

DONALD CAMPBELL – ROB HALE

**Lavorare nel buio**  
*Comprendere lo stato  
pre-suicidario della mente*

Edizione italiana a cura di  
*Lodovico Perulli*

Collana **I territori della Psiche**  
diretta da *Doriano Fasoli*

**Board Scientifico:** *Alberto Angelini, Andrea Baldassarro, Nicoletta Bonanome,  
Carla Busato Barbaglio, Nelly Cappelli, Giuseppina Castiglia, Domenico Chianese, Cristiano Cimino,  
Rita Corsa, Antonio Di Ciaccia, Riccardo Galiani, Roberta Guarnieri, Lucio Russo, Marcello Turno*



Alpes Italia srl – Via G. Romagnosi 3 – 00196 Roma  
tel. 06-39738315 – e-mail: [info@alpesitalia.it](mailto:info@alpesitalia.it) – [www.alpesitalia.it](http://www.alpesitalia.it)

© Copyright

*WORKING IN THE DARK*

*Understanding the Pre-Suicide State of Mind*

Donald Campbell and Rob Hale

Alpes Italia srl – Via G. Romagnosi, 3 – 00196 Roma, tel. 06-39738315

I edizione, 2024

**Donald Campbell** è uno psicoanalista qualificato per bambini, adolescenti e adulti, analista di formazione e supervisore presso la British Psychoanalytical Society. Ha lavorato per trent'anni come Psicoterapeuta per bambini e adulti presso la Portman Clinic. Campbell ha tenuto conferenze, insegnato ampiamente e pubblicato articoli e capitoli sul suicidio, violenza, abuso sessuale sui minori, adolescenza, vergogna e film horror.

**Rob Hale** si è formato originariamente in psichiatria e psicoanalisi e ha ricoperto un incarico di ricerca presso il St. Mary's Hospital di Londra dove, per cinque anni, ha lavorato a stretto contatto con persone che avevano tentato il suicidio. Hale ha trattato pazienti suicidi in psicoterapia a lungo termine e per trentacinque anni ha lavorato alla Portman Clinic con coloro che agiscono in modo violento o sessualmente deviante.

**In copertina:** Foto di LIMAT MD ARIF da Pixabay man-1292269\_1920.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

## Indice generale

|   |      |
|---|------|
| RINGRAZIAMENTI .....  | VII  |
| PREFAZIONE .....  | IX   |
| INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA .....  | XIII |
| INTRODUZIONE .....  | XVII |
| <br>  |      |
| 1. ATTEGGIAMENTI NEI CONFRONTI DEL SUICIDIO NELLA STORIA .....                                      | 1    |
| 2. SUICIDIO E MALATTIE MENTALI .....  | 5    |
| <i>Costellazioni di personalità nel comportamento suicidario</i> .....                              | 8    |
| 3. COMPrensione Psicoanalitica del Suicidio .....   | 13   |
| <i>Riferimenti storici</i> .....  | 13   |
| <i>Prospettive contemporanee</i> .....  | 16   |
| <i>L'acting out</i> .....   | 19   |
| <i>Fantasie suicidarie</i> .....  | 21   |
| 4. IL CORE COMPLEX .....  | 25   |
| <i>Violenza spietata e sadica</i> .....   | 26   |
| <i>Il processo suicidario</i> .....   | 28   |
| <i>Lo stato pre-suicidario</i> .....  | 30   |
| 5. LE FANTASIE SUICIDARIE E LO STATO PRE-SUICIDARIO DELLA MENTE .....                               | 37   |
| 6. COME L'APPRENDERE DAL PAZIENTE GENERA LA TEORIA .....  | 45   |
| <i>Controtransfert durante uno stato pre-suicidario</i> .....                                       | 48   |
| 7. IL RUOLO DEL PADRE NELLO STATO PRE-SUICIDARIO .....  | 51   |
| 8. STATI PRE-SUICIDARI IN ADOLESCENZA .....   | 57   |
| <i>L'impatto della pubertà e lo sviluppo dell'adolescente</i> .....                                 | 57   |
| <i>L'impatto della pubertà sull'immagine del corpo</i> .....  | 59   |
| <i>L'immagine corporea femminile</i> .....  | 60   |
| <i>L'immagine corporea maschile</i> .....   | 61   |
| <i>L'omosessualità in adolescenza</i> .....   | 62   |
| <i>L'identificazione con l'aggressore, l'ascetismo, l'altruismo e l'intellettualizzazione</i> ..... | 64   |
| <i>La masturbazione in adolescenza</i> .....  | 65   |

