

FrancoAngeli

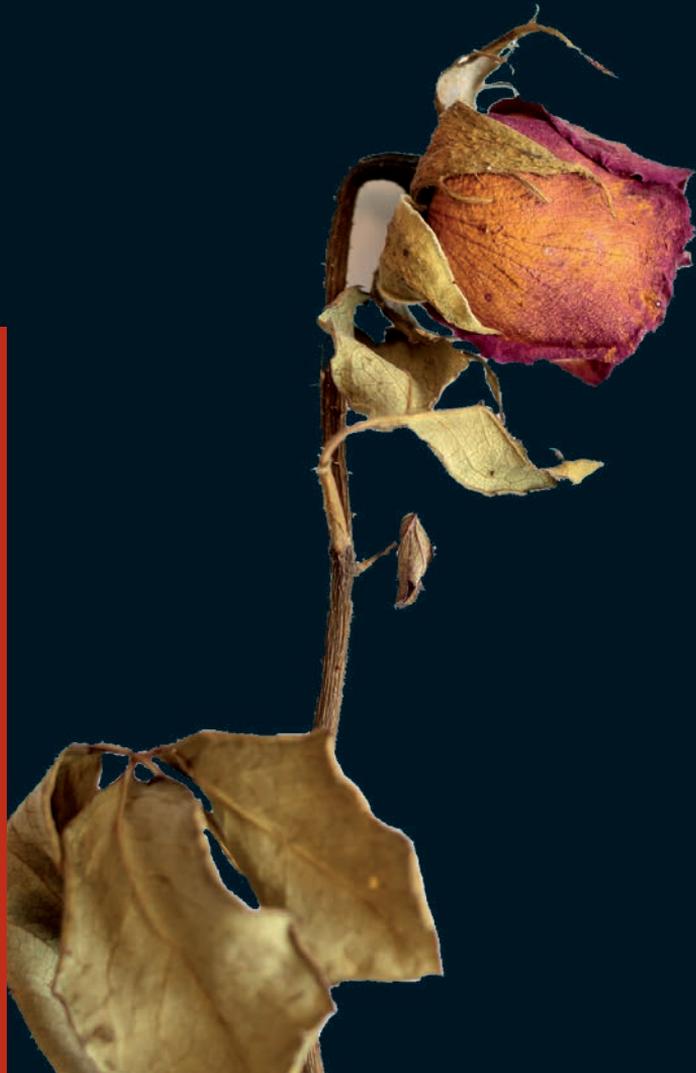
Collana diretta da Piero Petrucci

PSICODINAMICAMENTE

Anita Casadei, Sara Acampora
**Il paziente dimenticato:
il suicidio**

Quando la fine
non diventa un inizio

*Prefazione di Giuseppe Ducci
Presentazione di Federico Marolla*



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Collana diretta da Piero Petrini

PSICODINAMICAMENTE

Editors: *Anita Casadei, Annamaria Mandese, Nicoletta Visconti*

Comitato scientifico: *Mario Amore, Vittoria Ardino, Sergio Benvenuto, Annibale Bertola, Marilena Capriotti, Vincenzo Caretti, Antonio Corniello, Massimo Di Giannantonio, Amato Fargnoli, Stefano Ferracuti, Caterina Fiorilli, Andrea Fossati, Agnese Giudici, Luigi Janiri, Marco Longo, Paolo Migone, Anna Nava, GianMarco Polselli, Sara Russo, Alberto Siracusano, Renata Tambelli*

Comitato d'onore: *Paolo Girardi, Camillo Loriedo, Mario Maj, Patrizia Moselli, Alberto Zucconi*

Comitato organizzativo: *Sara Acampora, Alessia Cangi, Giulia I. De Carlo, Donatella Laghi, Giorgia Marziani, Martina Petrollini, Grazia Sciarillo, Daniela Veneruso*

Scopo primario della collana è proporre testi di alto valore scientifico e culturale nell'ambito della psicologia dinamica ad orientamento psicoanalitico.

Fondamentale rilevanza viene data al confronto tra teorizzazioni diverse su uno stesso argomento, con particolare riferimento ai disturbi della personalità, al funzionamento della personalità, al trattamento terapeutico e a tutto ciò che concerne il setting (privato, pubblico, istituzionale) e la sua gestione.

