

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE



DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2020/2021

IL TENTATIVO DI SUICIDIO IN ADOLESCENZA

Alcune riflessioni sulle possibili cause

RELATORE: Prof.ssa Patrizia Arfelli

STUDENTE: Ibba Marta

Matricola 18 D03 020

“Per quanto assurda e complessa ci sembri, la vita è perfetta.

Per quanto sembri incoerente e testarda, se cadi ti aspetta.

E siamo noi che dovremmo imparare a tenercela stretta”

(Amara)

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare prima di tutto la mia famiglia che fin da quando ero piccola ha sempre creduto in me e mi ha supportato in ogni mia scelta e decisione.

Ci sono state molte difficoltà in questi ultimi due anni ma so che il bene che ci vogliamo reciprocamente non finirà mai.

Mamma, in futuro spero di essere una madre forte, amorevole e volenterosa come te.

Papà, in futuro spero di riuscire ad avere sempre il sorriso sulle labbra e ad amare ogni giorno le persone che mi stanno vicino, come tu ci hai sempre insegnato e dimostrato.

Carola, spero in futuro di avere una sorella che crede in sé stessa e che si renda conto che lei è stupenda per quella che è e non per come la vogliono gli altri. Voglio prendere da te la tua voglia di sperimentarti, di metterti sempre in gioco e di non accontentarti solo perché così è “più facile”.

Nonna, nonno, in futuro voglio diventare gentile e cordiale così come siete stati voi non solo con noi, ma con tutte le persone più o meno bisognose.

A tutti voglio un mondo di bene.

Un ringraziamento particolare a mia mamma, che mi ha aiutato nella correzione della tesi.

Vorrei poi ringraziare il mio fidanzato, Gianluca, che mi è sempre stato vicino e mi ha aiutato nei momenti di difficoltà.

Ti ringrazio di starmi accanto nei momenti belli e brutti, di consigliarmi, di non lasciarmi mai sola ad affrontare i problemi, di accettare tutti i miei difetti e le mie paure.

Sei speciale, sei la mia roccia, sei la persona che voglio nella mia vita. Ti amo.

Un ringraziamento va poi alle mie amiche, Sara e Manuela. Abbiamo intrapreso facoltà diverse ma, nonostante ciò, per ogni difficoltà ci siamo sempre state le une per le altre.

Mi avete consigliato e mi siete state vicine, grazie.

Vorrei poi ringraziare tutti i professori avuti al liceo che mi hanno permesso di acquisire le capacità per poter affrontare un percorso universitario, mi hanno aiutato a sviluppare un metodo di studio e a credere in me stessa.

Un ringraziamento anche ai professori universitari, che mi hanno fatto appassionare a questa splendida e affascinante materia. In particolare, un ringraziamento alla mia relatrice, la professoressa Arfelli, che mi ha fatto amare fin dal primo istante la sua materia e che mi ha seguito per la tesi dandomi tanti consigli.

In fine, un ringraziamento ad alcune mie compagne di studi, con cui ci siamo aiutate e supportate in questo percorso.

INDICE

INTRODUZIONE.....	6
PRIMO CAPITOLO: Perché si arriva al tentativo di suicidio	9
1.1 Brevi cenni sui cambiamenti adolescenziali	9
1.2 Incapacità di trovare la propria indipendenza	11
1.3 Come si sentono i giovani suicidi.....	13
SECONDO CAPITOLO: Corpo accettato o ripudiato.....	21
2.1. L'importanza del corpo in adolescenza	21
2.2 Casi clinici.....	26
2.2.1 Ann.....	26
2.2.2 Jane.....	28
TERZO CAPITOLO: Terapia e prevenzione del suicidio	31
3.1 L'approccio terapeutico con i giovani suicidi.....	31
3.2 Prevenire un tentativo di suicidio.....	37
CONCLUSIONI.....	42
BIBLIOGRAFIA	44
SITOGRAFIA	49

INTRODUZIONE

Il termine suicidio deriva dal latino *sui-caedere* che significa uccidere se stessi.¹

È l'atto più estremo in assoluto tanto è vero che la persona decide volontariamente di porre fine alla propria esistenza.

Il suicidio colpisce adolescenti e adulti, uomini e donne, ricchi e poveri ed è più frequente nelle aree urbane rispetto a quelle rurali.

I mezzi utilizzati per metterlo in atto sono, solitamente, l'impiccagione, l'overdose, l'avvelenamento e il defenestramento. Negli USA vengono utilizzate molto frequentemente anche le armi da fuoco.²

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ogni anno nel mondo quasi un milione di persone muore per suicidio, il che significa 16 casi ogni 100 000 abitanti, di cui il 77,9 % uomini e il 22,1 % donne. È interessante sottolineare, però, che i tentativi di suicidio nel genere femminile sono quattro volte superiori a quelli nel genere maschile: il fatto che la percentuale di suicidi in quest'ultimi sia più alta è dovuto all'utilizzo di mezzi più letali per togliersi la vita.^{3 4 5}

In Italia si registrano all'incirca 4000 casi di morte per suicidio all'anno, di cui 200, ovvero il 5%, riguardano ragazzi al di sotto dei 25 anni. Il suicidio, infatti, è la seconda causa di morte tra gli adolescenti e molti di più sono coloro che lo tentano, fortunatamente senza riuscirvi.^{3 4 5}

¹ Dizionario etimologico online (<https://www.etimo.it/>)

² <https://www.epicentro.iss.it/mentale/SuicidiItalia2014>

³ Ministero della difesa (https://www.difesa.it/SMD_/approfondimenti/benessere-e-salute/prevenzione-del-suicidio/Pagine/I-dati-sul-suicidio.aspx)

⁴ https://www.difesa.it/SMD_/approfondimenti/benessere-e-salute/prevenzione-del-suicidio/Pagine/I-dati-sul-suicidio.aspx

⁵ <https://www.istat.it/it/archivio/203366>

Il suicidio è stato un argomento trattato fin dall'antico Egitto: il tema, infatti, è stato ritrovato in un papiro intitolato "Dialogo di un suicida con la propria anima"^{6 7} (S. Donadoni, 1970).

In passato il suicidio era giustificato da molte culture solo se effettuato come prova di coraggio o come atto eroico; in tutti gli altri casi era visto come un atto contro natura, contro la società e contro lo stato e tutti coloro che lo compivano venivano considerati colpevoli, con conseguenze anche nei confronti dei familiari, emarginati e giudicati come complici del crimine e privati di tutti i beni e di tutte le proprietà.^{8 9 6}

A. Alvarez nel suo libro "The savage God" riporta alcuni esempi di come venivano trattati i corpi dei suicidi nel 1600: in Inghilterra erano destinati alle scuole di anatomia, in Francia venivano messi tra la spazzatura, in Grecia venivano sepolti fuori dalle mura della città e le loro mani venivano tagliate e seppellite a parte. (A. Alvarez 1990; M. Pompili & R. Tatarelli 2009).

Solo dal 1800 si è avuta un'iniziale modifica della concezione della morte suicida: il parlamento inglese, per esempio, permetteva di seppellire le vittime di suicidio vicino alle chiese, ma solo dalle nove a mezzanotte (M. Pompili & R. Tatarelli 2009).

Gli esempi riportati sono importanti per sottolineare come il suicidio sia stato stigmatizzato sin dal principio: il tema, infatti, è uno dei tabù ancora oggi più radicati nella nostra società.

Ho deciso di affrontare questo argomento, focalizzandomi sull'adolescenza, proprio perché è un fenomeno assai diffuso ma per niente discusso: non se ne parla a casa,

⁶ <https://link.springer.com/content/pdf/bbm%3A978-88-470-2715-2%2F1.pdf>

⁷ <https://archipendolo.wordpress.com/2019/06/29/dialogo-immaginario-tra-un-uomo-stanco-di-vivere-e-la-propria-anima/>

⁸ <https://www.soproxi.it/il-lutto/stigma-e-disgregazione-familiare/>

⁹ <https://www.poliziapenitenziaria.it/il-suicidio-breve-storia-del-mal-di-vivere/>

a scuola, a catechismo, con gli amici o i genitori e, persino nel mio percorso di studi ho affrontato l'argomento solo in modo parziale e generico.

Ancora oggi persino molti operatori sanitari sono ostili a credere che una persona possa decidere di suicidarsi, motivo per cui spesso gli adolescenti non trovano appoggio anche quando esprimono al proprio medico o al personale ospedaliero il loro disagio e la loro volontà di risolverlo attraverso il suicidio: troppo spesso non vengono presi sul serio e vengono lasciati soli e indifesi (M. Pompili & R. Tatarelli 2009).

Ritengo che ci dovrebbe essere più sensibilizzazione e più conoscenza inerente a questo tema, in modo tale da poter prevenire, o quanto meno provare ad aiutare, le persone che, per qualche motivo, pensano che il suicidio sia la loro unica via d'uscita.

.....

Procederò nello svolgimento del mio elaborato effettuando una sintesi ed una ricostruzione di quanto emerso dalla lettura di scritti di vari autori e di ricerche in siti specializzati nella materia, tutti riportati nella bibliografia e sitografia in calce, cercando di estrapolare quanto, secondo me, ritenuto più esaustivo.

PRIMO CAPITOLO

PERCHE' SI ARRIVA AL TENTATIVO DI SUICIDIO

“Il suicidio dimostra che ci sono
nella vita mali più grandi della morte”

(F. Orestano)

1.1 Brevi cenni sui cambiamenti adolescenziali

Il termine adolescenza deriva dal latino *adolescere*, che significa crescere.

