

# STUDIES ON AGGRESSIVENESS AND SUICIDE

STUDI SU AGGRESSIVITÀ E SUICIDIO

Editor in chief:

LUIGI PAVAN

*Affiliato all'Associazione  
Italiana per lo Studio e  
la Prevenzione del Suicidio  
(AISPS)*

OTTOBRE 2004

---

Volume 4

**CLUP**

# STUDI SU AGGRESSIVITÀ STUDIES ON AGGRESSIVENESS E SUICIDIO AND SUICIDE

Rivista semestrale fondata e diretta da Luigi Pavan

## **Direttore responsabile**

Luigi Pavan

## **Redazione**

Giuseppe Borgherini  
Donatella Conforti  
Barbara Corinto  
Andrea Costacurta  
Alberto Frasson  
Gaia Meneghel  
Giuseppe Pavan  
Cristiano Piovàn  
Paolo Scocco

## **Comitato scientifico**

Arcuri L.	Di Fiorino M.
Balestrieri M.	Fava M.
Borgherini G.	Ferrara S.D.
Calvi A.A.	Giordano P.
Caon F.	Invernizzi G.
Casacchia M.	Nivoli G.C.
Cassano GB.	Perini G.
Castrogiovanni P.	Placidi G.
Concini A.	Ravizza L.
De Vanna M.	Santonastaso P.
De Risio S.	Sarchiapone M.
	Scapicchio PL.

## ***Direzione e Redazione:***

Clinica Psichiatrica,  
Dipartimento di Neuroscienze,  
Università di Padova  
Via Giustiniani 2, 35100 Padova  
Tel. 049 8213836  
Fax. 049 8755574  
e-mail: [aggressuicide@unipd.it](mailto:aggressuicide@unipd.it)

## ***Segreteria:***

Graziella Arpa  
Tel. 049 8750558  
e-mail: [graziella.arpa@unipd.it](mailto:graziella.arpa@unipd.it)

Anno II – n. 4 – Ottobre 2004  
Autorizzazione del Tribunale di Padova  
n. 1788 del 26/03/2002

## **Stampa**

CLEUP Editrice – Padova  
Via Belzoni, 118/3 - Padova  
Tel. 049 650261  
[www.cleup.it](http://www.cleup.it)

## **Abbonamento alla Rivista:**

- ☐ sottoscrizione personale € 30,00
- ☐ sottoscrizione istituzionale € 60,00

## **a mezzo:**

- ☐ Bonifico: Gruppo Ricerca  
Psicoterapie Brevi  
Cassa Risp. Pd e Ro Ag. 16  
c/c 07401960033L  
cin V cab 06225 abi 12197

# STUDI SU AGGRESSIVITÀ E SUICIDIO

# STUDIES ON AGGRESSIVENESS AND SUICIDE

## EDITORIALE

Aggressività e suicidio: aspetti genetici ..... 5  
*Giovanni B. Cassano e Alessandro Rotondo*

## ARTICOLI

Suicidio e religiosità ..... 8  
*Luigi Pavan*

Suicidio e cultura religiosa: tra musulmani e cattolici ..10  
*Ines Testoni, Elena Bettoni, Lucia Ronconi*

Sull'atteggiamento cristiano riguardo al suicidio  
Osservazioni filosofiche a margine dell'inchiesta  
su "Suicidio e cultura religiosa" ..... 21  
*Andrea Di Maio*

Il valore della vita per l'Islam visto attraverso  
il fenomeno del suicidio ..... 33  
*Biancamaria Scarcia Amoretti*

Il valore attribuito alla vita dinanzi al suicidio tra  
cattolici e musulmani ..... 36  
*Ines Testoni*

Post-intervento nel suicidio ..... 41  
*Scocco P, Frasson A, Costacurta A, Donà M, Pavan L*

ABSTRACTS ..... 56

RECENSIONI ..... 62

CALENDARIO EVENTI ..... 64

## NORME EDITORIALI

1) Gli Autori devono inviare 2 copie del lavoro, in italiano e in inglese, al seguente indirizzo di posta ordinaria:

Redazione "Studi su aggressività e suicidio"  
Dipartimento di scienze Neurologiche  
e Psichiatriche  
Sezione di Psichiatria – Psichiatria 3  
Via Giustiniani 2  
35128 PADOVA  
Tel.: 049/8213836  
fax: 049/8755574

e al seguente indirizzo di posta elettronica  
aggressuicide@unipd.it

2) I testi dovranno essere redatti in italiano (2 copie) e in inglese (1 copia) secondo la forma richiesta ad articoli di carattere scientifico, usando lo stile Harvard (v. punto 8).

3) Articoli e reviews riportanti nuove ricerche sul fenomeno del suicidio e dell'aggressività non dovranno eccedere le 3000 parole (con carattere Times New Roman, dimensione =10) con non più di 6 tavole o illustrazioni. L'Editoriale non dovrà superare le 1000 parole. Il copyright degli articoli pubblicati appartiene alla casa editrice.

4) Ogni articolo dovrà contenere il titolo (in italiano ed in inglese), nome e cognome dell'autore per esteso, qualifica, riassunto (in italiano ed in inglese), parole chiave (Key words) in italiano ed in inglese, istituto di appartenenza, indirizzo, numero di telefono ed indirizzo di posta elettronica.

5) Il testo degli articoli è usualmente (ma non necessariamente) diviso nelle seguenti sezioni: Introduzione, Materiali e Metodi, Risultati e Discussione. Gli articoli particolarmente lunghi potrebbero necessitare di sub-intestazioni (specialmente nelle sezioni Risultati e Discussione) per un maggior chiarimento dei contenuti.

6) L'articolo va dattiloscritto o stampato su fogli 216 x 279 mm, o ISO A4 (212 x 297), con margini di almeno 25 mm, solo su una facciata. Utilizzare sempre la doppia spaziatura. Le pagine vanno numerate in maniera consecutiva a partire dalla pagina che riporta il titolo. Il numero della pagina va posizionato nell'angolo destro (superiore o inferiore) di ciascuna pagina.

7) Le tabelle vanno inserite su fogli a parte mantenendo la doppia spaziatura e numerandole consecutivamente in base alla prima citazione che compare nel testo. Ciascuna tabella dovrà presentare un breve titolo. Le descrizioni e tutte le abbreviazioni non standard delle tabelle vanno inserite su apposite "note".

Per le "note" utilizzare i seguenti simboli, nell'ordine: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡

Siate sicuri che ciascuna tabella sia citata nel testo.

Se si utilizzano dati già pubblicati o provenienti da fonti non soggette a pubblicazione, è necessario ottenere il permesso.

8) Illustrazioni e figure dovrebbero essere disegnate e

fotografate in maniera professionale (alta definizione d'immagine); caratteri scritti a mano o battuti a macchina sono inaccettabili. I disegni originali, le lastre radiologiche e altri materiali possono essere sostituiti con stampe fotografiche in bianco e nero, lucide e nitide, delle dimensioni di 127 x 173 mm e comunque non più grandi di 203 x 254 mm. Lettere, numeri e simboli dovrebbero essere chiari e di grandezza tale da rimanere leggibili anche se si dovesse rendere necessaria una riduzione per la pubblicazione. I titoli e le spiegazioni vanno inserite nella legenda per le illustrazioni e non nelle illustrazioni stesse. Se vengono utilizzate fotografie di persone, i soggetti non devono essere riconoscibili ed è necessario presentare il permesso scritto per l'uso della foto.

Le figure devono essere numerate consecutivamente in base all'ordine in cui sono state citate nel testo.

9) Usare solamente le abbreviazioni standard. Evitare le abbreviazioni nel titolo e nell'abstract. Il termine completo per cui l'abbreviazione viene utilizzata dovrebbe precedere il suo primo utilizzo nel testo a meno che non si tratti di un'unità di misura standard. Le lettere greche ed i simboli in maiuscolo devono essere identificati separatamente. Distinzioni chiare devono essere fatte tra la lettera "I", il numero "1" e la parola "primo".

10) I riassunti non devono eccedere le 200 parole e devono esprimere chiaramente, senza uso di referenze, il contenuto del testo. Di seguito, devono essere indicate da 3 a 7 parole chiave per indicizzare gli argomenti di pubblicazione. Riassunto e parole chiave in lingua inglese devono necessariamente corredare ogni articolo.

11) I nomi generici e chimici devono essere usati per tutti i componenti; materiali e prodotti devono essere identificabili nel testo col nome generico seguito dal nome usato commercialmente e posto tra virgolette ("").

12) Le referenze devono essere redatte usando lo stile Harvard (per es.: Smith et al, 1970) nel testo e seguire un ordine alfabetico alla fine dell'articolo, per es.:

Mann JJ, Arango V: Neurobiology of suicide and attempted suicide. In: "Suicide an unnecessary death". D. Wasserman (Ed). Martin Dunitz, London, 2001.

Forsell Y, Jorm AF, Winblad B: Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. Acta Psychiatrica Scandinavica 95: 108-111, 1997.

13) È responsabilità dell'Autore richiedere il permesso scritto per ottenere la riproduzione di materiale apparso in altre pubblicazioni, e questo deve essere incluso nel materiale inviato.

14) "Studi su aggressività e suicidio" offre ai Suoi lettori uno spazio per altre comunicazioni in forma di "articoli brevi" (Brief Reports). Essi dovranno contenere un massimo di 500 parole e di 10 referenze (in ordine alfabetico), nessuna tabella e figura. In questa sezione verranno pubblicati "case reports" ed altri articoli contenenti osservazioni "non controllate".

15) La sezione "NEWSLETTER" può ospitare comunicazioni relative ad attività di soci e a notizie di possibile interesse per quanti risultano coinvolti nella suicidologia.

# AGGRESSIVITÀ E SUICIDIO: ASPETTI GENETICI

Giovanni B. Cassano e Alessandro Rotondo

Giovanni B. Cassano e Alessandro Rotondo  
Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia,  
Farmacologia e Biotecnologie.  
Università di Pisa

Corrispondenza:  
Prof. Giovanni B. Cassano  
Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia,  
Farmacologia e Biotecnologie.  
Via Roma, 67  
56100 PISA  
tel 050 835438

Il 1 luglio 1996 Margaux Hemingway, famosa e superpagata top-model, si toglieva la vita, esattamente nel trentacinquesimo anniversario del suicidio del suo grande nonno, lo scrittore Ernest Hemingway, esattamente come avevano fatto il suo bisnonno Clarence, suo zio Leicester e sua zia Ursula. La lunga e dolorosa lista di suicidi nella famiglia Hemingway conferma ed estende i dati degli studi genetico-epidemiologici che indicano una predisposizione genetica per i comportamenti autolesivi. Gli studi familiari dimostrano che i parenti di primo grado di soggetti con comportamento suicidario presentano un rischio di suicidio significativamente più elevato dei familiari dei controlli "sani". Viceversa, circa la metà dei pazienti affetti da diversi disturbi mentali e familiarità positiva per suicidio hanno almeno un tentativo di suicidio in anamnesi. Gli studi gemellari confermano i dati degli studi familiari ed indicano una predisposizione genetica per il suicidio. Se un tratto viene trasmesso geneticamente, la concordanza per quel tratto nei gemelli monozigoti, che sono geneticamente identici condividendo il 100% del loro patrimonio genetico, deve essere significativamente più elevata rispetto a quella

riscontrata nei gemelli eterozigoti che condividono solo il 50% del corredo genetico, come tutti i fratelli. A conferma di ciò, una metanalisi degli studi gemellari pubblicati in letteratura indica che la concordanza per comportamento suicidario nei gemelli omozigoti è del 13.2% significativamente più alta dello 0.7% riscontrato nei gemelli eterozigoti (Roy et al, 1997). È importante sottolineare che la concordanza fra gemelli omozigoti è ampiamente inferiore al quel 100% che ci attenderemmo se il comportamento fosse completamente sotto controllo genetico, indice, questo, che i fattori ambientali interagiscono in maniera rilevante con quelli genetici nel determinare il comportamento suicidario.

Una volta confermata la predisposizione ereditaria per il suicidio, è indispensabile chiarire che cosa si eredita, cioè, quali sono i fattori psicopatologici che inducono a condotte autolesive e qual'è il loro substrato neurochimico e genetico.

Scriveva Kay R. Jamison (Simpson e Jamison, 1999), nota per i suoi studi fondamentali sul disturbo bipolare e il suicidio: "Unless someone lives an unthinkable boring life, has no hopes that can be shattered, no love that can be lost, or transit from birth to death in a bubble above the frays of hearth, he or she experiences the same grieves or strains that, for a few, become the "cause" of death" ("A meno che qualcuno viva una vita terribilmente noiosa, non abbia alcuna speranza che possa essere distrutta, nessun amore che possa essere perduto, o viaggi dalla nascita alla morte in una bolla al di sopra dei conflitti della terra, egli o ella sarà sottoposto agli stessi dolori e alle stesse tensioni che per alcuni rappresentano la "causa" di morte"). Quindi, davanti agli inevitabili stress a

cui andiamo tutti incontro, solo alcuni soggetti “predisposti” rispondono con la rinuncia totale, quella alla propria vita, in contraddizione con ogni principio di conservazione della specie. I dati della letteratura indicano, peraltro, che la predisposizione ereditaria ai comportamenti autolesivi è indipendente dalla concomitante presenza di malattia mentale, seppure quest’ultima possa rappresentare un importante evento scatenante. In un campione di 347 pazienti affetti da disturbi dell’umore o disturbi psicotici indistinguibili per gravità e durata di malattia, Mann (1999) ha riscontrato che solo la metà aveva in anamnesi almeno un tentativo di suicidio e che, nella maggior parte dei casi, questo era stato compiuto nelle fasi iniziali di malattia. Pertanto, questo gruppo mostrava una “predisposizione” verso il suicidio, mentre l’altra metà del campione era “resistente”, nonostante presentasse un quadro psicopatologico della medesima durata e gravità, I risultati di Mann trovano ulteriore supporto negli studi familiari di Brent e collaboratori (1996) che dimostrano l’indipendenza della predisposizione ereditaria per i comportamenti autolesivi dalla presenza di disturbi di asse I e/o II nella famiglia d’origine.

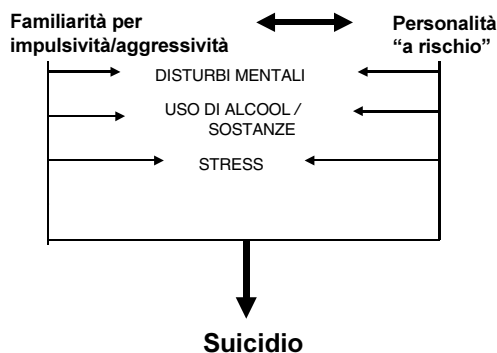
Un possibile modello per comprendere i meccanismi psicopatologici alla base delle condotte autolesive è illustrato in figura 1.

Il comportamento suicidario deriverebbe dall’interazione di fattori predisponenti, geneticamente determinati, caratterizzati da

tratti personologici, come il disturbo borderline o antisociale di personalità, ed alti livelli di impulsività/aggressività, con fattori scatenanti, quali disturbi mentali, abuso di alcool e/o sostanze, fattori ambientali stressanti. Questo modello trova ampia conferma in letteratura. Ricordiamo, in particolare, gli studi di Mann (1999) in cui è stato riscontrato che pazienti con e senza comportamenti autolesivi, tutti affetti da disturbi dell’umore o disturbi psicotici, potevano essere differenziati in base alla maggiore frequenza nel primo gruppo di disturbo borderline di personalità, alti livelli di aggressività/impulsività e, soprattutto, elevata familiarità per suicidio, mentre il disturbo mentale di cui erano affetti e la sua gravità non costituivano fattori discriminanti. Importanti anche le osservazioni di Coccaro (1997) che dimostrano l’ereditabilità dei tratti personologici impulsivi ed aggressivi.

L’associazione di impulsività, aggressività e suicidio permette di postulare l’esistenza di un comune substrato neurobiologico e genetico per queste dimensioni psicopatologiche. Anche se vari sistemi neurotrasmettitoriali sono stati chiamati in causa, gli studi biochimici e di “neuroimaging” compiuti dagli anni ’80 ad oggi confermano il ruolo chiave del sistema serotonergico nella fisiopatologia delle condotte autolesive. Nei soggetti suicidi, in specie quelli che hanno compiuto atti particolarmente violenti e letali, come pure nei soggetti con alti livelli di aggressività ed impulsività, è stato riscontrato un deficit di trasmissione serotonergica in specie nella corteccia prefrontale, con una conseguente riduzione della sua azione di inibizione dei comportamenti impulsivo-aggressivi originati a livello ipotalamico e limbico (Mann, 1999). I geni che controllano l’attività serotonergica rappresentano, pertanto, ideali geni “candidati” per i comportamenti aggressivi ed impulsivi che sottendono le condotte autolesive. Infatti, mutazioni in questi geni potrebbero concorrere a determinare le alterazioni dell’attività serotonergica osserva-

Figura 1



te nei soggetti con comportamento impulsivo/aggressivo e suicidario. Negli ultimi anni sono stati studiati vari polimorfismi genici, in particolare quelli presenti nel gene della triptofano idrossilasi (TPH), l'enzima limitante nella sintesi della serotonina, e nel gene del trasportatore della serotonina (5-HTT), responsabile della ricaptazione del neurotrasmettitore nel bottone sinaptico e, pertanto, della cessazione della sua attività nel vallo sinaptico. Due recenti metanalisi indicano che, mentre il gene della TPH non sarebbe coinvolto nell'eziopatogenesi delle condotte suicidarie (Lalovic e Turecki, 2002), il gene del 5-HTT potrebbe, invece, avere un ruolo importante (Lin e Tsai, 2004). Va sottolineato che nella maggior parte degli studi di associazione genetica sul suicidio il fenotipo clinico utilizzato era esclusivamente il comportamento suicidario. Questo, come si evince nel modello che abbiamo descritto (fig. 1) è un fenotipo "complesso" e, probabilmente, eterogeneo in cui entrano in gioco non solo variabili genetiche, ma anche variabili ambientali importanti. Un approccio alternativo, che potrebbe incrementare il potere statistico dell'analisi genetica, è quello di utilizzare fenotipi più omogenei, in cui la componente genetica abbia un peso maggiore, come i tratti personologici (aggressività, impulsività, dimensioni temperamentali) che predispongono al suicidio. Il gruppo di Siever ha recentemente dimostrato un'associazione fra polimorfismi del TPH e impulsività/aggressività in pazienti con disturbi di personalità (New et al, 1998). Anche il nostro gruppo di ricerca ha recentemente presentato i dati preliminari di uno studio che indica la presenza di associazione genetica fra un polimorfismo del gene del 5-HTT e misure di aggressività e di dimensioni temperamentali in soggetti con comportamento suicidario (Rotondo et al, 2004).

In base ai dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il suicidio rappresenta la nona causa di morte nel mondo e la terza fra i 15 e i 34 anni. Gli studi genetici possono

fare molto nella prevenzione di questa vera e propria emergenza sanitaria. L'identificazione di geni di suscettibilità e, conseguentemente, dei meccanismi eziopatologici alla base dei comportamenti autolesivi potrà facilitare l'individuazione di terapie più mirate, personalizzate e, in ultima analisi, più efficaci di quelle attualmente esistenti.

### *Bibliografia*

Brent David A, Bridge J, Johnson Barbara A, Connolly J: Suicidal behavior runs in families. *Arch Gen Psychiatry* 53:1145-1152, 1996

Coccaro Emil F, Bergeman C.S., Kavoussi Richard J, Seroczynski A.D.: Heritability of aggression and irritability: A twin study of the Buss-Durkee Aggression Scales in adult males subjects. *Biol Psychiatry* 41:273-284, 1997.

Lalovic A, Turecki G: Meta-analysis of the association between tryptophan hydroxylase and suicidal behavior. *Am J Med Genet (Neuropsychiat Genet)* 114:533-540, 2002

Lin Pao-Yen, Tsai Guochuan: Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and suicide: Results of a meta-analysis. *Biol Psychiatry* 55:1023-1030, 2004.

Mann J John, Waternaux Christine, Haas Gretchen L, Malone Kevin M: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 156:181-189, 1999

Mann John J, Oquendo Maria, Underwood Mark D, Arango Victoria: The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 60 (suppl 2):7-11, 1999.

New Antonia, Gelertner Joel, Nielsen David, Siever Larry J: Tryptophan hydroxylase genotype is associated with impulsive-aggression measures: a preliminary study. *Am J Med Genet (Neuropsychiat Genet)* 81:13-17, 1998.

Simpson S G, Jamison Kay R: The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 60 (suppl 2): 53-56, 1999.

Rotondo Alessandro: Comportamento autolesivo nel disturbo borderline di personalità: aspetti clinici e genetici. *Ital J Psychopathol* 10 (suppl. 1):23, 2004.

Roy Alec, Rylander Gunnar, Sarchiapone Marco: Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiat Clin N Am* 20:595-611, 1997.



## SUICIDIO E RELIGIOSITÀ

Luigi Pavan

*Premessa*

Da quando ci si occupa scientificamente di suicidio ci si è chiesti se l'appartenenza ad una religione sia o no un fattore di protezione. A tal proposito sembra vi siano evidenze che depongono per minor numero di suicidi tra i cattolici che non tra gli ebrei e i protestanti così anche che nei paesi islamici i tassi siano più bassi che in quelli buddisti.

Riferendoci alle religioni monoteiste, che tutte in varie tonalità proibiscono il suicidio, è forse possibile pensare che il fattore più importante non sia tanto l'appartenenza religiosa, quanto invece il grado di ortodossia e di integrazione religiosa.

Pur tuttavia la questione è aperta e interessante anche perché può arricchire l'attribuzione di senso di un comportamento sostanzialmente enigmatico quale è quello suicidario.

La nostra rivista ritiene di portare un contributo con la ricerca di Ines Testoni e collaboratori sul tema specifico del "suicidio e cultura religiosa", volto ad approfondire e confrontare l'atteggiamento dei musulmani e dei cattolici rispetto alla morte volontaria.

Partendo da questo materiale si è sviluppato un dialogo ponendo alcune domande sia ad Ines che ad Andrea Di Maio ed a Biancamaria Scarcia Amoretti, introducendo anche l'aspetto più attuale e drammatico, quale è l'odierna figura del kamikaze islamico.

Nessuna pretesa riduttiva nei confronti del complesso intreccio delle differenze religiose e culturali fra popolazione musulmana e quella cattolica, o di esaurire le polarità fra occidentale ed islamismo.

Se è vero che i monoteismi abramitici sono contrari di massima al suicidio, è vero anche

che nelle varie epoche le autorità religiose hanno rivista posizioni molto diverse al proposito passando talvolta da una stigmatizzazione ad un incoraggiamento.

Ma interrogarsi sulle religioni significa interrogarsi inevitabilmente sull'uomo e sulla sua identità che emerge molteplice e contiene molte contraddizioni.

Quanto più si dialoga e si riconoscono le diversità quanto più è possibile fornire l'integrazione del diverso che è fuori di sé, ma che ognuno ha in sé.

La possibilità di entrare in relazione con l'altro, e accettare e integrare, passa attraverso la conoscenza che ognuno ha delle parti di sé oscure, scisse, negate, e le fa parte della propria identità-alterità.

Quanto più l'identità è rigida, e radicale, e centrata su di sé, tanto più l'individuo diventa unilaterale e intollerante.

Quanto più l'uomo condivide con gli altri uomini la stessa fragilità, gli stessi interrogativi, la stessa paura (che sono in ultima analisi i limiti, le perdite, la morte) tanto più può riconoscere i limiti posti dai diritti degli altri.