Target di riferimento sono i professionisti del campo, gli allievi in formazione, nello specifico attraverso la pubblicazione di manuali relativi alla psicopatologia della personalità.

Inoltre una certa rilevanza acquisterà la ristampa di vecchi classici e la pubblicazione e traduzione di testi stranieri.

I titoli della Collana sono sottoposti a referaggio

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Anita Casadei, Sara Acampora

Il paziente dimenticato: il suicidio

Quando la fine
non diventa un inizio

Prefazione di Giuseppe Ducci

Presentazione di Federico Marolla

FrancoAngeli

PSICODINAMICAMENTE

È copertina: F tkgf "Tqugu'Í "Ej qno quq"d{ "F tgcó urlo g@eqo

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione <i>di Giuseppe Ducci</i>	pag.	7
Presentazione <i>di Federico Marolla</i>	»	9
Introduzione	»	13
1. Il suicidio nella storia <i>di Sara Acampora e Anita Casadei</i>	»	15
2. Definizione dei processi suicidari <i>di Sara Acampora e Anita Casadei</i>	»	20
3. Suicidio e disturbi mentali: quale relazione? <i>di Samantha Bellini, Denise Erbuto e Maurizio Pompili</i>	»	25
4. Il suicidio nei bambini <i>di Anita Casadei e Sara Acampora</i>	»	42
5. Dal bambino all'adolescente. La continuità problematica <i>di Anita Casadei, Antonella Giordani e Sara Acampora</i>	»	52

6. Il suicidio nell'adulto	
<i>di Anita Casadei e Sara Acampora</i>	» 66
7. Epidemiologia del suicidio	
<i>di Anita Casadei, Antonella Giordani e Sara Acampora</i>	» 77
8. I sopravvissuti	
<i>di Anita Casadei, Antonella Giordani e Sara Acampora</i>	» 87
9. I fallimenti nella terapia psicoanalitica	
<i>di Anita Casadei, Antonella Giordani e Sara Acampora</i>	» 92
Bibliografia	» 99
Autori	» 107

*Prefazione**

All'inizio degli anni novanta abbiamo fondato a Primavalle una cooperativa sociale. Erano esperienze ancora molto nuove: non c'era neanche una legge che le disciplinava.

Il primo presidente di questa cooperativa era Romolo.

Romolo era una persona che aveva un disturbo bipolare. Aveva delle fasi depressive molto brutte ma anche delle fasi di eccitamento molto divertenti: scriveva poesie erotiche. Ma la cosa più divertente era che faceva il rilegatore e quando qualcuno gli portava un libro nel momento in cui era in eccitamento lo rilegava in modo molto bizzarro.

Gli portai una volta un libro di cucina di mia moglie: il *Talismano della felicità* di Ada Boni.

Lui decise che l'indice era troppo rovinato e lo buttò via.

Mi ritrovai con questo libro rilegato, rilegato benissimo a dir la verità, ma non c'era più l'indice.

Era un po' difficile dire e spiegare a Romolo quando era in eccitamento che forse avrebbe dovuto fare un lavoro diverso.

Lui era così! Quando stava su era una persona con una voglia di vivere impressionante.

Però aveva sempre detto che lui a cinquant'anni si sarebbe ammazzato e quando sono arrivati i cinquant'anni un giorno è sparito.

Forse quindici giorni dopo è stato ritrovato nel fiume. Nel Tevere.

Era stato di parola.

* Il testo è tratto dall'intervista che appare nella video installazione Portatori di Storie del Museo-Laboratorio della Mente del Santa Maria della Pietà. Copyright StudioAzzurro.

Io penso però che questo annuncio fosse legato, non alla malattia, ma ad una sorta di consapevolezza esistenziale.

Ritengo che in realtà alcuni suicidi non siano evitabili e bisogna prendere atto che, se una persona vuole farlo, indipendentemente dalla malattia, bisognerebbe anche rispettare questa sua volontà.

Questo oggi in Italia è un discorso tabù.

Quando si ammazza qualcuno c'è sempre un responsabile, bisogna sempre individuare qualcuno che ha sbagliato.

