto. Ci sono ragazzi che lo sono in modo particolare e lo sono sempre stati, con rassegnazione dobbiamo dire che hanno una certa allure cronica, che un sé scisso perverso narcisista sadico abbia occupato un luogo segreto della loro mente e tiri le fila di tutto ciò che succede nel profondo lasciando immutata la superficie con una ideazione ossessiva, una ruminazione ripetitiva ed estenuante ma anche eccitata. Si pensa alla morte e compaiono i comportamenti suicidali che vengono previsti e attuati in un clima di consapevolezza; non minacciano te, ne parlano perché vogliono che tu sia presente, che partecipi, ti danno qualche chance perché tu faccia il tifo per la vita ma ti avvertono che non c'è nulla da fare, ma vogliono che tu presidi l'area del loro incontro festoso con la morte, sono davvero tristi quando devi andarli a prendere al pronto soccorso o escono dal coma, sono tristi perché sono ancora vivi. **Nella nostra esperienza è impensabile riuscire a capire se non si fa un lavoro con i genitori, perciò abbiamo pensato di coinvolgerli totalmente.** Studiare un setting che ci consenta di essere là a parlare con la madre, non con la moglie, né con la donna, né con il soggetto sociale, ma con la madre dell'adolescente narcisisticamente fragile, reduce da un tentativo di suicidio che sta progettando il suo suicidio. D'altro canto la disperazione, la confusione, la rabbia dell'esposizione alla violenza della minaccia suicidale del figlio, parlare con la madre aiuta moltissimo a capire quale è il significato comunicativo relazionale simbolico del gesto. La madre ad un certo punto, nel tempo, riesce ad entrare a far parte dell'equipe terapeutica, non è più una destinataria dell'intervento di sostegno, ma è un elemento del contesto che favorisce la ripresa della fase evolutiva; il padre altrettanto, il padre di dell'adolescente che lo ha sfidato, ha negato la sua importanza, ha dichiarato che vuole suicidarsi e lo ha scritto sul diario.

L'adolescente reduce dal tentativo di suicidio, tre operatori, che si abbinavano con il ragazzo e con i suoi genitori. Ci si separava dandosi appuntamento dopo

15 giorni per ritrovarsi a dare la restituzione di senso al gesto insensato, trasformare in una narrazione l'urlo senza voce. Questo diventava possibile se c'è chi si è identificato/immedesimato veramente in solitaria con le ragioni della madre, del padre e del ragazzo; una famiglia naturale e una famiglia istituzionale che si alleano anche per ritirare le proiezioni, riscrivere il progetto educativo e raccogliere il senso del messaggio terribile che è arrivato inaspettato, sorprendentemente, creando confusione e lacerando la tranquillità apparente della famiglia. Parlare con la madre dell'adolescente, pensare che sarebbe bello che riuscisse a trovare una nuova collocazione rispetto al processo di crescita e che potesse ri-simbolizzare quella di prima che aveva con il figlio bambino. Non è semplice, abbiamo cercato di formalizzare il lavoro clinico con il ruolo materno nel corso della crisi suicidale del figlio. O la madre vede il gesto come una espressione di difficoltà ed allora si trova nelle migliori condizioni (pur essendo influenzata dal senso di colpa che sperimenta per il blocco evolutivo del figlio) per riprendere il processo di simbolizzazione e crescere insieme al figlio nella nuova relazione educativa, oppure può anche guardare al desiderio di morte del figlio, al suo comportamento violento nei confronti della loro relazione, del corpo e della vita che lei gli ha regalato, come a una espressione profonda del sé; allora la competenza presume che bisogna rimetterlo dentro la relazione e la mente della madre e farlo rinascere dalla parte giusta, non più con il desiderio di morte, ma con quello di vita, di amare, di accoppiarsi.

Anche per il padre è possibile una operazione di presa in carico della crisi suicidaria del figlio adolescente. Il padre non a caso sembra più vicino a una dimensione di un ideale dell'Io ipertrofico che viene incorporato dai ragazzi e che spesso nel gioco delle proiezioni si ritrova fuori come ostacolo che non si riesce a superare se non con il progetto segreto che è la morte. Intanto che il padre e la madre cercano di capire il messaggio, l'intenzione, e in che misura la faccenda li riguarda e quale è il messaggio reale che il gesto contiene e come si possa organizzare una risposta, bisognerà che qualcosa cambi. Il ragazzo con il suo terapeuta nell'altra stanza cerca di realizzare queste 3 cose tempestivamente, ovvero appena uscito dal danno biologico.

**L'intervento è intensivo nelle prime settimane: li si vedevano tutti i giorni per creare intorno a loro un contenitore.** Il tentativo di controllare non riduce il rischio, ma l'antidoto è l'offerta di una relazione, forte empatia davvero ri-

specchiante del loro dolore e disperazione che regali la possibilità di trasformare in un racconto condiviso ciò che è stato sofferto, sapendo che la mamma e il papà stanno cercando di capire.

Gli obiettivi della prima fase, del primo mese, quella dell'urgenza è di, quando c'è, individuare bene l'ostacolo, consegnare il messaggio, portarlo a chi era indirizzato, e poi i 2 grandi temi: questo corpo disponibile per essere massacrato deve essere riconquistato e riabilitato, e la personalità narcisistica c'era prima e ci sarà anche dopo, ma si può diventare grandi, creativi, espressivi, generosi cittadini all'interno del narcisismo.

**Uno dei pezzi forti è la ricostruzione della giornata del tentativo di suicidio.** È come se fosse scritto tutto lì, condensato nei gesti, nelle azioni, nelle emozioni e nei sentimenti. Descritta come una giornata molto più serena, contenta; una fonte di informazioni e una elaborazione del trauma del momento psicotico, qui c'è dentro tutto il passato, il presente e il cadavere del futuro. Facciamo dei test e la restituzione con i genitori quando funziona, quando il dolore dei genitori ha trovato la strada e non è negato attraverso la banalizzazione e non è paralizzante e non interferito dal rapporto coniugale, allora come obiettivo c'è l'incontro lungo e intenso, come scambio di passioni umane (la lotta per la ricerca della verità affettiva che ha portato alla morte), la riformulazione del progetto educativo, l'erogazione di un sostegno narcisistico e la riduzione delle aspettative narcisistiche.

**\*Intervento a scuola in occasione della morte per suicidio di uno degli studenti.**

Tutto deve essere fatto per riuscire ad organizzare il clima di disperazione che c'è tra i compagni, la mente del gruppo classe è in lutto e confusione totale. La scuola spesso non sa cosa fare. Il nostro obiettivo è che possa essere seppellito con onore ma esecrato il modo con cui ha annientato il valore dei legami e vincoli, abbandonato e tradito la classe. Riguardo al loro amico gli altri ragazzi devono pensare: "adesso dobbiamo piangere ma è stato anche un pirla a non tenerci in considerazione, a non dirci che aveva questa intenzione". Esecrare il suicidio e ricordare per sempre. Attorno a ogni ragazzo c'è una rete, bisogna tenere gli occhi anche sulle altre classi, è importante incontrare i ragazzi e vedere se i loro contesti familiari li possono accogliere e se non apriamo la scuola e studiamo una delle materie fondamentali della vita e cioè la relazione con la morte.