È quel periodo di vita che intercorre tra i 14 e i 21 anni circa, ed è da considerarsi come una fase a sé stante dello sviluppo umano, in quanto l'adolescente va incontro a molteplici cambiamenti, che riguardano sia la sfera fisica e cerebrale sia quella relazionale, sociale e familiare.

Il cambiamento fondamentale è determinato dallo sviluppo ormonale, caratterizzato da trasformazioni fisiche, neuro-ormonali e psichiche. Il corpo inizia a cambiare: nelle ragazze si sviluppano i seni, iniziano le mestruazioni e crescono i peli; nei ragazzi vi è il cambio della voce, dell'altezza, la crescita della barba e l'erezione, nonché lo sviluppo di tutta un'altra serie di caratteri sessuali secondari in entrambi i sessi.

Il corpo diventa a tutti gli effetti un corpo adulto e in grado di riprodursi: l'adolescente deve imparare a conoscerlo e ad accettarlo biologicamente e psicologicamente e questo richiede del tempo.

Un altro importante cambiamento in adolescenza avviene nel cervello. I cambiamenti cerebrali determinano la comparsa di quattro caratteristiche mentali: l'esplorazione creativa, ottenuta grazie allo sviluppo del pensiero formale e del ragionamento astratto; una maggiore intensità emotiva; un coinvolgimento sociale, in cui il giovane si crea la propria identità relazionandosi e usando i coetanei come specchio in cui rivedere le proprie paure e perplessità; una ricerca di novità, in quanto l'adolescente è alla scoperta di gratificazione a mezzo di nuove esperienze.

A livello strutturale e formale si assiste a un processo detto *pruning o potatura sinaptica* mediante il quale viene rimosso il 50% delle sinapsi che si sono formate durante l'infanzia, non più necessarie; residuano le connessioni che utilizziamo maggiormente. Questo processo permette di passare da un cervello con molti neuroni sconnessi fra loro ad un cervello con pochi neuroni ma ben collegati, robusti, ordinati e funzionali. Contemporaneamente avviene anche un processo detto di *mielinizzazione*, ovvero vi è un aumento di mielina che ricopre gli assoni dei neuroni e che migliora la connettività neurale.

Oltre a cambiamenti corporei e cerebrali, l'adolescente deve andare incontro ad un processo, definito da P. Blos e E. Jacobson, di "ristrutturazione dell'identità" ed oggi più comunemente detto "processo di soggettivazione".

La soggettivazione è "un processo [...] di appropriazione soggettiva e di autocreazione mediante il quale il soggetto riconosce l'appartenenza dei propri pensieri, atti, sentimenti, conflitti" (R. Cahn, 1991, pagg. 1431-1432).

Il ragazzo deve distaccarsi dai genitori, non dipendere più da loro ma assumersi la responsabilità dei propri pensieri, delle proprie azioni, delle proprie affermazioni e dei propri sentimenti. Deve trovare la sua individualità, consolidare un'immagine di se stesso

come persona autonoma e indipendente. Deve sentirsi padrone del proprio corpo e formarsi una immagine mentale di se stesso con una specifica identità sessuale.

Tutti gli adolescenti troveranno difficoltà nell'affrontare questi cambiamenti e queste trasformazioni, perché richiedono una rottura totale con il passato e il crollo dell'idealizzazione dei genitori, e quindi il "lutto di un ordinamento concluso, di ruoli ormai superati e nei quali era possibile sentirsi al sicuro" (F. Ladame, 1987, pag. 19).

Tutto questo determina inevitabilmente sentimenti di sofferenza, angoscia e depressione in quanto l'individuo scopre un nuovo mondo, totalmente diverso rispetto a quello del passato, a cui era abituato.

In questa fase di crescita, infatti, molti adolescenti possono andare incontro a quello che viene definito "breakdown evolutivo", dal quale deriva l'incapacità di accettare il lutto del passato e le nuove sensazioni generate dal corpo, e la conseguente incapacità ad esistere come soggetti autonomi e con un'identità definita.

Talvolta in assenza di aiuto e di ascolto il breakdown può comportare effetti devastanti nella crescita e nei casi più gravi condurre al gesto più estremo: il suicidio.

1.2 Incapacità di trovare la propria indipendenza

La *separazione-individuazione* è quel processo evolutivo dei primi due anni di vita del bambino, descritto negli anni '50 dalla psicoanalista americana M. Mahler.

Secondo l'autrice nei primissimi mesi di vita il neonato vive in una condizione di fusione simbiotica con la madre, fondamentale per la sua sopravvivenza.

Successivamente, intorno ai 4-5 mesi, inizia a comprendere di essere una entità distinta da quella della figura materna e procede quindi alla separazione e all'individuazione.

La *separazione* consiste in quel processo di uscita dalla fusione simbiotica con la madre. L'*individuazione*, invece, è la fase in cui il bambino percepisce di possedere proprie caratteristiche personali.

Lo psicoanalista tedesco P. Blos riprende il concetto di M. Mahler sostenendo che l'adolescenza corrisponde ad una "seconda fase di *separazione-individuazione*". Così come il bambino si distacca dalla madre internalizzando la sua immagine, nello stesso modo l'adolescente deve compiere un'opera di disimpegno dagli oggetti infantili interiorizzati e sviluppare una propria identità.

Se il ragazzo arriva all'atto suicida significa, come affermato da F. Ladame, che ha fallito nel processo di *separazione-individuazione*. In questo caso, l'adolescente è vulnerabile, esattamente come il bambino quando viene invaso da stimoli interni ed esterni a lui sconosciuti.

L'individuo non è in grado di fronteggiare le angosce scaturite dai cambiamenti che avvengono nella sua vita, non è in grado di raggiungere la fase di *individuazione* dal momento che non ha mai superato quella di *separazione*.

Tra le cause principali dell'incapacità di superare il processo, riveste un ruolo fondamentale il comportamento dei genitori.

I genitori possono ad esempio non accettare la crescita del figlio e quindi trasmettergli l'idea di non potersi distaccare da loro o avere autonomia di pensiero. Lo trattengono e gli impediscono di crescere e di separarsi da loro, non aiutandolo, con tale comportamento, ad affrontare le nuove sfide a cui va incontro.

I genitori, con i bambini, dovrebbero svolgere il ruolo di contenitore, ovvero dovrebbero prendere tutto ciò che il bambino proietta su di loro di felice, pericoloso o sconosciuto e restituirglielo in una forma per lui tollerabile. Questa idea di contenitore è

fondamentale anche nel periodo adolescenziale, ma purtroppo talvolta il genitore viene meno a questo suo compito perché assente, depresso o patologico: l'adolescente, quindi, si trova privo di sostegno. Molte volte vi è addirittura un'inversione di ruoli, nel senso che il figlio si trasforma in genitore e assume il ruolo di aiuto, sostegno e confidente, diventando quel contenitore che il genitore non è riuscito ad essere, arrivando così ad un inevitabile crollo emotivo.

Per un sano sviluppo dell'adolescente è importante che i genitori lo aiutino a pensare al futuro e a condividere i sentimenti di insicurezza, paura o speranza che questo periodo comporta.

Avere un rapporto che si basa su aspettative non condivise può portare a sentimenti di disperazione e solitudine nel giovane, che si sente in questo modo solo e impaurito.

Ci dovrebbe essere, invece, condivisione e ammirazione reciproca. I genitori dovrebbero in certe occasioni rinunciare alla loro funzione di guida e favorire lo scambio in favore di una crescente parità, dovrebbero accompagnare il figlio in questo percorso tumultuoso verso l'età adulta.

1.3 Come si sentono i giovani suicidi

Si ha la credenza che i giovani suicidi siano adolescenti con gravi malattie mentali e che a causa di queste arrivino al suicidio. In realtà non è così: solo in rarissimi casi, infatti, il suicidio è causato da una psicopatologia.

Gli adolescenti suicidi "stanno apparentemente bene" (G. Pietropolli Charmet, 2009, pag. 7) tant'è vero che amici, parenti o conoscenti restano stupiti quando scoprono dell'accaduto e riferiscono che mai avrebbero pensato che quel ragazzo potesse compiere

un gesto tanto distruttivo. Si sentono comunemente frasi come: “sì, era un po’ triste e stava spesso per le sue ma niente di grave” oppure “era un ragazzo gioioso, che usciva, che si divertiva... non c’è proprio una spiegazione del perché possa aver tentato il suicidio”.

Poiché è ovvio che un ragazzo non tenta di togliersi la vita se non è afflitto da profondi turbamenti, è fondamentale ricercare cosa di più intimo e interno si nasconde dietro al tentativo di suicidio.

L’adolescenza, come afferma M. Laufer, è quella fase della vita dove l’individuo si appropria alle prime esperienze sessuali e necessita di nuove relazioni sociali.

Queste nuove esperienze lo portano a cercare risposte e a valutare quali di esse possano essere accettabili per la propria coscienza e per i propri ideali, il tutto per salvaguardare il suo funzionamento mentale.

L’adolescente con uno sviluppo funzionale riesce ad imparare a sentirsi apprezzato senza rimanere in un rapporto di dipendenza dai genitori.

Può provare sensi di colpa e vergogna per i nuovi pensieri e sentimenti privati derivanti dal suo corpo, ma riuscire ad accettarli e anche a trovarvi piacere; può preoccuparsene pur rimanendo consapevole che questi non avranno su di lui il sopravvento.