|  |            |
|--|------------|
| <b>9. IMPLICAZIONI PER IL PROFESSIONISTA .....</b>                           | <b>69</b>  |
| <i>Dieci segnali di pericolo .....</i>                                       | 69         |
| <i>Gestione di un tentativo di suicidio .....</i>                            | 75         |
| <i>La valutazione in seguito ad un atto suicidario .....</i>                 | 77         |
| <i>Le conseguenze di un suicidio riuscito .....</i>                          | 84         |
| <i>L'impatto del suicidio sul professionista .....</i>                       | 84         |
| <i>Reazioni personali alla morte per suicidio del proprio paziente .....</i> | 85         |
| <i>La risposta dentro l'istituzione .....</i>                                | 89         |
| <i>Il tribunale del coroner .....</i>  | 90         |
| <b>10. AUTO-MUTILAZIONE .....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>11. IL RACCONTO DI UNA PAZIENTE.....</b>                                  | <b>101</b> |
| <br>   |            |
| <b>CONCLUSIONI .....</b>   | <b>107</b> |

*A Lizzie Campbell e Lizzie Hale*



## Ringraziamenti

---

Noi abbiamo sempre fatto affidamento sul sostegno e la supervisione dei colleghi. È imbarazzante ammetterlo, ma siamo convinti che noi non avremmo potuto lavorare per molti anni con pazienti suicidari senza il sostegno e l'introspezione di colleghi che sono troppo numerosi da nominare.

Tuttavia vorremmo ringraziare parecchi colleghi che rappresentano coloro ai quali abbiamo esposto i nostri problemi, dubbi e ansie nel corso degli anni.

All'inizio abbiamo beneficiato del generoso consiglio e della lunga esperienza di lavoro con adolescenti suicidari di Egle Laufer.

Molti nostri pazienti alla Portman Clinic erano suicidari o divennero tali quando le loro difese si erano rotte, e siamo particolarmente grati a Mervin Glasser e ai nostri colleghi della Portman, cui abbiamo portato questi pazienti, per la loro saggezza ed il loro aiuto nel mantenere la cornice psicoanalitica.

Vorremmo anche ringraziare il prof. Robin Priest e Jan Tranter per il loro incoraggiamento al St Mary's Hospital.

Siamo stati anche ispirati da coloro che hanno scritto sul suicidio, ancora troppo numerosi da nominarli tutti, ma due lavori sono stati particolarmente influenti:

Lutto e Melancolia di Freud (1915), che resta per noi il lavoro fondamentale per la comprensione del processo di rivolgere l'aggressività contro il Sé, e Dispositivi di Suicidio (1980) di Terry Maltsberger e Dan Buie, che è stata una benvenuta conferma del nostro pensiero da parte di colleghi psicoanalisti esperti.

Infine le nostre mogli, entrambe di nome Lizzie, meritano una menzione speciale per il loro sostegno e la loro comprensione durante le volte, inevitabili, in cui abbiamo portato a casa la nostra ansia riguardo la vita di un paziente che ci era sembrata in bilico.





## Prefazione

---

I libri dedicati al suicidio sono innumerevoli. Perché allora prendere in considerazione il libro di Donald Campbell e Rob Hale, pubblicato qualche anno fa (2017) in Inghilterra da Routledge, che si dedica ad un'area tematica già così ricca di contributi autorevoli e sistematici?

La motivazione più immediata può essere stata il considerare che il fenomeno del suicidio si è aggravato sempre di più e che viene confermato da più parti che si tratta di un problema rilevante di sanità pubblica, specie in età adolescenziale e giovane adulta.

Ma la motivazione principale sta nel fatto che Campbell e Hale propongono una lettura psicoanalitica del suicidio e dimostrano quanto sia utile e necessario un approccio psicoanalitico per avvicinare e cercare di comprendere gli stati pre-suicidari della mente.

Ho conosciuto Rob Hale nel lontano marzo del 2003, quando lo invitai a partecipare ad un Convegno sul suicidio in adolescenza a Venezia.

In quell'occasione il suo contributo permise di confrontare diverse esperienze, in Italia e all'estero, con la presenza di Gustavo Pietropolli Charmet, di Rémi Badoc e di Xavier Pommereau.

Ebbi la possibilità di avvicinare il pensiero di Rob Hale riguardo al problema della comprensione dei significati impliciti dell'atto suicidario, alla luce del fatto che sotto ogni suicidio c'è una fantasia di suicidio, cosciente o meno, che distorce la realtà.

La definizione di suicidio che ne danno Campbell e Hale, inteso come un'intenzione consapevole o inconsapevole, al momento dell'atto, di uccidere il nostro corpo, sottolinea l'importanza della dimensione inconscia.