È stato detto, e riteniamo condivisibile, che i fondamentalismi religiosi ed etnici, così come i trionfalismi, colludono con le forme di una globalizzazione economica e culturale aggressiva che avanza incurante dell'impoverimento delle identità, delle omologazioni, del conformismo e dell'annullamento delle differenze: in entrambi i casi svalutando l'alterità, si svaluta l'Io e si tende a creare personalità vulnerabili, insicure, sostanzialmente passivo-dipendenti.

Così che davanti agli attuali fenomeni della immigrazione c'è il rischio di rispondere o in



termini di assimilazione (rendere gli immigrati uguali a sé), o con la logica della tolleranza nella separazione che è poi la logica del ghetto.

Da tutto questo non può che derivare disagio, sofferenza, rabbia ed aggressività agita in forma estrema di distruttività e di violenza a vari livelli.

La circolazione delle idee può favorire una verità pluralistica, senza che ne consegua una perdita-deflazione delle identità personali, ma incoraggi il recupero dei significati ed un riconoscimento anche di aspetti normativi del vivere insieme, rinunciando a soluzioni uni-

lateralmente e favorendo la pacifica convivenza fra uomini di religioni diverse.

In questo modo viene incoraggiato il formarsi di identità che proprio perché più solide, diventano più adeguate ad incontrare la moltitudine delle culture che si confrontano, disposte a riconoscere e rispettare la differenza in una logica di relazione, di alterità, di integrazione.

Solo favorendo l'umanità dei rapporti, la condivisione dei legami, è possibile mantenere l'interesse di appartenenza alla specie umana con la sua irrinunciabile, pur nelle differenze, specificità ed unità.

## SUICIDIO E CULTURA RELIGIOSA: TRA MUSULMANI E CATTOLICI<sup>1</sup>

Ines Testoni, Elena Bettoni, Lucia Ronconi<sup>2</sup>

### Abstract

Assecondando l'esigenza di approfondire lo studio del fenomeno relativo al rapporto tra credo religioso e predisposizione al suicidio, la presente ricerca ha preso ad oggetto due gruppi di soggetti – Musulmani e Cattolici – per confrontare i loro atteggiamenti rispetto alla morte volontaria. Lo strumento utilizzato è il *Reasons for Living Inventory* [RFL], integrato con tre aforismi che definiscono la morte volontaria, secondo elogio, giustificazione e condanna. I risultati mostrano che il gruppo dei Musulmani è meno propenso al suicidio "egoistico" rispetto ai Cattolici. Nella discussione dei risultati però viene messa in luce la necessità di proseguire la ricerca relativamente al suicidio "altruistico".

### Introduzione

In questo articolo si indaga la relazione tra fede religiosa e suicidio, assumendo un approccio psicosociale e culturale anziché clinico o medico-psichiatrico; ossia non vengono analizzate né la modalità individuale di gestire il proprio credo come luogo del delirio che conduce al suicidio né la predisposizione psicopatologica alla morte volontaria riscontrata nell'adesione totalizzante a una religione, quanto piuttosto il tentativo è quello di entrare nel merito delle for-

me con cui in Occidente la religione può sostenere le ragioni per vivere. Intendiamo dunque stabilire che il rapporto tra suicidio e religione richiede di venir restituito, da parte delle scienze psicologiche, alla dimensione socioculturale per essere studiato secondo una prospettiva non elementarista. Entrare nel merito dell'orizzonte di senso entro cui il suicidio si iscrive significa riconoscerlo come una manifestazione della dialettica tra simbolismo della morte e della vita in funzione di ciò che le segue, al cui rispetto le culture si annunciano nella differenza opponendosi con specifiche forme di risposta. Questo contributo fa dunque proprie le istanze della psicologia sociale culturale secondo cui ogni azione è regolata da un codice simbolico che orienta secondo valore l'interazione tra individui e popoli (Bruner, 1990; Cole, 1996; D'Andrade, 1990; Geertz, 1973; Gergen, Gergen, 1984; Mantovani, 1998), fondandosi però, per le ragioni indicate da Testoni (2001, 2002), sulla riflessione filosofica.

In questa sede Sono stati considerati solo soggetti aderenti alle religioni monoteiste cattolica e musulmana, in quanto esse rappresentano polarità opposte rispetto alla gestione del loro potere di fondare la vita sociale e l'identità dei popoli. Per un verso l'Islamismo in molti Stati impone che sia il credo religioso ad organizzare la cosa pubblica, dall'altro il Cattolicesimo, dopo una lunga storia che lo ha visto assumere la medesima posizione in epoca prerisorgimentale, ha imparato a gestire il proprio potere contrattandolo con il primato ormai definitivamente guadagnato in tale ambito dal pensiero laico e democratico.

<sup>1</sup> La presente ricerca si inserisce nel progetto dell'unità di ricerca dell'Università degli Studi di Padova "Cittadinanza interculturale e psicologia della convivenza", all'interno del programma di ricerca nazionale "Sviluppo di comunità e partecipazione".

<sup>2</sup> Dipartimento di Psicologia generale, Università degli Studi di Padova.

# 1. Tra religione e suicidio: evidenze empiriche

Il sentimento religioso è giudicato funzionale all'equilibrio individuale (Allport, 1950) e sociale (Durkheim, 1897), in quanto organizzatore di senso intra ed inter-psichico (Hood, Spilka, Hunsberger, Goursuch, 1996) e storico-culturale (Ariès, 1977), mentre, al contrario, il suicidio è inteso come la manifestazione di una grave destrutturazione dell'universo simbolico del soggetto e del suo rapporto con il mondo (De Maio, 1997), nonché di un temibile venir meno dei referenti normativi e valoriali della società secondo anomia (Durkheim, 1897). I due versanti, così presentati, possono sembrare semplicemente opposti, in quanto nel primo si apre quell'orizzonte di senso da attribuire all'esistenza che nel secondo appare totalmente imploso. In realtà il rapporto tra le due dimensioni si annuncia oggi in Occidente aporetico, in quanto per alcuni aspetti la religione sembra costituire un fattore di protezione contro il suicidio (Lester, 1987, 1988, 1989), per altri sembra favorirlo. Sebbene confermino la presenza di una relazione tra tali universi, gli studi sull'argomento sono tra loro discordanti e non sanno altresì stabilire quali fattori della religione influiscano sulla morte volontaria (Joubert 1994; Lester 1996, 1998, 2000; Lester, Akande 1998).

Joubert ha dimostrato che gli Stati americani con una maggior percentuale di persone senza una qualche affiliazione religiosa tendono ad avere tassi di suicidio più elevati (correlazione,  $r = .57$ ,  $p < .01$ ; Joubert, 1994), confermando in tal modo anche quanto evidenziato da Lester (1998), che rilevò una forte correlazione negativa tra tassi suicidari ed affluenza ai luoghi di culto, indipendentemente dal tipo di confessione praticata, in 48 Stati continentali americani (correlazione parziale,  $r = -.54$ ,  $p < .001$ ). Neeleman et al. (1997) hanno rilevato che le persone molto religiose presentano scarsa tolleranza rispetto alla morte volontaria. La fede religiosa individuale e l'esposizione all'ambiente religio-

so possono proteggere dalla morte volontaria abbassandone l'accettabilità. Relativamente all'aderenza ad una religione particolare, Bailey e Stein (1995) hanno evidenziato che gli Stati americani con un'elevata percentuale di popolazione ebraica presentano tassi di suicidio più bassi ( $r = -.26$ ,  $p < .03$ ), attribuendo tale risultato al fatto che il divieto ebraico del togliersi la vita diminuisse l'accettabilità del suicidio e che tale atteggiamento si sia diffuso nel resto della popolazione. Numerosi studi sono stati condotti anche sulla religione musulmana; Lester ha dimostrato che la quota di Musulmani presenti in 21 Stati indiani non risultava associata ai tassi di suicidio e successivamente dimostrò che la percentuale di morti volontarie e di omicidi in altre 72 nazioni mondiali non presentava alcuna associazione con gli aderenti all'Islam (Lester, 1996, 2000). Uno studio di Jahangir e Rehman (1998) ha indagato la relazione tra il grado di religiosità e la vulnerabilità rispetto ai tentativi di suicidio e al proposito di compiere l'atto, coinvolgendo un gruppo di 118 Musulmani, pazienti ambulatoriali depressi, reclutati tra i rifugiati afgani in Pakistan. I risultati supportano l'ipotesi per la quale i pazienti con un più elevato grado di religiosità presentano un'inferiore vulnerabilità verso i tentativi e la pianificazione dell'atto suicidario.

Nonostante la relazione suicidio-religione sia evidente e gli Stati più religiosi presentino tassi di violenza sulla persona inferiori, Lester (1987) sottolinea l'impossibilità di considerare la religiosità dei diversi Paesi come un predittore dei loro tassi di suicidio, dimostrando, attraverso analisi di regressione multipla, che alcune variabili socio-demografiche, quali la percentuale di migrazione o i tassi di divorzio, sono maggiormente efficaci a tale scopo. Su tale posizione si allinea Stack (1983), il quale, in opposizione alla teoria durkheimiana, non ritiene l'affiliazione religiosa un buon predittore. Egli, utilizzando la pubblicazione di libri religiosi (la loro percentuale tra tutti quelli pubblicati) come in-

dice di religiosità, ha confrontato, tramite un'analisi di regressione multipla, i tassi di suicidio con tale variabile e con altre due di controllo: il livello di sviluppo economico e un indice di parità tra i sessi (partecipazione delle donne ai lavori duri). È emerso che la loro pubblicazione non è significativamente correlata con il tasso totale di suicidio, mentre il fattore più importante è il livello di sviluppo economico, seguito dalla parità tra i sessi, correlati negativamente ed in modo significativo al tasso suicidario.

## 2. *Il senso del vivere dovendo morire*

Le indagini dianzi descritte evidenziano la natura aporetica del rapporto suicidio-religione. La contraddittorietà dei risultati ottenuti è però collegata alla modalità con cui è stato studiato il fenomeno, ossia al fatto che di esso sono stati presi in considerazione rapporti prettamente quantitativi. Per quanto ineludibile, questa dimensione di analisi non definisce la specificità qualitativa del problema. In questi ultimi anni la questione non riguarda tanto l'aumento quantitativo del tasso suicidario tra diverse popolazioni religiose, quanto piuttosto l'apparire sulla scena internazionale della pericolosità del *kamikaze* integralista islamico. E questo è un fenomeno che non può essere compreso con riferimenti solo quantitativi. Nell'entrare dunque nel merito qualitativo del rapporto tra religione e forme specifiche di suicidio, l'orizzonte si fa più complesso e non può prescindere dai valori che sorreggono le dinamiche simboliche messe in gioco dalla religione rispetto al significato della morte socialmente gestita. Per individuare i tratti essenziali che distinguono Islamismo e Cattolicesimo è necessario rivolgersi alla riflessione filosofica e storica.

Secondo Testoni (1997, 2001) la morte suscita modalità diverse di dare senso alla vita e al modo di rifiutarla – non solo con un atto definitivo, ma anche con persistenti strategie autodistruttive –, a seconda del contesto cul-

turale in cui le sue definizioni vengono prodotte. Geografie e storie differenti delimitano simbolismi diversi attribuiti al morire, da cui promanano forme di gestione sociale specifiche per annunciare l'esperienza del trapasso. Solo conoscendo le coordinate dei codici di senso sui quali le società erigono il valore della vita, si rende comprensibile l'interazione tra gli individui e le rispettive modalità con cui la morte viene normata, secondo morale, legge e politica. Il pensiero occidentale, emancipatosi definitivamente dalle forme mitologiche di rappresentazione dell'esistenza, secondo l'indicazione di Severino (1979, 1982), apre il baratro più profondo sul significato del morire insieme all'esigenza di trovare ad esso un rimedio. Come mostra il filosofo, l'Occidente pensa per la prima volta l'opposizione assoluta tra *essere* e *niente* e guarda l'esistente come ciò che oscilla tra i due (concetto di *divenire*), attribuendo al morire il significato più atroce: annientamento. Il senso del vivere e del morire assumono dunque la funzione ontologica dell'esistere e del non esistere; ciò comporta che le rappresentazioni occidentali della morte siano assolutamente più temibili di quelle che compaiono in culture preontologiche (Severino, 1982). La filosofia nasce come il sapere che per un verso vede ciò che il mito non può concepire – l'opposizione assoluta tra essere e niente –, per l'altro verso vuole superare il mito, per offrire all'uomo il significato più sicuro in cui rifugiarsi dal terrore che il divenire procura. Ma nella storia del pensiero occidentale la morte ha assunto significati differenti: la prima forma di giustificazione razionale concepita per rappresentare la morte come il passaggio da una forma di esistenza a un'altra è stata avanzata dal pensiero epistemico-metafisico, il quale definendo le forme *immutabili* dell'essere ha stabilito le aree necessarie di eternità. Nell'orizzonte del pensiero greco, apparso il senso del divenire, tramite le strutture dell'*episteme* la filosofia ha costruito un rifugio, offrendo un ordine necessario al mondo, per salvare l'uomo dall'angoscia.

L'*episteme* era il sapere che intendeva imporsi, attraverso l'incontrovertibilità della verità, sulla vacuità dell'annientamento; il suo sapere ha eretto la metafisica delle religioni occidentali monoteiste cristiana e musulmana, disponendo il significato fondamentale della *salvezza*, inerente all'idea della permanenza nell'essere oltre la morte, presso Dio. Eclissato il mito, il senso della salvezza in Occidente non si è più costituito su rappresentazioni fantastiche del sacro, bensì all'interno delle costruzioni razionali dell'inconfutabile. Ma questa sicurezza ha generato a sua volta terrore, poiché ha limitato la libertà, senza poter vieppiù garantire la sopravvivenza dopo l'ultimo respiro, rendendo quindi l'uomo schiavo di regole imm modificabili e lasciandolo preda dell'originario terrore (Severino, 1979). Per superare questa violenza, si è fatta innanzi la cultura moderna e contemporanea, che, con Nietzsche e la morte di Dio, ha sciolto l'uomo dalle catene con cui la ragione epistemica lo legava. In tale perimetro si è evidenziato il fondamento su cui si erige tutto il sapere, il concetto di *divenire*, al quale non si oppone ormai più indubitabilmente alcun Assoluto; in tal senso il rimedio è oggi riconosciuto in ciò che garantisce all'uomo la permanenza migliore nel mondo e non nell'aldilà: il sapere scientifico-tecnologico. Più decade il sapere epistemico-metafisico, più prende consistenza il sapere scientifico. La perdita del senso della salvezza offerto dall'Occidente è tanto grande quanto enorme è stato il rimedio che intendeva offrire: la possibilità di rappresentare razionalmente e non mitologicamente la morte come un *passaggio*.

Le religioni monoteiste cattolica e musulmana, in cui Dio è indicato come l'Assoluto certissimo presso cui l'anima si rifugia oltre la morte, sono espressioni del pensiero occidentale, in quanto sviluppatasi entrambe nel territorio filosofico epistemico, il quale ha inteso dare una spiegazione necessaria al rapporto tra verità e fede, per liberare la religione dalla mitologia. Il mondo musulmano appartiene quindi a tutti gli ef-

fetti alla cultura occidentale. La differenza fondamentale però tra le due religioni consiste nel fatto che quella cattolica, pur mantenendo la propria posizione epistemica, occupa uno spazio diverso nella vita sociale rispetto a quella musulmana, quest'ultima orientata alla costruzione dello stato etico, similmente a quello storicamente già delineatosi nell'Europa preilluminista. Per i musulmani l'Islam è la realizzazione del senso della vita sociale secondo le volontà divine, quindi l'esistenza individuale è pienamente inscritta in una logica comunitaria finalizzata alla valorizzazione di ciò che sta oltre la morte. El Azayem e Hedayat-Diba (1994), analizzando i principi fondamentali dell'Islam, affermano infatti che tale religione fornisce una guida per la vita; i Musulmani in tal senso sono portati a credere che il seguire i principi dell'Islam consenta loro di raggiungere e godere di una vita salutare e bilanciata, arrivando in tal modo ad ottenere una buona salute psichica, sociale, mentale, ma innanzitutto spirituale. Il Cattolico abita invece un territorio di senso in cui predomina il sapere scientifico-tecnologico, ove la religione risponde ad un ruolo sempre meno significativo nella vita simbolica e sociale.

La crisi del senso da attribuire all'esistenza, in cui versano i Paesi occidentali tecnologicamente più avanzati e laici, è dunque una ragione, come indica Durkheim (1897), per spiegare il maggiore tasso di suicidi "egoistici" – così definiti dal sociologo per indicare la deriva dell'individuo vittima dell'anomia – che in tali luoghi si riscontra rispetto ai Paesi più arretrati ma anche più protetti dal credo religioso. Infatti i tassi suicidari sono significativamente inferiori nei Paesi musulmani rispetto ai Paesi cristiano-cattolici; certamente però tra i Cattolici non si annoverano oggi casi considerati socialmente valorosi da parte di soggetti pronti ad uccidersi in nome di Dio. Ma è proprio in quei perimetri che appare con tutta la propria valenza simbolica il "suicidio altruistico", sotto le mentite spoglie del *kamikaze* integralista, il quale annuncia un diverso



modo di intendere il regno di Dio e le strategie per conquistarlo.

Partendo dalle considerazioni relative al fatto che i Musulmani presentano tassi di suicidio “egoistico” inferiori e di “suicidio altruistico” (*kamikaze*) maggiori, rispetto ai Cattolici, si è inteso confrontare gli appartenenti a queste due confessioni, rilevando le differenze rispetto ai valori attribuiti alla vita per non scegliere la morte.

### 3. La ricerca

L'ipotesi di partenza che guida la nostra indagine – assunta secondo la prospettiva durkheimiana – riguarda il fatto che coloro che aderiscono al credo musulmano, essendo tale religione riconosciuta come il costituente essenziale della modalità di “essere nel mondo”, ovvero come il referente simbolico di base per dare senso all'esistenza individuale, comunitaria e sociale dei suoi credenti, valorizzino con intensità maggiore le ragioni per vivere e per rifiutare il suicidio. In tal senso, poiché lo strumento utilizzato presenta valori comunemente condivisi in Occidente, verrebbe in evidenza che coloro che aderiscono a tale fede non sono più predisposti a scelte antisociali o autodistruttive. La seconda ipotesi riguarda l'eventualità che le diverse modalità di vivere il credo religioso “in sé” influisca sui livelli di riconoscimento delle ragioni per vivere.

#### 3.1. I partecipanti

Il questionario è stato sottoposto a due gruppi di soggetti, uno formato da Cattolici [CT], l'altro da Musulmani [MS], contattati nelle città di Padova, Parma e Cremona. Il gruppo dei Musulmani è formato da individui immigrati residenti stabilmente in Italia: per contattare gli studenti ci si è mossi in ambito universitario, mentre per i lavoratori ci si è rivolti al Centro Islamico di Cremona e al Centro Islamico di Pisa.

Il gruppo CT è composto da 81 individui equamente distribuiti per sesso (51% di uo-

mini, 49% donne), per età (54% tra 19 e 25 anni, 46% tra 26 e 40 anni) e per occupazione (48% studenti o studenti-lavoratori, 52% lavoratori). Il 79% ha conseguito un diploma di scuola media superiore, circa il 10% una laurea, l'11% un diploma di scuola media inferiore.

Il gruppo MS, composto da individui residenti in Italia e integrati nella vita sociale, nonché capaci di leggere e parlare l'Italiano, è formato da 54 persone, con una quota leggermente più alta di maschi (65% uomini, 35% donne) e di soggetti con età più elevata (35% tra 19 e 25 anni, 65% tra 26 e 40 anni), mentre risulta equamente distribuito per occupazione (50% studenti o studenti-lavoratori, 50% lavoratori). Circa il 67% ha conseguito un diploma di scuola media superiore, il 18% una laurea, l'11% un diploma di scuola media inferiore e solo 2 soggetti sono in possesso unicamente della licenza elementare.

Le differenze nelle distribuzioni per sesso, età, occupazione e titolo di studio entro i due gruppi non risultano statisticamente significative ad eccezione di quella per età. Tra i due gruppi emerge, inoltre, una differenza significativa sul vissuto religioso; se il grado di importanza attribuita alla religione è il medesimo, invece diverso è il livello di riconoscimento dell'esser “praticanti”: i MS si sono dichiarati tali in misura significativamente minore (68% non praticante) rispetto ai CT (51% non praticante) [ $\chi^2 = 4.26$ ;  $gdf=1$ ;  $p < .05$ ]. Interpretiamo tale dato come la conseguenza del fatto che la religione musulmana impone regole e riti molto più severi rispetto a quella cattolica, e il vivere in un Paese straniero con usi e costumi diversi limita la possibilità di chi corrisponda a tale fede di rispettarne regolarmente gli obblighi.

#### 3.2 Gli strumenti

##### 3.2.1 Reasons for Living Inventory [RFL-48]

Lo strumento «Le Ragioni per Vivere» (Reasons for Living Inventory –RFL) di Linehan e Goodstein (1983) indaga quali si-

ano i valori che portano a scegliere la vita anziché la morte, ossia le ragioni per non commettere suicidio. Tra le diverse versioni dello strumento, specifiche per determinati target di popolazione, tra le quali ricordiamo il *College Student Reasons for Living Inventory* [CSRLI], contenente motivazioni per vivere più sentite da giovani studenti, e il *Reasons for Living Inventory for Young Adults* (RFL-YA), per campioni di individui tra i 17 ed i 30 anni (Westefeld, et al. 1992; Gutierrez, et al. 2002), abbiamo utilizzato quella più generale, adatta per una popolazione compresa tra i 17 ed i 40 anni, composta da 48 item (scala Likert 1-6: 1=molto insignificante; 6=molto importante), in cui si richiede una valutazione relativa all'importanza che ciascuna ragione può assumere per rimanere in vita quando si pensi al suicidio. Esso rileva i fattori di protezione di natura cognitiva e valoriale, che, come indicato dalla letteratura, sono considerati importanti mediatori del comportamento suicidario. Si ritiene, infatti, che uno dei fattori che differenziano i potenziali suicidi da coloro che non lo sono sia il contenuto del loro sistema di credenze. Coloro che commettono suicidio dovrebbero attribuire meno importanza a tali convinzioni rispetto agli altri (Linehan, Goodstein, 1983). Lo strumento non è stato mai utilizzato per rilevare differenze di atteggiamento in popolazioni di diversa religione.

### 3.2.2 Gli aforismi

Il livello di approvazione-spiegazione-condanna del suicidio è stato indagato attraverso la valutazione di tre aforismi (scala Likert 1-10 punti: 1=per niente d'accordo; 10=assolutamente d'accordo):

1) *Approvazione*: «Solo i grandi uomini hanno la forza di uccidersi (...) Ogni mezzo che conduce alla libertà è lecito (...) ringraziamo Dio che nessun uomo sia costretto a vivere contro la sua volontà (...) ha la porta sempre aperta, la morte sempre a portata di mano» (Seneca, *Lettere a Lucilio*).

2) *Giustificazione/spiegazione* «Colui che si suicida può essere stato soggetto a deter-

minati condizionamenti psicologici, culturali e sociali che possono averlo portato a commettere un gesto che contraddice così radicalmente l'innata inclinazione di ognuno alla vita» (De Maio, *Il suicidio*).

3) *Condanna* «Non uccidere mai: né un altro, né te stesso. Colui che si suicida uccide un uomo, anche se questi è se stesso: è quindi un omicida» (S. Agostino, *De civitate Dei*).

## 3.3 Risultati

### 3.3.1 Analisi Fattoriale

Sui 48 item del RFL è stata effettuata un'analisi fattoriale di tipo esplorativo, con metodo delle Componenti Principali e rotazione Varimax, per individuare i fattori latenti o costrutti fattoriali in grado di spiegare le correlazioni tra gli item. Per decidere il numero di fattori da considerare nel modello ci si è basati su diversi criteri: a) l'importanza dei fattori mediante l'esame del grafico degli autovalori (*Scree plot*); b) il modello fattoriale di Linehan e Goodstein (1983), di 6 fattori; c) il modello fattoriale di Tesroni (1997), in italiano, di 7 fattori. Sono state confrontate le soluzioni a sei e a sette fattori e, sulla base del contenuto degli item più rilevanti per ciascun fattore (gli item con peso fattoriale non inferiore a 40) nonché della quota complessiva di varianza spiegata, è stata scelta la soluzione a sette fattori.