*Dr. M. Brighenti, Dott.ssa M.A. Melegari, Dott.ssa C. Begnini*

**L'attività clinica con l'adolescente T. S. dell'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia dell'Età evolutiva: un modello integrato di intervento.**

**Presentazione dell'attività di intervento e prevenzione delle ricadute del T. S. e delle condotte parasuicidarie da parte dell'U.O.C. di NPIPEE dell'ULSS 20 di Verona.**

*Dott.ssa M.A. Melegari*

**“L'attività clinica con l'adolescente T.S. dell'U.O.C di NPIPEE: un modello integrato di intervento”.**

Il modello di intervento integrato per la prevenzione e la presa in carico dei tentati suicidi e delle condotte parasuicidarie in adolescenza, in rete con altri Servizi, è in parte il risultato del percorso, che qui brevemente presenterò, fatto all'interno del nostro Servizio ambulatoriale di NPIPEE, per arrivare alla messa a punto nella pratica clinica di risposte organizzate intorno alle problematiche adolescenziali.

Dalla metà degli anni '90 circa, sollecitati dalle richieste di altri Soggetti (CIC, Dipartimento di Prevenzione, Servizi Sociali, ecc), impegnati a diverso titolo a prevenire comportamenti a rischio nell'età adolescenziale, abbiamo lavorato per metterci in rete con azioni proprie preventive che mantenessero le peculiarità della missione della NPI ma contribuissero al più ampio concetto di salute mentale in età evolutiva.

Nel novembre 2001 il Servizio di NPIPEE organizza un convegno “Il senso dell'incidente in adolescenza” invitando la Prof.ssa Paola Carbone dell'Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.

In questa occasione la prof.ssa Carbone ci presentava i risultati ottenuti dalle ricerche sulla “Valutazione dei fattori di rischio psicologici negli incidenti tra-

matici in adolescenza” e una metodologia di prevenzione, non solo informativa ma anche trasformativa mirata alla specifica problematica del rischio in adolescenza. L'esposizione al rischio in adolescenza, ci ricordava Paola Carbone, dipende dalla possibile interazione di diversi fattori individuali, gruppali e sociali specifici di tale fase evolutiva. In adolescenza il disagio è espresso più facilmente attraverso comportamenti agiti piuttosto che con processi mentalizzazione.

L'esposizione al rischio esprime in genere una difficoltà di proteggersi piuttosto che la “ricerca del brivido”. Dalla presentazione della sua ricerca-intervento siamo stati suggestionati dall'utilità di incontrare l'adolescente subito dopo, là dove è possibile, l'incidente accorso per poterne accogliere la non casualità dell'evento, prima che la banalizzazione o la rimozione dell'incidente e delle dinamiche ad esso sottese ne facesse perdere il significato. Un intervento quindi analogo a quello già proposto in altri paesi europei proprio per i ragazzi che hanno tentato il suicidio.

Lo scopo di questo convegno era di diffondere i dati e sensibilizzare ulteriormente i ricercatori, clinici ed istituzioni, sul difficile compito di trovare risposte sempre più efficaci al sostegno dello sviluppo adolescenziale e di contrastare i comportamenti a rischio. Abbiamo così presentato anche noi un Progetto di intervento sulla falsa riga di quello di Paola Carbone ad una Fondazione; purtroppo però non ci è stato finanziato.

Ma continuando a riflettere anche grazie all'esperienza clinica sul concetto che gli adolescenti hanno del rischio e constatando i limiti delle campagne informative, se pur necessarie, era sempre più utile costituire uno spazio in cui gli adolescenti potessero porsi e porci delle domande, sostenendoli nella loro capacità di interrogarsi e di riflettere per meglio così coniugare gli aspetti cognitivi con quelli emotivi.

Nel giugno 2002, insieme ai Consultori Familiari dell'ULSS20, organizziamo una tavola rotonda “Una nuova proposta per la prevenzione dei rischi psicosociali in adolescenza” e viene presentato il progetto “Porte Aperte”, per l'apertura di un Centro di Ascolto per adolescenti con finanziamento L.285/97. La Dott.ssa Gemma Pompei, responsabile dei Servizi di Psicologia Clinica di Trento e docente di Psicopatologia Generale presso l'Università Cattolica di Brescia, presenta la sua relazione su “Sviluppo e psicopatologia in età adolescenziale:

quali risposte?”. Sarà proprio la Dott.ssa Pompei il formatore al counseling per il gruppo di lavoro del progetto Porte Aperte. In questa occasione alla tavola rotonda i diversi rappresentanti istituzionali portano il loro contributo al contrasto del disagio psico-sociale e psico-educativo in adolescenza presentando le loro azioni per una ricerca di una sempre più efficace messa in rete delle risorse.

A questa tavola rotonda sono intervenuti: il Dr. M.T. Giardini, Primario NPIPEE dell'ULSS 20 di Verona; il Dr. A. Ricci, Dipartimento per la Salute Mentale di Verona; il Dott. S. Molon, Dirigente Centro di Responsabilità Socio-Assistenziale del Comune di Verona e Responsabile del progetto per adolescenti L.285/97; il Dr. M. Dusi, allora Responsabile del “progetto adolescenti” dell'Ospedale Villa Santa Giuliana di Verona; e, infine, il Dott. A. Padovani, Direttore Strutture Educative Istituto Don Calabria di Verona.

Arriviamo al settembre 2002, quando, in riferimento alla delibera della Giunta Regionale del Veneto del 2001 (n. 3568), il nostro “**Progetto di intervento di prevenzione del suicidio e delle condotte parasuicidarie in età adolescenziale**” viene messo in rete a livello regionale ed inizia la collaborazione con i Servizi di NPI di Venezia, Padova, Treviso e Vicenza.

Nel novembre 2002, nell'occasione del 40° anniversario di fondazione del Servizio NPIPEE di Verona, viene organizzato il convegno: “**L'adolescente borderline e la coppia genitoriale**”. In questa occasione poniamo l'accento sulla necessità di trovare modalità di presa in carico terapeutica per adolescenti che presentano quadri più severi sul piano comportamentale, relazionale, sociale.

La presa in carico a medio e lungo termine dell'adolescente, i colloqui esplorativi con la coppia genitoriale e la sua presa in carico in riferimento alla sintomatologia espressa dal figlio, e la consulenza a coloro che a diverso titolo ruotano attorno all'adolescenza, sembra essere un modello impegnativo ma anche più idoneo a rispondere a tali bisogni di cura. Così viene espresso dalle relazioni del Prof. Mario Bertolini Direttore della Clinica NPI Università di Milano “La Bicocca”; del Prof. A. Giannakoulas presidente AIP Associazione Italiana Psicoanalisi - Direttore Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica del bambino e dell'adolescente di Roma e dalla Prof.ssa Francesca Neri, Cattedra di NPI Università di Brescia, che già ci aveva accompagnato per diversi anni nella nostra attività formativa.

Alcuni operatori del nostro Servizio a tutt'oggi seguono i seminari sulla psicopatologia del bambino e dell'adolescente e sulla diagnosi e cura della coppia genitoriale presso l'ASNEA di Monza.

Nel 2004 con il Convegno “**Passaggio al futuro**”, in collaborazione con i Consultori Familiari, in occasione del bilancio finale dell'esperienza nata con il finanziamento L.285/97, la NPIPEE esprime la volontà di proseguire l'intervento di prevenzione al disagio psico-sociale mantenendo aperto con proprie risorse e con l'aiuto della 1° Circoscrizione del Comune di Verona, che concede lo spazio, lo sportello di counseling per adolescenti “Porte Aperte”. Anche in questa occasione la Dott.ssa Pompei e il Prof. Pietropolli Charmet contribuiscono all'arricchimento della comprensione degli stili comunicativi e delle manifestazioni della sofferenza dei cosiddetti “nuovi adolescenti”.