Essenzialmente riesce a non perdere l’amore per se stesso, provato fin dall’infanzia, e può guardare verso il futuro, e pensare che ciò che c’è stato di buono fino a quel momento rimarrà nonostante ci possano essere delusioni e sofferenze dovute al periodo.

Tutto ciò non avviene nell’adolescente suicida, che è travolto dalla sensazione di non farcela, di essere solo e di star evolvendo in maniera anormale socialmente o sessualmente. Vi sono sentimenti estremi di mancanza di valore e odio per se stessi, vi è

un'immensa sofferenza ed incapacità di trovare modi per ristabilire l'autostima e il rispetto verso di sé.

Tutti gli adolescenti hanno dei momenti depressivi, tant'è vero che il 75% dei giovani pensa al suicidio, senza però tentare di togliersi la vita. Il tentativo di suicidio può avvenire quando questi sentimenti depressivi continuano ininterrottamente ed influenzano il funzionamento totale del ragazzo.

Gli adolescenti sono invasi da fantasie relative al loro corpo o alle relazioni sessuali. Mi riferisco a fantasie per esempio inerenti alla bellezza o meno del proprio corpo, alla masturbazione e a vari piaceri segreti, all'idea di essere omosessuale o bisessuale, ma anche a fantasie che possono essere distruttive, come per esempio il pensiero di annientare i genitori o di distruggere tutto, o semplicemente a fantasie di volersene andare e cominciare una nuova vita.

Questa turbolenta attività mentale viene vissuta da alcuni adolescenti con accettazione e senza eccessiva angoscia, da altri, invece, come segno di follia, di stranezza, come qualcosa di sporco, di malato e di pericoloso.

Gli adolescenti suicidi si sentono minacciati da questi pensieri e li considerano come dei nemici da combattere. Sono invasi dalla sensazione di essere brutti, di essere anormali sessualmente, di essere pericolosi e sporchi o inadeguati in quanto sperimentano piaceri sessuali che vivono come sbagliati e per questo pensano di non avere il diritto di continuare a vivere.

Tali fantasie portano questi ragazzi a sentirsi un fallimento, una vergogna per se stessi, per i genitori e per l'intera società. Si sentono impotenti e incapaci di fronteggiarle e quindi sperimentano rabbia per la propria debolezza.

A questo punto iniziano ad emergere altre fantasie, quelle che motivano un tentativo di suicidio. Il ragazzo inizia a credere che togliersi la vita sia ciò che gli permette di avere il controllo su di sé e di annullare il senso di impotenza.

Il suicidio esprime il desiderio di trovare pace e serenità: emerge l'idea che uccidendosi si eliminino i pensieri e i desideri fonte di sofferenza e vergogna, e che si possa quindi vivere una nuova vita.

“Il suicidio presuppone la comparsa di fantasie nelle quali la morte viene considerata foriera della gratificazione che il mondo reale rifiuta” (F. Ladame, 1987, pag. 38).

Nell'adolescente suicida il futuro è visto come qualcosa di terribile, qualcosa da cui bisogna salvarsi, scappare ed evadere. Pensare al futuro significa temere che l'estremo dolore psichico che egli sta provando non finirà mai, continuerà all'infinito. Futuro significa nuovi fallimenti, nuove incapacità di affrontare le situazioni e le problematiche, significa non smettere mai di essere dipendenti dai propri genitori e non avere le capacità di distaccarsi da loro, continuare ad essere soli e abbandonati.

“È il futuro il tempo in cui si annida la disperazione. La malattia dell'adolescente suicida consiste nell'essere diventato incapace di sperare, [...] di essere rimasto senza futuro, senza progetto” (G. Pietropolli Charmet, 2009, pag. 15).

Quel futuro viene così eliminato, aprendo le porte a un nuovo tipo di futuro, diverso, in cui non c'è più sofferenza e dolore, un futuro in cui il soggetto può vivere con serenità e armonia.

Il suicidio non è quindi un movimento verso la morte, ma un allontanamento da emozioni intollerabili, da un dolore insopportabile e da un'angoscia incontrollabile.

L'adolescente suicida si rifiuta di vivere una certa vita, quella che sta vivendo, ma vuole viverne un'altra che si rappresenta come felice e priva di angoscia.

È come se vi fosse una perdita di contatto con la realtà, in cui il giovane suicida non sa distinguere tra realtà e fantasia. La sua intenzione non è quella di morire, ma di vivere una vita migliore, senza percepire che togliersi la vita equivale ad andarsene per sempre.

Come detto nel precedente paragrafo, la maggior parte dei ragazzi suicidi non è riuscita a distaccarsi dai genitori e a trovare la propria individualità. Questo accade perché molto spesso i genitori considerano i figli come degli oggetti d'amore da tenere sempre con sé, e non riescono ad accettare l'idea che i figli debbano avere una propria autonomia e una propria vita, oppure perché, come già detto, non svolgono il ruolo di contenitore ma addossano le loro problematiche ai figli che diventano, in questo modo, i "genitori dei propri genitori". In ogni caso, comunque, l'adolescente si trova in una situazione di dipendenza totale dal genitore.

Come afferma M. Laufer, questi adolescenti hanno il timore di essere abbandonati e di essere lasciati soli, ma contemporaneamente hanno anche l'angoscia di essere inghiottiti. Questa situazione provoca un circolo vizioso, in quanto la paura di abbandono intensifica la dipendenza aumentando, così, il timore di essere inghiottiti e la sensazione di sentirsi in trappola.

Il ragazzo si sente sottomesso e prova rabbia nella sua incapacità di allontanarsi da coloro che lo trattengono. Prova forti sentimenti aggressivi nei confronti dei genitori, vorrebbe distruggerli, annientarli, eliminarli e distaccarsi così da loro.

Questi ragazzi si sentono talmente minacciati dai loro pensieri distruttivi che arrivano a pensare che l'unico modo per controllare la propria aggressività sia uccidersi.

Si sentono indesiderati, inutili, abbandonati, sono convinti che nessuno possa aiutarli a eliminare questo senso di fallimento che li travolge.

Può anche accadere che quando il figlio prova ad esprimere ai genitori la sua intenzione di togliersi la vita, quest'ultimi rispondano in maniera inappropriata, ridicolizzando, banalizzando, negando, in altre parole lasciando, ancora una volta, il ragazzo da solo, indifeso, abbandonato.

L'adolescente che decide di togliersi la vita supera i sensi di colpa, ha solo l'idea di non essere stato mai amato e desiderato e quindi ritiene che il suicidio sia la scelta migliore. Alcuni adolescenti a volte cercano sostegno in altre figure adulte, ma non perché pensano di poter effettivamente ricevere aiuto, ma solo per rafforzare la consapevolezza che nessuno riuscirà mai a cambiare il loro stato emotivo e il loro dolore. In questo modo si convincono ancora di più che nessuno li vuole, li desidera e li ama e rinforzano, così, il loro desiderio di togliersi la vita.

Per questi adolescenti, pieni di odio per se stessi, incapaci di controllare le proprie azioni e i propri sentimenti, il suicidio diventa una liberazione.

Essi cercano di salvaguardarsi dalla speranza che ci sia qualcosa o qualcuno a cui potersi aggrappare, perché "la speranza porta in sé la possibilità di fallimento" (M. Laufer, 1998, pag. 62). Ma sorge un altro tipo di speranza: la speranza che con il loro tentativo di suicidio i familiari potranno capire la loro tristezza e la loro disperazione e quindi, nel caso in cui l'atto non vada a buon fine, che si potrà beneficiare di un amore più autentico e di affetti più favorevoli. Nel caso, invece, in cui l'atto suicida abbia successo, vi è la speranza di vivere più da "morti che da vivi", diventando onnipresenti nella mente dei sopravvissuti.

L'incapacità di distaccarsi dai propri genitori comporta nei figli l'impossibilità di relazionarsi con i compagni, di rispecchiarsi in loro, di prenderli come esempio e come punto di riferimento, aspetti fondamentali per una normale crescita. Gli amici, infatti,

rappresentano un ponte indispensabile tra la famiglia e la vita sociale. Sono proprio coloro che permettono di scoprire il mondo con occhi diversi rispetto a quelli familiari, sono coloro con cui ci si confida, che possono comprendere i problemi e le ansie che si provano, sono una protezione dall'ignoto del mondo esterno; fornendo approvazione e sicurezza, e permettono di pensare "okay, non sono un fallimento per il mondo", il gruppo dei pari accompagna il ragazzo nella scoperta della propria persona e della propria individualità. Agli adolescenti suicidi manca completamente questo appoggio, ossia pur avendo degli amici, non avendo elaborato il processo di *separazione-individuazione*, non riescono a rapportarsi con essi nel modo corretto. I coetanei diventano semplicemente persone con cui trascorrere del tempo ma che non fungono da rispecchiamento o da protezione. Non rappresentano quel ponte fondamentale che permette loro di distaccarsi dalla famiglia.

Gli adolescenti suicidi attribuiscono solitamente delle cause specifiche al loro tentativo anti-conservativo: un brutto voto, un rimprovero da parte di un insegnante, un litigio con un amico o con la famiglia, una rottura sentimentale e quant'altro, ma questi episodi non sono la reale causa, o meglio non sono la sola causa che li spinge ad uccidersi: sono solo ulteriori episodi vissuti come abbandono e fallimento e che conducono al crollo definitivo.

L'adolescente non decide da un giorno all'altro di togliersi la vita: l'atto che vuole compiere viene, infatti, meditato a lungo. L'individuo pensa prima ad altre soluzioni, ad altre vie di fuga che permettano di eliminare l'immenso dolore psichico che prova.