Ci siamo troppo adagiati nell'idea che suicidarsi sia un peccato, una cosa riprovevole.

Romolo aveva sicuramente la percezione di aver fallito in alcuni obiettivi della sua vita. Questo fallimento è stato forse la motivazione più forte, per questo era difficile pensare di poter prevenire.

Non è l'idea di suicidio che compare in una persona depressa che io posso curare, che ha caratteristiche di malattia. Questa era la scelta.

Non ho avuto sensi di colpa, è vero. In quel momento non mi sono sentito colpevole per questo. Forse mi sono sentito addirittura sereno e quasi sollevato per lui: innanzitutto perché avevamo saputo cosa era successo e l'incertezza è sempre un po' angosciata e la certezza, anche se brutta, alcune volte aiuta; un po' perché era veramente il risultato di una scelta e pensavo che forse questa scelta e lo penso ancora, andava rispettata.

Io ritengo che talvolta la sparizione sia un modo per non far piangere troppo, perché anche quando si conclude con il ritrovamento, ha permesso di diluire la sofferenza e il senso della perdita.

*Dr. Giuseppe Ducci
Direttore Dipartimento Salute
Mentale ASL Roma E*

Presentazione

Questo volume tratta un fenomeno tristemente diffuso e che colpisce individui di qualsiasi età e sesso.

Come pediatra, però, rivolgo qui la mia attenzione solo su tutta l'età dello sviluppo, fino alla tarda adolescenza, e non posso non equiparare il suicidio di un giovane ad un'apocalisse, ad una vera catastrofe inattesa che si abbatte su coloro che, rimasti, hanno davanti solo il vuoto.

È un continuo chiedersi: perché? Come è stato possibile? E intanto si scivola irrimediabilmente nel nulla, accompagnati (forse un po' spinti) dal giudizio inesorabile di alcuni e dalle critiche superficiali e grossolane di altri.

Familiari, parenti, psicologi, medici, psichiatri, pediatri, insegnanti e chiunque sapeva che qualcosa non andava, che qualcosa poteva accadere non smettono (e non smetteranno) mai di chiedersi che cosa si poteva fare per evitarlo.

È difficile parlarne ed è difficile da prevenire, ma l'unica strada è proprio informarsi e affrontare l'argomento che, seppure duro e complesso, riguarda un numero importante di ragazzi e adulti. Ma quanti sono coloro che tentano di togliersi la vita e quanti sono i decessi?

Gli ultimi dati disponibili (EURES Ricerche Economiche e Sociali, ISTAT 2013) indicano in quasi 4.000 i morti all'anno per suicidio in Italia (di poco superiore ai decessi per incidente stradale), con andamento stabile negli ultimi 10 anni ma tra i più bassi in Europa; di questi, il 5% (200 casi, soprattutto maschi) riguardano giovani sotto i 24 anni.

Il suicidio rappresenta la terza causa di morte nella fascia 15-24

anni dopo incidenti e i tumori, con un trend in diminuzione (il tasso si è dimezzato negli ultimi 15 anni), ma è probabilmente sottostimato, come tutte le fonti statistiche indicano, proprio per la difficoltà della diagnosi. I dati sono in assoluto rilevanti, giustamente poco divulgati sui mass-media per il rischio di emulazione, ma non possono essere taciuti fra gli operatori, che hanno il dovere di conoscerli.

Come riportato da un interessante documento dell'OMS tradotto nel 2011 (M. Pompili) il suicidio di un bambino o di un ragazzo non è mai un fulmine a ciel sereno: Gli studenti suicidi danno alle persone che li circondano sufficienti avvertimenti e margini di intervento.

Scorrere le pagine del libro è come accendere una piccola luce per individuare la multifattorialità di questi eventi, delineando innanzitutto i particolari scenari e i contesti sociali di quel bambino o di quel ragazzo che ha deciso di compiere il gesto finale di togliersi la vita.

Un'infanzia vissuta in una famiglia difficile e problematica, spesso marchiata da lutti o separazioni o dall'uso di alcol e droghe, caratterizzata da forti conflitti genitoriali dove un affetto di facciata e di finzione non ha mai permesso al bambino di sentirsi amato veramente; a volte, purtroppo, complicata da maltrattamento, incuria e abusi sessuali.