La quota complessiva di varianza spiegata raggiunge quasi il 50%; il primo fattore *Ottimismo e strategie di sopravvivenza* spiega il 15%, il secondo fattore *Progettualità e amore per la vita* spiega l'8%, il terzo fattore *Avversione morale* spiega il 6%, il quarto fattore *Responsabilità verso i figli e la famiglia* spiega il 5%, il quinto fattore *Paura del giudizio altrui- disapprovazione sociale*, il sesto fattore *Famiglia e senso di colpa* e il settimo fattore *Paura della morte e del suicidio* spiegano ciascuno il 4% (in Appendice sono riportate le tabelle con i pesi fattoriali degli item più rilevanti e l'alpha di Cronbach per ogni fattore).

Il modello conferma quello di Linehan e



Goodstein (1983); infatti, i primi due fattori di questa analisi sono due sotto-scale del primo fattore individuato nel modello americano (*Survival and Coping Beliefs*).

### 3.3.2. Confronto tra CT e MS

L'esame dei punteggi fattoriali evidenzia come alcuni aspetti siano stati giudicati complessivamente più importanti di altri; in particolare si osservi che giocano un ruolo di secondo piano tra le ragioni per vivere la paura del giudizio degli altri, il senso di colpa verso la famiglia e la paura della morte e del suicidio (Tabella 1).

In tutti i fattori del RFL i MS attribuiscono alle ragioni per vivere un'importanza superiore rispetto ai CT e i t-test per campioni indipendenti evidenziano come tale disparità sia significativa su cinque dei sette fattori: *Ottimismo e strategie di sopravvivenza* ( $t=3.09$  gdl=133  $p<.01$ ), *Avversione morale* ( $t=3.18$  gdl=133  $p<.01$ ), *Responsabilità verso i figli e la famiglia* ( $t=2.91$  gdl=133  $p<.01$ ), *Paura del giudizio altrui – disapprovazione sociale* ( $t=2.19$  gdl=133  $p<.05$ ), *Famiglia e senso di colpa* ( $t=3.28$  gdl 133  $p<.01$ ). Questi risultati confermano l'ipotesi di base che ha guidato la nostra indagine, i MS attribuiscono ai valori presentati come ragioni per vivere un'importanza maggiore che i CT.

Con riferimento agli aforismi si registra, invece, l'assenza di disparità significative legate al tipo di affiliazione religiosa. CT e MS, quindi, non differiscono nel giudicare direttamente il suicidio, per quanto i MS abbiano assegnato livelli di accordo più elevati a tutte le affermazioni. Notiamo inoltre che, nel complesso, la frase di Seneca ha ottenuto livelli di accordo più bassi rispetto alle altre due.

### 3.3.3. Effetto delle variabili socio-anagrafiche e del vissuto religioso

Sono state condotte delle regressioni lineari sui fattori del RFL e sugli aforismi considerando quali predittori, oltre alla religione (gruppo; 1=CT, 0=MS), altri due blocchi di variabili: il vissuto religioso – l'essere praticanti (Religione Attiva [RA]; 1=sì, 0=no) e il considerare la religione come ciò che offre una filosofia di vita matura (Filosofia di Vita Matura [FVM], 1=sì, 0=no) – e le caratteristiche socio-demografiche – genere (1=maschio, 0=femmina), età (1=19-25 anni, 0=26-40 anni) e occupazione (1=studente o studente-lavoratore, 0=lavoratore).

I risultati confermano il ruolo di primo piano della religione tra i predittori considerati; solo in due fattori del RFL ricopre un ruolo significativo anche il vissuto religioso e solo in uno anche le caratteristiche socio-

**Tabella 1.** Medie (Deviazioni Standard) dei punteggi fattoriali e degli aforismi nei due gruppi

Fattori-Aforismi	Gruppo		Totale
	CT	MS	
Ottimismo e strategie di sopravvivenza	4.67 (0.74)	5.09 (0.82)	4.84 (0.80)
Progettualità e amore per la vita	4.59 (0.82)	4.75 (0.88)	4.65 (0.84)
Avversione morale	4.40 (0.96)	4.92 (0.86)	4.61 (0.95)
Responsabilità verso i figli e la famiglia	4.00 (1.33)	4.65 (1.19)	4.26 (1.31)
Paura del giudizio altrui- disapprovazione sociale	2.11 (1.00)	2.57 (1.44)	2.29 (1.22)
Famiglia e senso di colpa	3.08 (0.93)	3.72 (1.34)	3.33 (1.15)
Paura della morte e del suicidio	2.81 (1.11)	3.07 (1.49)	2.92 (1.27)
Frase Seneca (Approvazione)	2.89 (2.12)	3.61 (3.03)	3.18 (2.54)
Frase De Maio (Giustificazione/spiegazione)	6.99 (2.36)	7.06 (2.86)	7.01 (2.56)
Frase S. Agostino (Condanna)	7.32 (2.52)	8.11 (2.73)	7.64 (2.63)

demografiche (Tabella 2). In particolare i praticanti assegnano una maggiore importanza rispetto ai non praticanti, così come i lavoratori rispetto agli studenti o studenti-lavoratori, al fattore *Avversione morale*, chi ritiene che la religione offra una filosofia di vita matura, invece, attribuisce una minore importanza al fattore *Responsabilità verso i figli e la famiglia*.

Con riferimento agli aforismi si registra un effetto significativo del vissuto religioso sulla frase di Seneca, i non praticanti hanno espresso maggiore accordo con l'affermazione in questione.

#### 4. Discussione

In questa ricerca abbiamo inteso indagare se il credo religioso dell'Islam abbia in sé il potere di muovere i propri adepti alla scelta della morte volontaria. Abbiamo dunque preso in considerazione un gruppo di Musulmani e un gruppo di Cattolici, ai quali è stato somministrato il RFL e tre aforismi sul suicidio da valutare. Il RFL indica i valori fondamentali che in Occidente dissuadono

il soggetto che si trovi a pensare al suicidio dal metterlo in atto. I Musulmani hanno ottenuto su tutte le scale RFL punteggi maggiori e su cinque hanno raggiunto risultati significativamente superiori, dimostrando non solo di condividere lo stesso orizzonte valoriale, ma di attribuirgli anche un'importanza maggiore. Poiché consideriamo, per il fondamento filosofico che abbiamo assunto, la cultura musulmana come "occidentale" a tutti gli effetti, tale risultato conferma siffatta assunzione. Poiché altresì abbiamo definito la religione musulmana come più radicata nella costituzione del legame sociale rispetto a quella cattolica che ha ormai perso il potere politico-temporale – come al contrario accadeva nell'Italia prerisorgimentale –, tali risultati suggeriscono che, poiché l'identificazione tra vita civile e religiosa è maggiore tra i Musulmani rispetto ai Cattolici, l'Islam non discrediti i valori comunemente condivisi nell'Occidente laico e/o di altra religione. Non risulta quindi alcuna predisposizione psicosociale al suicidio da parte dei Musulmani dovuta a forme di svalorizzazione della vita. Infatti anche sulla terza scala che

**Tabella 2.** Coefficienti di regressione standardizzati ( $\beta$ ) e indici di adattamento ( $R^2$ )

Blocchi		Fattori							Aforismi		
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3
1. religione	Gruppo	-.26*	-.09	-.27*	-.24*	-.19*	-.27*	-.10	-.14	-.01	-.15
	$R^2$	.07	.01	.07	.06	.03	.07	.01	.02	.00	.02
2. vissuto religioso	RA	-.01	-.13	.38*	.11	-.09	-.10	.02	-.32*	.00	.15
	FVM	-.02	-.04	.08	-.22*	.01	-.04	-.01	.15	.09	.12
	$R^2$	.07	.03	.24	.10	.04	.09	.01	.10	.01	.07
3. caratteristiche socio-demografiche	Genere	.06	-.08	.00	-.09	.05	-.09	-.14	.08	.04	.15
	Età	-.07	.03	.07	.13	-.10	.12	.12	.10	.08	.11
	Occupazione	.04	-.04	-.30*	-.11	.12	-.05	-.09	.05	-.07	-.09
	$R^2$	.08	.04	.32	.12	.06	.11	.05	.12	.01	.10

Fattori: Ottimismo e strategie di sopravvivenza (1); Progettualità e amore per la vita (2), Avversione morale (3), Responsabilità verso i figli e la famiglia (4), Paura del giudizio altrui-disapprovazione sociale (5), Famiglia e senso di colpa (6) e Paura della morte e del suicidio (7)

Aforismi: frase Seneca (1), frase De Maio (2), frase S.Agostino (3)

\* $p < .05$

definisce il nesso tra religione e morale essi ottengono un punteggio significativamente maggiore. La prima ipotesi è dunque confermata. Le risposte ai tre aforismi dimostrano una sostanziale concordanza tra i due gruppi: basso accordo per l'elogio del suicidio (Seneca); alto accordo per la giustificazione-spiegazione (De Maio); alto accordo per la condanna morale (S. Agostino). In tal senso si rileva un tratto comune nel sentire morale di Musulmani e Cattolici, costituito per un verso dall'inaccettabilità della rappresentazione del suicidio come soluzione alla difficoltà della vita, per l'altro dall'esigenza di comprendere quali fenomeni possano portare ad una tale scelta. In entrambi i gruppi gioca infatti un ruolo essenziale la valorizzazione della dimensione religiosa contro il suicidio (terzo fattore: *Avversione morale*) tra coloro che si considerano "praticanti". Altresì per coloro, Musulmani e Cattolici, che considerano la propria religione come una filosofia di vita, il valore attribuito alla responsabilità verso i figli e la famiglia (quarto fattore) risulta significativamente più importante rispetto a coloro che non riconoscono un tale ruolo al proprio credo religioso. Si conferma dunque la seconda ipotesi, secondo cui le diverse modalità di vivere il credo religioso "in sé" influisca sui livelli di riconoscimento delle ragioni per vivere.

Per concludere dobbiamo però definire la limitatezza dei risultati ottenuti, dovuta non soltanto all'esiguità numerica dei gruppi indagati, bensì alla possibilità di interpretare in senso opposto quanto in questa sede descritto. Infatti sia il RFL che i tre aforismi hanno preso in causa perlopiù il suicidio "egoistico", escludendo quello "altruistico", ossia la possibilità che la scelta della morte volontaria possa essere dettata da ideali, quali quelli del riscatto politico, oppure dal desiderio di avvantaggiare gli altri con la propria morte. Rispetto a ciò, è dunque importante rilevare quanto indicato da Jobes e Mann (1999) «*Famiglia e Senso di Colpa*», che hanno confrontato le Ragioni per Vivere con le Ragioni per Morire (RFL/RFD) rilevando che

molte di esse tendono a coincidere; ciò che cambia sono le situazioni contingenti dei singoli individui e il loro modo di percepirle. Così, ad esempio, la famiglia può diventare un motivo per non uccidersi, evitando ai propri cari una sofferenza immane, o il motivo per togliersi la vita e far cessare di soffrire con la propria esistenza tormentata chi si ama. Poiché la corrispondenza tra ragioni per vivere e ragioni per morire definisce la linea d'ombra oltre cui una forte ragione per vivere può trasmutare in una buona ragione per morire in funzione altruistica, e se la riflessione di Jobes e Mann gode di una sufficiente credibilità, viene in evidenza che i nostri stessi risultati potrebbero essere un punto di partenza per ipotizzare che il gruppo di Musulmani sia meno predisposto al suicidio egoistico, ma che lo sia invece di più rispetto al suicidio altruistico. Infatti, in base al riferimento teorico iniziale sul quale abbiamo impostato l'intera ricerca, la fede nell'aldilà e la speranza di guadagnare un posto presso Dio rinunciando alla vita in nome della costruzione del suo regno può diventare una buona ragione per morire (il *kamikaze* come suicida altruistico). Su questa matrice aporetica di fondo crediamo in conclusione che si instauri la contraddizione relativa agli studi sul rapporto tra suicidio e religione, indicato da Joubert (1994), Lester (1996, 1998, 2000), Lester e Akande (1998). In tal senso riteniamo che potrebbe essere sviluppata una seconda fase della ricerca seguendo una linea di indagine che esplori i confini tra la scelta di vita e quella di morte in funzione del rapporto tra valori sociali e religiosi.

### Bibliografia

Allport G. W. (1950), *The individual and his religion*, The Macmillan Company, New York; tr. it. *L'individuo e la sua religione*, 1972, Editrice la Scuola, Brescia.

Ariès P. (1977), *L'homme devant la mort*, Editions du Seuil, Paris; tr. it. *L'uomo e la morte dal medioevo a oggi*, 1980, Laterza, Roma.

- Bailey W.T., Stein L. B. (1995), Jewish affiliation in relation to suicide rates, *Psychological Reports*, 76: 561-562.
- Bruner J. (1990), *Acts of meaning*, Harvard University Press, Cambridge, MA; tr.it. *La ricerca del significato*, 1992, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cole M. (1996), *Cultural psychology*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- D'Andrade R. (1990), Some propositions about the relations between culture and human cognition, in J. Stigler, R. Shweder, G. Herdt (a cura di), *Cultural psychology*, Cambridge University Press, Cambridge, MA.
- De Maio D. (1997), *Il suicidio. Compendio storico, clinico-casistico, biologico e terapeutico*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Durkheim E. (1897), *Le suicide. Étude de sociologie*; tr. it. *Il suicidio. Studio di sociologia*, 1969, Utet, Torino.
- El Azayem G. A., Hedayat-Diba Z. (1994), The psychological aspects of Islam: Basic Principles of Islam and their psychological corollary, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 4 (1): 41-50.
- Geertz C. (1973), *The interpretation of culture*, Basic Books, New York; tr.it. *Interpretazioni di culture*, 1987, Il Mulino, Bologna.
- Gergen K.J., Gergen M.M. (1984), *Historical social psychology*, Erlbaum, Hillsdale.
- Gutierrez P. M., Osman A., Barrios F. X., Kopper B. A., Baker M. T., Haraburda C. M. (2002), Development of Reasons for Living Inventory for Young Adults, *Journal of Clinical Psychology*, 58 (4): 339-357.
- Hood R.W., Spilka B., Hunsberger B., Goursuch R. (1996), *The psychology of religion: An empirical approach*, The Guilford Press, New York; tr.it. *Psicologia della religione. Prospettive psicosociali ed empiriche*, 2001, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Jahangir F., Rehman H. (1998), Degree of religiosity and vulnerability to suicidal attempt/plans in depressive patients among Afghan refugees, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 8 (4): 265-269.
- Jobs D. A., Mann R. E. (1999), Reasons for Living versus Reasons for Dying: examining the internal debate of suicide, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (2): 97-104.
- Joubert C. E. (1994), Religious nonaffiliation in relation to suicide, murder, rape, and illegitimacy, *Psychological Reports*, 75: 10.
- Lester D. (1987), Religiosity and personal violence: a regional analysis of suicide and homicide rates, *Journal of Social Psychology*, 127 (6): 685-686.
- Lester D. (1988), Religion and personal violence (homicide and suicide) in the USA, *Psychological Reports*, 62: 618.
- Lester D. (1989), Belief in life after death and suicide rates by region, *Perceptual and Motor Skills*, 69: 1090.
- Lester D. (1996), Suicide in Indian states and religion, *Psychological Reports*, 79: 342.
- Lester D. (1998), The moral acceptability of suicide, *Perceptual and Motor Skills*, 81: 1106.
- Lester D. (2000), Islam and suicide, *Psychological Reports*, 87: 692.
- Lester D., Akande A. (1998), Attitudes about suicide in Zambian and Nigerian students, *Perceptual and Motor Skills*, 87: 690.
- Linehan M. M., Goodstein J. L., Nielsen S. L., Chiles J. A. (1983), Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (2): 276-286.
- Mantovani G. (1998), *L'elefante invisibile. Tra negazione e affermazione delle diversità. Scontri e incontri multiculturali*, Giunti, Firenze.
- Neeleman J., Halpern D., Leon D., Lewis G. (1997), Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries, *Psychological Medicine*, 27: 1165-1171.
- Severino E. (1979), *Legge e caso*, Adelphi, Milano.
- Severino E. (1982), *Essenza del nichilismo*, Adelphi, Milano.
- Stack S. (1983), A comparative analysis of suicide and religiosity, *Journal of Social Psychology*, 119: 285-286.
- Testoni I. (1997), *Psicologia del nichilismo. La tossicodipendenza come rimedio*, Angeli, Milano.
- Testoni I. (2001), *Il Dio cannibale. Anoressia e culture del corpo in Occidente*, UTET, Torino.
- Testoni I. (2002), *Il sacrificio del corpo*, Il Melangolo, Genova.
- Westefeld J. S., Cardin D., Deaton W. L. (1992), Development of the College Student Reasons for Living Inventory, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22: 442-452.

## Appendice

N° Item	Saturaz.	Descrizione Item
22	.69	Credo di poter trovare altre soluzioni ai miei problemi
44	.67	Credo di poter trovare uno scopo nella vita, una ragione per vivere
32	.65	Credo che ogni cosa abbia un suo modo di risolversi per il meglio
36	.63	Ho il coraggio di affrontare la vita
42	.61	Ho la forza interiore per sopravvivere
2	.58	Credo di poter imparare ad adattarmi o a far fronte ai miei problemi
40	.52	Spero che le cose migliorino e che il futuro sia più felice
39	.45	Credo che uccidermi non risolverebbe niente

*Primo fattore: Ottimismo e Strategie di Sopravvivenza (a = .80)*

N° Item	Saturaz.	Descrizione Item
35	.67	Ci sono ancora molte cose che desidero fare
10	.59	Non voglio morire
17	.58	Voglio sperimentare tutto ciò che la vita ha da offrire e ci sono tante esperienze che non ho ancora fatto e voglio fare
13	.54	Ho dei progetti per il futuro che sono ansioso di realizzare
12	.52	La vita è tutto ciò che abbiamo ed è meglio di niente
29	.51	Sono curioso circa ciò che accadrà nel futuro
4	.47	Desidero vivere
3	.42	Credo di avere il controllo della mia vita e del mio destino

*Secondo fattore: Progettualità e Amore per la Vita (a = .73)*

N° Item	Saturaz.	Descrizione Item
27	.73	Le mie convinzioni religiose lo proibiscono
20	.69	La vita è troppo bella e preziosa per porvi fine
5	.68	Credo che soltanto Dio abbia il diritto di dare fine alla vita
1	.40	Ho una responsabilità ed un impegno verso la famiglia
34	.40	Lo considero moralmente sbagliato

*Terzo fattore: Avversione Morale (a = .66)*

N° Item	Saturaz.	Descrizione Item
9	.75	La mia famiglia dipende da me ed ha bisogno di me
28	.70	L'effetto sui miei figli potrebbe essere nocivo
11	.65	Voglio vedere crescere i miei figli
21	.56	Non sarebbe giusto che altri si prendessero cura dei miei figli

*Quarto fattore: Responsabilità verso i Figli e la Famiglia (a = .74)*

N° Item	Saturaz.	Descrizione Item
41	.80	Gli altri penserebbero che sono debole ed egoista
43	.79	Non vorrei che gli altri pensassero che non avevo il controllo della mia vita
31	.66	Mi preoccupa quello che gli altri penserebbero di me

*Quinto fattore: Paura del Giudizio Altrui -Disapprovazione Sociale- (a = .77)*

N° Item	Saturaz.	Descrizione Item
47	.71	Non vorrei che la mia famiglia si sentisse colpevole dopo
48	.63	Non vorrei che la mia famiglia pensasse che sono egoista o vigliacco
46	.61	Sono così inetto che il mio metodo non funzionerebbe
30	.53	Ferirei troppo i miei famigliari e non vorrei che soffrissero

*Sesto fattore: Famiglia e Senso di Colpa (a = .69)*

N° Item	Saturaz.	Descrizione Item
26	.73	Sono un vigliacco e non ho il coraggio di farlo
38	.66	Ho paura dell'atto vero e proprio del suicidio (il dolore, il sangue, la violenza)
23	.49	Ho paura di andare all'inferno
6	.48	Ho paura della morte

*Settimo fattore: Paura della Morte e del Suicidio (a = .61)*



# SULL'ATTEGGIAMENTO CRISTIANO RIGUARDO AL SUICIDIO

## Osservazioni filosofiche a margine dell'inchiesta su "Suicidio e cultura religiosa"

Andrea Di Maio

Direttore della specializzazione in "Filosofia Cristiana" presso la Pontificia Università Gregoriana – Roma;  
Professore di Filosofia e Storia presso il Liceo Classico "Cicerone" – Frascati

### *Definizioni preliminari*

*Hanno senso i termini "suicidio egoistico" e "suicidio altruistico" ed il confronto tra loro, visto che hanno matrici ontologiche distinte?*

### *Definizione di "suicidio"*

Il lessico è spesso connotativo e cambia la percezione dei fenomeni. Quello che da alcuni viene definito come suicidio, da altri è definito come martirio o come sacrificio. Nemmeno le scienze (naturali o umane) dispongono di un lessico del tutto neutrale e perfettamente oggettivo.

Occorre perciò innanzitutto definire i termini, come pure l'ambito (morale o giuridico o sociologico o psicologico) in cui operiamo la definizione. Come non ogni atto di un essere umano da cui consegua la morte di un altro essere umano è considerato sempre (e nello stesso senso) omicidio, così per il suicidio.

Applicando al caso in questione il cosiddetto "principio del doppio effetto", non va moralmente considerato suicidio l'atto con cui un soggetto perseguendo con mezzi leciti un fine lecito, consegua anche la propria morte come effetto collaterale non direttamente voluto. Questo vale per il sacrificio della propria vita, soprattutto per salvarne un'altra: in questo caso si dovrebbe parlare di 'sacrificio' (e non di 'suicidio', per quanto 'altruistico'). D'altro canto, non definirei 'suicidio *altruistico*' nemmeno quello del kamikaze che causa la morte sua e di innocenti: infatti egli è a tutti gli effetti un omicida; e almeno in qualche caso non è propriamente un suicida.

Bisogna poi distinguere tra il causare certamente e direttamente la propria morte, il causarla certamente ma indirettamente, e il causarla indirettamente solo con una maggiore esposizione ai rischi: il cardiopatico che fumasse o il diabetico che si abbuffasse di dolci fino a morire o chi praticasse sfide estreme, attuerebbero sì forme di comportamento autodistruttivo, ma qualora con tale comportamento provocassero la propria morte non credo che nessuno li annovererebbe tra i suicidi; e infine, come classificare quelle persone che, affette da qualche patologia organica vera o presunta e per di più in preda a qualche grave forma di depressione, si tolgono la vita non volendo essere d'aggravio per i propri familiari?

Certamente, altro è il modo di distinguere delle scienze umane, altro quello dell'etica, ma non credo si possa descrivere un fenomeno umano prescindendo dal punto di vista del soggetto. Più di un secolo è trascorso dal saggio di Durkheim sul suicidio: e sebbene quasi ogni sua tesi sia stata ormai rivista e corretta da sociologi e psicologi, vedo che resiste ancora la sua comprensibile e per certi versi geniale distinzione tra suicidio egoistico, altruistico e anomico: ma forse è giunto il momento di andare oltre.

### *Definizione dell'appartenenza religiosa e culturale*

C'è poi un altro problema di definizione: come sono stati definiti nell'inchiesta i 'cattolici' e i 'musulmani'? C'è infatti una appartenenza culturale, più che religiosa. Scherzosamente si dice che in Italia persino gli atei sono perlopiù "atei cattolici".