Il 19 maggio 2006, al Convegno organizzato dall'Azienda ULSS12 Veneziana “**I tentativi di suicidio in adolescenza. Occuparsi della crisi: le frontiere dell'intervento**”, presentiamo un report in merito alla ricerca effettuata presso i Reparti di Pronto Soccorso e Psichiatria dei due Ospedali della città di Verona, sull'accesso di adolescenti e giovani adulti con tentato suicidio. Qui abbiamo avuto l'opportunità di confrontarci con le altre ULSS venete partner del progetto regionale e che hanno condotto la medesima ricerca nei loro territori.

Nel 2007, “Porte Aperte” promuove un evento culturale invitando il Prof. Pietropolli Charmet e il Dott. Paolo Salvador, autore del libro “Bravi ragazzi” per mantenere vivo l'interesse e l'importanza di incontrare l'adolescente in “crisi” in uno spazio “neutrale” e di libero accesso nella fiducia di dargli una possibilità di mettersi “in moto” con le proprie risorse o di sostenerlo per una richiesta di aiuto più mirata nel caso di problematiche importanti.

L'attività clinica nell'area dell'adolescenza sviluppatasi lungo questo percorso ci ha portato a programmare una formazione triennale 2007/2009, teorica e clinica, condotta dalla Dott.ssa Simonetta Bonfiglio Senise, psicoanalista SPI, sulla psicopatologia nell'adolescenza dal titolo “**Ambiente di vita, ambiente di cura**”, per gli operatori del gruppo di lavoro area adolescenza del nostro Servizio di NPIPEE, estesa agli operatori delle Psichiatrie dell'ULSS20 e agli operatori del “Servizio Adolescenti” dell'Ospedale Villa Santa Giuliana.

In questa slide vogliamo riassumere, attraverso l'immagine di un albero, ciò che è stato fatto fino ad ora per l'adolescenza al nostro interno e in rete con gli altri Servizi.



Il gruppo di lavoro, qui rappresentato alla base dell'albero, mantiene vivo l'impegno sulle messa a punto di strategie di prevenzione e cura alle problematiche adolescenziali.

Ed oggi, con "L'urlo senza voce", portiamo la nostra esperienza clinica con l'adolescente TS in un modello integrato di intervento.

Ora passo la parola alla Dott.ssa Begnini che presenterà brevemente il Progetto e porterà il suo contributo in merito all'esperienza clinica con l'adolescente T.S.

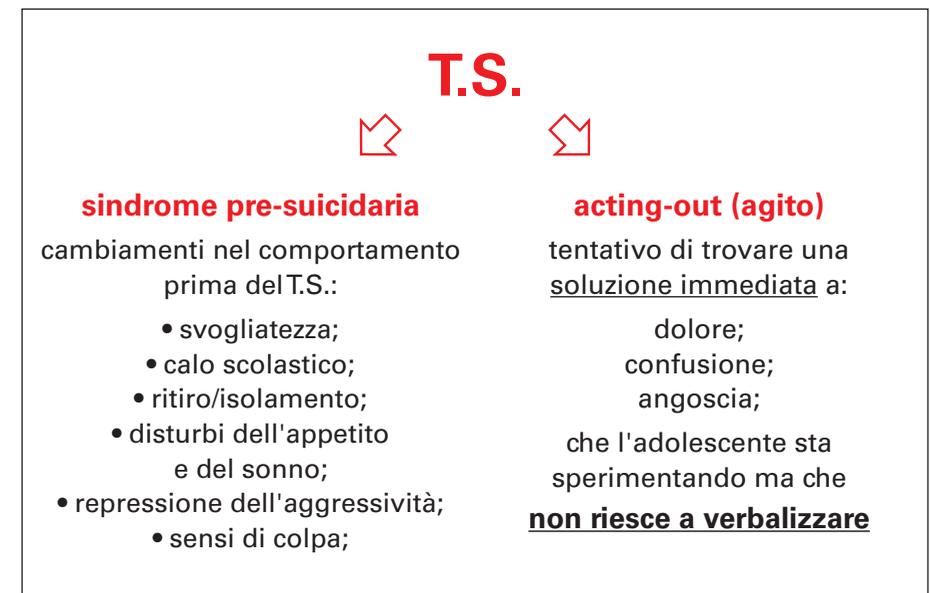
*Dott.ssa C. Begnini*

## Progetto di intervento di prevenzione del suicidio e delle condotte parasuicidarie in età adolescenziale.

Andiamo ora a presentare brevemente il "Progetto di intervento di prevenzione del suicidio e delle condotte parasuicidarie in età adolescenziale", elaborato e steso nell'aprile 2002 e che datiamo come operativo nel settembre 2003, quando è stata presa in carico la prima paziente con tentato suicidio attraverso le procedure di collaborazione con gli Ospedali di Verona.

Prima di andare al Progetto vero e proprio, vorremo elencare, in modo riassuntivo e necessariamente parziale, alcuni dei presupposti fondamentali per la comprensione del tentato suicidio in adolescenza, in quanto rappresentano la base teorica e le ragioni che ci hanno portato ad impostare e organizzare, fino ad ora, in un determinato modo il lavoro clinico con l'adolescente T.S.

Il tentato suicidio, come si può vedere in questa slide, può manifestarsi fondamentalmente in due modi ed uno non esclude l'altro.



Può essere presente prima del gesto una cosiddetta sindrome pre-suicidaria e tale osservazione ci ha portato a ritenere molto importante collocare come uno degli obiettivi del Progetto la collaborazione con i medici di base e con i pediatri. Diverse ricerche in effetti hanno dimostrato che la settimana prima o il mese precedente ad un T.S. il paziente si rivolge al proprio medico di base per sintomi o disturbi di natura organica non ben specificata.

Certamente però il tentato suicidio è il più delle volte un acting out, un agito, attraverso cui l'adolescente cerca maldestramente una soluzione immediata ad un disagio intollerabile, legato all'angoscia, al dolore e alla confusione, che pur sperimentando, non è in grado di verbalizzare. Questo è il motore che ci ha portato ad organizzare una risposta al T.S. tempestiva e urgente, come vedremo più avanti. Poi il T.S. in adolescenza, come sottolineava il Prof. Pietropoli Charmet, va capito e trattato all'interno delle relazioni significative che l'adolescente ha in quella fase della sua vita e quindi nel nostro modo di lavorare con i T.S. è irrinunciabile il lavoro con la coppia genitoriale.

Ecco allora che, riassumendo, l'intervento psicologico con l'adolescente T.S. deve essere TEMPESTIVO, INTENSO, e INTEGRATO; così facendo si può parlare di vera prevenzione, dato che lavorando clinicamente sulla situazione si fa prevenzione secondaria e questa è considerata da fonti autorevoli la strategia di prevenzione di maggior successo.