Come afferma E. Shneidman, quando per la prima volta emerge l'idea del suicidio, la mente la rifiuta e continua a cercare altre opzioni, poi ripensa alla morte e di nuovo la rifiuta e così via, fino a non trovare nessun'altra possibilità se non il suicidio stesso.

L'adolescente inizia a credere che non ci sia più speranza di cambiamento, che il suo stato di sofferenza rimarrà per sempre: il suicidio allora diventa un atto di forza, permette all'individuo di diventare padrone della propria vita, di eliminare la passività e tutto ciò che non è sotto la sua volontà.

C'è una grande distinzione tra coloro che pensano all'atto suicida e non lo mettono in atto e coloro che invece lo attuano.

I primi, infatti, sono ancora ancorati alla realtà, riescono a relazionarsi con i loro genitori senza per forza provare soltanto odio o rabbia nei loro confronti, hanno ancora la capacità di dubitare delle proprie fantasie e dei propri pensieri, hanno la forza di chiedere aiuto, hanno speranza nel credere che qualcosa possa cambiare e che in futuro le cose andranno meglio.

Nei secondi, invece, tutte queste capacità vengono meno e, come abbiamo visto, il suicidio diventa paradossalmente l'unica cosa che dà sollievo, che salva da una vita disastrosa, con l'illusorio pensiero che se ne apra un'altra piena di gioia e amore e priva di dolore, solitudine, rabbia e sofferenza.

SECONDO CAPITOLO

CORPO ACCETTATO O RIPUDIATO

“L’Io è innanzitutto un’entità corporea,
non è soltanto un’entità superficiale”
(S. Freud, 1922, pagg. 488-489)

2.1. L’importanza del corpo in adolescenza

Ho deciso di dedicare questo capitolo all’importanza che il corpo riveste nel periodo adolescenziale, proprio perché quando un ragazzo decide di togliersi la vita, non sta facendo altro che un attacco al proprio corpo, considerato oggetto di odio e disprezzo.

Come affermato nel precedente capitolo, con l’inizio della pubertà il corpo cambia, si trasforma, diventa un corpo adulto che il ragazzo deve imparare a conoscere e ad accettare biologicamente e psicologicamente.

Il cambiamento corporeo determina una trasformazione intrapsichica globale, ossia un processo durante il quale si modifica e si riorganizza l’intero funzionamento mentale.

L’adolescente deve costruire la sua identità corporea, deve comprendere “cosa farne” del nuovo corpo, come utilizzarlo, come vestirlo; deve attribuirgli un significato relazionale, affettivo, sociale ed erotico.

Il ragazzo si pone domande come: “chi sono?”, “cosa voglio essere?”, “come mi devo comportare con i miei coetanei?”, “come faccio a piacere?” e innumerevoli altri

interrogativi relativi all'aspetto fisico e a come poterlo rendere accettabile agli altri e a se stesso, con un continuo confronto con i modelli imposti dai social e dalle pubblicità.

È proprio durante l'adolescenza che il corpo inizia ad essere "sperimentato": i ragazzi lo vestono, lo decorano con i tatuaggi o con i piercing, lo truccano, lo profumano e lo manipolano, tutto questo per conoscerlo e attribuirgli un significato comprensibile, un aspetto coerente con i propri valori interni e allo stesso modo percepibile come piacevole per il mondo esterno, in quanto è con il corpo e con la gestualità che da esso si sviluppa, che si comunica.

L'adolescente è quindi impiegato in un processo che G. Pietropolli Charmet definisce *mentalizzazione del corpo*, ovvero un lavoro di riconoscimento mentale capace di dare senso e valore al proprio corpo, alle sue trasformazioni fisiche e alle fantasie che scaturiscono da esso.

In nessun'altra fase dello sviluppo il corpo è così tanto amato e allo stesso tempo odiato, utilizzato come mezzo per esprimere i propri conflitti e per comunicare con il mondo: vi è, infatti, un profondo investimento emotivo.

"Pensare al corpo significa tentare di rappresentarlo nel suo insieme, nel suo aspetto complessivo, partitamente nelle sue funzioni, regalargli un significato relazionale, sociale, sentimentale, erotico, generativo ed etico" (G. Pietropolli Charmet, 2000, pag. 133).

Ho già esposto nel precedente capitolo come le fantasie che scaturiscono dal corpo possano essere segno di disagio, di sensi di colpa e di vergogna in molti adolescenti; ma ci sono altre tre difficoltà, relative al corpo, che il ragazzo si trova a dover affrontare nella fase di crescita e che richiedono inevitabilmente un grosso sforzo per superarle attraverso molte sofferenze:

1. La prima difficoltà è relativa alla capacità di accettare il lutto per la perdita del corpo infantile: amato, onnipotente, protetto e sicuro.

Per tutta l'infanzia la cura del corpo del bambino è affidata ai genitori; durante l'adolescenza, invece, il ragazzo deve prendere il possesso del proprio corpo, deve accudirlo, deve prendersene cura, deve iniziare a pensarlo come qualcosa che appartiene a sé, che è sotto il suo controllo; deve trovare il modo di accettarlo e di esprimerlo nella maniera che più gli corrisponde.

“L'adolescente si confida con un corpo doppio: il corpo della prima infanzia angelico, familiare, onnipotente [...] e il corpo pubere nuovo, sensuale, non familiare, non rappresentabile perché il luogo di vissuti sconosciuti” (A. Birraux, 1990, pag. 90): l'adolescente deve imparare ad integrare il corpo legato all'infanzia con quello nuovo, adolescenziale, sconosciuto, fonte di desideri e passioni pericolose e spaventose.

Se non vi riesce, il nuovo corpo, fonte del nuovo senso di disagio, diventa oggetto di attacco.

2. La seconda difficoltà che l'adolescente deve affrontare riguarda l'accettazione della complementarità.

Il nuovo corpo ha un'autonomia limitata e per completarsi deve unirsi con un altro corpo, rinunciando all'autarchia e al senso di onnipotenza tipici dell'infanzia; la percezione della complementarità obbliga l'adolescente a sviluppare capacità idonee ad avvicinare sessualmente altri corpi.

Adolescenti fragili non riescono ad accettare il limite del proprio corpo e la dipendenza sessuale di esso da altri soggetti e, di nuovo, quest'ultimo viene accusato di essere il colpevole.

3. La terza difficoltà, infine, è legata al concetto di morte.

Il nuovo corpo è definitivo, completamente maschile o femminile, è mortale, invecchierà e si ammalerà.

Ovviamente anche il corpo infantile può morire, ma il bambino non ne è consapevole, e pensa che la morte sia destinata solamente agli altri e non a se stesso; l'adolescente, invece, inizia a rendersene conto e questo può essere fonte di grande disagio e paura.

Come detto precedentemente, tutti gli adolescenti hanno difficoltà ad accettare e ad integrarsi in questo nuovo corpo ma, con un normale processo di crescita, la maggior parte di essi riesce a superare questi conflitti e cambiamenti e a formarsi una propria identità. Altri, invece, non riescono a compiere il processo di *mentalizzazione* del corpo e, di conseguenza, ad accettarlo, ad amarlo, a riconoscerlo come proprio.

Ecco così che nascono i disturbi alimentari e gli agiti autolesionistici come i tagli e le bruciature, fino all'attacco più crudele, quello che fa definitivamente scomparire questo corpo nemico: il suicidio.

M. Lombardo Pijola è una giornalista che ha scritto un libro riportando racconti di ragazzi che si sentono completamente estranei al proprio corpo. Di seguito sono riportate le parole di una ragazza: *“Mi graffio quasi da un anno. Mi chiudo in bagno e lo faccio. Quando la lametta incide la mia pelle e un fiotto di sangue mi scivola sul braccio, è come se tutto il male uscisse da me e la mia anima si svuotasse dal dolore [...]. Vivo un corpo che non mi appartiene. È solo un involucro bugiardo, spergiuro, ingannevole. Io ci sto intrappolata dentro per errore. La mia anima non gli somiglia affatto...la mia anima invece deve essere senz'altro uno e settanta, taglia 36. Vorrei sgusciare come un serpente*

fuori dal mio corpo e poi distruggerlo, così che non ne resti più neanche il ricordo”. (M. Lombardo Pijola, 2007).¹⁰

Ho trovato importante riportare queste parole perché ritengo che più di ogni descrizione o teoria, dimostrino l’immensa sofferenza che possono provare questi ragazzi.

Gli adolescenti che tentano il suicidio compiono sempre un attacco distruttivo al proprio corpo: lo vivono, infatti, come se fosse un qualcosa di separato dalla loro persona, come se fosse un semplice oggetto che puoi scegliere se tenere o buttare. È qualcosa di estraneo e, come afferma P. Gutton, extraterrestre.

L’adolescente suicida pensa di avere due sé, uno mentale e uno corporeo, quest’ultimo è un nemico che bisogna combattere e distruggere: vi è l’illusione che uccidendo il corpo la mente sia libera e possa finalmente vivere una vita migliore.

È come se corpo e mente entrassero in opposizione e il corpo assumesse un significato persecutorio.

Tutta la sofferenza provata da questi ragazzi viene riversata sul corpo, come se quest’ultimo fosse il responsabile di tutto, fosse ciò che impedisce loro di vivere una vita felice e armoniosa. Il corpo diventa la proiezione di tutto ciò che di negativo l’adolescente trova in se stesso, unico responsabile dell’incapacità di comunicare con gli altri e di essere apprezzati e amati.