In questi anni della fanciullezza la costruzione dell'identità personale è più difficile che altrove, poiché qui, sulla fragilità fisiologica di questo periodo di sviluppo (spesso presente di pari intensità nei genitori), si struttura una psicopatologia, più frequentemente uno stato di depressione.

Negli anni più critici, quelli dell'adolescenza, innegabilmente si deve fare i conti con fasi alterne di una depressione strettamente legata al superamento delle sicurezze dell'infanzia (genitori, parenti, esperienze passate).

Quando però mancano gli strumenti per elaborare questo dissesto interiore, quando il ragazzo è incapace di porsi nuovi obiettivi e di puntare sulle proprie competenze, il sistema psichico diventa vulnerabile.

Un ambiente familiare o sociale sfavorevole, quindi, non è sufficiente perché un giovane decida di suicidarsi; in varia misura, infatti, devono essere presenti anche i segni e i sintomi del disagio mentale e della depressione, cioè la bassa autostima, lo scoraggiamento, il sen-

so di inadeguatezza, la stanchezza, le difficoltà scolastiche, i disturbi del sonno, l'uso di alcol e droga, il tutto in un vortice di intensità e di pervasività che lo fanno precipitare in uno stato di sofferenza profonda.

E in ultimo, ecco il fattore scatenante, il trigger, il fattore acuto che porta alla messa in atto del tentativo di porre fine a tutto, del gesto assoluto, della decisione di sfidare se stessi e il mondo: una scenata in famiglia, un amico o la fidanzatina che interrompe il rapporto, un lutto, un brutto voto con la brutta figura a scuola, l'ennesimo atto di bullismo subìto.

In tutto questo concatenamento di situazioni ed eventi, i genitori, gli insegnanti e i medici, pediatri in particolare, giocano ciascuno un proprio ruolo, nella consapevolezza di essere dei veri e propri fari nella tempesta.

Il loro compito primario è di non sottovalutare e di attivare e rinforzare quei fattori protettivi che, così come indicato da una ricca letteratura, allontanano dalla mente dei giovani questi fantasmi inquietanti; alcuni esempi sono promuovere e curare i rapporti familiari, dedicare spazio e tempo all'ascolto, individuare figure adulte esterne positive, sostenere la giusta autonomia dei ragazzi, incoraggiare a scuola la fiducia in se stessi e rinforzare le abilità personali e le occasioni di socializzazione costruttiva.

Molto chiaro è il messaggio diretto al pediatra che, essendo coinvolto fin dai primi giorni di vita del bambino nella prevenzione, se è in grado di sostenere con competenza la genitorialità, favorisce scelte consapevoli e condivise da parte dei genitori stessi e un loro positivo stile educativo.

Infine, questo bel saggio è completato da un Capitolo sui *survivors*, i sopravvissuti. Non si può negare che il pensiero vada subito alle scene di un film drammatico con cieli plumbei e atmosfere inquietanti, dove mostruosi alieni hanno fatto strage di esseri viventi e minacciano la sopravvivenza stessa dell'uomo.

La sorte o il buon Dio hanno però stabilito che qualcuno si salverà; è questo un piccolo manipolo di familiari sopravvissuti che deve sopportare, loro malgrado, sofferenze indicibili, in una solitudine quasi assoluta e forte solo della speranza che origina dalla disperazione.

Le dottoresse Casadei e Acampora, con competenza e sistematici-

tà, ci accompagnano in questo difficile viaggio, per capire una realtà drammatica dei giovani, con l'obiettivo sottinteso che non si debba mai dire: è troppo tardi.

*Dr. Federico Marolla, medico, pediatra
dottore di Ricerca in Scienze Pediatriche*

Introduzione

Vi è solamente un problema filosofico veramente serio: quello del suicidio. Giudicare se la vita valga o non valga le pene di essere vissuta è rispondere al quesito fondamentale della filosofia. Il resto... viene dopo. Questi sono giochi: prima bisogna rispondere.