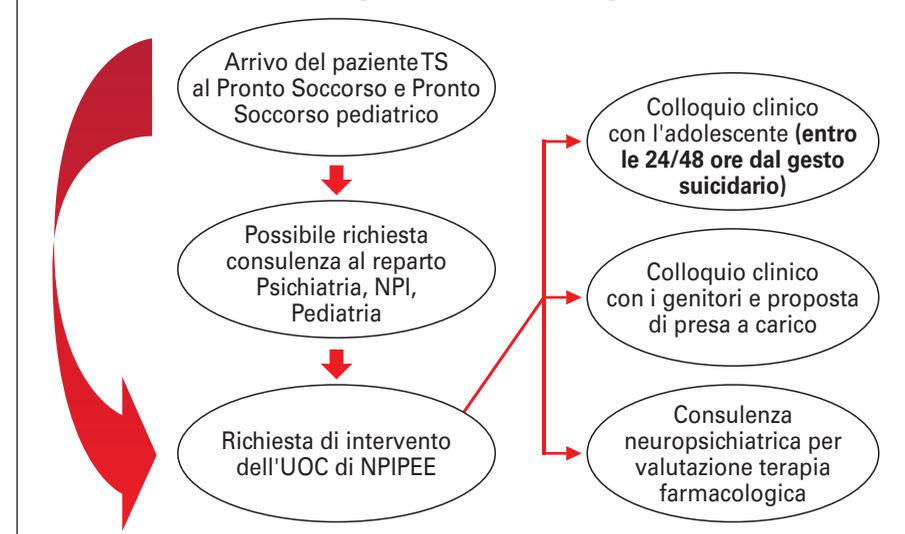
Andando al Progetto vero e proprio, qui di seguito vengono elencati i suoi principali obiettivi. In riferimento al primo obiettivo sono disponibili alla reception, per chi ne fosse interessato, alcune copie degli atti del Convegno tenutosi a Venezia il 19 maggio 2006 e dove sono stati presentati, anche, i risultati della nostra ricerca sui T.S. adolescenziali e dei giovani adulti afferiti ai due Pronto Soccorsi della città di Verona nel triennio 2000-2002.

## OBIETTIVI DEL PROGETTO

- Raccolta dei dati e approfondimento della comprensione e delle caratteristiche epidemiologiche del fenomeno.
- Creazione e mantenimento di un canale preferenziale di accoglimento all'UOC di NPIPEE di adolescenti TS.
- Attuazione di un protocollo di lavoro tra i reparti di Pronto Soccorso/Psichiatria/NPI e l'UOC di NPIPEE.
- Intervento diretto sul paziente adolescente in fase acuta (entro le 24/48 ore dal TS).
- Coinvolgimento della famiglia dell'adolescente nella proposta di intervento.
  - Coinvolgimento dei medici di base e dei pediatri.

In questa slide è presentata la procedura di invio dell'adolescente T.S. al nostro Servizio e i tre step del nostro intervento clinico.

## PROCEDURA per l'invio del paziente T.S.



Quest'ultima diapositiva, invece, mostra la prima scheda di accoglienza dell'adolescente T.S. che noi compiliamo a scopo puramente epidemiologico; l'intento è infatti che questa potrà essere utilizzata in futuro come strumento di rilevazione dati comune anche ad altre ULSS venete, partner del primo progetto regionale.

### Prima scheda accoglienza adolescente T.S.

<b>Data del T.S.</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>Indirizzo</b>	
<b>Telefono</b>	<b>Medico curante</b>	
<b>Come si presenta:</b>	<b>Modalità usata:</b>	
da solo	psicofarmaci	
con il padre	soffocamento	
con la madre	veleni e tossici	
con il partner	precipitazione	
con altri	taglio/punta	
	alcool	
<b>Situazione in cui si è verificato il T.S.:</b>		
da solo	in presenza di: familiari	
	coetanei	
	insegnanti	
	altro	
<b>Luogo del T.S.:</b>		
abitazione		
scuola		
altri luoghi		

*Dott.ssa C. Beghini*

### L'esperienza clinica con l'adolescente T.S.

L'opportunità di iniziare a lavorare con gli adolescenti che hanno tentato un suicidio non è stata fin da subito colta da me come una vera e propria opportunità, in senso ampio del termine.

Ho potuto capire così come è profondamente radicata e vera, anche in chi dovrebbe prendersi cura dell'altro, la tendenza a starne fuori, ad evitare il contatto con questa area del disagio così misteriosa e inquietante. Il termine stesso suicidio, tentato suicidio, lo si usa quasi con cautela come a non voler svegliare e scomodare fantasmi terribili e inevitabilmente legati alla perdita.

Doversi avvicinare a chi si è avvicinato alla morte per sua volontà e deliberatamente richiede uno sforzo e una fatica che vanno al di là della buona volontà o dell'impegno, proprio perché toccano un istinto, quella della sopravvivenza, che ci porta, tutti, a rifiutare la morte e chi la procura.

Faccio questa premessa perché tale disagio iniziale che io ho provato (e che tuttora mi trovo a provare talvolta) mi ha portata a capire con più indulgenza i genitori, i sanitari, i ragazzi stessi che con tanta fretta e forza vorrebbero dopo un T.S. "metterci la cosiddetta pietra sopra". La voglia e il bisogno di dimenticare in fretta ciò che è successo, quasi come non fosse successo, è la prima e comune caratteristica che ho ritrovato in tutti i nostri adolescenti T.S. "Non so perché l'ho fatto, così...", "non volevo mica uccidermi", "è stato solo un momento, ero arrabbiato", "comunque ora sto bene, ho capito e non lo farò più, va tutto bene adesso"; frasi queste che i ragazzi dicono con una convinzione che però ben attecchisce con il desiderio in chi li ascolta di crederci e di chiudere velocemente il caso con l'etichetta di "gesto dimostrativo". Voglio dire cioè che laddove il paziente T.S. si nasconde e banalizza spesso c'è un adulto che collude e che, in buona fede, vuole a tutti i costi credere che sia stato solo un momento, un agito senza un vero perché e nemmeno molto da approfondire. Ecco allora che la prima sfida da affrontare con l'adolescente che ha tentato il suicidio mi è parsa apparentemente semplice ma anche molto complessa e cioè quella di dargli importanza, di accettare l'evidente valore comunicativo del gesto suicidario e quindi di prenderlo in mano e trattarlo.

È riconosciuto un po' da tutti come il primo colloquio clinico con l'adolescente in genere rappresenta un momento estremamente importante sia per valutare l'entità e la qualità del disagio sia per giocare la possibilità di un aggancio autentico e rispettoso. Con gli adolescenti T.S. che ho incontrato, ho potuto sperimentare che questa è una verità ancora più profonda e necessaria.

Durante il primo colloquio con un ragazzo o una ragazza che ha tentato il suicidio dobbiamo fare i conti con una fiducia nel mondo adulto che è spesso profondamente minata e la sensazione che il più delle volte ho avuto è che chi sta valutando non sono io ma è il paziente, e ciò che valuta è:

- se sono in grado di ascoltare senza aspettative, pre-giudizi o esortazioni che nascondono sempre e inevitabilmente il terrore di ricadute;
- se sono capace di tollerare i silenzi (caratteristica che spesso ho ritrovato nei primi colloqui con i T.S.) e quindi se sono capace di tollerare anche la componente depressiva che gradualmente colora il colloquio;
- se posso accettare l'idea di angosce, rabbie, vergogne inconsolabili e dilanianti;
- se posso talvolta perfino accettare anche l'idea che la morte possa essere vista come una soluzione.

Se l'adolescente che ha tentato il suicidio si sente profondamente e autenticamente libero di provare ciò che istintivamente verrebbe voglia di reprimere e di consolare, allora si può assistere ad un'apertura e quindi ad una lenta e graduale condivisione di queste emozioni, tenute per lo più nascoste e pericolosamente accarezzate in modo narcisistico dal ragazzo/a.