Se guardiamo al sottotitolo del loro libro, "comprendere lo stato pre-suicidario della mente", vediamo come gli Autori abbiano definito un campo circoscritto, che ci dice della scelta del contenuto specifico del loro lavoro, che si focalizza in particolare sulle fantasie inconse e sulla violenza insita nell'atto suicidario.

Le fantasie pre-suicidarie descritte da Campbell e Hale hanno come filo conduttore il rapporto della persona con il suo corpo e i suoi oggetti primari.

L'esperienza maturata in più di 40 anni in istituzioni pubbliche permette agli Autori di essere autorevoli in questo campo e di poter suggerire a chi se ne occupa delle utili indicazioni anche per quanto riguarda la pratica clinica.

Nella presentazione di alcuni casi clinici si vede, ad esempio, come il paziente ti possa ingannare riguardo alle proprie condizioni psichiche e possa indurre il terapeuta a pensare che abbia raggiunto un buon compenso psichico, laddove invece la sofferenza ed il conflitto persistono in forma mascherata.

È importante anche il richiamo alla necessità, dopo un suicidio non riuscito, di prevedere un ricovero immediato ed una consultazione psichiatrica tempestiva, prima che il sonno notturno favorisca la rimozione, prima che il paziente possa avere avuto il tempo di reimpostare la struttura psichica, per cui tutte le fantasie sadiche e di vendetta verrebbero nuovamente allontanate.

Questo aspetto è cruciale per quanto riguarda la questione delle modalità di presa in carico del suicidio, che vede il nostro paese ancora del tutto inadeguato sotto il profilo della necessità di prevedere e di realizzare servizi pubblici che abbiano, a livello ospedaliero e ambulatoriale, la competenza ed i mezzi per fronteggiare queste gravi situazioni.

Chi ha la responsabilità della programmazione socio-sanitaria dovrebbe tenerne conto, per ridurre, se non altro, il divario che abbiamo con gli altri paesi europei.

Campbell e Hale ci introducono anche alla necessità di prevedere dispositivi di cura in cui sia possibile un confronto tra Colleghi, per responsabilizzarsi nei confronti dei pazienti e anche per sopravvivere come terapeuti. Se ne può trarre infatti non solo un aiuto reciproco per leggere le dinamiche in corso nella presa in carico del paziente, ma arrivare anche a condividere le inevitabili ansie e preoccupazioni che questo tipo di pazienti evocano nei terapeuti.

Gli Autori propongono anche un articolato discorso sulle modalità più adeguate per seguire i casi, ma anche sulle conseguenze, sul piano emotivo individuale e professionale, di un suicidio riuscito.

Il timore di essere screditato agli occhi sia dei familiari che del sistema sanitario, è una conseguenza spesso presente sul piano psicologico, che deve essere elaborata per poter continuare con fiducia il proprio lavoro.

Di grande interesse mi è sembrata la tematica trattata da Campbell sul ruolo del padre nello stato pre-suicidario, dove viene richiamata l'attenzione sull'utilizzo del corpo per liberarsi da uno stato mentale doloroso.

Altrettanto interessante il richiamo, in adolescenza, al fatto che possiamo pensare che gli adolescenti usano i loro corpi e i corpi degli altri per mantenere una distanza di sicurezza tra loro ed i propri oggetti.

Chi lavora con gli adolescenti conosce bene questo problema della distanza, che l'adolescente vive sia in ambito familiare nella relazione con i propri genitori, che in ambito sociale nelle relazioni con gli adulti di riferimento. L'adolescente può essere spaventato da una vicinanza eccessiva o da troppa lontananza.

Da ultimo vorrei ricordare l'interesse degli Autori per le automutilazioni, cui dedicano un capitolo del libro. L'inflazione delle pratiche autolesive sotto forma di tagli e scarificazioni, cui assistiamo negli ultimi decenni tra gli adolescenti, giustifica l'interesse a prestarvi molta attenzione.

Questi comportamenti agiti costituiscono infatti una forma di risposta auto-aggressiva a situazioni di conflitto riproposte in un periodo di riorganizzazione narcisistica e oggettuale in cui le questioni della perdita sono centrali.

Donald e Campbell, cogliendone il significato relazionale, le considerano come un atto diverso da quello in cui l'individuo mette in pericolo la propria vita, bensì un atto volto a danneggiare e a torturare il corpo del Sé per torturare la mente dell'altro. Le automutilazioni vengono viste secondo un quadro concettuale che comprende la dimensione della motivazione inconscia e quella di contro-transfert.