(Albert Camus, *Il mito di Sisifo*, 1942)

Hillman sottolinea in *Il suicidio e l'anima* che l'esame accurato della vita comporta riflessioni sulla morte ed il confrontarsi con la realtà significa confrontarsi con la morte.

Non è necessario precisare l'esistenza di una pulsione di morte né offrire giustificazioni filosofiche per giungere ad una semplice conclusione; ogni coinvolgimento profondo ed articolato contiene in sé l'idea del morire che, se diventa limite allo stesso vivere, si configura come problema: il problema della morte che nel suicidio si pone in modo più chiaro.

Esso appare come la risposta a una condizione di sofferenza sia fisica che psichica vissuta senza alcuna via di uscita.

Il processo psicoanalitico offre quell'intensa situazione umana che è indispensabile per evidenziare questioni essenziali, diventando in tal modo il paradigma della vita ed è nella vita che il suicidio si presenta e, al riguardo, Tatarelli e Pompili (2008) precisano: "*Chi non riesce più a trovare appagamento nel continuare a vivere, non riesce nemmeno ad attendere pazientemente la morte*".

Contrariamente a quello che solitamente si pensa il suicidio è più presente fra le pareti domestiche ed è un problema inquietante poiché non riguarda esclusivamente gli adulti ma anche i bambini, con analogie tra il comportamento suicidario degli adulti e dei bambini.

Entrambi i casi manifestano una situazione che può apparire co-

mune: una pressione insostenibile ed un atteggiamento depresso che termina nell'atto suicidario.

Si pensa che i bambini che effettuano il suicidio, a differenza degli adulti, non comprendano il significato della morte o la relazione fra le proprie azioni e le conseguenze fatali.

Purtroppo è proprio perché i bambini comprendono il significato della morte che desiderano morire, inoltre il comportamento suicidario infantile ha caratteristiche e dinamiche in contrasto con gli atteggiamenti autodistruttivi dell'adulto.

L'intenzionalità suicidaria in adolescenza è in stretto rapporto con la storia del bambino: in base a tale continuità problematica, durante la crisi adolescenziale, potranno riemergere difficoltà legate a precedenti fasi dello sviluppo o traumi infantili da cui potrà originarsi una insuperabile pericolosa angoscia, non sempre gestibile dall'adolescente.

Il suicidio, indipendentemente dalla situazione e fase della vita in cui si verifica, appare come un gesto irrimediabilmente distruttivo che provoca sensi di colpa e di vergogna negli altri.

Benché gli argomenti trattati risultino spesso penosi, si ritiene che attraverso la comprensione dei motivi e delle dinamiche profonde del suicidio, saremo più capaci di riconoscerne i segni.

Per l'analista il suicidio è un problema estremamente complesso in quanto rappresenta l'epitome della responsabilità che si assume.

1. Il suicidio nella storia

di Sara Acampora e Anita Casadei

È giunto ormai il tempo di andare, o giudici, io per morire, voi per continuare a vivere. Chi di noi vada verso una sorte migliore, è oscuro a tutti, tranne che al Dio.

(Platone, *Apologia di Socrate*)

La letteratura è piena di fantasie suicidarie, gesti suicidi, desideri di morte: dietro ad essi si nasconde un conflitto profondo tra desiderio e angoscia.

Se si pensa a chi compie il gesto del togliersi la vita pensiamo ad una persona disperata, in crisi esistenziale, con grande sofferenza dentro dalla quale non riesce ad uscire. Il suicidio appare l'ultimo gesto di potere che egli ha.

In effetti il gesto del suicida ha origini arcaiche. Non conosciamo né quando né perché, ma a un tratto della sua storia l'uomo scoprì che oltre a poter uccidere i suoi simili e gli animali aveva la possibilità di uccidere se stesso.

Nell'antico Egitto il suicidio veniva concesso come alternativa nobile ai condannati a morte, i quali pensavano di lasciare la vita in modo più dignitoso: come successe a Cleopatra la quale si fece mordere dall'aspide sacro inscenando un suicidio rituale e sfuggendo così alla prigionia di Ottaviano.