La critica, più o meno velata, che l'adolescente con tentato suicidio nell'arco di poco tempo spesso mi fa è questa "lei è arrivata troppo tardi". Ritengo che questo sia un fatto ineluttabile e che in effetti io arrivo dopo che le inquietudini interne dell'adolescente hanno inquinato e danneggiato il suo Io e dopo aver potuto vedere e trattare in diretta le angosce o le vergogne o le paure o i già presenti atti autolesionistici del ragazzo/a. E tale vissuto, che è del paziente ma che diventa anche mio, rappresenta controtransferalmente un elemento molto difficile da tollerare e anche da maneggiare; tuttavia credo rappresenti in maniera pulita uno dei nodi più significativi del dramma dell'adolescente T.S. in relazione proprio alle sue figure affettive di riferimento e, in tal senso, può diventare nel percorso terapeutico integrato (quanto è necessario che l'adolescente

sappia che i genitori sono a loro volta "curati") un elemento molto importante e di evoluzione positiva.

Lavorare con un adolescente che ha tentato il suicidio significa, per la mia breve esperienza accumulata fino adesso, lavorare innanzi tutto con una caratteristica che è già insita nelle peculiarità dell'età adolescenziale ma che qui ritrovo con molta più pregnanza: l'imprevedibilità ed è un'imprevedibilità che si snoda a più livelli:

- è imprevedibile prima di tutto quando può avvenire il gesto e ciò porta ad una perenne sensazione di pericolo e di attesa; e forse è questa l'emozione, legata al lavoro psicoterapico con l'adolescente TS, che rende più faticoso e stressante questo lavoro;
- è imprevedibile il cosiddetto movente (simili fattori scatenanti determinano reazioni molto diverse negli adolescenti);
- è imprevedibile poi il quadro diagnostico (quando vado in ospedale a conoscere un nuovo paziente che ha tentato il suicidio o si siede nel mio studio per la prima volta non so mai cosa aspettarmi e non sempre ritrovo una precisa psicopatologia, anche se sempre, finora, ho ritrovato un dolore profondo e soprattutto mimetizzato);
- è imprevedibile infine il percorso e la velocità con cui l'adolescente T.S. si muove nel tratto di terapia e di consapevolezza che si va a fare.

Certamente un elemento che nella clinica dell'adolescente con tentato suicidio ho spesso rilevato è quella che alcune ricerche chiamano la "capacità di insight"; in molti dei casi che finora ho trattato, la capacità introspettiva, di associare con rapidità, di intuire e ascoltare ciò che viene da dentro (ma anche da fuori all'interno della relazione terapeutica), è una qualità evidente e spiccata, tanto che per alcune situazioni ho sentito quasi un funzionamento mentale eccessivo e pericoloso, proprio a causa dell'insufficiente armamentario difensivo e di risorse personali che di contro l'adolescente T.S. ha. È come se alcune caratteristiche quali appunto la capacità di insight, una spiccata intelligenza anche emotiva, l'assenza di atteggiamenti tipicamente adolescenziali e direi superficiali non sia riuscita andare a pari passo con l'organizzazione difensiva sana a livello affettivo e con le risorse personali che portano in genere gli adolescenti a sperare, a credere in alcune illusioni, a vivere senza una profonda consapevolezza

za. Gli adolescenti T.S. che ho potuto conoscere non smettono mai di pensare, dicono che la testa gli fuma, dicono che loro “non se la raccontano”, si sentono diversi e incapaci di comunicare e condividere questa diversità in una chiusura narcisistica pericolosa e difficilmente scardinabile. Tuttavia, a fronte di tale mentalizzazione, è altrettanto evidente un aspetto opposto, l'impulsività, caratteristica inconfutabile presente nella maggior parte degli adolescenti che tentano il suicidio, che a me sembra avere la funzione spesso proprio di sopire il pensiero e l'angoscia e di mettere fine ad un processo auto-rinforzato intriso di solitudine e onnipotenza.

Il filo rosso che unisce (e talvolta trapassa) tutte le emozioni e i lavori mentali degli adolescenti con tentato suicidio è senza dubbio l'aggressività, la cui versione più esplicita emerge con il gesto impulsivo dell'atto autolesivo ma che in realtà aleggia sempre nel mondo intra e interpersonale del T.S. se pur in modo più spesso velato e mascherato. A mie spese devo dire che ho scoperto con il tempo di quanta rabbia, rancore, rivendicazione è colorato il mondo interno dell'adolescente che ha tentato il suicidio; dico a mie spese sia perché naturalmente il processo di “guarigione” passa attraverso emozioni e vissuti transferali, sia perché gli adolescenti T.S. faticano, più degli altri a mio avviso, a toccare e attaccare la coppia genitoriale, spesso tenuta fuori dallo studio o comunque protetta e giustificata. D'altronde ho dovuto arrendermi all'idea che pensare di morire piuttosto che chiedere aiuto o pensare di farsi del male e punirsi piuttosto che accettare il confronto con l'adulto, deve avere a che fare in qualche modo con l'idealizzazione e con un fallimento, grave o non grave che sia, all'epoca della dipendenza assoluta e, in adolescenza, con una impossibilità di mettersi autenticamente in contatto con chi ci ha dato la vita.

Il tragitto, allora, che l'adolescente T.S. fa dal momento del nostro incontro al momento delle dimissioni a me sembra che spesso percorra, al contrario, quello fatto con mamma e papà; dalla diffidenza iniziale che apre il vaso di Pandora di una fiducia di base rotta e malconcia, gradualmente, se le cose vanno come devono andare, il ragazzo/a anela alla dipendenza e, regredendo, pretende, senza chiederla esplicitamente, l'esclusività della cura, vuole sentirsi accudito/a come nessun altro, rivendica uno spazio privilegiato dove le angosce e le inquietudini sono finalmente depositate nell'adulto in attesa di una restituzione delle stesse con significato però evolutivo e non più mortifero. In questo

senso ritengo che, talvolta, iniziare una terapia con un T.S. a più sedute la settimana possa rappresentare un errore e un rischio sulla tenuta dell'alleanza ed esponga l'adolescente a paure e resistenze di diversa natura; mentre, viceversa, aumentare la cadenza delle sedute a distanza di qualche mese permetta, soprattutto nei casi più gravi come i mancati suicidi, di seguire il cammino interno del ragazzo/a garantendogli una presa in carico seria e costruita su di lui/lei e quindi terapeuticamente flessibile.

Vorrei infine accennare ad un ostacolo su cui spesso l'adolescente con tentato suicidio inciampa più di altri adolescenti ed è quello del timore (a volte terrore) di non essere in grado di trascinare al di fuori del setting terapeutico ciò che all'interno è stato sperimentato e consapevolizzato. La paura che “fuori poi magari rimane tutto come prima”, che “tanto quando starò male tornerà tutto come allora” e che, soprattutto “non è lei che deve capire, ma sono altri”; tutto ciò mi pare abbia molto a che fare con il senso di solitudine che accompagna in genere i T.S. e, contemporaneamente, con il terrore di rivivere in isolamento angosce che con molta fatica si è potuto condividere nella relazione con il terapeuta.

La componente narcisistica e onnipotente rimane a mio parere un elemento che gli adolescenti con tentato suicidio difficilmente abbandonano e la paura di non essere in grado di consolidare ciò che è stato conquistato va a pari passo con la fatica, così viva in questi ragazzi, di chiedere semplicemente aiuto quando ne sentono il bisogno.