A loro giudizio, se gli eventi dell'attualità svolgono il ruolo di fattori scatenanti, la forza motivazionale proviene da esperienze traumatiche irrisolte nell'infanzia e nella fanciullezza.

Consiglio vivamente la lettura di questo libro a tutti coloro che lavorano con diverse funzioni e modalità di intervento nelle situazioni di suicidio, siano essi medici, psichiatri, psicologi, neuropsichiatri infantili, educatori, assistenti sociali, infermieri. Sono certo che ne trarranno un notevole beneficio quanto alla comprensione di questa difficile condizione che può risultare meno enigmatica di quanto si è pensato e scritto.



## Introduzione all'edizione italiana

---

Il libro di Hale e Campbell dedica un intero capitolo agli stati pre-suicidari in adolescenza, soffermandosi in particolare sull'impatto che la pubertà riveste per lo sviluppo dell'adolescente e sulla sua immagine corporea, sia nel maschio che nella femmina.

A questo proposito, e In seguito alla recente pandemia da Covid 19, abbiamo visto crescere i casi di adolescenti ricoverati in ospedale dopo un tentativo di suicidio (TS), accolti in Comunità terapeutiche, seguiti in strutture semiresidenziali o ambulatoriali, al punto da mettere in crisi il nostro sistema sanitario quando l'incremento dei casi è stato del 30%-40% circa.

Sotto questo aspetto la Comunità terapeutica può rappresentare una struttura intermedia, tra ospedale e famiglia, che permette un lavoro di comprensione del quadro complessivo e di possibile intervento terapeutico che, se adeguatamente protracto nel tempo, può portare a dei veri cambiamenti.

Di conseguenza la possibilità di contare su delle strutture intermedie è particolarmente importante, se si pensa al fatto che nel caso di adolescenti ospedalizzati per un TS, molto raramente viene mantenuto nel tempo una relazione terapeutica prolungata dopo la loro dimissione ed il rientro a casa, con interruzione prematura del percorso terapeutico iniziato.

Al di là del problema del contenimento terapeutico immediato, si tratta di sviluppare risposte terapeutiche più ampie, e non solo di affrontare il sintomo suicidario.

Penso sia essenziale mettere in prospettiva l'assistenza a lungo termine.

È quindi la capacità collettiva delle nostre équipes di accogliere i movimenti psichici dell'adolescente, di elaborarli e metabolizzarli, che condiziona la qualità dell'assistenza prestata e la possibilità di stabilire una permanenza, una continuità del legame con l'adolescente, evitando o almeno limitando il facile drop-out.

La cura dovrebbe quindi basarsi su un lavoro essenziale attorno alla relazione, alla costruzione di un legame e al suo sviluppo, a causa della difficoltà di questi adolescenti di stabilire una vera relazione oggettuale.

La permanenza del legame psichico deve potersi costruire attorno alla permanenza del quadro di cura e dalle esperienze relazionali che si svolgono all'interno del contesto comunitario.

Tutti gli Autori concordano sul fatto che non è possibile descrivere una precisa organizzazione psicopatologica che possa essere sistematicamente collegata al TS, anche se esistono incontestabilmente linee di tensioni, tratti di personalità, e assi conflittuali che possono essere comuni ai vari TS.

In linea generale potremmo dire che il passaggio all'atto suicidario si manifesta quando l'adolescente va incontro al sentimento di provare un dolore, una sofferenza

che ritiene insopportabile; pensa di avere fatto tutto il possibile per liberarsene, ma niente ha funzionato, per cui gli rimane l'impressione di non riuscire a disfarsi di questa sua sofferenza. L'adolescente vuole inoltre riappropriarsi attivamente del suo destino, non vuole più subire il dolore e la sofferenza. Spesso spera anche che gli altri si sentano obbligati a mettere in atto dei cambiamenti nei suoi confronti, a trattarlo meglio, a considerarlo diversamente da prima, riconoscendo anche gli errori commessi nel rapporto con lui.

Sul piano clinico il rispettivo peso delle due dimensioni prevalenti, la dimensione depressiva e la dimensione impulsiva, spiega la diversità dei quadri psicopatologici spesso sottesi allo stesso atto suicidario.

Va detto peraltro che gli adolescenti che tentano il suicidio soffrono di un disturbo molto variabile e non presentano necessariamente una patologia mentale identificabile come quadro nosografico.

I loro tentativi di suicidio non hanno un unico significato: le immagini che rivelano vanno dalle più banali alle più patologiche.

L'impulsività puberale di uno, ha poco a che fare con la depressione malinconica di un altro.