Anche il concetto di 'praticante' è diverso per i cattolici, che hanno il precetto festivo, e i musulmani, che non hanno invece l'obbligo di frequentare la moschea. Gli esperti mettono in guardia dal rischio tipicamente occidentale di identificare i musulmani con i frequentatori delle moschee e questi ultimi con i credenti più ferventi.

Da come viene presentata l'indagine, le differenze in gioco fra i due campioni non sono solo (o tanto) religiose, ma piuttosto geoculturali: da dove vengono i musulmani intervistati? E se anziché musulmani immigrati in Italia fossero stati intervistati musulmani italiani da generazioni, i risultati sarebbero stati gli stessi?

Anche la categoria di 'Occidente' (con l'attributo 'occidentale'), che genericamente fa riferimento all'Ovest senza però specificare rispetto a cosa, andrebbe chiarita: chi vi rientra? A seconda degli usi, si potrebbe infatti comprendervi in senso ristretto la sola Europa occidentale (di matrice latina e germanica), distinta da quella orientale (di matrice bizantina e slava); oppure in senso medio l'Europa tutta insieme e tutti i paesi di colonizzazione europea (come quelli delle Americhe, l'Australia e la Nuova Zelanda o anche Israele); oppure in senso estensivo tutti i paesi caratterizzati da una forte economia industrializzata e dalla democrazia rappresentativa (comprendendovi quindi ad esempio anche la Turchia e il Giappone). Alcuni oggi per Occidente intendono anche la civiltà di matrice (vagamente) giudaico-cristiana ed illuministica, in opposizione ad esempio a quella di matrice islamica: in questo senso spesso si parla (con un termine reso celebre da Huntington) di "scontro di civiltà"; ma questo non tiene conto delle interferenze culturali (si pensi alla Turchia, che si sente "europea") e delle analogie interculturali che lasciano intravedere un universalismo umano (come la "democrazia degli altri", ossia non di derivazione europea, di cui parla Amartya Sen).

## *Fervore religioso ed eccessi*

*Un maggiore fervore religioso potrebbe correlare negativamente con il grado di istruzione e perciò determinare un'adesione acritica ai valori proposti?*

### *Relazione tra fervore e fanatismo religiosi*

Nella vita non si può non credere a nulla, né però si deve credere a tutto: pertanto bisogna vagliare la credibilità di ciò che si crede.

Secondo il cristianesimo, il credente, a differenza del credulone, "sa a chi ha creduto" [2Tm 1,12]; per lui "l'esercizio della pietà" (e quindi il fervore religioso) "è utile a tutto" [1Tm 4,8], non perché sostituisca ogni altro esercizio, ma perché lo rimotiva e lo alimenta, spingendo il credente ad "esaminare ogni cosa, tenendo ciò che è buono" [1Ts 5,21]. Parafrasando il celebre assioma dei teologi Scolastici, la sfera religiosa "non depone, ma presuppone" quella secolare umana, in base ad una "distinzione senza separazione, nell'unione senza confusione", parafrasando la celebre regola cristologica calcedonese. Anche se in alcune lunghe fasi della sua storia il cristianesimo non ha mantenuto nei fatti questo equilibrio, lo ha comunque avuto come principio che, secolarizzato, è alla base della moderna società laica e democratica. Semmai è quando si verifica una commistione, o peggio ancora una schizofrenia fra i due ambiti, che nascono i problemi.

Quanto poi ai fanatici di qualunque religione, è proprio vero che siano "ferventi"? Se "fervente" si riferisce all'intensità della vita ascetica spirituale, direi proprio di no.

Il fanatismo è una patologia abbastanza frequente nelle (e delle) religioni, ma, appunto, è una patologia: e oggi più che mai si può ragionevolmente presumere che i fanatici religiosi siano invisibili a tutti (gli stessi fanatici non sopportano alcun fanatismo diverso dal loro) e che siano, in prospettiva teologica, invisibili soprattutto a Dio (del quale si dice che perdoni facilmente tutto fuorché di essere nominato invano).



Con una soluzione che ha del genio, Tommaso d'Aquino aveva notato che una visione troppo religiosa, che attribuisse a Dio ogni effetto, a scapito dell'azione naturale delle cose, finisse per essere empia, giacché proprio della bontà e della potenza di Dio non è di far tutto da solo, ma di far fare [cf *De veritate*, 1.1].

Teresa d'Avila diffidava dei direttori spirituali che fossero “mezzi dotti”, e perciò presuntuosi: preferiva infatti che fossero o “del tutto istruiti” o “del tutto ignoranti” [*Vita*, 5.3]. Il pericolo nelle religioni è quando un certo livello di istruzione, ma non di vera educazione, si unisce a un certo grado di fervore, ma esteriore più che interiore.

*Fanatismo, integralismo, fondamentalismo e laicità*

Giova chiarire alcuni termini: fanatismo, fondamentalismo e integralismo religiosi, sebbene spesso connessi, non sono la stessa cosa. *Fanatico* è chi accoglie le sue convinzioni religiose non solo acriticamente, ma anche passionalmente e violentemente, senza rispetto per chi ha convinzioni diverse dalle sue. *Fondamentalista* è chi fonda la propria fede e vita sui documenti della propria religione senza mediazioni interpretative. *Integralista* è chi tende ad assorbire nella sfera religiosa l'intera vita umana e sociale, senza distinzioni.

Per questo è fuorviante l'accostamento, proposto nell'indagine, tra l'integralismo del cattolicesimo prerisorgimentale e la visione teocratica dell'Islâm (o più precisamente, dell'Islâm sunnita wahabita, o di quello sciita khomeinista; non però di quello ismailita). La distinzione dei poteri civile e religioso è infatti sempre stata ammessa nel cattolicesimo, anche quando uno dei due veniva sottomes- so all'altro. Il cristianesimo non è stato mai teocratico in un senso analogo a quello degli stati pienamente islamici, in cui la “sharia” è legislazione religiosa e civile assieme: al contrario, la cristianità ha in certi casi subordinato la Chiesa allo Stato o, in certi altri, lo Stato alla Chiesa, ma non ha mai assorbito i

due in una identità; persino nello Stato pontificio la legge civile era ben distinta da quella canonica: così che, ad esempio, la prostituzione, proibita e sanzionata dal punto di vista canonico, era invece tollerata dal punto di vista civile.

*Suicidio e sua valutazione etica e pastorale cristiana (cattolica)*

*Qual è stata l'evoluzione nel tempo del concetto di suicidio nella cultura cristiana? Nell'ultimo Concilio Vaticano è stato affrontato in modo esplicito il tema del suicidio? E qual è la posizione attuale della Chiesa Cattolica rispetto al suicidio?*

*L'orizzonte e i presupposti del rifiuto cristiano del suicidio*

Che la signoria sulla vita umana (simboleggiata dal “sangue”) appartenga ultimamente a Dio e che nell'esercizio del dominio sul creato delegato da Dio all'umanità a lui se ne debba render conto è tesi tipicamente biblica [cf Gen 9,5; e At 15,29], da cui deriva la concezione per cui vivere più che un “diritto”, è un dono e una responsabilità.

Il suicidio così come lo intendiamo noi era talmente estraneo alla mentalità biblica che le Scritture ebraiche e cristiane nemmeno si preoccupano di fornirne una esplicita proibizione: a far elaborare ad ebrei e cristiani una dottrina in proposito sarà piuttosto l'incontro con la cultura greco-romana, che ammetteva il “suicidio razionale” come *extrema ratio* dagli stoici e dai platonici, con argomentazioni che saranno poi sistematizzate e tramandate esemplarmente da Seneca [*Dell'ira*, 3.15] e Plotino [*Enneadi*, 1.9.1].

Per la verità, nelle Scritture ebraiche sono menzionati alcuni casi di guerrieri ebrei suicidatisi per non cadere nelle mani dei nemici pagani, fra cui quello di Saul [cf 1Sam 31,4] (esempio che sarà seguito nel 73 dagli ultimi resistenti di Masada assediati dai Romani), ma non sembrano connotati negativamente

dal punto di vista morale; l'unico suicidio vero e proprio menzionato (quasi come punizione di un comportamento iniquo) sembra essere quello di Achitofel, che si impicca per delusione [cf 2Sam 17,23].

Nel libro intertestamentario della *Sapienza*, scritto in confrontazione con la cultura ellenistica, Dio è chiamato "amante della vita" [Sap 11,26] e delle creature, da lui fatte per l'esistenza e, almeno nel progetto originario, esenti "da veleno di morte".

### *Evoluzione della posizione cristiana del suicidio*

Quanto al cristianesimo, possiamo distinguere tre momenti: l'iniziale presa di coscienza dei motivi di rifiuto del suicidio; la progressiva accentuazione della proibizione di esso fino alla sua equiparazione a un peccato imperdonabile; e infine l'odierna valutazione che tiene conto delle circostanze attenuanti.

1. Una prima importante testimonianza è quella della *Lettera a Diogneto*, scritta da un cristiano a un pagano intorno al secondo secolo: i cristiani vi sono presentati come persone che hanno ricevuto da Dio un posto tale nel mondo (la *taxis*, metafora desunta dal gergo militare e già utilizzata dall'*Apologia di Socrate*) che non è loro lecito abbandonare: il che (come ha dimostrato Giuseppe Lazzati) è molto più che una mera proibizione del suicidio; tuttavia ne è il fondamento.

Circa tre secoli dopo, in una trattazione rimasta classica, Agostino [in *De civitate Dei*, 1.17; 1.20; 1.26] considerava il suicidio come un caso particolare dell'omicidio, da evitare in base al secondo comandamento più grande: "Ama il prossimo *come te stesso*", e del quinto comandamento (nella numerazione greco-latina): "Non uccidere!" [Rm 13,9-10; cf Lc 10,27-37, che reinterpreta estensivamente Lv 19,18]. In tal modo, la vita del soggetto è legata a doveri verso Dio, il prossimo e se stesso, in una "umanità" coesa solidalmente: solo amando il prossimo, si ama realmente se stessi; solo amando se stessi, si ama realmente il prossimo; solo amando se stessi

e il prossimo in Dio, li si ama veramente e pienamente.

Su questa scia, ma in chiave del tutto "laica", si porrà la condanna del suicidio formulata in chiave trascendentale da Kant nella *Metafisica dei Costumi* [2, §6], per cui nessuno ha il diritto di sottrarsi ad ogni obbligazione e di trattare se stesso come un puro strumento.

2. Ma più che l'esplicitazione di motivazioni e proibizioni, è stato probabilmente l'esempio del tragico suicidio di Giuda [cf Mt 27,3-10; At 1,16-25] ad aver maggiormente alimentato nei cristiani l'orrore per il suicidio; lo stesso giudizio insolitamente duro ("Meglio per lui non esser mai nato") formulato in anticipo da Gesù sul traditore [Mt 26,24] fu dagli interpreti inteso, anche se arbitrariamente, nel senso di una dannazione eterna. La vicenda inversa di Pietro, il cui rinnegamento (ben più grave del tradimento di Giuda) fu perdonato in virtù del suo pentimento [cf Lc 22,61-62; Gv 21,15-17], fece intendere che la gravità del peccato di Giuda fosse nella disperazione, espressa dal suo suicidio.

Per i teologi medievali fu facile compiere il passaggio successivo: il suicidio, essendo un peccato mortale commesso in fin di vita, sarebbe l'unico caso di peccato intrinsecamente irremissibile, in quanto chi lo commette non ha più il tempo di pentirsene. Di qui la proibizione canonica di dare ai morti suicidi la sepoltura cristiana e la preghiera di suffragio: esclusione ribadita dal Codice di diritto canonico del 1917 e rimasta in vigore fino a pochi decenni fa.

Anche se in un diverso ambito (quello ortodosso russo) Dostoevskij ha cercato nei suoi romanzi di interpretare, in base alla sua esperienza di "riconvertito", il punto di vista nichilistico (e quello che sarà detto "anomico") da cui il suicidio nascerebbe. Nei *Demoni* [1.3.8] il personaggio che rappresenta il nichilista evidenziava i due motivi che tratterrebbero l'umanità dal suicidarsi in massa: la duplice paura del dolore e dell'al-

tro mondo ed esaltava la scelta suicidaria come atto di libertà assoluta, in cui il suicida si farebbe “dio”, mentre l’altro Dio, che per il nichilista non è altro che una proiezione della paura della morte, svanisce. Nei *Fratelli Karamazov* [(2) 5.5], la figura titanica di Ivan (lo stesso che diceva: “Se Dio non esiste, tutto è permesso”) giustificava il rifiuto di un mondo in cui esiste l’ingiustizia della sofferenza, soprattutto degli innocenti: se questa è la vita, “restituisco il biglietto!”. Tale fenomenologia dell’atteggiamento suicidario tuttavia andrebbe teologicamente e filosoficamente precisata: le regole morali valgono infatti “etsi daretur non esse Deum” (“anche se non si ammettesse che Dio esiste”), secondo quella massima scolastica resa celebre da Grozio.

3. Fino al Novecento il suicidio venne prevalentemente considerato come atto in se stesso, più che in riferimento alle condizioni psicologiche e alle responsabilità oggettive del soggetto. Nel Novecento una maggiore attenzione all’aspetto psicologico ha portato i teologi moralisti a riconsiderare il suicidio quale atto perlopiù compiuto con assente o diminuita responsabilità. Anche l’interpretazione del giudizio di Gesù su Giuda è stata largamente rivista dagli esegeti, senza arrivare a includervi la dannazione eterna.

Nella costituzione *Gaudium et Spes* [27 c], approvata dal Concilio Vaticano II nel 1965, si dice che tutto ciò che è contro la vita umana stessa, ossia omicidio, genocidio, aborto, eutanasia e lo stesso suicidio volontario, mutilazioni, torture e ogni tipo di violenza va contro il rispetto dovuto alla persona umana.

Dopo il Concilio, il divieto di celebrare esequie e dare sepoltura cristiana in campo santo ai suicidi è stato revocato e pertanto non compare nel nuovo *Codice di diritto canonico* emanato nel 1983.

A completamento di questa riconsiderazione, nel *Catechismo della Chiesa Cattolica* [n. 2280-83] del 1992, si dice che il suicidio contraddice il giusto amore per sé, l’amo-

re per il prossimo e l’amore per Dio, che è il Dio vivente, aggiungendo spesso anche il pericolo dello scandalo, ossia del cattivo esempio. Tuttavia si riconosce che «gravi disturbi psichici, l’angoscia o il timore grave... possono attenuare la responsabilità del suicida» e per la prima volta si dice che «non si deve disperare della salvezza eterna delle persone che si sono date la morte. Dio, attraverso le vie che egli solo conosce, può loro preparare l’occasione di un salutare pentimento».

#### *Alcune differenze tra la posizione cristiana e altre posizioni sul suicidio*

Quanto detto finora permette di comprendere la sostanziale affinità, ma anche la differenza di sfumatura tra la posizione cristiana e quella musulmana riguardo al suicidio. Il Corano proibisce in un medesimo versetto e di “sprecare le proprie sostanze” e di “distruggere la propria persona”, aggiungendo che chi lo facesse per malvagità, arderebbe nel fuoco dell’inferno [*Corano*, 4.33-34]. Il fatto che le due proibizioni siano congiunte fa capire che la preoccupazione prevalente è quella di non sprecare i beni ricevuti da Dio. Forse si può dire che nel proibire il suicidio i cristiani considerano prevalentemente il male che vi si farebbe, i musulmani il bene che si rinuncerebbe a fare.

Premetto che non ho la competenza per affrontare il tema dal punto di vista islamico: al proposito rimando agli studi di Roberta Denaro [*Il suicidio nell’Islam medievale: un’ipotesi di lettura della Sunna*, in “Rivista degli Studi Orientali”, 1997, p. 23-43; l’autrice ha affrontato anche il tema del “martirio” islamico].

Molto diverso da quello dei monoteismi abramitici è l’approccio nelle religioni orientali (che ciò nonostante ha probabilmente contribuito indirettamente a forgiare la figura odierna del kamikaze islamico). Dal buddhismo originario [cf *Samyutta Nikaya*, 3.1.87] il suicidio era ammesso come eccezione per il santo che avesse già raggiunto la massima purificazione, ma per gli altri era

stigmatizzato come inefficace a liberare veramente l'uomo dalla spirale delle sofferenze. La moderna rivendicazione più incisiva del diritto di ciascuno a decidere della continuazione della propria vita, è quella di Schopenhauer (in un celebre saggio contenuto nei *Parerga e Paralipomena*), che peraltro ricalca la posizione buddhista. Nella tradizione giainista erano attestati asceti che al termine del cammino di purificazione si lasciavano morire di inedia; nella cultura tradizionale giapponese era ammesso il suicidio rituale o harakiri a salvaguardia dell'onore del samurai.

*La paradossale ragione per vivere "nonostante tutto", in prospettiva cristiana*

Il presupposto delle ragioni per continuare a vivere e delle eventuali scelte di togliersi o di offrire la propria vita sta nella rappresentazione che l'uomo si fa della propria vita e della propria morte e nella razionalizzazione di alcuni istinti biologici non sempre convergenti: l'istinto di sopravvivenza individuale ci spinge a perseverare nell'esistenza; un istinto simile ci fa rifuggire da ogni tipo di sofferenza; la legge insesorabile (che teleologicamente possiamo intendere come altruismo biologico) ci fa invecchiare e morire: "Fate spazio agli altri", dice implicitamente la Natura ad ogni vivente, secondo Montaigne [*Saggi*, 1.20].

Nessuno rifugge mai dalla vita in se stessa, ma semmai dalla pena, dal tedio, dall'angoscia ritenuti inerire intrinsecamente alla vita: perfino chi è totalmente disperato spera almeno di poter porre fine alla propria disperazione. Chi poi offre la sua vita in sacrificio lo fa perché aderisce a supremi valori ideali e morali, più che al bene stesso della sopravvivenza. In questa prospettiva il comportamento suicidario molto difficilmente è frutto di una scelta libera, ma almeno indirettamente risente di una sindrome patologica.

La proibizione del suicidio è il riflesso etico di quella che sul piano esistenziale potremmo chiamare la "ragione per voler continuare a vivere *nonostante* ogni possibile ragione

in contrario". Ebbene, proviamo a formulare al riguardo secondo la sensibilità odierna la posizione cristiana (non solo teologica, ossia fondata sulle Scritture e vincolante per i soli credenti, ma anche filosofica, ossia argomentata ragionevolmente e comprensiva dell'umanità in quanto tale).

Due sono le principali motivazioni a perseverare nella vita nonostante ogni sofferenza: "la vita è un dono"; "la vita è sacra". Entrambe le motivazioni, a ben pensare, sono paradossali e ossimoriche fra loro.

Dire che la vita umana sia sacra è dire qualcosa di plurivalente: "sacra" significa in senso pieno che essa appartenga ultimamente a Dio, ma tale motivazione è vincolante solo in una visione religiosa della vita; in senso più comune "sacra" significa invece soltanto che essa sia inviolabile, in quanto connessa col mistero stesso dell'essere.

Dire invece che la vita sia un dono è a prima vista incompatibile con il dire che essa sia sacra: se infatti è un dono, ci appartiene. Ad uno sguardo più attento, però, il dono svela un carattere paradossale: se uno mi dona qualcosa e io la getto via, di sicuro questo rientra nelle mie possibilità giuridiche, ma compromette le mie relazioni col donatore: in altre parole, il dono non è solo un trasferimento di proprietà di un oggetto, ma è anche un'autocomunicazione del donatore, presente almeno simbolicamente nel suo dono: rigettare un dono è dunque rigettare il donatore stesso. È per questo che un dono ci "impegna". La gratuità dell'esistenza è duplice: può essere gratuita in senso pieno, come dono, oppure gratuita in senso vacuo, come assurdo. In quest'ultimo senso parliamo ad esempio di un atto di violenza gratuita, ossia incomprensibile, senza ragione (come ad esempio l'omicidio descritto Dostoevskij in *Delitto e castigo*). L'esistenza è gratuita nel senso che "si dà", come ha ben descritto Heidegger; se poi questo darsi abbia le caratteristiche nichilistiche della gratuità vacua del non-senso e dell'assurdo, oppure le caratteristiche personalistiche della gratuità piena e sensata del dono (come hanno descritto



Bruaire, Marion, Gilbert), questo dipende dalla fondamentale esperienza (e opzione) di senso di ognuno.

Ebbene, nel primo caso (la vita percepita come insensata) il suicidio sarà una opzione possibile; nel secondo caso, assolutamente no. Rifiutare scientemente e deliberatamente la propria vita significa in qualche modo violarne il mistero e rifiutarne il Donatore. Il cristianesimo ha questa posizione paradossale: pur ritenendo la vita terrena non essenziale, la considera tuttavia fondamentale per costruire quella eterna; pertanto la vita terrena non va né sopravvalutata, né sciupata.

### *Suicidio, sacrificio di sé e martirio*

*La pratica del martirio nella cristianità può essere considerata una forma di suicidio?*

#### *Assoluta differenza tra suicidio e sacrificio di sé*

Occorre ben distinguere suicidio, sacrificio di sé e martirio cristiano. Infatti, nella tradizione cristiana quanti sacrificano la propria vita non sono stati mai considerati suicidi; e nemmeno sono stati considerati in ogni caso martiri; né tutti i martiri venerati della Chiesa cattolica hanno sacrificato volontariamente la loro vita (i martiri bambini hanno infatti subito inconsapevolmente il martirio).

Già nelle Scritture ebraiche un caso del tutto speciale è quello di Sansone, di cui si narra che, fatto prigioniero dai Filistei e incatenato nel loro tempio, usasse la sua forza miracolosa per far crollare l'edificio su di sé e sui Filistei, in un'impresa considerata di combattimento: il testo commenta che Sansone "uccise più nemici con la sua morte che in tutta la sua vita" [Gdc 16,30]; i Padri della Chiesa vi videro una prefigurazione del Cristo, che con la sua morte in croce avrebbe sconfitto il Diavolo più che con tutti i miracoli operati in vita.

Quanto al sacrificio di Gesù, mai esso è visto come un suicidio. Di Gesù i vangeli affermano ossimoricamente sia la libera *adesione* al destino di morte, sia la *passione* (ovvero

la sofferenza accettata, ma non voluta). Così, da una parte Gesù dice ai suoi discepoli: "Nessuno mi toglie la vita, ma io la offro da me stesso" [Gv 10,18], e nell'ultima cena con il segno del pane e del vino dati loro esprime la propria consapevolezza di andare incontro alla morte: "Questo è il mio corpo dato per voi" [Lc 22,19]; d'altra parte, pregando il Padre perché gli sia risparmiata la passione conclude: "Non come voglio io, ma come vuoi tu" [Mt 26,39].

Secondo il messaggio di Gesù il senso della vita è legato al senso della morte, in quanto è un valore per cui valga la pena vivere e morire, ossia l'amore; tale valore è il "vivere in Cristo" [Gal 2,20], che ha dato la vita per gli uomini: pertanto, "chi cercherà di salvare la propria vita la perderà; chi invece la perde la salverà" [Lc 17,33]. Non sono la sofferenza e la morte a valere in maniera salvifica, ma l'amore che non si ferma davanti ad esse.

#### *Differenze tra sacrificio di sé e martirio "formale"*

Quanti vengono uccisi per la loro fede rendono "la testimonianza del martirio" che li ricollega a Gesù, perché "hanno disprezzato la vita fino a morire" [Ap 12,11]. Il primo cristiano ucciso per la fede, Stefano, è descritto appunto come un "altro Cristo" [cf At 7,55-59].

"Martire" significava "testimone": con un'abile operazione semantica, i cristiani durante le prime persecuzioni in cui erano "imputati" e "condannati" si ponevano invece come "testimoni" della signoria di Gesù. Il fondamento di tale testimonianza a prezzo della vita risiede non nella sofferenza o nella morte subita, ma nell'amore che va oltre tale sofferenza, dato che, secondo le parole di Balthasar, "solo l'amore è credibile".