Nello sviluppo normale il corpo viene ritenuto responsabile della separazione dai genitori, mentre, quando il processo di *separazione-individuazione* non viene superato, il corpo è ciò che impedisce il distacco dai genitori, dalle loro cure e dal loro possesso.

¹⁰ <https://www.centropsicologiamonza.it/psicoterapia/disturbi-alimentari-autolesionismo-abuso-alcol-sostanze-gli-attacchi-corpo/>

L'attacco al corpo diventa, allora, il segnale che è ora di porre fine a questa unione simbiotica con i genitori.

2.2 Casi clinici

Andrò adesso ad analizzare due casi clinici, quello di “Ann” e quello di “Jane”, due pseudonimi, tratti dal libro di M. Laufer (1998), a parer mio particolarmente esaustivi per rappresentare quanto sino ad ora detto: entrambi i casi riferiti a ragazze diciottenni.

2.2.1 Ann

Ann tentò il suicidio ingerendo 50 compresse di antidepressivo.

Il modo di vestire di questa ragazza piccola ed esile, in jeans e maglietta, apparve al terapeuta, sin dal primo incontro, “sufficientemente appropriato” ma il modo in cui la ragazza si atteggiava in questi vestiti era “insolito”, tanto da indurlo a dubitare immediatamente che vi fosse in lei un problema nel rapportarsi con il suo corpo, quasi un rifiuto a rendersi attraente; nel corso della terapia questo problema prese consistenza, tant'è che la ragazza confessò di sentirsi a disagio nuda e di voler tenere il suo corpo il più coperto possibile.

Nel corso delle sedute Ann raccontò di essere stata depressa e di aver avuto pensieri di morte nei due anni antecedenti il tentativo di suicidio. Raccontò inoltre di essere stata una scolara molto diligente e di essersi costantemente dedicata in modo quasi ossessivo al lavoro, anche nel periodo in cui stava peggio, avendo comunque sempre la sensazione di non aver fatto abbastanza. Per Ann lavorare, inoltre, era un modo per distogliere i pensieri

per lei sempre più preoccupanti, relativi ai ragazzi, alle storie d'amore e alle pulsioni sessuali sempre più forti.

Il disagio per il proprio corpo veniva da Ann manifestato nel suo rapporto con il cibo: era stata una ragazza sovrappeso da quando era piccola, ma sino ai 15 anni, periodo in cui aveva avuto la prima mestruazione, non aveva mai vissuto con preoccupazione tale situazione.

Improvvisamente, in seguito ad una vacanza con amici dove si confrontò con le altre ragazze, cominciò a vergognarsi per il fatto di essere grassa e si impegnò seriamente per mettersi a dieta. Appena tornò a casa ricominciò a mangiare, alzandosi anche di notte, e quindi ad ingrassare; questo fatto per Ann era il motivo fondamentale della depressione e del tentativo di suicidio: avrebbe voluto "mangiare se stessa" sentendosi condannata dalla debolezza verso il cibo.

Per Ann il cibo rappresentava qualcosa di irresistibile, simile ad una tentazione sessuale, e l'essere grassa palesava una debolezza per la quale sarebbe sempre stata giudicata negativamente dagli altri, a prescindere da ogni suo altro sforzo.

Il rapporto insano con il cibo veniva collegato da Ann alla mamma, anch'essa sovrappeso: il nutrire e l'essere nutrita erano il punto fondamentale del rapporto tra Ann e la madre.

L'incapacità di Ann di diventare emotivamente indipendente dai genitori e di prendersi cura di se stessa da sola sfociava nell'odio per il proprio corpo, vissuto come la causa che le impediva di staccarsi dalla madre.

La dipendenza dai genitori era così intensa che anche quando Ann conobbe un ragazzo ed iniziò a frequentarlo, le fu sufficiente non avvertire un pieno consenso dei genitori per indurla a far finire la relazione e a non voler più conoscere e frequentare altri ragazzi.

“Ann era totalmente incapace di affrontare i nuovi compiti dell’adolescenza, e la sua disperazione e vergogna per ciò contribuiva in grande misura alla sua decisione di uccidersi” (M. Laufer, 1998, pag. 38).

2.2.2 *Jane*

Altro caso a parer mio particolarmente significativo è quello di Jane, anch’essa fortemente depressa nei due anni antecedenti il tentativo di suicidio.

Jane riferì al terapeuta di essersi sentita “già morta” negli anni della depressione, tanto da non aver realizzato come reale il tentativo di suicidio.

Jane raccontò di essersi abbandonata alla depressione in quanto si sentiva debole, priva di valore ed incapace di trovare amici e consapevole di non riuscire a modificarsi per superare tale debolezza: “prendere una decisione implicante un agire attivo - come uccidersi - era sentito da lei come uscire da questo continuo rimproverarsi di non fare niente per la sua mancanza di amici” (M. Laufer, 1998, pag. 55).

Per quanto si sentisse priva di valore per la sua timidezza e la sua incapacità di socializzare con i suoi coetanei, c’era qualcosa in lei che le impediva di essere capace di allontanarsi dalla sua casa e dalla sua famiglia, ritenuti la causa della sua incapacità di relazionarsi con gli altri.

Tentare il suicidio era stato un modo di risolvere la difficoltà ed il senso di impotenza a modificare il rapporto con i genitori, che continuava a vivere in modo infantile.

Jane parlava di sua madre come di una figura iperprotettiva, particolarmente attenta a farle indossare abiti caldi o a non farla giocare con bambini troppo vivaci; in effetti era

stata una bambina con alcune malattie fisiche minori e che aveva sofferto di gravi incubi notturni nel corso della sua infanzia.

Al primo incontro con il terapeuta Jane disse che non sapeva se voleva vivere, ma che sicuramente non voleva più stare a casa sua e desiderava andare ad abitare da sola: proprio per farle percepire la terapia come un aiuto a superare il sentimento di impotenza che provava, il terapeuta la aiutò ad esaudire questa volontà, proponendo la soluzione abitativa dell'ostello, dove in qualche modo potesse trovare un ambiente protetto.

Jane sentiva di essere stata completamente dominata dalla madre e necessitava di staccarsi fisicamente da lei per rendersi indipendente; provava un forte risentimento nei confronti della madre ogni volta che la stessa le diceva cosa dovesse o non dovesse fare, ma più aumentava la sua rabbia più diminuiva la sua capacità di opporsi e ribellarsi per ottenere la sua indipendenza e più avvertiva questa incapacità di ribellione, tipica dell'adolescenza, più aumentava l'odio e la rabbia verso se stessa per la propria debolezza.

Di fatto la dipendenza emotiva che Jane provava verso la madre era riferita alla sua immagine del rapporto con la figura materna infantile e non adolescenziale.

Anche la scelta di iscriversi all'Università era stata per Jane una scelta per compiacere i genitori e conseguentemente era sorto in lei uno stato d'ansia circa le sue capacità intellettuali nel proseguire in tale percorso di studi, ed era insorto un sentimento di potenziale fallimento anche in quest'area della sua vita, nuovamente vissuto come debolezza per non essersi riuscita ad imporre alla volontà della madre.

Anche Jane, come Ann, iniziò a mangiare a dismisura e ad ingrassare, incominciando così ad odiare il proprio corpo, come ulteriore riprova della sua debolezza e desiderio di lasciarsi andare.

L'odio nei confronti del suo corpo, che viveva come qualcosa di vergognoso, le impediva di arrischiarsi a cercare di entrare in rapporto con dei ragazzi, che temeva l'avrebbero ritenuta ripugnante.

Il mangiare compulsivamente per Jane era stato il modo di manifestare i suoi sentimenti negativi verso il corpo che stava maturando sessualmente; odiava ogni modifica del suo corpo da donna e viveva come ripugnanti le mestruazioni, inorridiva all'idea di avere figli e al pensiero del matrimonio, in quanto avrebbe potuto replicare la sensazione di dipendenza avuta con la madre.

Il tentativo di suicidio di Jane era avvenuto la settimana successiva al ricovero ospedaliero della madre per un piccolo intervento; la ragazza aveva vissuto malissimo questo fatto, forse perché temeva che la madre potesse morire e che se questo fosse successo, sarebbe stata colpa sua. Jane in qualche modo si attribuiva la colpa della malattia, quasi come se questa fosse stata la conseguenza della rabbia provata da lei nei confronti della madre. Proprio nei giorni del ricovero l'unica amica di Jane l'aveva invitata a ballare e lei era andata, nonostante fosse pervasa dai sensi di colpa nei confronti della madre ricoverata. Quella sera conobbe un ragazzo che, finita la serata, l'accompagnò a casa e iniziò ad accarezzarla e baciarla. Jane reagì come se stesse subendo una violenza e corse a casa piena di vergogna: iniziò a sentirsi distaccata dal suo corpo ed irreale e, trovate alcune pillole della madre, le ingerì tutte con lo scopo di distruggere il corpo e tutto il dolore in esso contenuto.

TERZO CAPITOLO

TERAPIA E PREVENZIONE DEL SUICIDIO

“Prima si parla del fascino della morte,
dopo delle difficoltà della vita”

(G. Pietropolli Charmet, 2009, pag.154).