La sfida alla morte, prendendo rischi eccessivi su uno scooter, ha poca somiglianza con il passaggio all'atto del giovane psicotico allucinato.

Questo per dire i pericoli che avrebbe un raggruppamento artificioso di TS, che mirerebbe ad accreditare l'idea di modalità assistenziali comuni.

Al contrario l'eterogeneità psicopatologica depone a favore di modalità di risposta diversificate che tutte, ovviamente, avranno l'obiettivo di evitare la ripetizione suicidaria, curandone meglio le ragioni.

Tuttavia, lo stesso gesto suicidario deve sempre essere inteso come un gesto serio, che richiede una valutazione e una sistemazione, sia in termini di dinamiche intrapsichiche individuali sia in termini di interazioni familiari.

Infatti, qualunque sia la sua apparente gravità, il gesto suicida fa sempre reagire i familiari, in primo luogo i genitori.

L'idea che un giovane adolescente voglia porre fine alla sua vita, mobilita gli affetti, le emozioni, le fantasie di tutti.

Guardiamo allora al TS anche come a una modalità di comunicazione, che è necessariamente parte di una dinamica interattiva.

È importante capire che il TS ha una sua logica, come è anche importante poter seguire i riaggiustamenti individuali e familiari che seguono al TS, dal momento che giocano un ruolo fondamentale nell'evoluzione successiva.

La risposta familiare è spesso suscettibile di modificare il percorso evolutivo.

Ma il cosiddetto follow-up terapeutico resta un problema spesso irrisolto.

Questo è particolarmente vero nel caso di adolescenti che hanno tentato il suicidio, la cui famiglia tende a cancellare completamente l'evento, a negarne il valore di segnale.

Si è anche visto che, se al momento del TS i genitori esprimono preoccupazione e tristezza, più avanti possono esprimere sentimenti negativi, come ostilità nei confronti del figlio adolescente, sentimenti che, soprattutto tra i padri, sembrano persistere o addirittura aumentare nel tempo.

L'esperienza clinica ci insegna che l'insorgenza di un TS rappresenta una minaccia per l'equilibrio delle interazioni familiari, che si confrontano con una possibile costrizione al cambiamento.

Questa rottura transitoria dei precedenti equilibri familiari, nei pochi giorni successivi al TS, ci fa vedere in alcuni casi una riorganizzazione delle dinamiche familiari, che possono aprire a dei possibili cambiamenti... oppure, in altri casi, un irrigidimento delle interazioni familiari.

Due sono i fattori che mi sembrano importanti a questo riguardo:

- 1) La capacità di riconoscere la gravità dell'atto;
- 2) La capacità di riconoscere ed accettare la realtà della sofferenza intrapsichica del figlio adolescente così come dei vari membri della famiglia;

Questo duplice riconoscimento riguarda sia l'adolescente, che i genitori, che gli operatori dei Servizi coinvolti.

Vorrei anche sottolineare che il TS di un adolescente non è solo il gesto di un ragazzo isolato e "separato" dagli altri, dai suoi genitori in particolare. Il TS è anche un linguaggio interattivo, che sollecita il contesto di vita dell'adolescente.

È probabile che il modo in cui questo contesto risponderà, determinerà la sua successiva evoluzione.

Questo ci convince ad includere, per quanto possibile, la famiglia nella gestione terapeutica degli adolescenti che cerchiamo di seguire nei nostri dispositivi di cura.





## Introduzione

---

*Buone creature amate la vostra vita  
E avete orecchio per intendere?  
Ecco un coltello come altri coltelli  
Che mi è costato diciotto pence  
Ho solo bisogno di piantarlo ne mio cuore  
E il cielo cadrà  
E le fondamenta della terra crolleranno  
E voi tutti morirete.*

A.E. Housman (1939)

Abbiamo scritto questo libro per chi lavora con coloro che hanno minacciato di conficcarsi un coltello nel cuore.

È indirizzato agli assistenti sociali, agli addetti alla messa alla prova, alle infermiere, agli psicologi, ai consulenti, agli psicoterapeuti, agli psicoanalisti e ai medici che lavorano con adolescenti e adulti che hanno tentato il suicidio o stanno per farlo.

La nostra motivazione a scrivere sugli stati di pre-suicidio nasce dalle nostre esperienze con soggetti che hanno tentato il suicidio mentre stavamo lavorando con loro.

Pensiamo che la sola esperienza più dolorosa e perturbante per un professionista il cui paziente abbia fatto un tentativo di suicidio sia il successo del loro paziente di uccidersi.