La Chiesa cattolica venera come martiri anche i bambini fatti uccidere da Erode: la colletta della loro festa (celebrata il 28 dicembre) dice che Dio fa dono della santità "anche ai bambini che ne sono ignari". Per il riconoscimento canonico del martirio è essenziale che il martire sia stato ucciso "in odio

alla fede". La "palma del martirio" (così detta perché i martiri, in una famosa visione dell'Apocalisse [Ap 7,9.14], portano in mano rami di palma come in un corteo trionfale) è dunque conferita da Dio.

Se il martirio è considerato un dono, il martire cristiano non deve pertanto esporsi inutilmente al martirio stesso. Nella sua storia la Chiesa ha messo in guardia anche dall'eccesso di zelo con cui alcuni cristiani si consegnavano spontaneamente ai persecutori. Non si può dire quindi che quella del martirio fosse una "pratica" del cristianesimo primitivo.

A ulteriore conferma della differenza tra martiri e suicidi è che nella sua trattazione in proposito [*De civitate Dei*, 1.17; 1.20; 1.26] Agostino ventila la possibilità che in casi eccezionali il suicidio sia lecito per una qualche ispirazione divina, come nel caso (paragonabile a quello di Sansone) di quelle "sante donne" che si gettarono nel fiume per non essere violentate e che furono venerate come martiri; ma aggiunge che questo però comunemente non si deve presumere. Oggi questa ipotesi non è neppure più presa in considerazione teologica.

#### *Differenze tra il martire cristiano e lo "shahid" musulmano*

A questo punto è anche chiara la differenza sostanziale tra la figura del "martire" cristiano e quella dello "shahid" musulmano, termine che comunemente, ma non precisamente, viene pure tradotto come "martire". Il martirio cristiano è "passivo", la condizione dello "shahid" è invece "attiva". A differenza del martire cristiano, che è un testimone, lo "shahid" musulmano [*Corano*, 4.71] è infatti un combattente morto per l'Islâm. Viceversa, nessun crociato morto in battaglia o per le malattie contratte in guerra è stato considerato dalla Chiesa un martire (ad esempio, re Luigi IX di Francia è venerato come santo, ma non martire).

#### *Suicidio offensivo (dei "kamikaze") e autoimmolazione*

*La differente prevalenza di suicidio altruistico tra popolazione musulmana e cattolica può avere come unica ed esaustiva spiegazione la diversa importanza con cui vengono considerati i contenuti religiosi nelle due diverse civiltà o può esserci qualche altro fattore scatenante il fenomeno?*

#### *Definizione del fenomeno dei "kamikaze"*

Il fenomeno di quanti si prestano ad operazioni terroristiche o di guerriglia senza scampo e che sono comunemente detti "kamikaze", pur essendo già attestato in altri contesti, in questi ultimi anni è attecchito nell'Islâm più radicale, e non solo nei paesi islamici stessi, ma anche tra quanti da tali paesi sono emigrati in Occidente.

Spesso si dice che il kamikaze "si immola", ma l'uso di questo verbo è fortemente connotativo: 'immolare' era originariamente in latino il cospargere di farina le vittime sacrificali; e sebbene il kamikaze in un certo senso scelga di sacrificare la propria vita per la sua causa ideale, il suo atto è ben lontano da quello del sacrificio di sé sopra descritto.

Eccetto che nei casi in cui la propria morte non sia direttamente voluta dall'attentatore, l'atto dei kamikaze è un "suicidio offensivo" (e quando si rivolge contro inermi è un vero e proprio "suicidio omicida") e pertanto, nonostante le somiglianze, non dovrebbe essere considerato una forma di sacrificio di sé.

In questo fenomeno, la visione del mondo è più influente della durkheimiana coesione sociale: non è necessario che il kamikaze abbia credenze religiose o addirittura attenda un premio ultraterreno (infatti, attacchi suicidi furono condotti anche da guerriglieri comunisti), ma è indispensabile che aderisca a un'"idea per cui valga la pena vivere e morire": in effetti, la mafia pur essendo socialmente molto coesa non fa (e non potrebbe fare) attentati suicidi, poiché il fine di tale

società è (aristotelicamente) soltanto l'“utile”. Significativamente, nella terza parte del *Padrino* di Puzo e Coppola, il boss comprende, nonostante tutte le informazioni in contrario, che i rivoluzionari castristi riusciranno ad avere la meglio sulla dittatura di Batista quando vede uno di loro farsi saltare in aria: un esercito di guerriglieri disposti a tale sacrificio appare più forte di ogni esercito professionale.

Questo spiega anche come mai il fenomeno dei kamikaze non si riscontri in tutte le popolazioni che si trovano in situazioni disperate. Il problema è di natura psicologica: non è la negatività oggettiva della realtà, ma il divario tra aspettativa e realtà e la consapevolezza della propria forza a trasformare la disperazione in rabbia e in speranza nuova: se infatti il kamikaze non avesse una speranza che il suo gesto possa almeno remotamente giovare ai suoi, certo non lo compirebbe.

Com'è noto la parola 'kamikaze' (“vento sacro”) è giapponese: alludendo alla tempesta che aveva messo in rotta la flotta degli invasori mongoli nel 1281, è stata usata per indicare i piloti degli aeroplani giapponesi che nel 1945, durante la seconda guerra mondiale, si gettavano sulle navi americane in attacchi suicidi: non disponendo di precisi sistemi di puntamento missilistico, per infliggere il maggior numero di perdite al nemico i piloti stessi guidavano gli aerei come bombe fino all'impatto. Dietro il fenomeno c'erano sia alcuni elementi della loro visione improntata allo zen e della loro mentalità (ad esempio, la preferibilità di una morte autoinflitta – il harakiri – al disonore; o il senso di superiorità della collettività sul singolo...), ma c'era anche una concreta necessità pratica.

Anche nell'odierno fenomeno di matrice islamica c'è una motivazione pratica (è infatti più facile far esplodere vicino all'obiettivo un ordigno che si porta addosso, che non piazzarlo e farlo esplodere in seguito), ma non solo (e in effetti ci sono casi in cui l'attentatore, che pure avrebbe potuto allontanarsi

dall'ordigno si sia fatto esplodere con esso). In effetti, la pratica dei kamikaze nella guerra intrapresa dal radicalismo islamico contro i suoi nemici (identificati come “ebrei”, “cristiani” e quei musulmani loro alleati) è funzionale ad una esigenza non solo tattica, ma anche (per così dire) strategica: non serve solo a colpire più facilmente gli obiettivi fisici, ma soprattutto a colpire psicologicamente la società “occidentale”, opponendo alla sua paura per la morte il proprio desiderio di morire per una causa più alta, secondo lo slogan spesso ripetuto nelle rivendicazioni di tali attentati: “Voi cercate la vita, noi cerchiamo la morte”; o anche: “Voi a stento convincete i vostri giovani a rischiare la vita; noi a stento trattendiamo i nostri che vogliono morire”.

### *Analisi filosofica del fenomeno odierno dei kamikaze: il nichilismo*

In realtà, il fenomeno dei kamikaze appare estraneo alla tradizione islamica (quanto a quella giudaico-cristiana): perciò paradossalmente, gli islamici radicali sviluppano – senza dirlo o forse senza neppure saperlo – la tesi esposta da Nietzsche nell'*Anticristo* e nei primi paragrafi di ciò che ci rimane della *Volontà di potenza* e la sua distinzione tra nichilismo passivo (quello di chi, come ebrei e cristiani, ma anche libertari e socialisti, credendo in valori inesistenti si priva di quelli autentici) e nichilismo attivo (quello di chi, come Nietzsche, riconoscendo la vacuità dei valori proposti dal nichilismo passivo, accetta di portare la vita senza alcun senso metafisico). Ebbene, nella rilettura del radicalismo islamico, la “decadenza” occidentale, la sua mancanza di vitalità, il suo “nichilismo passivo” si rivelerebbe nella sua paura di morire; viceversa i kamikaze rivelerebbero la loro vitalità nel loro desiderio di morte, duro e inquietante come un “nichilismo attivo”, con la differenza che non si presenta come ateo, ma come profondamente religioso.

Ma siamo proprio sicuri che qualcuno voglia veramente morire? E in effetti a fare i



kamikaze perlopiù non sono i capi reclutatori, ma i gregari da loro reclutati; è ragionevole pensare che questi siano spesso potenziali suicidi "egoistici". In tale luce, dunque, il suicidio del kamikaze sarebbe l'estremo tentativo di dar senso a una vita senza senso. Quelli che se "occidentali" sarebbero comuni suicidi, troverebbero un senso per il loro gesto lasciandosi utilizzare come kamikaze. L'esaltazione del loro gesto come "martirio" potrebbe quindi fungere da razionalizzazione di un processo psichico inconscio, che può sfociare in un meccanismo di autoinganno, e, in chi lo sfrutta, di più o meno consapevole malafede (secondo quel processo esemplarmente da Sartre in *L'essere e il nulla*).

Ma allora, il fenomeno dei kamikaze anziché esprimere l'atteggiamento di una visione forte che avrà presto ragione di una visione debole e decadente, rivela piuttosto le contraddizioni di fondo di un atteggiamento che in fondo ha poco a che fare con l'autentica religiosità e molto in comune con la decadenza che vorrebbe combattere: esso non suscita nel gruppo umano che lo subisce un timore misto ad ammirazione, ma semmai orrore e determinazione a reagirvi con tutte le forze.

Discutibile è invece nell'indagine l'assunzione di categorie filosofiche severiniane. Severino è sicuramente uno dei filosofi italiani più profondi e rilevanti e il suo contributo all'analisi del rapporto tra Occidente e Islâm [cf *Dall'Islâm a Prometeo*, Rizzoli, Milano 2003] non è trascurabile; ma la sua proposta speculativa non trova seguito nella comunità filosofica e soprattutto, essendo metafenomenica, non può essere usata come punto di riferimento per una indagine sui fenomeni. Certamente, se già, secondo la massima aristotelica, "i contrari sono nel medesimo genere" (ad esempio, chiaro e scuro sono comunque nel genere dei colori, e quindi hanno in comune più di quanto appaia per l'opposizione delle loro differenze), a maggior ragione saranno simili religioni che hanno la medesima radice abramitica: ma da qui a dire che cristianesimo e islâm siano due aspetti del

medesimo atteggiamento nichilistico non ci aiuta a capire. Per Severino, tutto ciò che non è severiniano è nichilistico; ma se tutto o quasi è nichilistico, a che serve usare questo termine?

### *Analisi geopolitica del fenomeno odierno dei kamikaze*

Se in generale il terrorismo risulta già di per sé un'arma politicamente inefficace (si è rivelata efficace solo come arma di pressione su una potenza estranea o occupante in una guerra indipendentistica), il terrorismo che si serva di kamikaze sembra essere addirittura controproducente, proprio perché con la sua carica nichilistica suscita un tale "horror vacui" da inasprire semmai la reazione: se negli anni della guerra fredda e della strategia nucleare qualcuno arrivava a dire "meglio rossi che morti", viceversa i grandi attentati suicidi come quelli dell'11 settembre 2001 sembrano aver indotto i gruppi umani che ne sono stati oggetto a dire "meglio morti" che assoggettati a un tale fanatismo. Anche in Medio Oriente, la strategia dei kamikaze ha avuto come risultato controproducente quello di aver alienato molte delle simpatie alla causa palestinese.

### *Parentesi: analogie con i suicidi superoministici*

Sarebbe interessante poi sondare anche l'inquietante fenomeno odierno della esaltazione del suicidio nei gruppi satanistici, soprattutto giovanili, anche alla luce della fenomenologia descritta da Dostojevskij e accennata sopra. Non va dimenticato il fenomeno oggi emergente di quanti decidono di togliersi la vita in maniera spettacolare e mettendo a repentaglio la vita altrui (ad esempio, i suicidi attuati in automobile o con un piccolo aereo).

### *Lettura psicologica del fenomeno odierno dei kamikaze*

È interessante che gli analisti politici tendono ad adottare un modello di interpretazione psicologica del fenomeno dei kamikaze islamici.

Secondo Magdi Allam, i musulmani emigrati in Occidente soffrono per così dire di una schizofrenia fra i valori della loro cultura d'origine e i valori economici e sociali della cultura occidentale in cui vivono o a cui tendono; i kamikaze proverrebbero perciò sia dall'ala fondamentalista, sia da quella laica; anzi, sembrerebbero essere la risultante dell'incrocio fra le due [cf *Kamikaze made in Europe*, Mondadori, Milano 2004].

Secondo Khaled Fouad Allam [cf *Lettera a un Kamikaze*, Rizzoli, Milano 2004; e il contributo in *La filosofia e l'Islam*, Gregoriana, Padova 1996] il radicalismo islamico nasce dalla commistione (non mediata culturalmente) di modernità tecnologica e di fondamentalismo coranico, ovvero da una "modernità non integrata", e quindi, potremmo aggiungere, da un conflitto non risolto.

Secondo altri, come Viveca Hazboun, psichiatra operante in un centro di assistenza a Betlemme [cf "Il Regno – Attualità" 2004, p. 229-232], la società mediorientale, soprattutto palestinese, soffre di una depressione collettiva, che genera il fenomeno suicidario nella forma dei kamikaze (anche perché le associazioni che li reclutano garantiscono assistenza economica alle loro famiglie).

Spesso il comportamento autolesionistico e suicidario è un messaggio di richiesta d'aiuto all'ambiente circostante. E se così fosse anche per il fenomeno dei kamikaze? Il suicida manda un messaggio di richiesta d'aiuto, che trascurato, porta all'irreparabile. In questo senso, il suicida non sarebbe altruista sacrificandosi per i suoi, ma sarebbe uno che si vendica di chi sta bene e non lo ha ascoltato. In tal caso, si potrebbero estrapolare dalla clinica psicoterapeutica alcune tecniche per la soluzione politica del problema.

*Assimilazione individuale delle "ragioni per vivere" religiose comuni*

*La maggior importanza nella religione musulmana della ragione per vivere rispetto a quella cattolica può essere un segnale di una diminuzione dei valori nella cultura occidentale vista la predilezione di quest'ultima per la*

*scienza e tecnologia che sottrae probabilmente spazio agli ideali/motivazioni più profonde alla vita? Per il cattolico, la riflessione filosofico-esistenzialista si può dire abbia acceso una debole fiammella sul senso dell'esistenza, prontamente spenta, lasciando così l'individuo solo ad interrogarsi sul senso della morte; trovandosi quindi il soggetto senza punti di riferimento, in quali termini potremmo ancora riflettere sul fenomeno del continuum suicidario?*

*Divario tra ragioni di vita ideali del gruppo e ragioni professate dai singoli*

Non si può sostenere che il cristianesimo dia meno importanza dell'Islâm alla ragione per vivere: anzi, come abbiamo visto, la proibizione cristiana del suicidio è in un certo senso più radicale, rifiutando il suicidio in quanto male in sé e non per il bene che impedisce di fare.

Pertanto, le differenze tra cattolici e musulmani rilevate dall'inchiesta si dovrebbero spiegare in ragione sia delle loro differenti matrici geoculturali, sia del diverso grado di appartenenza religiosa degli individui del campione: la maggior parte di coloro che si definiscono cattolici, ad esempio, non vive una piena e consapevole appartenenza alla Chiesa cattolica e una perfetta adesione alla sua visione di vita.

Si può inoltre ipotizzare che l'atteggiamento più possibilistico dei cattolici di oggi nei confronti del suicidio, almeno in casi particolari, risenta del più benevolo atteggiamento odierno della Chiesa verso i suicidi.

Diversa era la situazione alla fine dell'Ottocento: forse allora, il minor tasso di suicidi nei paesi cattolici rispetto a quelli protestanti poteva essere attribuito non solo alla loro maggior coesione sociale, come aveva inteso Durkheim, ma anche al giudizio cattolico allora particolarmente negativo sul suicidio; forse però non andrebbe neanche trascurato il fattore climatico (i paesi cattolici erano allora quelli mediterranei), che come ormai è anche biologicamente appurato ha sull'umore una influenza diretta e indiretta.

*La comunicazione del senso della vita nella Chiesa cattolica post-moderna*

Quanto alla domanda (che forse non intendo bene) sulla riflessione odierna sul senso dell'esistenza, innanzitutto non vedo proprio come la riflessione filosofica esistenzialistica abbia potuto illuminare per i cattolici il senso dell'esistenza. Direi che il problema è diverso: la svolta post-moderna ha messo in luce la sterilità del dilemma tra oggettività (inevitabilmente rigida) e soggettività (inevitabilmente relativistica) della verità e ha posto le condizioni per riaffermare il personalismo della verità, già enunciato da

Kierkegaard [alla fine di *Aut-Aut*]: "solo la verità che edifica è una verità *per te*". In questa prospettiva si pone la "Nuova Evangelizzazione" (a cui il papa Giovanni Paolo II ha richiamato la Chiesa Cattolica), quale annuncio concreto e personale: "Dio ti ama" [*Christifideles Laici*, 34]. Infatti, solo il percepire la propria vita (con il suo carico di gioie e pene) come dono personale di un Donatore (è infatti proprio dell'amore fare a persone diverse doni diversi) può rendere comprensibile l'assoluto divieto del suicidio e pienamente efficace la "ragione per vivere".

## IL VALORE DELLA VITA PER L'ISLAM VISTO ATTRAVERSO IL FENOMENO DEL SUICIDIO

Biancamaria Scarcia Amoretti

*Un maggiore fervore religioso potrebbe correlare negativamente con il grado di istruzione e perciò determinare un'adesione acritica ai valori proposti?*

In linea di massima, non credo che sia così. Esiste nelle società musulmane, come altrove, una fascia sociale da cui si può pescare 'manovalanza' da strumentalizzare a fini politici. Tale fascia, sia nelle campagne – penso al Pakistan – sia nelle città – ad esempio, i ricorrenti torbidi nei centri urbani del Medio Egitto – è certamente più consistente oggi di quanto non lo sia stata in passato. Fenomeni come quelli di urbanizzazione selvaggia o i fallimenti di politiche economiche penalizzanti l'agricoltura, come quelle legate alla diga di Assuan, hanno inciso molto sul corpo sociale. Tuttavia, se si guarda alla 'tipologia' dei personaggi che i mass-media ritengono ideatori e, in larga misura, esecutori di operazioni suicide, in particolare quella dell'11 settembre, sono stati spesso educati in Occidente e all'occidentale e non appartengono alle fasce sociali cui accennavo. Se, poi, la domanda vuole far evidenziare una linea di tendenza generale, che riguarda eventualmente tutta la storia delle società musulmane, la risposta è ancora negativa, almeno dal mio punto di vista. Le masse musulmane, nella loro stragrande maggioranza, erano ancorate – solo in parte sono rimaste tali – a confraternite di tipo mistico, le famose *turuq*, la cui organizzazione interna, piuttosto piramidale, implicava il fatto che gli addetti si affidassero al 'maestro' riconosciuto. Ai primi segnali di occupazione coloniale, alcune di queste confraternite hanno

chiamato i loro seguaci al *jihad*, la 'guerra giusta e pia', ma tale chiamata non ha mai comportato un'incitazione, neppure indiretta, al suicidio.

*Una permanente guida religiosa alla vita del musulmano potrebbe indurlo a non riflettere mai appieno sul senso della vita: non perderebbe così di significato la riflessione sul fenomeno suicidario, o meglio si può ancora parlare di suicidio?*

È il contrario di quanto si pensa. Dio, per il musulmano, è talmente trascendente che il credente non ha che la terra, il creato, per realizzare il progetto che Dio ha voluto per l'umanità. Questa idea è stata spesso trascritta da noi come 'fatalismo'. Nei fatti, non è così; toglie semplicemente ansia, visto che ci si deve impegnare, ma che il risultato non è nelle nostre mani. Se si trattasse di fatalismo, non si spiegherebbe che per secoli la professione ideale sia stata la mercatura, una mercatura che implicava investimenti, viaggi, spirito d'iniziativa personale e collettivo. Inoltre, Dio nell'Islam è attivo nel tempo storico, crea momento per momento: solo Dio può dare o riprendersi la vita. Ciò comporta che la vita – la nostra e quella degli altri – ha una sorta di valore aggiunto, in quanto non ci appartiene. Per giustificare il suicidio bisogna che il credente venga persuaso che Dio vuole la cosa, che la sua azione non è suicida, ma 'altro'. Una cosa è certa: fino ad epoche recenti, i casi di suicidio, almeno i casi eccellenti, sono stati tanto eccezionali da poter essere repertoriati.

*Il fenomeno Kamikaze è paragonabile all'effetto Werther ?, o forse il primo può assumere valenze più forti, essendo intriso di una valenza teleologica più forte o assoluta?*

Intanto, se si considera quanto detto finora, il termine è quanto di più incongruo con l'Islam si possa immaginare. La valenza teologica deve funzionare a monte, per cambiare il senso dell'atto suicida. Non è casuale che gli 'ideologi' di questa strategia si appellino al *jihad*. Se si è in guerra, la morte non è volontaria e l'uccisione del nemico non è un omicidio in senso tecnico. Qui andrebbero letti e commentati adeguatamente i versetti coranici che 'fondano' il *jihad*, di cui un paio, in particolare, si riferiscono a un episodio storico preciso, ma acquistano, in quanto parte del Corano, un valore emblematico. In tali versetti, nonostante i musulmani operino per una giusta causa, Dio si assume il 'peso', per così dire, delle morti che essi hanno procurato ai nemici. I versetti (Cor. VIII, 15-17) in questione recitano: "Ma voi non li uccideste, bensì Dio li uccise, e non eri tu a lanciare frecce, bensì Dio le lanciava; e questo per provare i credenti con prova buona, poiché Dio è ascoltatore sapiente."

*Hanno quindi senso i termini suicidio altruistico ed egoistico, ed il confronto tra loro, visto che hanno matrici ontologiche distinte?*

Nella situazione attuale direi di sì. Per due ragioni: da un lato, spinge a riflettere sul fatto che la definizione dell'atto non è univoca, come ho in parte anticipato; dall'altro, perché hanno appunto matrici ontologiche diverse. Direi di più: il contesto storico-politico di molti paesi musulmani è assolutamente inedito rispetto al passato. Tutti i riferimenti alla tradizione sono per molti versi arbitrari, e /o strumentali.

*Nell'articolo della Dott.ssa Testoni sono state formulate delle ipotesi sulla minor frequenza*

*del suicidio "egoistico" nei soggetti appartenenti alla religione musulmana basate sulle risposte ad un questionario fornite da una popolazione di credenti senza però accertare la loro effettiva conoscenza del Corano e degli insegnamenti islamici. È presente, nel corpus di tali insegnamenti, una esplicita interpretazione e collocazione assiologia del comportamento suicidario, "egoistico" ed "altruistico"?*

Riprendiamo le ragioni fondanti una diversa concezione della vita con quanto ciò comporta. Sul piano dottrinario, Corano e Tradizione, vale a dire i Testi su cui si basa il 'modello' ideale di credente, rappresentato dalla vita del Profeta, negano la libertà di darsi la morte. I giuristi medievali, per esempio, hanno considerato legale l'aborto in caso di pericolo per la vita della madre e, viceversa, la donna che muoiva di parto poteva essere paragonata al combattente morto per una giusta causa nel *jihad*. Non uso la parola 'martire' perché ambigua. Risveglia in noi suggestioni che, una volta di più, non corrispondono a quelle evocate dal termine in terra d'Islam. Bisogna partire, come si tenta invano di far capire, dal fatto che non esiste un Islam, sempre uguale a se stesso nel tempo e nello spazio. Esistono molti Islam. Tutti fanno riferimento agli stessi Testi fondanti e tutti credono nell'appartenenza a un'unica comunità. Senonché le società musulmane sono nella storia e, come tali, sono condizionate dai contesti e dalle tradizioni pregresse su cui l'Islam si è impiantato. Ciò comporta che ci siano 'consuetudini' diverse, recepite anche sul piano giuridico. Come il velo non è lo stesso in tutto il mondo musulmano, così, per esempio, il codice dell'onore varia da paese a paese e può determinare una maggiore o minore 'spinta' verso il suicidio in determinate circostanze, specie da parte delle donne. In generale, altro esempio, il suicidio d'amore non è contemplato in questi termini. Si muore *naturalmente* d'amore, se l'amore non è corrisposto – topos letterario diffuso – senza cercare volontariamente la morte.