Per secoli i grandi filosofi si sono interrogati sull'aspetto morale della scelta di togliersi la vita. *È o no lecito esercitare violenza sul proprio corpo?*

Questa è la domanda che si pone Platone nel suo *Fedone*, che può essere considerato il primo vero libro ad occuparsi del tema del suicidio e in cui egli analizza quali siano le circostanze che rendono lecito il suicidio.

Il filosofo Socrate scelse di morire consapevole che la morte fosse una liberazione dai mali dell'esistenza.

In pochi scelgono di morire poiché gli uomini hanno paura di andare contro il volere degli dei come se non ne avessero il diritto. Il morire per Socrate è una consolazione straordinaria: un mutar sede, un recarsi nell'Ade e un ritrovarvi tutti coloro che ci hanno preceduto, ben diverso dal non essere più nulla. Egli contrappone la morte alla vita e il gesto di togliersi la vita rientra nei gesti della vita di un individuo.

Di fronte alla fugacità della vita c'è solo un imperativo categorico: vivi subito, cioè non rinviare a domani ciò che si può fare subito. Il suicida diviene così esempio di coraggio e forza.

A contrapporsi a questa visione stoica vi è la visione morale.

Nella Grecia stessa troviamo un'altra corrente di filosofi che condanna il suicidio, come Aristotele, il quale lo descrive come crimine nei confronti della città in quanto porterebbe l'individuo, parte della società, a sottrarsi ai doveri che ha nei suoi confronti.

Con l'avvento del cristianesimo nei primi secoli dopo Cristo il suicidio assume invece una valenza esclusivamente negativa, come gesto da condannare tout court.

Lo sottolinea sant'Agostino quando afferma che per la legge di Dio, il suicidio è un atto assolutamente illecito.

Il quinto comandamento «Non uccidere», infatti, concerne, oltre il nostro prossimo, anche la nostra persona.

Anche Tommaso d'Aquino condanna il suicidio in quanto gesto che va contro la legge della natura di autoconservazione e contro la società ma, soprattutto, contro Dio che è l'unico depositario del potere di vita o di morte.

Eppure nel Vecchio Testamento non vi è alcuna condanna del suicidio al contrario dell'omicidio; diversa la visione nel Nuovo Testamento in cui è riportato il suicidio di Giuda Iscariota che però non viene esplicitamente condannato.

Pertanto, controversa questione anche in ambito teologico ed ecclesiale, soltanto dopo il IV secolo d.C. la Chiesa condannerà il suicidio.

In quegli anni la visione religiosa influenza anche l'aspetto giuridico. Il suicidio, pertanto, oltre ad essere un gesto condannabile, dal punto di vista etico-morale, diventa presto anche un crimine.

Di qui le numerose misure punitive contro i suicidi che hanno segnato tragicamente la storia dell'occidente cristiano, ma la contraddizione sta nell'impunità di questo crimine poiché il suicida, compiuto il gesto, non è altro che un cadavere e ci si accaniva con tutta una serie di gesti che spesso avevano soprattutto un significato apotropaico. A volte:

- lo si bruciava;
- lo si chiudevava in una botte e lo si gettava in un fiume, per sciacquare via il pericolo da lui rappresentato;
- veniva decapitato.

Inoltre veniva tolta loro ogni forma di dignità: i corpi dei suicidi non venivano fatti uscire dalla porta principale di casa, bensì da un buco nel muro, dalla finestra o dal tetto.

Si conducevano al cimitero per strade secondarie dove erano fatti passare capovolti da entrate secondarie o dal muro di cinta e riposti in angoli nascosti e la loro tomba non veniva curata. Ma spesso venivano seppelliti fuori dalle città in terre sconsestate.

Anche la sepoltura avveniva col volto all'ingiù.

Mentre nella cultura orientale sin dall'antichità è un gesto profondamente radicato che trova il suo significato in rituali religiosi.

Questi rituali prevedevano complessi cerimoniali preparatori e regole rigide che regolavano l'atto inteso non come gesto impulsivo individuale, ma come un atto sociale.

I sentimenti, nei confronti di tale gesto, oscillavano tra paura e angoscia, senso di liberazione e un continuo fluttuare tra condanna e fantasia.