Questa è sempre la paura del professionista.

Per questo motivo abbiamo cercato di capire lo stato della mente dei pazienti prima che attentassero alla loro vita.

Nel cercare di capire lo stato mentale pre-suicidario abbiamo trovato che potevamo intervenire con i nostri pazienti in modi che riducano il rischio di suicidio.

Speriamo che, passando ad altri ciò che abbiamo imparato, essi lo possano trovare di aiuto nel mantenere in vita i loro pazienti suicidari.

Questo è come ciascuno di noi è arrivato a scrivere questo libro.

### **Rob Hale:**

Nei primi anni '70 lavoravo come psichiatra in formazione all'Ospedale St Mary's di Londra.

A quell'epoca il motivo più comune per essere ricoverato in un reparto di medicina generale per acuti era un tentativo di suicidio, di solito per un'assunzione incongrua di farmaci.

Era più comune, ad esempio, di un infarto, di un ictus o di una polmonite.

Per dare un'idea della dimensione del problema, nel 1977 in tre ospedali che costituivano il gruppo St Mary's, c'erano 849 persone ricoverate che avevano assunto una

dose incongrua di farmaci; questo numero non includeva coloro che erano ricoverati nei reparti di chirurgia o di ortopedia e che avevano cercato di uccidersi con altri mezzi.

Era consuetudine, al St Mary's, come in altri ospedali, che i giovani medici venissero mandati nei reparti di medicina per valutare la gravità del tentativo di suicidio e per decidere quale trattamento, se era il caso, fosse appropriato.

Due fattori mi colpirono immediatamente a quell'epoca.

Il primo fattore era che, ad eccezione dei tossicodipendenti, queste persone erano i pazienti più impopolari del reparto o del pronto soccorso.

Come esempio di ciò, c'era una caposala che si vantava di poter indurre i pazienti ad auto-dimettersi mentre erano ancora sulla barella e, in questo modo, evitare di rovinare uno dei suoi letti, che erano destinati ai "veri pazienti".

Era semplicemente che si erano procurati la loro sfortuna, o era che il personale rispondeva ad una comunicazione più profonda?

Poteva essere che il tentativo di suicidio rappresentasse un attacco a ciò che l'ospedale rappresentava, cioè la capacità di guarire?

Il secondo fattore era che lo psichiatra incaricato di gestire il problema era spesso il più giovane del personale, eppure il suicidio era l'atto più temuto dal personale nel suo insieme (a parte l'omicidio).

Sarebbe stato come chiedere al chirurgo più giovane di eseguire un trapianto cardiaco.

Uno dei lavori più importanti dell'ospedale veniva svolto dal membro meno qualificato del personale.

Una giustificazione superficiale potrebbe essere una carenza di personale, oppure che il personale più giovane aveva bisogno di un'esperienza formativa.

Tuttavia io l'ho considerata come una condanna istituzionale dell'atto stesso.

Ho osservato che il personale reagiva come se il paziente avesse perso il diritto ad un trattamento adeguato, e che il trattarlo inadeguatamente fosse una vendetta per aver "abusato" del sistema.

Era un sistema primitivo di "occhio per occhio", con forti sfumature morali, anziché rispetto reciproco o preoccupazione per il paziente.

Il tema del taglione emerge per la prima volta, e su questo avremo modo di ritornare più avanti.

Come risultato di queste osservazioni, mi sono convinto che il suicidio ha uno scopo e un significato, e che è una forma di comunicazione.

Tuttavia il mio punto di vista non faceva parte del modello medico che mi era stato insegnato, che vedeva il ruolo dello psichiatra come quello di diagnosticare o di escludere una malattia mentale (trattabile).

La suicidalità era un sintomo di una malattia, ma ogni significato era largamente irrilevante.

L'approccio medico mi sembrava inizialmente utile, ma in realtà limitato e non veramente interessante.

Era adatto ad alcuni pazienti, ma molti cercavano una spiegazione che collegava i loro sentimenti e le loro azioni alle loro circostanze, alle loro relazioni e alle loro esperienze di vita.

Se per il paziente alcune forme di psicoterapia sembravano adeguate, anche per me è stato così.

Ho intrapreso la mia formazione psicoanalitica e mi sono abilitato dopo cinque anni.

La conseguenza del prendermi sul serio è stata che volevo prendere sul serio i miei pazienti e la loro suicidalità.

Incoraggiato dal professore per cui lavoravo, ho fatto domanda per fondi di ricerca alle compagnie farmaceutiche.

In questa situazione il paradosso era che una overdose di antidepressivi era il mezzo più comune per tentare il suicidio.