*La maggior importanza nella religione musulmana della ragione per vivere rispetto a quella cattolica può essere un segnale di una diminuzione dei valori nella cultura occidentale vista la predilezione di quest'ultima per la scienza e tecnologia che sottrae probabilmente spazio agli ideali/motivazioni più profonde alla vita?*

Immagino che i musulmani, anche acculturati, abbiano interiorizzato i valori di cui dicevo. Non saprei dire, se non su un piano troppo personale per interessare qui, che cosa sia per noi il suicidio oggi. Posso, invece, segnalare che nella letteratura contemporanea (romanzi e novelle, generi importati nella cultura islamica) di autori e autrici di matrice musulmana il suicidio egoistico non è assente. Esso viene motivato da una disperazione insopportabile derivata da una situazione estrema, ma per lo più individuale: amore 'romantico' impossibile, incomprensione totale in seno alla famiglia o alla comunità, delusione di qualche tipo. Le donne vengono presentate come più inclini. Una conferma sul piano della realtà sembra esserci. Suicidi del genere pare siano in aumento, specie tra le donne, in paesi che più di altri avevano fatto sperare in una modernizzazione strutturale, non di superficie, paesi con ipotesi socialiste e rivoluzionarie.

*La differente prevalenza di suicidio altruistico tra popolazione musulmana e cattolica può avere come unica ed esaustiva spiegazione la diversa importanza con cui vengono considerati i contenuti religiosi nelle due diverse civiltà o può esserci qualche altro fattore scatenante il fenomeno?*

Partiamo dal suicidio egoistico. Credo che conti molto la diversa collocazione dell'indi-

viduo nei diversi contesti sociali, famiglia in primo luogo. Ciò non va tradotto nel semplicante e mistificante assunto, anch'esso largamente diffuso tra noi, che l'individualismo non alberghi nella /nelle culture musulmane. Esso si formula in termini diversi, soprattutto in relazione al dettato religioso, ma nei suoi effetti la divaricazione non è troppo significativa. Quello che voglio dire è che un certo tipo 'nostro' di solitudine è più difficile là dove persistano comportamenti che noi definiamo 'tradizionalisti'. Ricordo che un giovane amico sahwari mi diceva che l'urto culturale più forte che aveva sentito, sbarcando in Europa, era stato simbolizzato dal fatto di dover dormire da solo, esperienza che gli era ignota e che trovava inquietante. Così, un uomo può essere disperato di non avere i mezzi per sposarsi secondo il costume del suo paese, ma non lo è per non riuscire a trovare una sposa, se ha il supporto del suo gruppo familiare.

È chiaro che, se tutto ciò è vero e continua a funzionare a livello di coscienza sia individuale sia sociale, la contropartita sta nell'impegno e, dunque, nell'eventuale sacrificio del benessere del singolo a favore di quello del gruppo, dove 'gruppo' va inteso in senso generico. Si può, addirittura, essere costretti dalla logica del gruppo a fare qualche cosa contro il dettato religioso. Il fattore religioso interviene pesantemente solo in determinate situazioni che coinvolgono non il gruppo ma la collettività, meglio la comunità, se questa si sente tutta in pericolo, non ha garanzia di sopravvivenza. E con ciò ritorniamo al discorso fatto in merito al capovolgimento del significato dell'azione che noi qualifichiamo 'suicida'. Naturalmente, quanto vado dicendo vale in linea di principio, come indicatore, non come regola valida in assoluto. Ogni 'caso' ha la sua specificità, le sue motivazioni, le sue dinamiche per uscire o rientrare nella regola.

IL VALORE ATTRIBUITO ALLA VITA DINANZI AL SUICIDIO  
TRA CATTOLICI E MUSULMANI

Ines Testoni

*Gli aforismi utilizzati appartengono tutti alla cultura occidentale, e il campione di musulmani preso in considerazione era composto interamente da islamici immigrati, chi prima chi dopo, in Italia: mancando riferimenti filosofici propri del mondo islamico, non è fondata la possibilità che il dato finale possa in qualche modo variare (l'identificazione del fattore protettivo principale, cioè l'essere musulmani)? Non costituisce per sé un bias metodologico?*

Il tipo di problema che viene posto – quello relativo al fatto che i Musulmani appartengano a una cultura diversa e per questo non si dia certezza né che i soggetti considerati comprendano gli aforismi presentati né che rispondano in modo attendibile – è la croce non solo di questo lavoro ma di tutta la psicologia e ancor più dell'antropologia. È per tale motivo che abbiamo affrontato la difficoltà offrendo una risposta fondata dal punto di vista filosofico, più precisamente epistemologico, come tra breve mostreremo. Qualsiasi ricerca che abbia a che fare con il render conto di ciò che i soggetti pensano subisce il *bias* dell'"inferenza indebita", nella quale incorrono sia il senso comune sia la scienza. Il problema è radicato in ciò che il neopositivismo presenta come la questione del solipsismo, secondo cui è impossibile accedere al o conoscere il contenuto di coscienza di qualcuno o ciò che costui comprende. È questa la matrice del comportamentismo disposizionale e del paradigma S-R su cui si è sviluppato l'approccio psicologico comportamentista, il quale ha impostato il proprio metodo scotomizzando qualsiasi riferimento

alla coscienza e ai suoi contenuti. La prima rivoluzione in questa area è stata operata dal cognitivismo, il quale, pur nell'ammissione dell'inaccessibilità della coscienza e dei suoi oggetti, ha superato l'ostacolo non prendendo in considerazione i "significati" del pensiero, bensì i processi di elaborazione dell'informazione: il "solipsismo metodologico" ha fondato lo *Human Information Processing* (Fodor, 1980, 1983, 1987). Ma lo sviluppo degli studi cognitivisti, da più di un decennio, ha subito un ulteriore cambiamento di paradigma, quello che Harré e Gillett (1994) hanno chiamato la "seconda rivoluzione cognitiva" per indicare il ritorno dell'interesse ai *contenuti di pensiero*, definendo – chiarisce Bruner (1990) – che è proprio grazie a loro che la mente procede. In ambito cognitivista tale rivoluzione è stata accolta dalla corrente situazionista, che, in quanto aderente alle emergenti istanze dell'approccio ecologico – ha trovato nella psicologia sociale culturale un idoneo terreno di crescita. È a seguito di siffatto rinnovamento che ha assunto un'inedita importanza la prospettiva storico-culturale di Lev Vygotskij, la quale riconosce come essenziali le capacità sia di trasformare l'ambiente tramite la costruzione di artefatti simbolici sia di mediare gli stessi attraverso il linguaggio per trasmettere il senso (Stigler, Shweder, Herdt, 1990). Sviluppata grazie agli studi da una parte di Jerome Bruner, Michael Cole, Mary e Kenneth Gergen, dall'altra attraverso il contributo socio-costruzionista di Rom Harré e antropologico di Clifford Geertz, questo settore considera fondamentali il valore della mediazione culturale nelle relazioni umane,



il significato storico delle funzioni psicologiche, nonché l'interdipendenza tra linguaggio e pensiero (Cole, 1996; Shweder, 1991). Il problema del solipsismo è stato in tal modo risolto attraverso il concetto di cultura: compresi i tratti essenziali degli ordini simbolici entro cui si orienta un gruppo umano è possibile definire una corrispondenza tra comportamenti manifesti e pensiero individuale. In un primo momento è sembrato che il comprendere la struttura culturale del contesto permettesse di stabilire che è possibile accedere al senso dei pensieri soggettivi. Invece l'apporto offerto dalla *teoria dell'azione situata* (Suchman, 1987) ha introdotto una nuova difficoltà: la fondazione anti-individualistica e anti-generalista, ereditata sia dalla teoria di campo di Lewin sia dalla prospettiva vygotzskiana, confluisce nell'assunzione fondamentale dell'*indessicalità* del linguaggio, ossia in ciò che l'antropologia linguistica in modo assiomatico assume come impossibilità di universalizzare, al di fuori del limitato contesto in cui si presenta, qualsiasi contenuto linguistico (Duranti, 1997). Questo risultato annuncia delle conseguenze di competenza "locale", in quanto si differenziano i possibili esiti di innumerevoli e cangianti geografie culturali dell'orizzonte umano secondo incommensurabilità. Potremmo inserire in tale ambito epistemologico l'obiezione presentata. Ma negli ultimi anni il lavoro della psicologia culturale si è indirizzato alla ricomposizione della diastasi aperta tra le *prospettive cross-culturali*, le quali riconoscono la possibilità di indagare le variazioni di un medesimo concetto comparandole tra diversi universi – si veda in tal senso il contributo dell'antropologia psicoanalitica –, e quelle *trans-culturali*, che assumono appunto i presupposti dell'antigeneralismo e dell'indessicalità linguistica. Tale elaborazione, promossa tra gli altri da Shore (1996), Amsterdam e Bruner (2000) e Smorti (2003), supera l'irriducibilità tra le due posizioni, tramite il ricorso alla sopravvenienza dei "significati" sulle situazioni, in quanto il contesto entro

cui accadono è sempre simbolico e quindi definibile e analizzabile. In questa sede accogliamo esattamente tale posizione, ossia non consideriamo irriducibili i presupposti culturali che presiedono alla comprensione degli aforismi da parte di Cattolici e di Musulmani. Il denominatore comune tra i due universi è l'essere entrambi iscritti nell'ordine simbolico dell'Occidente, entro cui la significazione del valore attribuito alla vita in funzione della morte e la scelta del suo rifiuto origina dalle medesima radice – l'ontologia greca – anche se la storia sembra raccontare per le due religioni eventi contrapposti. Ma la loro opposizione accade entro il medesimo substrato simbolico. Seneca e Agostino sono infatti pensatori importanti per il mondo musulmano come per l'intero Occidente; mentre a proposito dell'aforisma di Di Maio, possiamo dire che, come accade ai contenuti scientifici in genere – indica la scuola francese di Serge Moscovici – così anche le spiegazioni per il suicidio sono state ampiamente divulgate tanto da appartenere ormai molte anche al senso comune. Il fondamento su cui imperniamo la nostra riflessione è perciò filosofico, quello delineato da Emanuele Severino (1982, 2003), il quale individua nell'*ontologia* il discrimine essenziale per differenziare la cultura mitologica da quella *occidentale*. Ebbene, Cristiani e Musulmani non appartengono affatto a culture incommensurabili tra loro, ma condividono – e questo è quanto esponiamo dettagliatamente nell'articolo – la stessa matrice ontologica su cui si costruisce il linguaggio dell'intero Occidente (Severino, 1980). La filosofia, come la scienza, così argomenta Testoni (1997, 2001), intride profondamente il senso comune. È in questo perimetro che iscriviamo la prospettiva psicosociale-culturale, indagando il senso della conoscenza oltre i limiti del situazionismo che reclude i contenuti del parlare con il principio di indessicalità all'interno di una rinnovata epistemologia del solipsismo. Altresì riteniamo che siano anche semplicemente più

realistiche, in questo tempo di globalizzazione che abbatte ogni frontiera geografica e culturale, le posizioni che non isolino le specificità semantiche dei diversi gruppi umani ma ne sappiano riconoscere le strutture di senso e il potere di contaminazione, ossia il loro saper essere “messaggio” che travalica i perimetri dei diversi regionalismi. Grazie a questa riflessione epistemologica, ci siamo sentiti di poter dunque adottare quello che in ambito sociocostruzionista è stato chiamato da Harré e Secord (1972) il “metodo etogenico”, ossia il considerare quando espresso dal soggetto come manifestazione di ciò che egli comprende.

*In tutta la ricerca non si tende a considerare un aspetto importante del comportamento suicidario, e cioè la presenza molto spesso di un disturbo o perlomeno di una comorbidità psichiatrica? Esistono studi che indaghino il fenomeno anche partendo da questa affermazione di fondo?*

Non abbia mai considerato la dimensione della psicopatologia e della comorbidità psichiatrica rispetto al rapporto che intercorre tra suicidio e integralismo islamico perché la volontà di rilevare la presenza di tale problema è molto lontana dalle intenzioni dell'indagine; ci risolviamo perciò a presentare solo alcune considerazioni che hanno confortato questa scelta. Come indicano Foucault (1972), Galimberti (1979, 1987) e Severino (2004), la modernità in Occidente, matrice dell'illuminismo il cui esito nel pensiero contemporaneo sono positivismo e neopositivismo, sancisce il passaggio delle categorie di spiegazione della vita psichica dal dominio del pensiero epistemico – entro cui si inscrivono le religioni musulmana e cristiana – a quello della ragione scientifica, empirica e fallibilista. Rimanendo ancorata all'assolutismo etico religioso pre-moderno, è appunto a questo livello che la cultura islamica integralista si separa da quella europea e americana (Severino, 1996). Devereux (1973) e

Mauss (1950) mostrano come i diversi gruppi umani soffrano di patologie psichiche specifiche e inscindibilmente relate alla cultura di appartenenza. Altresì, ricordando quanto espresso dall'interazionismo simbolico di Goffman (1959, 1961), dal costruzionismo sociale di Berger e Luckman (1966) nonché dagli studi nell'ambito della prospettiva psicosociale culturale dianzi citata, poiché qualsiasi comportamento umano è la messa in scena di un ruolo all'interno di un codice di senso socialmente stabilito, possiamo dire che se in alcune culture una specifica azione o un comportamento sono valutati eroici, in altre i medesimi possono essere considerati folli. Il nesso tra religione e psicopatologia ha goduto di un grande sviluppo allorché la psicoanalisi ha definito una continuità tra fede e nevrosi (Freud, 1927) e la psicologia clinica ha convalidato, rilevano Hood, Spilla, Hunsberger, Gorsuch (1996), l'im maturità del credente, quando non addirittura la sua disposizione alla malattia mentale. Uno dei cardini del problema riguarda il rapporto tra azioni autolesionistiche e giustificazione religiosa, come quello che si instaura tra sacrificio e fanatismo che nel caso del *kamikaze* diviene oltremodo evidente. Testoni (2001) ha mostrato che il sacrificio viene ritenuto autolesionismo o indice di psicopatologia a seconda del contesto culturale in cui una determinata azione viene interpretata. L'argomento appartiene all'orizzonte che indaga il senso del “sacrificio”, inteso come “render sacro” (*sacrum facere*), all'interno della dialettica sacralità/religione. Secondo Galimberti (2000) il Sacro è l'abissale insondabile – in cui il pensiero umano deraglia nella *con-fusione* –, che la “simbolica” religiosa rende comprensibile riducendone la temibilità tramite gli strumenti della ragione, al fine di orientare le condotte umane secondo morale. Di contro Moravia (1996) ritiene che il sacro non solo non appartenga necessariamente alla religione o alla trascendenza, ma che sia un concetto riconducibile alle posizioni assunte da quegli studiosi che hanno riconosciuto nell'adesione del

soggetto a certi simbolismi l'esigenza di valicare i perimetri del limite individuale. Precorrono queste due posizioni: Malinowski (1927), secondo cui il sacro è definito da tutte quelle azioni che sono la risposta all'esigenza di superare la propria finitezza; Durkheim (1912) che lo definisce come un sistema di credenze che mantiene vive le istanze sociali nella vita comunitaria; Mauss (1950) che lo presenta come un prodotto simbolico – *mana* –, cui è attribuita la vera forza che ha potere sulle cose. Per De Martino (1959), similmente alla posizione di Lévi-Strauss (1962), esso è il luogo in cui si evoca la convinzione di poter riconoscere e mantenere gli equilibri cosmici, ove il rito sacrificale assume la funzione dell'allontanamento dell'apocalisse che potrebbe derivare dalla rottura dei medesimi. Eliade (1964) infine ritiene che esso, pur manifestandosi tramite fenomeni culturali storicamente definibili che appartengono all'area della religione, si iscriva nella dimensione spirituale –, irriducibile a qualsiasi tentativo positivistico di spiegazione o descrizione. Un punto in comune tra le diverse concezioni riguarda il fatto che l'elemento simbolico più prossimo al sacro è ciò che si nasconde dietro la morte; l'occulto, ossia ciò che sfugge allo sguardo che rileva le evidenze, è quanto viene evocato dal sacrificio. E che quella della morte sia una "simbolica" essenziale per la costituzione del rapporto individuo-società è ampiamente argomentato dagli studi psicosociali della *Terror Management Theory*, la quale, rifacendosi agli studi antropologici di Becker (1973), considera questo tema come essenziale per poter capire il senso dell'angoscia che sottende la ricerca di soluzioni comunitarie alla contraddizione di "voler vivere sapendo di dover morire" (Arndt, Greenberg, Simon, Pyszczynski, Solomon, 1998). Il paesaggio della morte decreta dunque un nodo essenziale nei significati della sacralità, e intorno a essa si dipanano le tecniche di interrogazione religiosa che definisce il senso del sacrificio. La "malattia mortale", quella indicata da Kierkegaard (1848), consistente nella condi-

zione umana dell'incompiutezza, della finitudine, è ciò da cui l'uomo, dice Galimberti (2000), ha cercato con diversi simbolismi di guarire attraverso il rituale "sacrificale", il quale può essere finalizzato all'interno dell'universo religioso oppure no. Se il sacrificio viene iscritto nella morale religiosa condivisa dalla comunità, il suo esercizio riguarda la gestione sociale del sacro; se un'azione sacrificale non è riconosciuta dalla comunità di appartenenza come moralmente e religiosamente valida, essa cade nel territorio della devianza e della follia. Il contesto culturale stabilisce il valore dell'azione (D'Andrade, 1985): suicidarsi perché la vita è insostenibile ("suicidio anomico", lo ha definito Durkheim) è l'opposto del voler offrire la propria morte per la costruzione del regno di Dio in una società che valorizzi questo scopo come quello primario ("suicidio altruistico"). Poiché il suicidio non è spiegabile solo con le categorie della psicopatologia (si pensi al *karakiri* e ai *kamikaze*) e poiché il rapporto sacro-sacrificio passa inevitabilmente attraverso la significazione del rapporto vita-morte-Dio, abbiamo deciso di orientare la ricerca relativa all'universo culturale cattolico e musulmano facendo perno sulla fondazione ontologica. Per questi motivi, come indicato da Testoni (1997, 2001, 2002), intendiamo aderire alla ricerca psicosociale intorno ai temi della sofferenza psichica – quale è per esempio il campo del suicidio – stabilendo dei parametri di interpretazione non strettamente clinici.

### Bibliografia

- Amsterdam A., Bruner J. (2000). *Minding the law*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Arndt J., Greenberg J., Simon L., Pyszczynski, Solomon S. (1998). "Terror management and self-awareness", *Personality and Social Psychological Bulletin*, 24, pp. 1216-1227.
- Becker E. (1973). *The denial of death*, Free Press, New York; tr.it. *Il rifiuto della morte*, 1982, Roma, Paoline.

- Berger P.L., Luckmann T. (1966). *The social construction of reality*, Doubleday, New York; tr.it. *La realtà come costruzione sociale*, 1969, Il Mulino, Bologna.
- Bruner J. (1990b). *Acts of meaning*, Harvard University Press, Cambridge, MA; tr.it. *La ricerca del significato*, 1992, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cole M. (1996). *Cultural psychology*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- D'Andrade R. (1985). "Cultural meaning system", in J. Dougherty (ed.). *Directions in cognitive anthropology*, University of Illinois Press, Urbana.
- De Martino E. (1959). *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- Devereux G. (1973). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris; tr.it. *Saggi di entopsichiatria generale*, 1978, Armando, Roma.
- Duranti A. (1997). *Linguistic anthropology*, Cambridge University Press, Cambridge; tr.it. *Antropologia del linguaggio*, 2000, Meltemi, Roma.
- Durkheim E. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Alcan, Paris; tr.it. *Le forme elementari della vita religiosa*, 1963, Edizioni di Comunità, Milano.
- Eliade M. (1964). *Le sacré et le profane*; tr.it. *Il sacro e il profano*, 1973, Boringhieri, Torino.
- Fodor J. (1980). "Methodological solipsism considered as a research strategy in cognitive psychology", *Behaviour and Brain Science*, 3, pp. 63-110.
- Fodor J. (1983). *The modularity of mind. An essay on faculty psychology*, MIT, Cambridge, MA; tr.it. *La mente modulare*, 1988, Il Mulino, Bologna.
- Fodor J. (1987). *Psychosemantics*, MIT, Cambridge, MA; tr.it. *Psicosemantica*, 1990, Il Mulino, Bologna.
- Foucault M. (1972). *Historie de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris; tr.it. *Storia della follia nell'età classica*, 1976, BUR, Milano.
- Freud S. (1927). *Avvenire di un'illusione*, in "Opere", vol. 10, 1978, Boringhieri, Torino.
- Galimberti U. (1979). *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
- Galimberti U. (1987). *Gli equivoci dell'anima*, Feltrinelli, Milano.
- Galimberti U. (2000). *Orme del sacro*, Feltrinelli, Milano.
- Goffman E. (1959). *The presentation of Self in everyday life*, Doubleday, New York; tr.it. *La vita quotidiana come rappresentazione*, 1986, Il Mulino, Bologna.
- Goffman E. (1961). *Asylum*, Doubleday, New York; tr.it. *Asylum*, 1968, Einaudi, Torino.
- Harré R., Gillett G. (1994). *The discursive mind*, Sage, London; tr.it. *La mente discorsiva*, 1996, Giuffrè, Milano.
- Harré R., Secord P. (1972). *The explanation of social behaviour*, Basil Blackwell, Oxford.
- Hood R.W., Spilka B., Hunsberger B., Gorsuch R. (1996). *The psychology of religion: An empirical approach*, Guilford Press, London; tr.it. *Psicologia della religione. Prospettive psicosociali ed empiriche*, 2001, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Kierkegaard S. (1848). *La malattia mortale*, a cura di M. Corssen, 1990, Mondadori, Milano.
- Lévi-Strauss C. (1962). *Le totémisme aujourd'hui*, PUF, Paris; tr.it. *Il totemismo oggi*, 1991, Feltrinelli, Milano.
- Malinowski B. (1927b). *Sex and repression in savage society*, Kegan, London; tr.it. *Sesso e repressione sessuale tra i selvaggi*, 1969, Boringhieri, Torino.
- Mauss M. (1950). *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris; tr.it. *Teoria generale della magia e altri saggi*, 1965, Einaudi, Torino.
- Moravia S. (1996). *L'enigma dell'esistenza. Soggetto, morale, passioni nell'età del disincanto*, Feltrinelli, Milano.
- Severino E. (1980). *Destino della necessità*, Adelphi, Milano.
- Severino E. (1982). *Essenza del nichilismo*, Adelphi, Milano.
- Severino E. (1996). *La filosofia. Dai Greci al nostro tempo*, Rizzoli, Milano.
- Severino E. (2003). *Dal'Islam a Prometeo*, Rizzoli, Milano.
- Shore B. (1996). *Culture in mind*, Oxford University Press, Oxford.
- Shweder R.A. (1991). *Thinking through cultures*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Smorti A. (2003). *La psicologia culturale*, Carocci, Roma.
- Stigler J., Shweder R., Herdt G. (eds.) (1990). *Cultural psychology*, Cambridge University Press, Cambridge, MA.
- Suchman L. (1987). *Plans and situated actions*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Testoni I. (1997). *Psicologia del nichilismo*, Franco Angeli, Milano.
- Testoni I. (2001). *Il dio cannibale*, Utet, Torino.
- Testoni I. (2002). *Il sacrificio del corpo. Dialogo tra Caterina da Siena e Simone Weil*, Il Melangolo, Genova.