3.1 L'approccio terapeutico con i giovani suicidi

Il tentativo di suicidio di un adolescente richiede un immediato e fondamentale intervento, finalizzato a capire le motivazioni che lo hanno indotto a compiere l'atto e conseguentemente a trovare le modalità più idonee per aiutarlo ad uscire dallo stato di depressione e sofferenza in cui si trova, con lo scopo soprattutto di prevenire recidive.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta che 6 suicidi su 10 sono preceduti da un tentativo di suicidio e che il 40% dei ragazzi che tentano il suicidio cerca di ripetere il gesto; inoltre, se si è effettuato un tentativo anti-conservativo, si ha un aumento del rischio di morte prematura di 15 volte per il sesso maschile e di 9 volte per il sesso femminile.

È importantissimo, quindi, intervenire per cercare di diminuire queste drammatiche percentuali e attivarsi per fornire supporti utili ad evitare che un ragazzo possa ripetere il gesto e, questa volta, magari riuscire nell'impresa.

La maggior parte delle volte che un ragazzo tenta il suicidio per la prima volta, riporta lievi danni fisici, ragione per cui fino a pochi anni fa, e purtroppo a volte ancora oggi, molti tentativi venivano considerati banali e privi di importanza e quindi il ragazzo non veniva indirizzato a nessun servizio psichiatrico e veniva lasciato così solo e privo di supporto.

È quindi di fondamentale importanza che nessun tentativo di suicidio venga minimizzato: ogni volta che un ragazzo prova a uccidersi, per quanto sia stato “banale” il mezzo da lui utilizzato e, di conseguenza, minimo il danno fisico riportato, è necessario procedere ad una valutazione clinica molto accurata. Questi adolescenti, infatti, “hanno bisogno non solo di essere sostenuti, ma anche curati” (F. Ladame, 1987, pag. 118).

I ragazzi che tentano il suicidio dichiarano di non necessitare di aiuto e di stare bene, qualificando l’atto compiuto solo come un momento di tristezza e di debolezza, ma non bisogna farsi ingannare da queste affermazioni: in realtà tali ragazzi hanno una disperata e inconscia necessità di trovare comprensione.

Il suicidio è di per sé un urlo di aiuto: quando fortunatamente l’atto non va a buon fine, bisogna subito intervenire per rispondere a questo urlo che fino a quel momento non è stato sentito o preso in considerazione perché ritenuto un “capriccio”.

Tutto ciò che ha spinto il ragazzo a togliersi la vita non può certo dissolversi improvvisamente: l’adolescente, infatti, continua a provare tutti i sentimenti che lo hanno portato al suicidio e, dal momento in cui non è stato aiutato prima, è necessario che venga aiutato ora ed è fondamentale che l’aiuto provenga da una persona competente e in grado di trattare con questi ragazzi; un aiuto inappropriato, infatti, può essere più dannoso di un non aiuto.

“L’assenza di aiuto lascia aperta la speranza che possa esserci nell’ambiente una persona che si prenda cura di loro, ma un aiuto inappropriato viene sentito come conferma del fatto che egli può morire, dato che nessuno se ne interessa” (M. Laufer, 1998, pag. 89).

Quando si lavora con giovani suicidi sarebbe necessario coinvolgere in terapia anche i genitori ed eventualmente amici, fidanzati e insegnanti, perché è importante:

1. salvare ad ogni costo i rapporti sociali significativi per il ragazzo;
2. far capire all’adolescente che la sua richiesta di aiuto, attuata attraverso il tentativo di suicidio, è stata presa in considerazione da tutte le persone che gli vogliono bene e che quindi il gesto non è stato considerato solo come “dimostrativo”;
3. non far sentire i genitori, o le altre figure significative per il ragazzo, in colpa, aiutandoli ad affrontare l’accaduto e spiegando loro come poter stare vicino all’adolescente.

Affinché il tentativo di suicidio non venga ripetuto è necessario che qualcosa nella vita del ragazzo cambi.

Ovviamente il cambiamento più significativo deve avvenire all’interno della persona stessa. Bisogna, infatti, aiutare il ragazzo a ridurre, per esempio, i suoi sentimenti di inadeguatezza e di vergogna; fargli comprendere che le sue fantasie sessuali o i piaceri che derivano dal suo corpo sono normali e non devono essere avvertiti come pericoli o vissuti con sensi di colpa; aiutarlo a trovare la propria autonomia e la propria indipendenza, anche se questo può creare dei conflitti con i genitori, e cercare di intervenire in tutte le situazioni avvertite come disagio dal ragazzo.

Per raggiungere tali risultati è necessario un costante lavoro terapeutico, che non mostra risultati se non a medio-lungo termine. È opportuno quindi che, almeno inizialmente, si sviluppi un cambiamento nell'ambiente che circonda l'individuo.

Bisogna però sottolineare che, purtroppo, spesso, soprattutto i genitori, non sono favorevoli ad entrare in terapia e non sono in grado di fornire un aiuto efficace, motivo per cui questi ragazzi vengono ospedalizzati o inseriti in centri specifici dove possono essere tenuti sotto controllo e ottenere un supporto adeguato almeno per il periodo immediatamente successivo al tentato suicidio.

Lo psicoanalista che lavora con un giovane suicida deve creare fin da subito un rapporto di fiducia e di confidenza con il ragazzo, che deve infatti sentirsi ascoltato, protetto, al sicuro; il giovane paziente deve sentirsi libero di poter parlare di tutto e sicuro di non essere giudicato o accusato per ciò che dice e pensa.

È necessario che il terapeuta non prenda in considerazione solo singoli aspetti del ragazzo, ma che lo valuti nel suo insieme: deve informarsi sulla qualità delle sue relazioni sociali e, in particolare, sul rapporto che ha con i suoi genitori; deve valutare come affronta i successi e gli insuccessi, come guarda al futuro, come considera il proprio corpo e i piaceri che da esso scaturiscono, cosa ne pensa della scuola o del lavoro, della musica, dello sport, cosa fa nel tempo libero e così via, perché è "l'insieme di tutti questi fattori che costituisce l'adolescente come persona" (M. Laufer, 1998, pag. 26).

Ma nell'approccio terapeutico all'adolescente suicida, oltre la conoscenza di tutti gli aspetti del ragazzo, è fondamentale, fin dal primo incontro, parlare della morte.

La morte, come il suicidio, è un argomento tabù, nessuno ne parla o ne discute, nonostante sia un evento a cui nessuno può sottrarsi.

Penso che la maggior parte delle persone, almeno una volta nella vita, si sia posta delle domande come: “Perché deve esistere la morte?”, “Perché nasciamo per poi morire?”, “Esiste qualcosa dopo la morte?”, “Sarò ricordato da qualcuno o sarò come se non fossi mai esistito?”: sono domande a cui non si cerca una risposta perché questa potrebbe essere troppo dolorosa. Parlare e pensare alla morte fa paura e quasi scaramanticamente si preferisce non parlarne e far finta che sia un “non problema”: viviamo la vita consapevoli che prima o poi moriremo, ma cerchiamo di non pensarci perché se no non riusciremmo più a vivere.

Il giovane suicida, invece, pensa costantemente alla morte, a come essa possa essere la soluzione a tutti i suoi problemi e come grazie ad essa possa ricominciare una nuova vita, migliore e priva di dolore.

È importante che il terapeuta parli di morte, e la ponga come argomento fisso nelle sedute. Bisogna riportare l'adolescente alla realtà, fargli ricordare quanto a tutti gli effetti abbia paura di morire e renderlo consapevole del fatto che il suicidio non elimina solo la parte di sé odiata, ma tutta la propria vita.

Questi ragazzi non possono parlare di morte con nessuno, perché, come detto, è un argomento di cui non si vuole parlare e non si vuole sentir parlare, così tutta l'immensa attrazione che hanno nei confronti della morte viene nascosta, vissuta in segreto e mitizzata.

Per questo è necessario affrontare il mistero della morte in terapia, perché, diversamente da quello che si pensa, parlarne non incrementa la volontà di uccidersi, ma esattamente il contrario: più non se ne parla e più si è portati a ricorrere all'azione.

L'obiettivo del terapeuta è “far sì che il progetto venga verbalizzato e portato nella relazione di aiuto perdendo il suo fascino ipnotico” (I. Castellucci, 2009, pag. 221): ciò

permette al ragazzo di comunicare a parole quello che prova e di far diventare la morte solo un pensiero.

“La cosa però più difficile da apprendere è quella di non smettere mai di avere, nella catena dei propri pensieri durante i colloqui con i pazienti, l’idea della morte, di fare in modo che essa non venga mai sottaciuta, anche quando tutte le circostanze esteriori e tutti gli elementi interni al colloquio sembrano far pensare che il rischio non sussista più” (I. Castellucci, 2009, pagg. 227-228).

È quindi importante che l’argomento della morte non venga mai abbandonato durante tutta la terapia.

Il terapeuta deve, inoltre, affrontare anche il discorso sul tentativo di suicidio compiuto: deve aiutare l’adolescente a comprendere ciò che ha fatto e perché lo ha fatto. Sottacere sul punto farebbe sentire il ragazzo abbandonato e lasciato solo.

L’adolescente non può scappare dal suo dolore e dalla sua sofferenza, ma deve rimanerci in contatto e lavorare insieme al terapeuta affinché questi sentimenti almeno diminuiscano; deve essere attivo nella relazione con lo psicoanalista, in quanto è solo il ragazzo a sapere cosa realmente prova e quali siano le sue frustrazioni, quindi è l’unico che può lavorare su se stesso per poter migliorare la sua condizione. Il terapeuta è solo un aiuto in questo processo.