*Dott.ssa M.A. Melegari*

### **L'esperienza clinica con la coppia genitoriale dell'adolescente T.S.**

Il più bello dei mari è quello che non navigammo. Il più bello dei nostri figli non è ancora cresciuto. I più belli dei nostri giorni non li abbiamo ancora vissuti. E quello che vorrei dirti di più bello non te l'ho ancora detto.

*Hikmet 1942*

I colloqui esplorativi con i genitori, che avvengono in un setting separato da quello dell'adolescente T.S., ma in contemporanea, mettono in risalto l'iniziale disorientamento e sconcerto per ciò che è stato agito dal figlio, sembra un doloroso evento avvenuto dal nulla.

Il T.S. intrude pesantemente nella coppia come un colpo fendente, cambiando lo scenario a loro familiare e costruito fin dal concepimento del figlio. Restituisce a loro e al terapeuta contemporaneamente il senso della perdita di legami comunque conosciuti e nostalgia della loro unità. La tendenza dei genitori ad affrettarsi a "voltar pagina" è pari al desiderio di "metterci una pietra sopra" dell'adolescente ora descritto dalla dottoressa Begnini. Il delicato compito di sostenerli a tollerare la frustrazione dell'impossibilità di soluzioni immediate che ci vengono richieste per allontanare l'angoscia per ciò che può svelare il gesto T.S., permette loro il riconoscimento di uno spazio ove riattivare risorse personali alla comprensione del significato dell'accaduto. Il bisogno del figlio adolescente di avere ancora un ambiente sufficientemente buono e facilitante, capace di sostenerlo nel suo attuale processo evolutivo di "separazione-individuazione" e nella comprensione della sua crisi, evidenzia l'importanza del lavoro con i genitori. Attraverso la ricostruzione della loro storia di coppia, come indicato da Dicks, si esplora la natura dei legami che li unisce; come si sono scelti e quando, se per complementarità o per contrasto. Si ritorna alle loro famiglie di origine, alle immagini interiorizzate dei loro genitori.

Dicks individua nella collusione la funzione di proteggere l'illusione che ha motivato la loro scelta, così che ognuno di loro diventa origine e bersaglio di proiezioni e percezioni transferali reciproche. La coppia, così, costruisce attorno a sé il confine diadico, all'interno del quale li vediamo come l'unione di due "sistemi psicofisici in una interazione continua". L'unicità di questa relazione può assumere elementi nevrotici e psicotici; è così che possiamo incontrare una relazione patologica della coppia e non necessariamente una patologia di un singolo individuo della coppia.

È questa patologia organizzata collusiva della diade, più che la patologia del singolo genitore, che si esprime nel profondo malessere del figlio che, nel nostro caso, lo porta ad agire un tentato suicidio. Conflitti irrisolti, ci ricorda Giannakoulas, non elaborati nell'ambito della coppia, vengono perpetuati e riproposti ai figli anche quando uno dei genitori viene a mancare o per divorzio o per morte o per scomparsa sia in senso dispregiativo sia nel senso dell'idealizzazione.

Emozioni, evocazioni, improvvise chiusure o brecce che si aprono lungo il percorso esplorativo della loro storia fanno sì che il gesto del figlio diventi sempre meno estraneo e prenda un significato per loro riconoscibile.

Ci sono genitori che hanno bisogno di più tempo per esprimere le loro emozioni intorno agli eventi salienti del loro incontro, del concepimento, delle tappe dello sviluppo del figlio, delle relazioni sociali. Non accedono al racconto, al romanzo familiare. Elencano fatti, circostanze, creando una difesa che tiene lontana la relazione. La rabbia, la delusione prendono il sopravvento. Si rimbalsano accuse di erronee attribuzioni di responsabilità in una lineare e semplicistica connessione di causa-effetto. Aumentano le resistenze. Ciò che ancora non può essere da loro tollerato viene proiettato all'esterno: sul figlio, sul gruppo dei pari, sulla scuola ed altro. Ritardano quel lavoro introspettivo necessario al processo di costruzione di confini meno confusi tra Sé individuali, coppia coniugale, coppia genitoriale, utile ad aiutare il figlio nel suo affrancamento, nella sua ricerca di identità di genere, nell'espressione di nuove relazioni affettive, nella sua autonomia di pensiero.

Anche quando i genitori ritrovano al loro interno la motivazione di una richiesta di aiuto per sostenere la crescita del figlio in questa burrascosa fase dello sviluppo, sentimenti di rabbia, aggressività distruttiva intrudono nella relazione tra loro e il terapeuta, ma la possibilità di lavorare sul transfert e il controtran-

sfert crea una nuova situazione in cui colgono nella relazione anche la possibilità di riparazione.

È in questa fiducia di poter riparare che si può creare una nuova holding più adatta ai bisogni dell'adolescente, arricchita dal contributo dei pari, di altri adulti che fungono da stimolo e modello, rendendo così alla coppia genitoriale una sua più autentica e originale identità. Sfuma così quell'alone di onnipotenza che fatalmente la condannerebbe al fallimento della sua funzione: sostenere la crescita di un nuovo individuo che è nel contempo continuità e originalità rispetto alla loro storia.

*Dr. M. Brighenti*

### **Proposta di un modello organizzativo per i tentati suicidi in adolescenza.**

Il bisogno di un modello organizzativo nasce da alcuni elementi significativi della condizione dell'adolescente con T.S., per i quali è necessario avere delle risposte istituzionali indispensabili. Elenchiamo i principali **problemi/caratteristiche** peculiari del gesto suicidario:

- il tentativo suicidario fa morire perché la morte sembra l'unica risposta "reale"
- nasce da un dolore/vuoto incontrollabile che non deve essere banalizzato
- si ripete facilmente

I **rischi** che si corrono nell'interpretazione del problema sono diversi, tra cui:

- sottovalutare il problema
- dare la "licenza di uccider-si"
- credere che esista il farmaco salvavita
- affidarsi "all'ottimismo" salva vita

Le risposte che il clinico dovrebbe poter offrire per ovviare ai rischi sopraelencati ritengo debbano essere le seguenti:

- occuparsi del problema e non evitarlo
- non ci possono essere le "liste d'attesa"
- creare un "sistema" di relazione intorno all'adolescente ed alla famiglia

- recuperare una relazione vitale
- promuovere la speranza nel futuro
- non essere soli nella cura di queste condizioni.

Varie condizioni cliniche ed ambientali si propongono allo specialista nel momento in cui deve rispondere ad un gesto così estremo che pone a rischio la vita di un adolescente. La condizione clinica in prima valutazione è fondamentale per analizzare il contesto emotivo in cui si trova il paziente ed orienta il clinico verso una **ipotesi diagnostica**, un **tipo di trattamento** attraverso dei **tempi di realizzazione**. La cura e la presa in carico psicologica di un tentativo suicidario in un adolescente non lascia dubbi sulla necessità di intervenire tempestivamente e precocemente e secondo un protocollo definito.

Il primo contatto con l'adolescente con T.S. può avvenire attraverso i familiari, il ricovero ospedaliero, da una valutazione in pronto soccorso o per mezzo della richiesta di un medico di famiglia. La nostra proposta riguarda:

1. la modalità di intervento
2. la struttura organizzativa necessaria alla realizzazione di tali obiettivi

Attualmente, come ha già accennato la Dott.ssa Beghini, nell'U.O.C. di NPIPEE è operativa la seguente modalità:

1. una procedura e un accordo con le strutture ospedaliere che offre la disponibilità di un nostro psicologo-psicoterapeuta, esperto nell'intervento clinico con i T.S., entro le 24-48 ore dal gesto.
2. Contatto e presa in carico psicologica sia dell'adolescente T.S. (attraverso anche la consulenza neuropsichiatrica), sia della coppia genitoriale (con operatore diverso da quello che si occupa del minore).