## POST-INTERVENTO NEL SUICIDIO

Scocco P, Frasson A, Costacurta A, Donà M, Pavan L

Ogni anno nel mondo vi sono circa un milione di decessi per suicidio. È stato stimato che, per ogni suicida sei persone a lui vicine cadano in un profondo sconforto (Shneidman, 1969).

I primi studi sul processo del lutto conseguente ad un suicidio sembravano evidenziarne una maggiore complessità rispetto a quello vissuto per altre tipologie di morte. Ricerche più recenti, tuttavia, hanno chiarito che il lutto per un suicidio non è necessariamente più grave di un altro, sebbene presenti delle caratteristiche peculiari (McIntosh, 1993; Jordan, 2001). Alcune ricerche suggeriscono che nei sopravvissuti di un suicidio è più elevato il rischio di sviluppare una depressione, più frequente la comparsa di ideazione suicidaria, e maggiore l'incidenza di patologie acute e croniche (Hall et al., 2001). Il lutto ha inizio immediatamente dopo la morte di una persona significativa e i segni e sintomi più tipici sono la tristezza, il ricordo reiterato della persona deceduta, il pianto, l'irritabilità, l'insonnia, la difficoltà a concentrarsi e a svolgere le attività quotidiane. Il processo di elaborazione della perdita dura solitamente alcuni mesi, tuttavia può sfociare in un disturbo depressivo o in un lutto complicato che richiedono un trattamento (Florez, 2002).

Le persone che vivono un lutto non richiedono, in genere, un'assistenza psichiatrica e un invio improprio in tal senso può generare la credenza che provare dolore per la perdita di una persona cara sia innaturale e l'intero processo rischia quindi di venire "patologizzato".

*Le fasi del lutto*

Il lutto prevede una serie di passaggi che, se adeguatamente completati, conducono al ristabilirsi di un equilibrio e alla cessazione del vissuto di intenso dolore.

Bowlby, Parkes ed Engel hanno proposto le seguenti 4 fasi: la *fase dello shock* (fase iniziale di intensa disperazione, negazione, rifiuto e collera che può durare pochi istanti oppure alcuni giorni); la *fase del desiderio e della ricerca* della persona perduta (che può durare mesi o addirittura anni); la *fase della disorganizzazione e della disperazione*, in cui la realtà della perdita comincia a consolidarsi e il sopravvissuto fatica a vivere nel proprio ambiente, diviene apatico, indifferente, demotivato; infine la *fase della riorganizzazione*, in cui gli aspetti più dolorosi del lutto cominciano ad alleviarsi e l'individuo prova la sensazione di ritornare a vivere (Bowlby, 1980; Parkes, 1970; Engel, 1962).

*I compiti del lutto*

Secondo Worden (1991), il soggetto in lutto dovrebbe essere in grado di assolvere a dei *compiti* che permettono di accelerare il processo di ripresa e che possono essere così riassunti:

- 1) accettare la realtà della perdita;
- 2) lavorare sul dolore;
- 3) limitare la presenza nell'ambiente di oggetti che ricordino il defunto;
- 4) disinvestire la relazione con il defunto a favore di altre relazioni.



Il compito del consulente è quello di aiutare il soggetto in lutto a trovare il posto più appropriato per il defunto all'interno della propria vita emozionale senza cancellare la relazione con la persona deceduta.

### *Lutto e depressione*

Molte manifestazioni del lutto normale possono mimare una sindrome depressiva e, d'altra parte, il processo doloroso può sfociare in una depressione clinica.

Le principali differenze tra lutto e disturbo depressivo sono le seguenti:

- nel lutto non v'è perdita di autostima che, invece, viene comunemente riscontrata nella depressione;
- nel lutto eventuali sensi di colpa vengono sempre associati a qualche aspetto specifico della perdita piuttosto che a un generale senso di colpevolezza;
- le alterazioni dell'umore nella depressione sono tipicamente persistenti mentre il lutto è caratterizzato da transitorie fluttuazioni del tono dell'umore. (Kaplan, 1999).

### *Cause determinanti l'intensità del lutto*

La ricerca dell'Harvard Bereavement Study ha identificato alcuni parametri che possono influire sull'intensità del dolore provato da una persona in lutto (Parkes & Weiss, 1983). Per prevedere la risposta di una persona ad un lutto sarà necessario, in primo luogo, indagare la specifica relazione con il defunto e, in particolare, l'intensità del legame, la sicurezza fornita dal legame, l'eventuale ambiguità nella relazione e i conflitti col defunto. Non tutte le tipologie di morte, inoltre, producono lo stesso effetto sulle persone. Schematicamente, è possibile far riferimento a 4 principali modalità di decesso: naturale, accidentale, per suicidio od omicidio. Secondo alcune ricerche, il sopravvissuto di un suicidio vive un particolare e assai

difficile processo doloroso. Anche i giovani sopravvissuti di una morte improvvisa necessitano di un periodo più lungo (uno o due anni) per elaborare la perdita. (Parkes & Weiss, 1983).

La reazione ad un lutto, poi, è influenzata dall'evoluzione di lutti precedenti e da pregressi episodi di depressione.

Bowlby inoltre, sottolinea l'importanza della personalità del sopravvissuto nella reazione alla perdita (Bowlby, 1980). Le variabili più significative sono: l'età e il sesso della persona; la capacità di manifestare i sentimenti, di gestire l'ansia e di affrontare le situazioni stressanti, il grado di dipendenza dagli altri e le eventuali difficoltà a stabilire delle relazioni; le diagnosi di disturbo di personalità borderline o narcisistica.

Il background sociale, etnico e religioso del sopravvissuto, il grado di supporto morale e sociale, la possibilità di un guadagno secondario (ad es. l'incremento o il rafforzamento della propria rete relazionale), i cambiamenti e altri tipi di crisi concomitanti alla morte del soggetto sono ulteriori variabili in grado di modulare l'intensità del dolore di una persona in lutto.

### *Il lutto complicato*

Uno degli aspetti più complessi del lutto, non ancora completamente chiariti, è quello che si riferisce alla differenza fra la modalità normale e quella patologica. Gli autori che si sono occupati di questo argomento non sono stati in grado di precisare quali fossero i fattori specifici che condizionano l'uno o l'altro aspetto. Persino la scelta dei termini utilizzati per definirli ha suscitato controversie, tanto è vero che, in inglese, alcuni autori insistono nel restringere la denominazione *mourning* (lutto) al lutto patologico, riservando il termine *grief* (dolore) alla reazione considerata normale. Per altri autori, il termine *mourning* dovrebbe essere limitato ai processi che hanno un'evoluzione favorevole. Bowlby, invece, sottolinea che il termine *grief* indica sol-

tanto la sequenza delle condizioni soggettive che fanno seguito alla perdita e accompagnano il lutto, mentre *mourning* include tutto il processo psicopatologico provocato dalla perdita dell'oggetto. Si è assai insistito sulla differenza qualitativa fra l'aspetto normale e quello patologico del lutto, basata sull'intervento di diversi meccanismi di difesa o sul differente funzionamento degli stessi. Così, per esempio, sul fondamento di Freud, si è osservato che nel lutto normale la libido è ritirata dall'oggetto amato perduto e spostata su un altro oggetto, mentre nel lutto patologico la libido rimane orientata verso l'Io, in cui si produce l'identificazione con l'oggetto. Altri analisti, fra cui la Klein, sostengono che la differenza è solo di livello, dovendosi valutare sostanzialmente soltanto l'aspetto quantitativo (Grinberg, 1971).

Secondo Bowlby (1977) si possono individuare tre fasi importanti in ogni lutto. Nella prima esiste l'urgenza di recuperare l'oggetto perduto; il pianto, la rabbia e l'accusa sono espressioni di tale urgenza. La seconda fase consiste nella dolorosa incapacità di iniziare o mantenere una condotta organizzata. Corrisponde ad una fase depressiva e viene considerata dall'autore come una funzione di adattamento in cui si tende a rompere i vecchi modelli di comportamento connessi all'oggetto perduto per poter stabilire modelli nuovi. Nella terza fase, la capacità di tollerare la depressione è caratteristica della persona sana. Queste tre fasi sono state da lui chiamate rispettivamente: Protesta, Disperazione e Separazione. Bowlby suggerisce che il persistente tentativo di unione con l'oggetto definitivamente perduto rappresenta il motivo principale del lutto patologico.

Molto schematicamente, possiamo parlare di lutto complicato quando la durata del lutto risulta eccessiva e non conduce ad una conclusione soddisfacente (*lutto prolungato* o *reazione cronica* al lutto), quando la presenza di sintomi comportamentali o somatici non viene attribuita alla perdita della persona (*lutto mascherato*), quando si assiste ad un'intensificazione della risposta al dolore che

opprime la persona e crea un disadattamento (*lutto eccessivamente doloroso*) e quando la risposta di dolore sembra essere stata inibita, soppressa o posticipata (*lutto ritardato*) (Worden, 1991).

Lazare (1979) ha individuato una serie di indizi che, pur non essendo patognomonici, possono far sospettare la presenza di un lutto irrisolto. In tale situazione, infatti, la persona non è in grado, generalmente, di parlare del defunto senza provare un intenso e immediato dolore, anche se la morte è avvenuta anni prima (*primo indizio*); alcuni eventi minori, inoltre, scatenano un'intensa reazione dolorosa (*secondo indizio*). Si può notare, ancora, che argomenti inerenti la perdita emergono spontaneamente durante l'anamnesi (*terzo indizio*) e che compare una certa riluttanza a spostare gli oggetti appartenuti al defunto (*quarto indizio*). I pazienti tendono a sviluppare sintomi fisici simili a quelli del defunto prima della morte (*quinto indizio*) e alcuni attuano cambiamenti radicali nelle loro vite escludendo parenti, amici o tutto ciò che possa ricordare la persona scomparsa (*sesto indizio*).

Anche la persona che, dopo la morte di un congiunto, prova uno stato di improvvisa euforia (*settimo indizio*) o manifesta una spinta compulsiva ad imitare il defunto nel tentativo di compensarne la perdita (*ottavo indizio*), può in realtà presentare un lutto irrisolto.

Il terapeuta può sospettare la presenza di un lutto patologico qualora emergano impulsi autodistruttivi (*nono indizio*), fobie per le malattie o per la morte (spesso correlate al tipo di malattia e morte che hanno colpito il defunto, *decimo indizio*) e un'indescrivibile tristezza che tende a ripresentarsi sempre in particolari momenti dell'anno, come vacanze e anniversari (*undicesimo indizio*).

Infine, la conoscenza dei comportamenti manifestati dal soggetto dopo la morte della persona cara (ad es. il rifiuto di partecipare ai riti funebri) può fornire un ulteriore aiuto nel determinare la possibile presenza di un lutto irrisolto (*dodicesimo indizio*).

## Il lutto in caso di suicidio

Alcuni studi sostengono che i soggetti in lutto per un suicidio presentano più somiglianze che differenze rispetto a coloro che si trovano in lutto per altre tipologie di morte, soprattutto se accidentale e improvvisa (Van der Waal, 1990). Tuttavia i primi possono presentare un recupero più lento nei due anni successivi al decesso (Farberow et al, 1992) poiché chi è coinvolto in un lutto per suicidio non deve confrontarsi solamente con la perdita, ma anche con la vergogna, la paura, il rifiuto, la rabbia e i sensi di colpa.

Altri aspetti peculiari sono rappresentati dalle tematiche che emergono, dal processo sociale che i sopravvissuti devono affrontare, e dal differente impatto che un suicidio ha sull'equilibrio familiare rispetto ad un altro tipo di morte (Jordan, 2001). I sopravvissuti di un suicidio si interrogano più di altri sui temi che scaturiscono da domande come:

- Perché lo ha fatto?
- Perché non sono intervenuto in tempo?
- Come ha potuto farmi questo?

Numerosi studi hanno rilevato ancora che i sopravvissuti al suicidio percepiscono frequentemente vissuti di responsabilità per quanto accaduto, una maggior difficoltà a capire il senso della morte e una maggior sensazione di essere stati rifiutati. (Jordan, 2001; Grad and Zavasnik, 1996; Reed and Greenwald, 1991; Silverman et al., 1986)

Tra i sentimenti specifici provati da un sopravvissuto di un suicidio, la **vergogna** è uno dei predominanti. Lo stigma associato al suicidio viene spesso vissuto con vergogna dai familiari del suicida e ciò, oltre a minare l'unità familiare, può favorire l'inibizione delle relazioni interpersonali e la creazione da parte degli stessi familiari di un proprio isolamento sociale. (Séguin et al. 1995a)

Anche la **colpa** è un sentimento comune ai sopravvissuti di un suicidio. Essi possono sentirsi in qualche modo responsabili per il gesto compiuto e spesso si interrogano a lungo sulle precauzioni che avrebbero potuto adottare per evitare il suicidio della persona

cara (Clark and Goldney, 2000). Il senso di colpa è particolarmente importante nei casi in cui la morte, avvenuta in un contesto di forte conflittualità tra il defunto e il sopravvissuto, generi sollievo nei sopravvissuti (Worden, 1991). Alcune persone gestiscono il senso di colpa proiettandolo sugli altri e incolpando costoro per la morte. Trovare qualcuno da **incolpare** può essere un tentativo di ridare un senso a qualcosa che non si riesce a comprendere e di esprimere la rabbia legata alla percezione del gesto come un ripudio. (Hawton, 2003). Anche la **paura** è un riscontro abituale dopo un suicidio. Farberow e colleghi (1987) hanno riscontrato alti livelli di ansia nei sopravvissuti in seguito ad un suicidio, rispetto a quelli associati a una morte naturale. Un sentimento spesso presente, ma poco consapevole e poco accettato, è l'**aggressività** verso chi se ne andato: è ormai conosciuto che l'atto suicida è un evento terribilmente distruttivo per coloro che rimangono in vita (Gabbard, 2002), ed è più che naturale che il dolore sia spesso accompagnato anche da **rabbia**, sentimento peraltro poco ammissibile sia a se stessi che agli altri. Un altro fenomeno caratteristico è la **distorsione cognitiva**: i sopravvissuti tendono a considerare la morte come accidentale e non come un suicidio. Questo comportamento può rivelarsi utile a breve termine, ma nel lungo periodo non risulta vantaggioso.

La **ricerca di una ragione** che giustifichi il suicidio è un altro fenomeno comune. I familiari esaminano gli eventi e le reazioni che hanno portato alla morte e indagano sul particolare stato emotivo del deceduto (Fine, 1997). Possono nascere domande, ad esempio sulle pressioni esterne agenti sulla persona scomparsa, o sulle cause dell'interruzione della comunicazione, o sul rifiuto di un loro aiuto. Questi interrogativi dolorosi possono contribuire a una "**crisi di valori**". Van der Waal (1989) usa questo termine per descrivere il rapido declino dell'autostima e la confusione sui valori esistenziali e personali. Durante il lutto **pensieri autosoppressivi** sono comuni e possono riflettere il desiderio

di ricongiungersi al deceduto e di chiudere le questioni rimaste aperte, oppure possono essere dovuti ad uno stato depressivo. I timori per la possibilità di un altro suicidio in famiglia possono causare ulteriori complicazioni. L'aumento del rischio di suicidio tra i familiari e i conoscenti di un suicida è stato ricondotto principalmente a 3 fattori (Krysinska KE, 2003):

- 1) il dolore provato dai sopravvissuti
- 2) *clusterizzazione* e patti suicidari (per *clusterizzazione* si intende un raggruppamento di suicidi e/o tentativi di suicidio che si verificano in una data comunità con una frequenza maggiore nel tempo e nello spazio rispetto alla norma. Per "patto", invece, si intende un mutuo accordo di suicidio in determinate circostanze).
- 3) Conseguenze delle descrizioni di un suicidio da parte dei mass media.

Infine, anche se cronologicamente è il primo evento, vi può essere lo **shock** relativo alla scoperta del cadavere, che può generare emozioni ricorrenti e di lunga durata.

Le reazioni che avvengono a seguito di una morte per suicidio sono quindi molto complesse e mutano con il passare del tempo. Non è raro che il livello di dolore si mantenga elevato per parecchi anni come dimostrato da diversi studi sui coniugi di persone morte suicide in cui è stata rilevata la presenza di dolore significativo fino a due anni e mezzo dopo il lutto (Farberow et al., 1992), e in cui, a 4 anni, il 20% considera il proprio miglioramento solamente come "discreto" o "scarso" (Zisook e Shuchter, 1986).

### *Quando il sopravvissuto è un operatore*

Si stima che circa la metà degli psichiatri e psicoterapeuti debbano affrontare, durante la loro carriera, la perdita di un paziente per suicidio. (Chemtob et al, 1988)

Gli studi volti ad esplorare l'impatto di tale evento su questi professionisti hanno evidenziato che il pattern emozionale evoca-

to risulta sovrapponibile a quello vissuto da familiari e amici di un suicida.

In particolare emerge che, immediatamente dopo aver appreso del suicidio di un paziente, i vissuti più frequenti sono rappresentati dallo *shock* e dall'*incredulità*. Una volta superata questa prima fase la maggior parte dei terapeuti inizia a provare un profondo *dolore* seguito spesso da un disturbante *sens*o di *colpa* (associato a pensieri intrusivi e comportamenti di evitamento) e dal *timore* di poter essere accusati o coinvolti in un'azione legale.

Non è raro, poi, che si manifestino sentimenti di *rabbia* verso il paziente suicida per la sensazione di essere stati rifiutati e traditi e che le proprie abilità terapeutiche, indipendentemente dall'esperienza accumulata, vengano messe in discussione. Non bisogna dimenticare, inoltre, che il suicidio di un paziente può costringere i terapeuti a confrontarsi con importanti vissuti di *vergogna* e di *imbarazzo* sebbene per alcuni tale evento rappresenti una sorta di "rito di passaggio" il cui superamento testimonia la solidità del terapeuta e la sua idoneità a svolgere la professione. (Hendin et al, 2000; Gitlin, 1999).

Per poter affrontare adeguatamente il suicidio di un paziente è importante contrastare il senso di isolamento parlando con familiari, amici e colleghi. Anche un'autopsia psicologica ben condotta può contribuire a ridurre l'isolamento caratteristico dell'esperienza purché non degeneri in una discussione critica e giudicante. A volte nel terapeuta nasce un desiderio di "riparazione" che si concretizza tipicamente nell'aiuto ad altri terapeuti che possono trovarsi nella stessa situazione. (Gitlin, 1999)

### *Il post intervento*

Il termine *postvention* (post intervento) fu coniato da Shneidman nel 1971 per descrivere il sostegno fornito a coloro che hanno perduto una persona cara. Può venire inteso

come la possibilità di attuare un intervento indirizzato alle persone che sopravvivono al suicidio, coloro che vengono comunemente indicati come i «sopravvissuti».

Come si è visto, nel lutto vi sono diverse reazioni (rabbia, tristezza, distacco) che possono essere considerate normali. Molti sono in grado di affrontare questi stati d'animo e di assolvere ai quattro compiti dell'elaborazione del lutto riuscendo così ad emergere dalla sofferenza (Worden, 1991), altri incontrano maggiori difficoltà e ciò può compromettere la possibilità di tornare a una vita normale. L'intervento professionale deve essere modulato in base alla tipologia del lutto: in caso di lutti non complicati una *consulenza* può permettere di conseguire un miglioramento in un breve lasso di tempo, mentre in lutti complicati o sindromi depressive di rilevanza clinica è necessario l'impiego di *modelli psicoterapici* e, a volte trattamenti farmacologici.

### La consulenza nel lutto

Il principale obiettivo della consulenza è quello di accompagnare e sostenere la persona in lutto allo scopo di facilitare il processo di elaborazione della perdita.

Secondo Parkes (1983) esistono tre categorie di consulenti: a) medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali; b) volontari debitamente istruiti da professionisti; c) gruppi di autoaiuto, con o senza il supporto di professionisti.

### Procedure e regole della consulenza

Esistono alcune regole e procedure (Tab. 1) che possono favorire il processo doloroso e che, debitamente seguite, possono essere d'aiuto al consulente per condurre il paziente a lavorare su una situazione di dolore acuto (Worden, 1991).

È frequente che, alla scomparsa di una persona cara, venga utilizzato come primo

**Tabella 1.** La consulenza nel lutto: procedure e regole

- 1: acquisire una più completa coscienza della perdita
- 2: individuare ed esprimere i sentimenti
- 3: riuscire a vivere senza il defunto
- 4: ricollocazione del defunto all'interno della propria vita affettiva
- 5: prevedere una durata del lutto
- 6: psicoeducazione sul processo del lutto
- 7: accettare le differenze tra gli utenti
- 8: fornire un supporto continuo
- 9: esaminare i meccanismi di difesa e i pattern di attaccamento e strategie di coping
- 10: riconoscere le patologie e indirizzare a uno specialista

meccanismo di difesa la *negazione* dell'evento. Anche in caso di morte prevedibile e/o attesa, è possibile che emerga un vissuto di irrealtà, come se non fosse veramente accaduto. In tal caso il consulente può accompagnare il soggetto all'acquisizione di una più completa coscienza della perdita e della sua irreversibilità e può facilitare l'espressione di sentimenti particolarmente problematici (rabbia, colpa, ansietà ed impotenza).

Talvolta può essere fornito un aiuto alle persone che, trovandosi a vivere un lutto, non si sentono più in grado di affrontare le problematiche quotidiane che, in precedenza, venivano gestite soprattutto dal defunto. Il consulente, inoltre, favorendo un disinvestimento graduale del rapporto con la persona deceduta e una nuova collocazione nella vita affettiva di chi rimane, permetterà al soggetto in lutto di proseguire la propria esistenza e di instaurare nuove relazioni.

Il processo del lutto, in quanto volto a sciogliere i legami con una persona importante, può rivelarsi estremamente doloroso. È necessario, pertanto, rispettare i tempi di ciascuna persona e rassicurarla fornendo delle chiare informazioni riguardo alle reazioni e ai comportamenti tipici di questa fase, senza dimenticare che le risposte individuali risultano estremamente variabili.



Una buona assistenza al processo del lutto richiederebbe, infine, la disponibilità ad un supporto continuativo (almeno nelle fasi iniziali) e la conoscenza dei meccanismi di difesa che il soggetto utilizza o ha utilizzato per affrontare situazioni di perdita e di abbandono.

Nel caso in cui le problematiche della persona che sta vivendo il lutto dovessero sfociare in un disturbo clinicamente significativo, si rende necessario l'intervento di uno specialista.

### *Consulenza del lutto in gruppi*

La consulenza del lutto può essere effettuata anche attraverso un gruppo. Questa non solo si rivela molto efficace, ma offre altresì il supporto emozionale che la persona sta cercando. La formazione di un gruppo richiede l'individuazione di obiettivi precisi (supporto emozionale, educazione, o scopi sociali), di un tipo di strutturazione (durata limitata o illimitata) e di una logistica (numero dei componenti, durata e numero degli incontri). La formulazione di alcuni criteri di inclusione è importante affinché il gruppo risulti omogeneo e comprenda pertanto persone che abbiano subito perdite simili. È opportuno non reclutare utenti che siano in lutto da meno di sei settimane e bisogna porre particolare attenzione nell'escludere i soggetti con seri problemi emozionali o patologie gravi per i quali risulterà più utile una terapia individuale (McIntosh, 1993).