Come afferma M. Laufer, il terapeuta può rivivere, lavorando con il giovane suicida, alcune frustrazioni o problematiche del suo passato adolescenziale e sviluppare una sorta di invidia nei confronti del paziente a cui è stato dato un aiuto a sé negato, portando inconsciamente a volere fallire nel percorso terapeutico col ragazzo.

Da qui la ragione per cui, quando si lavora con giovani suicidi, sarebbe necessario per il terapeuta un continuo confronto con i colleghi per poter valutare con essi il lavoro svolto

ed evitare possibili errori, ed anche per essere sostenuto in un compito che non può che generare in lui molta angoscia.

3.2 Prevenire un tentativo di suicidio

Il suicidio di una persona cara, sia esso un amico, un fidanzato, o ancor più un figlio, desta sempre incredulità e stupore. Immediatamente viene da chiedersi perché quella persona giovane, talentuosa e con una vita ancora lunga davanti a sé abbia tentato il suicidio, ma raramente si pensa che avremmo potuto evitare l'accaduto se solo fossimo stati in grado di riconoscere i sintomi e lo avessimo fatto aiutare da un professionista.

Ecco allora che la prevenzione diventa fondamentale e necessaria se si vuole diminuire il numero di ragazzi che ogni anno cercano di togliersi la vita.

Si deve cercare di sensibilizzare rispetto al tema, di spiegare quali possono essere i motivi per cui una persona decide di suicidarsi e quali i segnali che possono far capire che sta per compiere l'atto, come aiutarla o a chi rivolgersi per farla aiutare.

Una sensibilizzazione che dovrebbe coinvolgere l'intera società ma soprattutto tutti coloro che hanno a che fare con gli adolescenti: insegnanti, educatori, genitori, allenatori, medici di base, ma anche e soprattutto, i ragazzi stessi che, confidandosi fra loro e stando sempre insieme, potrebbero più di tutti gli altri accorgersi di un comportamento "strano" da parte di un loro amico.

Il suicidio è un fenomeno molto complesso e a volte è difficile comprendere cosa ha indotto il ragazzo a tentare di uccidersi, anche perché, ovviamente, ogni caso è indipendente e ogni adolescente ha le proprie motivazioni.

Sono stati individuati, però, dei fattori di rischio che possono aiutare ad individuare un possibile suicida: nella tabella seguente sono riportati alcuni di questi fattori e il modo in cui i familiari, i docenti e gli amici possono intervenire per aiutare il ragazzo.

Segnali di rischio di suicidio	Misure che possono prendere i familiari e i docenti	Misure che possono prendere i giovani
Sentimenti di tristezza o di perdita di speranza	Non lasciare farmaci e armi alla portata dei ragazzi	Prendere sul serio il comportamento e le conversazioni riguardo al suicidio del tuo amico
Abbassamento del rendimento scolastico	Proporre un aiuto medico	Consigliare al tuo amico di cercare un aiuto di un professionista e <u>accompagnarlo se necessario</u>
Perdita di piacere e di interesse nelle attività sociali e sportive	Appoggiare il giovane (ascoltarlo, evitare critiche eccessive, comunicare in modo efficace)	Non tentare di aiutare da solo il tuo amico
Dormire poco o troppo	Proporre un aiuto medico	Non comportarsi né da consulente né da giudice, ma solo da amico
Cambi drastici di peso e nelle abitudini alimentari/abuso di droghe o alcool	Mantenersi informato (biblioteca, gruppo di sostegno locale, internet)	Parlare con un adulto di fiducia
Nervosismo, inquietudine, irritabilità	Proporre un aiuto medico	Parlare con un adulto di fiducia

Schema riportato nel libro di R., Tatarelli & M., Pompili. (2009), pag. 89

Altri fattori di rischio che possono aiutare ad individuare il pericolo di un suicidio sono: tristezza, ansia, dolori fisici come mal di pancia o mal di testa, scarsa cura della propria persona, dichiarazione di volersi suicidare, autolesionismo, difficoltà a superare i fallimenti, morte di un genitore o di un amico caro, sentimenti di inferiorità, dubbi sul proprio orientamento sessuale, abuso, problemi familiari, bullismo e tanto ancora.

Quando ci si accorge che un ragazzo mostra uno o più di questi fattori di rischio allora si deve intervenire, non facendo finta di niente, ma parlando con il ragazzo, chiedendogli cosa lo tormenta, cosa prova, quali sono le sue preoccupazioni; non

giudicandolo su ciò che racconta ma, anzi, facendosi vedere interessati e pronti ad aiutarlo; aumentando la sua autostima e la percezione del suo valore; non facendolo sentire solo ma mostrandogli che ha un appoggio sicuro su cui contare e, soprattutto, chiedendo un aiuto ad uno specialista.

È essenziale, però, che lo psicoanalista cui viene mandato un ragazzo coi sintomi di cui sopra, si accorga se deve o no intervenire, perché ci sono delle volte in cui non è il ragazzo colui che deve essere aiutato.

Riprendo un esempio riportato da M. Laufer nel suo libro “L’adolescente suicida” per far comprendere bene questo concetto.

Il padre di una ragazza di 16 anni chiamò lo psicoanalista perché era preoccupato per la figlia che aveva cominciato a fumare, a non andare più a scuola e ad avere comportamenti promiscui. La sua paura era che la figlia si possa suicidare. Durante il colloquio psicologico, la ragazza ammise le preoccupazioni del padre, e così il terapeuta decise di rivederla altre volte. Durante le sedute, emerse che i genitori della ragazza litigavano sempre e dichiaravano di volersi separare; la madre minacciava di suicidarsi ed entrambi i genitori si aspettavano che la figlia si comportasse come se non vi fossero problemi.

“Fu chiaro che ella stava funzionando perfettamente bene data la sua presente situazione. Chiedere un aiuto psicologico per lei sarebbe stata da parte mia un confermare che il disturbo fosse dovuto alla ragazza, che fosse lei a non essere normale, e che le gravi difficoltà dei suoi genitori non dovessero disturbarla [...]. Ciò avrebbe autorizzato i genitori a continuare a negare il grado in cui le loro proprie difficoltà influivano sulla vita della ragazza” (M. Laufer, 2009, pagg. 24-25).

Questo esempio dimostra come il padre abbia fatto bene a rivolgersi al terapeuta, in quanto tutti i comportamenti della ragazza potevano far prevedere un possibile tentativo

di suicidio, ma anche come il terapeuta, dopo aver accertato che la ragazza non volesse effettivamente togliersi la vita, abbia capito che il problema non fosse suo ma dei genitori, e come fosse fondamentale sottolinearlo per non far sentire la ragazza inadeguata e disturbata, rischiando così poi veramente di farla arrivare al suicidio.

Prevenire significa anche sfatare i miti che circolano nella società sulle persone che tentano il suicidio.

MITO	FATTO
Le persone che commettono suicidio raramente parlano di suicidio	Le persone che commettono suicidio spesso danno dei cenni verbali delle loro intenzioni. Ci sono studi che riportano che almeno 2/3 degli individui suicidi avevano espresso la loro intenzione di commettere il suicidio
Le persone suicide sono determinate a morire	Molte persone sono indecise sul vivere o sul morire e “scommettono” con la morte, lasciando agli altri il compito di salvarli. Quasi nessuno commette il suicidio senza lasciar sapere agli altri come si sente
Una volta che una persona è suicida, lo è per sempre	Gli individui che vogliono uccidersi sono “suicidi” solo per un periodo limitato di tempo
Il miglioramento che segue a una crisi di suicidio significa che il rischio di suicidio è terminato	Molti suicidi avvengono nell’ambito dei 3 mesi che seguono l’inizio del “miglioramento”, quando l’individuo ha l’energia sufficiente per mettere in atto i suoi pensieri
Il suicidio colpisce molto di più i ricchi o all’opposto avviene quasi esclusivamente tra i poveri	Il suicidio non riguarda né il ricco né il povero. Il suicidio è rappresentato proporzionalmente in tutti i livelli della società
Tutti gli individui suicidi sono malati mentali e il suicidio è sempre un atto compiuto da una persona psicotica	Lo studio di centinaia di note di suicidio indica che, sebbene la persona suicida è molto infelice, non è necessariamente un malato mentale
La persona suicida vuole morire e ritiene che non ci sia il modo di tornare indietro	La persona suicida spesso si sente ambivalente sul voler morire
Parlare di suicidio può dare l’idea di commettere il gesto	La discussione aperta dell’argomento aiuta la persona in crisi a capire meglio i suoi problemi e le possibili soluzioni e, spesso, fornisce sollievo e comprensione

Schema riportato nel libro di R., Tatarelli & M., Pompili. (2009), pag. 18

Questo schema dimostra quanta disinformazione ci sia rispetto al suicidio e quindi quanto sia necessario intervenire per informare maggiormente le persone e sensibilizzarle con tutti i mezzi possibili.

CONCLUSIONI

In questo elaborato ho inizialmente descritto lo sviluppo fisico, mentale, sociale, emotivo e soggettivo a cui vanno incontro tutti i ragazzi dai 14 ai 22 anni circa, focalizzando maggiormente l'attenzione sull'importanza nel superamento di quel processo che P. Blos chiama "seconda fase di *separazione-individuazione*" e sulle conseguenze che il mancato distacco dai genitori, e, di conseguenza, l'impossibilità di essersi costituito una propria individualità, comporta.