Ad oggi sono afferiti 30 adolescenti con T.S. Tuttavia non c'è un'Unità Operativa per i T.S. e il personale sanitario assegnato ai T.S. oggi svolge molte altre mansioni; il protocollo in atto con Pronto Soccorso e le collaborazioni con il Dipartimento di Salute Mentale e l'Ospedale Villa Santa Giuliana sono attive e proficue ma necessitano di un costante lavoro e aggiornamento. Ciò che proponiamo è quindi l'attivazione di un **modello clinico-organizzativo** dove la realtà istituzionale di riferimento e di competenza è la NPIPEE dell'ULSS 20 di Verona. Tale modello vedrebbe l'attivazione di una **Unità Operativa Semplice** di

NPIPEE per adolescenti T.S. (di riferimento Provinciale) con le seguenti figure professionali operative:

- Psicologo
- Neuropsichiatra infantile
- Educatore professionale
- Assistente sociale

Gli obiettivi dell'Unità Operativa Semplice di NPIPEE per adolescenti T.S. vogliono essere i seguenti:

1. Diagnosi clinica: psicologo/NPI.
2. Consulenza farmacologia del NPI.
3. Analisi dei fattori di rischio psicopatologico e dei possibili fattori di recidiva da parte dell'adolescente.
4. Analisi delle dinamiche familiari e dei supporti ambientali necessari a garantire un accadimento reale.
5. Valutazione dei tempi di dimissione in caso di primo ricovero ospedaliero
6. Valutazione della presa in carico terapeutica ambulatoriale oppure dell'invio ad una comunità terapeutica residenziale o diurna, in base ai criteri di rischio soggettivi ed ambientali individuati.
7. Formulazione del progetto terapeutico e presa in carico.
8. Promozione e diffusione provinciale del Protocollo di Intervento Tempestivo.
9. Collaborazione con realtà sanitarie provinciali (NPI, Pronto Soccorso, DSM, medici di famiglia).
10. Formazione permanente del personale sanitario del Pronto Soccorso, medici di famiglia.
11. Creazione di un Centro Terapeutico Residenziale, in modo da favorire la permanenza in un contesto protetto per quei casi gravi, in cui il rischio di recidiva è fortemente presente.
12. Supervisione casi con un operatore esterno alla Unità Operativa.
13. Promozione di una rete di collegamenti con altre strutture di intervento per supporti terapeutici, scambi di esperienze, formazione.
14. Analisi statistica e Osservatorio Epidemiologico.

## TAVOLA ROTONDA

### Condotte autolesive e suicidarie in adolescenza. Realtà e prospettive dei servizi di prevenzione e cura.

#### Dr. De Vito introduce riassumendo i lavori della giornata

Innanzitutto avete avuto modo di essere portati addentro in maniera approfondita alla problematica sulle condotte autodistruttive con Ladame che ha messo in luce la problematica del trauma alla radice delle condotte, un traumatismo che interviene annullando le possibilità del preconscious di fare il lavoro psichico che permetterebbe di trattare in maniera diversa questi contenuti traumatici. Abbiamo sentito come la problematica del suicidio è spesso legata ad una vulnerabilità narcisistica che si collega a una problematica antica e come questo traumatismo e le difficoltà della sua gestione si può collegare a una difficoltà di integrare la propria sfera corporea e di rapporto mentale con il sé corporeo fin dall'infanzia. Le misure di trattamento che Ladame ha presentato in rapporto con queste problematiche sono quelle che non solo a Ginevra ma anche in Europa hanno dato un apporto significativo, e ripercorrerle con lui ha permesso a tutti noi di avere un quadro della gestione multicentrica della problematica, una gestione con interventi ambulatoriali, residenziali, uno sulla crisi e uno con una gestione volontaria a lungo tempo.

Abbiamo avuto la possibilità di ascoltare come è stato organizzato presso la struttura dell'ospedale Santa Giuliana il servizio adolescenti e gli aspetti teorici e organizzativi che hanno permesso la costruzione di questo ambiente residenziale con caratteristiche qualificate e come questo intervento multi dimensionale, che prevede l'integrazione tra il centro diurno e l'ambulatorio, ha permesso di dare risposte efficaci ai ragazzi e a quelli che hanno tentato il suicidio.

Nel pomeriggio il prof. Pietropolli Charmet ha illustrato la relazione stretta tra la dimensione teorica dell'approccio alla problematica suicidaria in adolescenza con quello che è stato l'intervento del suo gruppo connesso all'istituto Minotauro, nella realtà milanese, con un modello che prevede un intervento sull'ambiente sia familiare sia in senso più ampio con focus sulla scuola e più in generale nell'ambito di appartenenza sociale. Successivamente abbiamo ascoltato il modello di intervento che è stato portato avanti dal gruppo di Neurospichiatria infantile di Verona.

**Ing. Sandri**

Porto la voce della Regione con molto piacere ritenendo che i problemi collegati ai giovani meritino una grande attenzione. Non è mio compito andare a sviscerare ulteriormente le problematiche che sono state sviluppate ma intendo dare un contributo di tipo politico istituzionale cercando di fare il punto sulle politiche attuate nella nostra regione per fare fronte a un fenomeno come questo, che per fortuna ha parametri limitati. Credo che sia necessario che la Regione persegua una politica di integrazione sociale e sanitaria univoca. Per fortuna abbiamo situazioni di eccellenza che non possono essere taciute, e ci riempiamo di orgoglio; personale medico di alta qualità, personale infermieristico dedito al proprio lavoro in maniera emblematica, siamo in carenza numerica, con turni massacranti e stipendi non fantastici, e nonostante ciò lavorano in maniera encomiabile. Desidero sottolineare il vero fiore all'occhiello, quello che fa funzionare il nostro sistema sanitario: le associazioni di volontariato alle quali va il mio ringraziamento per quello che stanno facendo. Centinaia di associazioni con migliaia di volontari che finito di lavorare si prestano con grande solidarietà a fornire la propria opera a chi ne ha bisogno. Questa caratteristica ci rende individuati e ci rende studiati da altre ragioni ed è uno dei motivi per cui il nostro sistema funziona e regge.

Per quanto riguarda il nucleo e il problema del convegno posso dire che credo che raramente come in una situazione di questo genere si può affermare che sia necessaria una totale integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali. Dobbiamo mettere in campo le forze sane di cui disponiamo per evitare e prevenire questo problema. Il compito spetta al sistema sanitario con i propri medici, pediatri, e i servizi neuropsichiatrici offerti dagli ospedali, parte di una rete collaborativa che vede integrati i servizi a 360°; fornire ai ragazzi fin dalle scuole informazioni che permettano di inserirsi nella maniera più morbida possibile nell'età adulta. Svolgono e svolgeranno un grande ruolo formativo e di attenzione anche le parrocchie. La collaborazione da parte della regione per cercare di creare un sistema sempre più collaborativo è una necessità e un requisito su cui lavorare nei prossimi mesi.