Il compromesso era che io avrei potuto effettuare studi farmacologici sugli effetti di alcuni antidepressivi sull'ideazione ed il comportamento suicidario.

Questo mi offrì l'opportunità di immergermi nell'argomento.

Mentre valutavo e trattavo molti pazienti, loro mi insegnavano la natura del suicidio.

Le generose sovvenzioni per la ricerca (assicurate inizialmente da Boots Farmaceutici e poi da Ciba-Geigy) mi permisero di lavorare al progetto a tempo pieno, di assumere una segretaria, e di stabilirmi in un piccolo studio nel reparto di ricovero medico dell'ospedale St Mary's, Paddington, di Londra.

Nei successivi cinque anni ho visto quasi tutti i pazienti ricoverati in seguito ad un tentativo di suicidio, e ho costruito strette relazioni di lavoro con il personale infermieristico, medico e di assistenza sociale.

Ho imparato moltissimo parlando con il personale delle loro reazioni e della loro comprensione dei pazienti.

Erano certamente i pazienti stessi che mi hanno insegnato di più sul suicidio.

Per la maggior parte questa era una procedura di valutazione in reparto medico, che portava al ricovero in reparto psichiatrico o all'offerta di un trattamento ambulatoriale, che il paziente poteva o no accettare.

Lo scopo e i dettagli di questo processo li tratteremo più avanti in questo libro; è sufficiente dire, tuttavia, che solo una piccola percentuale di quelli che ho visto sono finiti in una psicoterapia a lungo termine, con me o con altri, per un'analisi.

In qualsiasi momento durante questo periodo avevo due o tre persone in psicoterapia a lungo termine, ed è significativo che entrambi quelli che sono stati i miei casi di addestramento psicoanalitico erano arrivati attraverso un tentativo di suicidio.

Quando eravamo circa tre anni dopo l'inizio del progetto, una delle caposala consigliò di approntare una piccola stanza nel reparto ammissioni dove i pazienti potessero "legittimamente" rimanere degenti fino a quattro giorni solo per motivi psichiatrici o psicoterapeutici (cioè non era necessario che ci fosse per loro un pretesto di ordine medico per restare in ospedale).

Il piano era fortemente sostenuto dagli assistenti sociali, così come dai medici e ovviamente dalla caposala e dalle infermiere che, per prime, lo avevano consigliato.

È stato quindi abbastanza sorprendente che quando la proposta arrivò al comitato di gestione dell'ospedale, vi furono due degli psichiatri anziani che si opposero, per cui la proposta venne respinta.

Può essere, certo, che vi fossero molte buone ragioni per respingere la proposta, includendo la possibilità che io non ero un collega popolare o soddisfacente, ma non potevo eliminare dalla mia mente il pensiero che questo era un'altra messa in atto del controtransfert evocata dal suicidio.

Nel corso della mia formazione psicoanalitica ho partecipato ai seminari con Mervin Glasser della Portman Clinic, e sono rimasto affascinato dalle sue idee sugli usi patologici del corpo.

Io ero anche in supervisione con Adam Limentani per il mio secondo caso di addestramento; lui aveva gestito la Portman prima di Mervin.

Io feci domanda ed ottenni un lavoro alla Portman nel 1980 dove sono rimasto (a parte un breve periodo nella vicina Tavistock Clinic).

C'è un Servizio Sanitario Nazionale clinico per le persone che effettuano atti sessualmente devianti o violenti e ci sono due aspetti molto significativi per questi pazienti.

In primo luogo impiegano i loro corpi (e spesso i corpi degli altri) per mettere in atto e comunicare i loro sentimenti.

In secondo luogo una grande proporzione di loro ha tentato il suicidio in passato o sono dominati da tali impulsi nel presente.

Naturalmente la maggior parte delle persone che hanno idee o impulsi autodistruttivi non sono né violenti né sessualmente devianti.

## **Donald Campbell**

I primi stimoli della mia curiosità riguardo al suicidio, o più specificamente per gli ingredienti dello stato pre-suicidario, avvennero durante la mia adolescenza nel Midwest degli Stati Uniti.

Negli Stati Uniti prendere la patente di guida è spesso visto come un rito di passaggio, specie per i giovani maschi.

Nello stato in cui sono cresciuto è possibile prendere la patente già a sedici anni.

Posso ricordare la competizione tra i miei amici nel prendere la patente il più possibile vicino ai 16 anni.

Il passare il test della patente, ed era praticamente molto raro fallire, generava eccitazione, un senso di una nuova indipendenza e di una potenza maschilista.