Ho poi proceduto descrivendo quali sono le motivazioni per cui un ragazzo decide di togliersi la vita, esponendo, nello specifico, come egli vive le sue fantasie corporee, sessuali o aggressive, come si immagina il futuro, come vive la relazione genitoriale e quali sono i suoi rapporti con i coetanei. In particolare, mi sono soffermata a sottolineare l'immensa sofferenza che questi adolescenti provano e la loro sensazione di sentirsi inutili, abbandonati e privi d'amore, arrivando a considerare la morte come l'unica via di salvezza in grado di eliminare il dolore attuale e portare a una vita illusoriamente piena di gioia e serenità.

Ho quindi dedicato un lungo capitolo alle difficoltà a cui un adolescente va incontro nell'accettare il suo nuovo corpo, evidenziando come i giovani suicidi non riescano a compiere il processo di *mentalizzazione del corpo* e come, di conseguenza, questo venga odiato e ripudiato, considerato non solo il colpevole del loro disagio, ma anche un nemico da combattere e da distruggere.

Ho quindi concluso ponendo l'accento sull'importanza dell'intervento terapeutico dopo un tentato suicidio e, nello specifico, su come sia importante parlare della morte e dell'atto compiuto, su come si dovrebbero coinvolgere in terapia anche i familiari ed eventuali

amici e fidanzati e su come sia di vitale importanza che il terapeuta, quando lavora con giovani suicidi, venga supportato da altri suoi colleghi.

L'elaborato si è concluso ponendo l'attenzione sull'importanza fondamentale nel prevenire e sensibilizzare rispetto al tema.

La prevenzione deve, a mio parere, diventare il punto focale su cui impegnarsi; ritengo, infatti, assolutamente urgente procedere alla creazione di un ente deputato alla raccolta di dati e casi di studio che permettano l'elaborazione di piani, di strategie e di interventi a più ampio respiro, che aiutino a vincere questa piaga sociale che, come già spiegato nell'introduzione, rappresenta la seconda causa di morte tra i giovani.

La fondazione di uno di questi enti, l'Oestes (Osservatorio epidemiologico sui suicidi e sui tentativi di suicidio) è stata proposta dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2019, ma purtroppo non ha ancora trovato attuazione. “Obiettivo dell'Osservatorio sarebbe quello di fornire un quadro epidemiologico accurato sui suicidi e sui tentativi di suicidio in Italia grazie anche alle informazioni provenienti dai Pronto Soccorso e dagli ospedali”.¹¹

Spero che questo progetto, e molti altri, vengano effettivamente messi in moto.

¹¹ <https://www.repubblica.it/salute/2021/03/14/news/suicidi-291318922/>

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, A. (1990). *The savage god: a study of suicide*. New York: W Norton & Co Inc.

Arfelli, P., Gandione, M., & Vigna Taglianti, M. (1994). *Il tentativo di suicidio: atto senza speranza – comunicazione impensabile?* Atti del congresso su: Agire per non pensare, non crescere e non vivere. Atti e fantasie distruttive in adolescenza. Torino, 1994: Minerva Medica.

Antonucci, G. (1996). *Pensieri sul suicidio*. Milano: Eleuthera.

Bergman, A., Mahler, M., & Pine, F. (1978). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.

Birraux, A. (1993). *L'adolescente e il suo corpo*. Roma: Borla.

Black M. J., & Mitchell, S. A. (1996). *L'esperienza della psicanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic study of the child*, 22, 162-186.

Blos, P. (1988). *L'adolescenza come fase di transizione. Aspetti e problemi del suo sviluppo*. Roma: Armando.

Cahn, R. (1991). Du sujet. *Revue française de psychanalyse*, 6, 1371-1490.

Cahn, R. (2000). *L'adolescente nella psicoanalisi: l'avventura della soggettivazione*. Roma: Borla.

Castellucci, I. (2009). Parlare della morte, in: Pietropolli Charmet, G., & Piotti, A. (2009). *Uccidersi. il tentativo di suicidio in adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Collet, M., Coudert, A., & Porot, M. (1968). Les conduites suicidaires des adolescentes. *Psychiatrie de l'enfant*, 11, 317-169.

Donadoni, S. (1970). *Testi religiosi egizi*. Torino: Utet.

Folena G., & Palazzi, F. (1992). *Dizionario della lingua italiana*. Torino: Loescher.

Freud, S. (1922). L'io e l'Es [nota aggiuntiva nella traduzione inglese del 1927, nota 2]. OSF, vol. 9. Torino: Bollati Boringhieri

Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M., & Whol, M. (1972). Attempted Suicide and Self-Mutilation in Adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *Internat. J. Psychoanalysis*, 53, 179-183.

Gedance, D., Ladame, F.G., & Snakkers, J. (1977). La depression de l'adolescent. *Rev. Fr. Psychanalyse*, 41, 257-260.

Gutton, PH. (2003). Esquisse d'une théorie de la génitalité. *Adolescence*, 21, 2, 217-248.

Jacobson, E. (1974). *Il sé e il mondo oggettuale*. Firenze: Martinelli.

Ladame, F. (1987). *I tentativi di suicidio degli adolescenti*. Roma: Borla.

Laufer, M. (1976). The central masturbation fantasy, the final sexual organization and adolescence. *Psychoanalytic study of the child*, 31, 297-316.

Laufer, M., & Laufer, M. E. (1986). *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Laufer, M. (1998). *L'adolescente suicida*. Roma: Borla.

Laufer, E. (2005). Les corps comme objet interne. *Adolescence*, 23, 2, 363-379.

Lombardi, R. (2011). Chi ha paura del lupo cattivo? Una nota su psicoanalisti e psicosi. In Carnaroli, F., Giustino, G, (a cura di), *Psicoanalisi delle psicosi: un tema da sviluppare*, www.spiweb.it

Lombardo Pijola, M. (2007). *Ho 12 anni faccio la cubista mi chiamano principessa. Storie di bulli, lolite e altri bimbi*. Milano: Bompiani.

Morse, S. J. (1973). The after-pleasure of suicide. *Brit. J. Med. Psychology*, 46, 227-238.

Nicolò, A. M. (2021). *Rotture evolutive. Psicoanalisi dei breakdown e delle soluzioni difensive*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Pelanda, E. (2003). *Il tentativo di suicidio in adolescenza. Significato, intervento, prevenzione*. Milano: Franco Angeli

Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una sfida*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Pietropolli Charmet, G., & Piotti, A. (2009). *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Pommereau, X. (1996). *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*. Milano: Pratiche.

Pompili, M., & Tatarelli R. (2009). *La prevenzione del suicidio in adolescenza*. Roma: Alpes.

Porot, M. (1969). Les tentatives de suicide des adolescentes. *Evolution psychiatrique*, 34, 789-813.

Shneidman, E. (2006). *Autopsia di una mente suicida*. Roma: Giovanni Fiorito.

Siegel, D.J. (2014). *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Selener, G. (1991). Les apports des groupes au processus de développement de l'adolescent. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 16.

SITOGRAFIA

<https://www.epicentro.iss.it/mentale/SuicidiItalia2014>

https://www.difesa.it/SMD_/approfondimenti/benessere-e-salute/prevenzione-del-suicidio/Pagine/I-dati-sul-suicidio.aspx

<https://www.istat.it/it/archivio/203366>

<https://www.etimo.it/>

<https://archipendolo.wordpress.com/2019/06/29/dialogo-immaginario-tra-un-uomo-stanco-di-vivere-e-la-propria-anima/>

<https://link.springer.com/content/pdf/bbm%3A978-88-470-2715-2%2F1.pdf>

<https://www.poliziapenitenziaria.it/il-suicidio-breve-storia-del-mal-di-vivere/>

<https://www.soproxi.it/il-lutto/stigma-e-disgregazione-familiare/>

https://www.psicoterapiarca.it/186_0/default.ashx

<https://www.lrpsicologia.it/adolescenza/>

<https://www.stateofmind.it/2015/11/adolescenza-tecnica-psicoanalisi/>

<https://www.stateofmind.it/2020/06/adolescenti-cervello/>

<https://psiche.santagostino.it/2017/12/06/cervello-adolescenti/>

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/adolescenza-e-comportamenti>

<https://www.psicologo-online24.it/blog/alle-radici-del-percorso-di-crescita-del-bambino-la-fase-di-separazione-individuazione>

<https://www.toscanamedica.org/87-toscana-medica/qualita-e-professione/1144-fragilita-narcisistica-e-rischio-suicidario-in-adolescenza>

<http://www.medicinadelladolescenza.com/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/II-Suicidio-in-Adolescenza.pdf>

<http://www.mammacheducazione.it/limportanza-degli-amici-nelladolescenza/>

<http://www.studiopsicoterapiadorotoni.it/difficolta-dintegrazione-nel-gruppo/>

<https://rosariaaragiusto.com/2019/02/24/il-corpo-e-limmagine-di-se-in-adolescenza/>

<https://minotauro.it/event/attacco-al-corpo-nelladolescenza-psicodinamica-e-trattamento/>

<https://www.giuseppelatte.it/2013/09/24/adolescenza-e-corpo-dal-corpo-manipolato-al-corpo-attaccato/>

<https://www.beneinsieme.it/356/#page-content>

<https://www.centropsicologiamonza.it/psicoterapia/disturbi-alimentari-autolesionismo-abuso-alcol-sostanze-gli-attacchi-corpo/>

http://www.ospedalesantagiuliana.it/allegati_eventi/Atti%20del%20convegno%20L'URLO%20SENZA%20VOCE.pdf

<http://www.prevenzionesuicidio.it/>

<https://www.repubblica.it/salute/2021/03/14/news/suicidi-291318922/>

<https://www.fondazionebrf.org/osservatorio-suicidi/>