**Interventi dalla sala****Dott. Salvador**

I dati che sono stati forniti all'Ing. Sandri sono poco precisi. Magari fossero solo 7 in Veneto i casi di suicidio! Purtroppo questo numero è quello dei casi del solo Comune di Venezia. La banalizzazione di cui spesso abbiamo parlato anche oggi, forse bisogna riprendere in considerazione la dimensione del fenomeno; è giusto collegare gli aspetti preventivi con quelli sanitari. L'adolescente non è preso troppo in considerazione dai medici di base, non è più considerato dai pediatri. La scuola è uno dei luoghi in cui poterli intercettare. Non è più un bambino, non è ancora un adulto e forse per questo servono strumenti speciali.

**Risponde il Dr. Brighenti**

I dati riferiti possono essere rintracciati nelle statistiche ufficiali che ha la Regione. Riconosco in quello che diceva l'assessore un dato falsato proprio per la difficoltà che c'è nel riconoscere e dare spazio a una tematica rischiosa e pericolosa da riconoscere come la tendenza al suicidio.

**Dott. Salvador**

Dati Istat 2004: i tentativi di suicidio sono numericamente inferiori dei suicidi effettivi.

**Signora Zanferrari - Servizio giustizia minorile del Veneto**

Vorrei evidenziare un nodo critico presente nella nostra regione che ha a che fare con gli adolescenti con disagio psichico e quindi anche quelli con condotte autolesionistiche ma anche aggressive e violente. Manca ancora la normativa sullo standard dei servizi relativi alle comunità terapeutiche per adolescenti. C'è una legge regionale che ha stabilito gli standard per i servizi socio sanitari, e tra questi esiste solo quello per la comunità riabilitativa, ma io ritengo che sia indispensabile che sia stabilito anche quello per le comunità terapeutiche.

**Una rappresentante del Cerris di Verona**

All'interno del Cerris, con l'appoggio dell'Assessorato alla Sanità e ai Servizi

Sociali abbiamo istituito un reparto terapeutico per adolescenti in stati particolari di disagio, lo stiamo ampliando ulteriormente grazie ai contributi recenti della regione. Per questo ringrazio il distretto di Verona e i contributi della regione.

#### **Dr. Miotello, neuropsichiatra infantile di Bassano del Grappa**

Al di là dell'evento critico del suicidio e del tentativo di suicidio, che è la seconda causa di morte in adolescenza (fuori d'Italia la prima causa è l'omicidio), io vorrei rilevare la grande necessità che abbiamo di trovare un posto specifico per i casi acuti. In Veneto non esiste una struttura di urgenza per gli adolescenti, i ragazzi finiscono nei reparti degli adulti, in pediatria non si possono ricoverare e nei reparti per adulti si capisce che è complicato. Questo è un grande vuoto.

#### **Prof. Ladame**

Gentile Assessore sono d'accordo con voi quando sottolineate l'importanza della rete, anche nel vostro sottolineare il lavoro comune che deve essere fatto. Questa rete è fondamentale ma è insufficiente. Può essere un sistema di sentinella ma per poter affrontare una crisi suicidale bisogna avere una preparazione professionale. Come hanno sottolineato in maniera profonda e toccante i collaboratori del Prof. Brighenti, confrontarsi con chi ha tentato il suicidio per chi non è formato è terrificante. Perpetuare solo la rete così come l'avete descritta è perpetuare la negazione del reale rischio di morte che corre l'adolescente. Sono d'accordo per questa rete di base ma non è sufficiente, deve essere completata da un gruppo di specialisti che possano affrontare il rischio di suicidio e di morte senza rimanerne traumatizzati. Il rischio è che si neghi l'importanza del fenomeno, la rete deve lavorare in modo stretto con gli specialisti con un rimando continuo di informazioni dal vertice alla base e viceversa.

#### **Dr. Dusi**

Credo che abbiamo mostrato che nel nostro territorio l'intervento tecnico a un certo livello è presente. Alcune cose sono già in piedi, la richiesta è che siano potenziate e organizzate in modo più organico.

#### **Dr. De Nardi**

Mi pare sia stata messa a fuoco bene la necessità di realizzare percorsi specifici sostenuti da una competenza professionale. L'Ing. Sandri ha sottolineato che bisogna sostenere questo lavoro con anche motivazioni valoriali forti. Si tratta di organizzare meglio quello che esiste ma non dimenticare che molte cose che esistono ora sono partite da scelte etiche molto forti. La realtà del nostro reparto ospedaliero è nata perché nel nostro istituto, verso la fine degli anni 90, le Sorelle della Misericordia avevano creduto nell'adolescenza. La struttura di degenza per l'adolescenza è stata creata nel 2001 ma la tematica era studiata dal '98 e sostenuta da una struttura privata no profit.

#### **Prof. Ladame**

Quando prendo in cura un adolescente gravemente malato evoco sempre in terapia la possibilità di una crisi; nomino esplicitamente la possibilità che la crisi possa accadere. Indico con molta chiarezza a lui e ai suoi genitori quello che si deve fare se si verifica una crisi, compresa la possibilità di ricovero. E prima di cominciare a lavorare gli dico che se emerge un grave pericolo io rompo il segreto e parlo con i suoi genitori. È importantissimo che i terapeuti che lavorano nel privato abbiano un accesso alle strutture pubbliche di presa in carico. Perché si deve potervi ricorrere nel momento del bisogno.

## BIBLIOGRAFIA

- Adamo S.M.G., Polacco Williams G. (a cura di), Il lavoro con adolescenti difficili*, Ed. Idelson-Gnocchi, Napoli, 1998.
- Cahn R., L'adolescente nella psicoanalisi*, Borla, Roma, 1998.
- Carbone P., Adolescenze. Percorsi di psicologia clinica*, Ed. Magi, Roma, 2005.
- Carbone P., Le ali di Icaro*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Dicks H. V., Tensioni coniugali*, Borla, Roma, 1992.
- Giannakoulas A., Giannotti A., Il setting*, Borla, Roma, 1984.
- Grier F. (a cura di), Brevi incontri con le coppie*, Borla, Roma, 2003.
- Jeammet Ph., Psicopatologia dell'adolescenza*, Borla, Roma, 1992.
- Kernberg, Relazioni d'amore*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Ladame F., I tentativi di suicidio degli adolescenti*, Borla, Roma, 1987.
- Laufer M. (a cura di), L'adolescente suicida*, Borla, Roma, 1995.
- Marcelli D., Bracconier A., Adolescenza e psicopatologia*, Masson, Milano, 2001.
- Monniello G. (a cura di), Luoghi istituzionali e adolescenza, Quaderni di Psicoterapia infantile, n°51*, Borla, Roma, 2005.
- Novelletto A. (a cura di), Adolescenza e perversione*, Borla, Roma, 1989.
- Novelletto A. (a cura di), Adolescenze inquiete, Adolescenza e Psicoanalisi, n°2*, Edizioni Magi, Roma, 2008.
- Orbach I., Bambini che non vogliono vivere*, Giunti, Firenze, 1991.
- Pietropolli Charmet G., Uccidersi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- Pietropolli Charmet G., Crisis Center. Il tentato suicidio in adolescenza*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Pietropolli Charmet G., I nuovi adolescenti*, Cortina, Milano, 2000.
- Winnicott D. W., Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D. W., Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Edit., Milano, 1989.
- Winnicott D. W., Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*, Ed. Magi, Roma, 1964.
- Winnicott D. W., La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma, 1968.
- Winnicott D. W., Sulla natura umana*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.
- Winnicott D. W., Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.