Purtroppo ogni studente di scuola superiore conosceva un adolescente che era successivamente morto in un incidente stradale.

Non ho mai guardato le statistiche, ma ho avuto l'impressione che il bilancio delle vittime degli incidenti stradali era più elevato nei tardo adolescenti rispetto ai gruppi di maggiore età.

Pensavo che negli adolescenti ci deve essere qualcosa relativo agli ormoni.

Se guidavo o ero un passeggero di un conducente adolescente, mi piaceva la sensazione di velocità e di rischio, metterci in mostra e sentirci più grandi di quanto eravamo.

In quei giorni non avrei mai pensato a ciò in questi termini, ma, retrospettivamente, stavo pensando, anche se brevemente, che, per alcuni adolescenti, guidare un'automobile alimenta il desiderio di negare la realtà, nell'esercizio del potere onnipotente che ha superato l'istinto di autoprotezione.

Nonostante io abbia lavorato con gli adolescenti come terapeuta, e mi sia formato come psicoterapeuta infantile dal 1969 al 1973, al Hampstead Child-Therapy Course and Clinic a Londra (oggi Anna Freud Centre), non ho studiato sistematicamente il comportamento suicidario negli adolescenti fino a che non ho lavorato al Brent Consultation Centre dal 1976 al 1989.

Tentativi di suicidio erano presenti negli adolescenti che trattavamo in psicoanalisi e in psicoterapia, discussi settimanalmente, ed erano descritti in *Developmental Breakdown and Psychoanalytic Treatment in Adolescence* (1989) pubblicato da Moses e Egle Laufer.

Ero anche influenzato da un saggio precedente: "Tentativo di Suicidio e Auto-Mutilazione in Adolescenza: Alcune Osservazioni da un Progetto di Ricerca Psicoanalitico" (1972) scritto da Maurice Friedman, Mervin Glasser, Egle Laufer, Moses Laufer e Myer Wohl, che era parte di un gruppo di ricerca al Brent Consultation Centre. (Questi contributi saranno discussi più avanti nei Capitoli 7 e 8).

Nel frattempo mi ero unito alla Portman Clinic (parte della Tavistock e della Portman NHS Foundation Trust di Londra) nel 1973 come psicoterapeuta infantile e dell'adulto, e trovai che molti dei miei pazienti, adolescenti e adulti, avevano fatto dei tentativi di suicidio.

Il mio training psicoanalitico per adulti (1973-76) presso la Società Psicoanalitica Britannica, si fondò sugli studi psicoanalitici alla Hampstead Child-Therapy Course and Clinic, ed in particolare su "Lutto e Melanconia" di Freud (1917, 1915), che ha avuto un'influenza formativa sul mio pensiero sul suicidio.

Tuttavia è stata l'ansia, provocata dal fatto di lavorare con pazienti suicidari, che mi motivò a studiare e a scrivere su questo argomento inquietante.

Quando Rob Hale giunse alla Portman, portò con sé una ricchezza di esperienza clinica e di dati di ricerca grazie al suo lavoro al St Mary's Hospital, che viene discusso più avanti nel libro.

Rob ed io abbiamo intrapreso un dialogo sul suicidio che è continuato per il resto delle nostre vite professionali.

Ognuno di noi ha presentato e pubblicato articoli su vari aspetti del comportamento suicidario ed abbiamo scritto insieme "Suicidal Acts", come capitolo per il *Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice* (1991), edito da Jeremy Holmes.

In questo libro abbiamo messo insieme i nostri pensieri e la nostra esperienza clinica maturata negli ultimi quarant'anni.

Offriamo al lettore una particolare prospettiva psicoanalitica, che abbiamo trovato utile nella comprensione dei processi, dei significati e dell'impatto degli atti di suicidio.

Sebbene il nostro punto di vista è confrontato, contrapposto e, dove possibile, integrato con altri punti di vista sul suicidio, speriamo che ciascun lettore proseguirà questo lavoro da se stesso.

### *Bibliografia*

- Freud, S. (1917, 1915). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol.14)*. London: Hogarth Press.
- Friedman, M., Glasser, M., Laufer, M. & Wohl, M. (1972) Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project. *The International Journal of Psychoanalysis*, 53(2), 179-183.
- Holmes, J. (1991). *Textbook of psychotherapy in psychiatric practice*. Churchi. Il Livingstone.
- Housman, A.E. (1939) *The collected poems of A.E. Housman*. London: Penguin Books.
- Laufer, M. & Laufer M.E. (1989). *Developmental breakdown and psychoanalytic treatment in adolescence: Clinical studies*. New Haven, CTUS: Yale University Press.