Solo in età moderna si cominciò a modificare l'approccio filosofico-morale per lasciare il posto ad un approccio più medico: il suicidio diventa *la manifestazione estrema di uno stato umorale, fisico, organico disarmonico, anormale o patologico, da curare*.

In un contesto storico, in cui il suicidio era considerato come un crimine nei confronti dello stato o come un delitto di lesa maestà, la presenza di un quadro patologico rappresentava l'unica attenuante in grado di preservare il suicida (e la sua famiglia) dalla condanna postuma del defunto e dalle conseguenze sopra descritte.

Dimostrare che il suicida non si era tolto la vita liberamente e coscientemente, ma che era malato di mente, folle o sopraffatto da

disturbi caratteriali o umorali molto gravi modificò la visione di esso.

Nonostante ciò in un'epoca prettamente cattolica, per quanto giustificabile, il suicidio è stato considerato un atto diabolico.

Fu con l'avvento dell'Illuminismo che il suicidio viene considerato un atto non solo di grazia della natura di fronte a situazioni gravi di sofferenza ma, come era avvenuto già in epoca antica nella Grecia o in Egitto, anche come possibilità di rivendicare la libertà e l'indipendenza dell'individuo rispetto a Dio o allo Stato.

Solo alla fine dell'Ottocento, con l'avvento delle scienze umane, si modifica l'idea di suicidio da atto coscientemente e liberamente voluto ad atto patologico. Non è più possibile considerarlo una scelta di ribellione contro Dio e contro la società, ma diventa la risposta estrema, disperata, fortemente condizionata – se non per molti versi addirittura coatta – a una condizione di sofferenza avvertita come senza rimedio e senza vie d'uscita; è la sola soluzione che un individuo, in un determinato momento della sua esistenza, crede di avere ancora a disposizione per sfuggire a una condizione di incomunicabilità e di solitudine che lo sgomenta e lo attanaglia, ovvero per porre fine a una situazione fonte per lui di angoscia, di stanchezza e di dolore.

Dal punto di vista psicologico e psicoanalitico il suicidio può essere visto o come l'equivalente di un tentato omicidio ai danni di una persona amata, scelta narcisisticamente, introiettata, ma fonte di delusione, e quindi fatta oggetto di sentimenti ambivalenti di odio-amore (Freud, 1917), oppure il risultato di una situazione personale dove diminuisce la coazione esterna cui un individuo è sottoposto e aumenta la coazione internalizzata, nel senso di formazione di un forte super-io produttore di sensi di colpa (Henry, Short, 1954), o come l'ultimo tentativo, dopo il fallimento dei meccanismi consueti di compensazione, di sfuggire ad una situazione di insicurezza e di crisi narcisistica, ovvero come volontà di dissolvimento/ritorno ad uno stadio primario armonico.

Sul piano sociologico, per altro difficilmente separabile da quello psicologico, il progressivo venir meno della capacità integrativa di un sistema sociale, la perdita di sicurezza per effetto di situazioni di crisi economico-sociali, di trasformazioni biologiche ineludibili ma sgradite o di mutamenti improvvisi del proprio stato sociale, il senso

di incertezza, se non di vuoto esistenziale (diffuso spesso tra i giovani) in assenza di punti di riferimento e di orientamento o di compiti capaci di sostanziare la vita, la solitudine e l'isolamento come risultato di un venir meno dei rapporti interpersonali, il senso di inutilità (fortemente avvertito dagli anziani) in seguito alla perdita di un proprio status sociale, lo stress dovuto alla necessità di ricoprire più ruoli diversi e tra loro contrastanti, questi sono tutti fattori che possono avere anche risvolti suicidali.

Da un punto di vista patologico del malato di mente il gesto suicida si presenta come una manifestazione della sofferenza psichica interna.

Non esiste l'equazione tra suicidio e desiderio di morte: il suicida in realtà rifiuta di vivere quella vita ma desidera viverne una diversa.

La fantasia di morte diviene pian piano talmente forte da non poter essere più pensata per cui viene agita.

In questo senso interrogarsi sul suicidio diventa per noi psicoterapeuti un andare alla ricerca di un nuovo senso della vita, colmare quel vuoto profondo e aiutare chi soffre a creare nuovi legami e relazioni umane.