### *La terapia nel lutto*

Nella terapia del lutto, l'obiettivo è quello di individuare e risolvere i conflitti interni e le problematiche di separazione che impediscono il completamento delle fasi del lutto. Tale terapia risulta più appropriata nelle seguenti situazioni:

1) lutto prolungato

2) lutto mascherato, in cui i sintomi comportamentali o somatici non vengono attribuiti alla perdita della persona

3) lutto eccessivamente doloroso

4) lutto ritardato (la risposta di dolore sembra essere stata soppressa) (Worden, 1991)

In una terapia di tipo individuale è importante stabilire il numero degli incontri e la loro durata. Durante questi incontri, in genere sufficienti per l'elaborazione del lutto, possono emergere problematiche più complesse che richiedono una prosecuzione del trattamento.

Secondo Worden (1991) è opportuno porre diagnosi differenziale con disturbi a livello somatico e esplicitare il setting e i contenuti che verranno affrontati durante la terapia (in particolare il rapporto del paziente con il defunto).

All'inizio è opportuno ricostruire un ricordo positivo del defunto affinché tale immagine sostenga il soggetto nel corso della terapia. Solo verso il termine del processo diventa possibile affrontare assieme al paziente anche gli aspetti relazionali negativi per permettergli di esprimere la quota di aggressività normalmente presente e finora negata.

È fondamentale accertare quale dei quattro compiti dell'elaborazione del lutto non è stato completato e, una volta individuato il punto di *impasse*, aiutare il paziente ad affrontare e superare l'ostacolo.

Tra gli elementi che possono impedire il normale decorso del lutto figurano talora quegli oggetti che permettono di mantenere un legame con il defunto (una fotografia; un oggetto a portata di mano al momento della notizia della morte; una cosa appartenuta al defunto). Il loro significato è paragonabile a quello dell'*oggetto transizionale* per i bambini, la cui assenza scatena una forte ansia (Volkan, 1972, 1985). Questo fenomeno può essere iscritto all'interno di ciò che Volkan chiama "speranza cronica di riunione", giacché non tutti i soggetti realizzano subito l'irreversibilità della situazione (Volkan, 1972).

La rinuncia a ogni desiderio di ricongiungimento rappresenta l'auspicabile fase finale di un percorso lungo e complesso, all'interno del quale è importante soffermarsi anche sulle fantasie relative alla rinuncia al dolore.

### *Tecniche terapeutiche*

In materia di assistenza al lutto, ferma restando l'assoluta priorità di una profonda comprensione empatica della persona, possono risultare utili alcuni accorgimenti tecnici riconducibili a differenti scuole di pensiero (tab. 2).

#### **Tabella 2.** Tecniche terapeutiche

- Contenuto affettivo/emozionale
- Livello latente
- Astrazione genotipica
- Linguaggio evocativo
- Simboli
- Scrivere/Disegnare
- Ristrutturazione cognitiva
- Psicodramma
- Immaginazione diretta
- Tecnica della "sedia vuota"
- Tecnica del "gioco dei ruoli"

Il terapeuta, ad esempio, dovrebbe permettere al paziente di discutere dei sentimenti, del carico affettivo correlati all'evento piuttosto che focalizzarsi solo sul "fatto" in sé. Dovrà inoltre porre attenzione a ciò che non viene chiaramente espresso, a ciò che costituisce il "livello latente" della conversazione. Potrebbe rivelarsi utile, inoltre, ricercare nella narrazione fornita dal paziente sulla sua storia personale, analogie, similitudini, sovrapposizioni con quanto sta sperando con il lutto attuale. Ciò permetterà di operare un'*astrazione genotipica* della vita psicologica del paziente che consenta al terapeuta di elaborare riflessioni utili sulla persona in cura (Pasnau, 1975). Il professionista, poi, dovrebbe privilegiare la scelta di espressioni e parole che permettano al paziente di affron-

tare la realtà della perdita e di esprimere, in particolare, i vissuti più dolorosi. Ci si può anche servire, a tal scopo, di foto, materiale epistolare, registrazioni audiovisive del defunto oppure della stesura di lettere rivolte alla persona scomparsa e diari quotidiani sull'esperienza di lutto.

Il terapeuta dovrebbe altresì porre particolare attenzione nell'individuare, discutere e affrontare sentimenti disforici derivanti da idee irrazionali (ad es. la paura di non essere mai più amati da nessuno).

Altre strategie mutate dal filone dello *psicodramma* prevedono la possibilità di creare una raffigurazione mentale del defunto a cui ci si può rivolgere esplicitamente, o di interloquire direttamente con lui attraverso la tecnica della "sedia vuota" (Worden 1991) o del "gioco dei ruoli".

La psicoterapia interpersonale da sola o integrata con tecniche più strettamente comportamentali è specificatamente utilizzata per il superamento del lutto traumatico (Scocco et al, 2001, Shear et al, 2001). La tabella 5 riassume gli obiettivi da raggiungere e le strategie da seguire nella terapia del lutto.

Per un intervento individuale può essere indicata anche la Psicoterapia della Crisi Emozionale (PCE; Pavan e Banon, 1996; Pavan, 2003).

#### **Tabella 5.** Terapia del lutto in Psicoterapia Interpersonale

<i>Obiettivi</i>	Facilitare il processo del lutto Fare in modo che il paziente trovi nuovi interessi e stabilisca nuove relazioni
<i>Strategie</i>	Approfondire la relazione tra sintomi e perdita della persona cara Riorganizzare il rapporto tra il paziente e il defunto Descrivere la sequenza degli avvenimenti legati alla morte, anche precedenti o successivi ad essa, e le sue conseguenze Analizzare i sentimenti associati.

Modificata da Scocco et al., 2001

## L'assistenza ai "sopravvissuti"

Le persone sopravvissute ad un suicidio tendono ad elaborare l'evento luttuoso in modo incompleto e posticipato rispetto ad altre tipologie di persone in lutto e rappresentano un gruppo a rischio per comparsa di problemi psicosociali e comportamenti suicidari. Tuttavia i programmi di intervento specificamente indirizzati a questa categoria di soggetti risultano estremamente scarsi. In molti casi i medici di base sono le prime figure coinvolte nell'assistenza ai sopravvissuti poiché conoscono, in genere, sia il defunto che la persona in lutto (Hawton, 2003). Anche amici e conoscenti possono rappresentare un'importante fonte di sostegno per i soggetti che stanno vivendo la perdita di una persona cara (specialmente se tale perdita è avvenuta per suicidio). Tale supporto può concretizzarsi innanzitutto in un aiuto di tipo economico (es. per il funerale), per la cura della casa e per i bisogni personali (Morris, 1968). In linea con il precedente lavoro di Morris sulle possibilità di intervento da parte di amici e conoscenti, Osterweis (1984) descrive sei aspetti in grado di garantire un buon sostegno ai sopravvissuti ad un suicidio (Hall et al, 2001):

- 1) ascolto partecipativo;
- 2) assistenza continuativa nelle prime fasi del lutto;
- 3) empatia;
- 4) consigli per affrontare i problemi;
- 5) capacità di cogliere i bisogni del sopravvissuto;
- 6) disponibilità di nominativi di professionisti cui eventualmente indirizzare la persona.

Farberow (1998) nel revisionare i 52 stati membri dell'Associazione Internazionale per la Prevenzione dei Suicidi (IASP), conclude che solo nel 27% dei casi esistevano dei programmi di intervento strutturati rivolti ai sopravvissuti (soprattutto gruppi di supporto sostenuti da fonti non governative e non professionali).

Le proposte assistenziali (individuali, di gruppo o familiari) possono spaziare dall'intervento di crisi e ai molteplici presidi psicoterapici e farmacologici, dai gruppi di autoaiuto a quelli di reinserimento sociale. Alcune persone in lutto preferiscono il supporto di soggetti che hanno vissuto un'esperienza analoga e vari gruppi di auto aiuto si sono costituiti proprio per questo motivo. Una revisione dei gruppi di supporto operanti negli USA ha stabilito che l'accesso avviene principalmente per accordo verbale e che esiste una penuria di servizi per determinate categorie, come bambini, adolescenti e alcuni gruppi etnici (Campbell, 1997; Rubey e McIntosh, 1996).

Il principio basilare della prevenzione terziaria è rappresentato dal tempestivo intervento sulle reazioni dei sopravvissuti volto a ridurre la morbilità e la mortalità conseguenti all'atto suicida, mentre gli obiettivi più importanti sono l'assistenza dei sopravvissuti nel processo di elaborazione del lutto, l'identificazione e la presa in carico dei soggetti che potrebbero essere a rischio di suicidio, la presentazione di accurate informazioni sul suicidio allo scopo di ridurre al minimo i fenomeni mimetici. (Hazell, 1993; Underwood and Dunne-Maxim, 1997)

La prevenzione a questo livello coincide, quindi, con le terapie tradizionali anche se è necessario porre particolare attenzione a evitare quell'isolamento sociale che risulta essere uno dei principali fattori esacerbanti il disagio delle persone in difficoltà.

A tal proposito, nella tab. 3 vengono elencati alcuni degli obiettivi specifici del post intervento per i sopravvissuti (Fizzotti-Gismondi, 1991)

Nella maggior parte dei programmi di post intervento, l'identificazione dei soggetti maggiormente vulnerabili risulta essere uno degli aspetti più delicati. Nel caso del suicidio di un ragazzo giovane, ad esempio, i soggetti a rischio vengono normalmente identificati negli amici del suicida, negli amici dei fratelli, nelle persone con problematiche di abuso

**Tabella 3.** Obiettivi del post intervento

- fare riferimento alla persona e alla società
- operare sul territorio, sulle istituzioni, sulle relazioni sociali
- effettuare interventi multilaterali nella sfera del pubblico, del sociale, del giuridico, dell'economico, del sanitario, dell'etico, del religioso
- differenziare gli interventi: informazione, animazione del territorio, formazione, sensibilizzazione
- scoprire la dimensione partecipativa e relazionale di ogni intervento preventivo, con il coinvolgimento di un sempre maggiore numero di persone e istituzioni direttamente o indirettamente implicate
- riconoscere l'esigenza di stimolare un continuo processo di anticipazione disturbi promossi dal disagio sociale.

di droga e alcool o con problemi emozionali o precedenti ideazioni/tentativi di suicidio, in studenti identificati da compagni, corpo docente o genitori. (Underwood e Dunne-Maxim, 1997). Ancora, se a compiere l'atto suicidario è stato uno studente, gli interventi vanno rivolti anche all'ambiente scolastico (tab. 4)

#### *La consulenza al sopravvissuto di un suicidio*

È noto che sulla morte per suicidio grava un inveterato tabù per cui risulta molto difficile poterne parlare. È necessario, pertanto, aiutare i sopravvissuti ad affrontare questo argomento e a ricolmare il distacco venutosi a creare con i componenti del loro ambiente sociale. La consulenza può mirare a ridimensionare i sentimenti di eccessiva colpa e di rifiuto dei familiari del defunto. La domanda "perché si è suicidato?" può diventare logorante, e, in questo caso, indirizzare l'attenzione dei soggetti sopravvissuti su altri problemi può rivelarsi molto utile. È importante anche stimolare il confronto con la realtà del loro senso di colpa, o con la tendenza a colpevolizzare. Tanto più irrealistico risulta il senso di colpa tanto più facilmente l'esame

**Tabella 4.** Il post intervento nella scuola

- Non interrompere la scuola per il funerale
- Non commemorare il defunto con gli studenti
- Non celebrare l'evento o la persona davanti agli studenti
- Non tenere una lunga riunione per comunicare il fatto
- Chiarire che si tratta di un suicidio
- Organizzare consulenze individuali e di gruppo
- Sottolineare che nessuno è responsabile per il suicidio
- Illustrare i supporti disponibili e incoraggiare il dialogo
- Ricordare che il suicidio può essere prevenuto
- Prendere contatti con la famiglia

#### *Figure e strutture di riferimento*

- Sapere chi sono
- Sapere in che modo gestiscono un suicidio
- Sapere a chi fanno riferimento
- Pronto soccorso
- Centro di salute mentale
- Esperti in materia
- Linee telefoniche dedicate

#### *Aiutare i sopravvissuti*

- Iniziare il prima possibile
- Non mettere fretta al processo di elaborazione
- Mantenere un atteggiamento di ascolto
- Utilizzare il nome del defunto
- Sollecitare tutti i ricordi del defunto (positivi e negativi)
- Essere un uditor attivo
- Ripetere fa parte della cura
- Non tentare di rispondere al "perché?"

di realtà fornirà un certo sollievo all'individuo. Qualora i sensi di colpa avessero un fondamento reale, il consulente dovrà aiutare il paziente ad affrontarli.

Un altro compito del consulente è quello di aiutare i soggetti a correggere il rifiuto e le distorsioni della realtà. I sopravvissuti devono affrontare la realtà del suicidio per poter essere poi in grado di elaborarla. Utilizzare espressioni forti come "uccidere sé stessi", "impiccarsi" può favorire il processo

elaborativo. Le persone coinvolte nel suicidio sono tormentate, a volte, dalle immagini della scena. Pertanto, la correzione dell'immagine distorta del defunto creata dal sopravvissuto e la sua ridefinizione costituiscono un altro momento importante della terapia.

È utile indagare le fantasie e le aspettative del paziente riguardo al proprio futuro senza l'estinto e lavorare sui sentimenti di rabbia e collera per rinforzarne il controllo e consentirne lo sfogo.

Il vissuto d'abbandono conseguente ad un atto suicidario è probabilmente una delle sue conseguenze più devastanti. Esso compare persino a seguito di una morte per cause naturali e si può, quindi, ben immaginare quanto più profondamente possa venire avvertito nel caso di morte volontaria.

### *Psicoterapia di gruppo*

In presenza di un numero sufficiente di persone che hanno subito la perdita di una persona cara per suicidio, è possibile costituire un gruppo di psicoterapia. La psicoterapia di gruppo presenta caratteristiche diverse da quella individuale. La partecipazione al gruppo può aiutare il paziente a uscire dal contesto di isolamento e di vergogna che può contribuire al mantenimento del problema. In genere, le persone in lutto presentano condizioni di salute alterate particolarmente nei primi 3 anni del periodo di lutto. Sono inoltre caratteristici un aumento dei livelli di depressione e di stress psicologico e un insoddisfacente adattamento sociale. (Farberow, 1992).

Le caratteristiche della psicoterapia interpersonale di gruppo la rendono particolarmente adatta agli obiettivi del superamento del lutto (Scocco et al, 2002; Scocco & Frank, 2002).

In uno studio volto a valutare l'*effectiveness* di due interventi di gruppo (uno di tipo psicoterapico e l'altro più focalizzato sulla socializzazione) indirizzati ai

sopravvissuti al suicidio di un coniuge, non sono emerse differenze statisticamente significative rispetto alle variabili prese in esame (livelli di depressione, distress psicologico, risoluzione del dolore e adattamento sociale). Questo risultato potrebbe indicare che il più significativo fattore terapeutico sia individuabile nel semplice processo di confronto con un gruppo di altri sopravvissuti ad una morte per suicidio, indipendentemente dal focus del gruppo. (Constantino et al, 2001)

### *Gruppi di autoaiuto*

I gruppi di autoaiuto sono composti da persone impegnate ad affrontare uno specifico problema o una fase di crisi comune a tutti i partecipanti e, generalmente, sono organizzati in modo da svolgere particolari compiti. Tali gruppi non si pongono l'obiettivo di esplorare in profondità le dinamiche individuali o di modificare la personalità, ma sono in grado di migliorare lo stato di salute emozionale e il benessere dei partecipanti.

La condivisione del medesimo problema e delle singole esperienze personali (positive e negative) facilita l'espressione emozionale e l'offerta di mutuo sostegno.

Recentemente si è assistito ad un notevole aumento dei gruppi di sostegno per sopravvissuti al suicidio, dovuto probabilmente a una generale diminuzione dei tabù sociali riguardanti il suicidio (McIntosh, 1987). I gruppi di autosostegno per i sopravvissuti sembrano rispondere alla richiesta d'aiuto di coloro che, attraverso le tradizionali procedure dei centri di salute mentale, non avrebbero mai richiesto alcuna assistenza. L'utilizzo all'interno di gruppi di autoaiuto di esperti di salute mentale che non siano essi stessi dei sopravvissuti genera polemiche (Heilig, 1985). Secondo Farberow il maggior vantaggio si ottiene quando si creano gruppi in cui sia contemporaneamente presente un terapeuta esperto e un moderatore, anch'es-



so sopravvissuto. Dati empirici dimostrano che questi gruppi sono efficaci nell'aiutare i pazienti ad affrontare il proprio dolore (Farberow, 1992).

### *I farmaci*

I principi per cui vengono utilizzati gli antidepressivi sono i medesimi di altre situazioni cliniche, con la sola avvertenza di scegliere antidepressivi a basso rischio in caso di overdose, per ridurre al minimo il rischio di esito fatale in caso di comportamento suicidario in un gruppo particolarmente vulnerabile. È opportuno sottolineare che questi farmaci vanno associati, e non sostituiti, ad un lavoro psicologico sul dolore.

### *Il dolore del consulente*

Prima di concludere si vogliono prendere in considerazione anche le emozioni del consulente. Offrire consulenze sul lutto si presenta come una sfida importante per chi lavora nell'ambito della salute mentale poiché spesso ci si trova in una situazione di impotenza, di difficoltà ad aiutare chi è venuto a richiedere un appoggio. La perdita di una persona amata è una delle esperienze più difficili e dolorose che si possano provare ed è altrettanto difficile stare al fianco di queste persone sofferenti (Bowlby, 1980).

Il consulente dovrebbe valutare le perdite personali, in modo da poter usare la propria esperienza per meglio comprendere il processo del lutto, e poter agire con maggior efficacia sui pazienti. Ciò consente altresì di valutare le modalità più opportune per affrontare il processo e di stimarne la durata.

Permette di valutare le risorse personali utilizzabili dal soggetto in lutto e guida il consulente nella scelta delle cose da dire e da non dire.

Occuparsi della comunicazione e dell'elaborazione della morte richiede alla persona

incaricata di interrogarsi sulla propria morte: quanto più questa riflessione risulterà intollerabile e dolorosa, tanto più questo compito professionale comporterà sofferenza oppure l'assunzione di un atteggiamento difensivo che arriverà a negare ogni componenti affettiva di questo lavoro.

### *Progetto SOPRoxi*

Nel Veneto si suicidano in oltre 300 persone all'anno, quindi si stimano in circa duemila i soggetti coinvolti in un lutto per tale causa. Proprio l'assenza, nella nostra realtà, di programmi di sostegno destinati a coloro che sono in lutto per una perdita a seguito di un suicidio ha suggerito l'idea di sviluppare il progetto SOPRoxi. Il termine SOPRoxi deriva dall'unione delle parole *sopravvissuti* e *prossimi*. I *sopravvissuti*, come è noto, sono coloro che avevano una relazione stretta con il defunto e che sopravvivono alla sua morte. Il termine *prossimi* indica esattamente il forte legame che esisteva con il defunto.

Il progetto SOPRoxi si sviluppa a vari livelli; innanzitutto si pone l'obiettivo di individuare quelle persone che necessitano veramente di un aiuto supplementare per superare il processo di lutto.

Il medico di base, favorito da un maggior contatto con queste persone, svolge, a tal proposito, un ruolo fondamentale nell'assistenza, in quanto dovrebbe saper individuare i lutti richiedenti uno studio più rigoroso e quindi indirizzarli ad uno specialista.

Alcune persone, prostrate dal dolore, cercano direttamente un consulente professionista che li aiuti ad affrontare i loro pensieri, sentimenti e comportamenti.

Una volta individuate le persone che necessitano di un sostegno psichiatrico è necessaria una valutazione con strumenti clinici e psicometrici del disagio psicologico. È importante scoprire a che livello è necessario intervenire, la gravità della situazione e il migliore intervento attuabile sull'utente.

Per alcuni pazienti possono risultare sufficienti alcuni colloqui di approfondimento per riuscire a completare il processo del lutto.

Per altri saranno necessarie delle visite psichiatriche e l'utilizzo di farmaci.

Un passo ulteriore può essere rappresentato dalla psicoterapia di gruppo la cui peculiarità risiede nella possibilità di amplificazione delle potenzialità strategiche della psicoterapia individuale, consentendo al paziente di apprezzare il suo apporto allo sviluppo e al mantenimento dell'incontro relazionale con gli altri.

Un'ulteriore possibilità terapeutica per i soggetti in lutto è rappresentata dall'aggancio ad un gruppo di autoaiuto che può essere autogestito o condotto da un moderatore esperto.

Riassumendo, il progetto SOPRoxi consiste in:

- Accoglimento e valutazione della domanda d'aiuto
- Valutazione (clinica e psicometrica) del disagio psicologico
- Proposta d'intervento:
  1. Colloqui d'approfondimento
  2. Visite psichiatriche + farmacoterapia
  3. Psicoterapia di gruppo
  4. Aggancio ad un gruppo di autoaiuto

## Conclusioni

Sopravvivere da sopravvissuti: una realtà su cui riflettere ed elaborare adeguate ed efficaci strategie di intervento, oppure un inutile gioco di parole?

Nella realtà si stima che per ogni persona che muore per suicidio, altre sei (tra cui familiari, amici, colleghi di lavoro, operatori sanitari, etc.) rimangano a fronteggiare il disagio del lutto, che, non infrequentemente, può condurre ad un disturbo psichico importante, che richieda l'attenzione e le cure di uno specialista.

Il lutto per alcuni può rappresentare un momento critico, una empasse, difficile da

elaborare e superare, integrando cioè l'evento traumatico in una cornice esistenziale adeguata.

Il termine *postvention* (post intervento) fu coniato negli anni '70 per descrivere il sostegno fornito a coloro che hanno perduto una persona cara. La consulenza del lutto, le terapie, l'assistenza ai sopravvissuti, i gruppi di auto-mutuo aiuto, il progetto SOPRoxi, rappresentano realtà possibili e praticabili, che si pongono l'obiettivo di migliorare la qualità di vita delle persone che si trovano in difficoltà per le ragioni succitate.

È auspicabile che nel prossimo futuro, anche nella nostra realtà nazionale, si possa assistere alla nascita di programmi e progetti d'intervento strutturati, che abbiano l'obiettivo di rispondere in maniera adeguata al dolore delle persone che sopravvivono alla morte di una persona cara.

## Bibliografia

Bowlby J: Il processo del lutto. In Willard G, il significato della disperazione. Astrolabio, Roma, pp. 202-241, 1973.

Bowlby J: Attachment and loss: Loss, sadness, and depression (vol III). New York: Basic Books, 1980.

Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a casecontrol study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:521-529, 1993a.

Brent DA, Perper JA, Moritz GM, Allman C, Liotus L, Schweers J, Roth C, Balach L, Canobbio R: Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 1189-1197, 1993b.

Brent DA, Perper JA, Moritz GM, Friend A, Schweers J, Allman C, McQuiston L, Boylan MB, Roth C, Balach L: Adolescent witness to a peer suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 1184-1188, 1993c.

Brent DA, Perper JA, Moritz GM, Liotus L, Schweers J, Canobbio R: Major depression or un-

- complicated bereavement? A follow-up of youth exposed to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33: 231-239, 1994.
- Campbell FR: Changing the legacy of suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (4): 329-338, 1997.
- Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY: Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry*, 145:224-228, 1988.
- Clark SE, Goldney RD: The impact of suicide on relatives and friends. In: Hawton K, Van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley: 467-84, 2000.
- Constantino RE, Sekula LK, Rubinstein EN: Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(4): 428-441, 2001.
- Dunn RG, Morrish-Vidners D: The psychological and social experiences of suicide survivors. *Omega*. IX (3); 175-215, 1987.
- Engel GL: *Psychological development in health and disease*. Saunders, Philadelphia, 1962. Tr. It. *Medicina psicosomatica e sviluppo psicologico*. Cappelli, Bologna, 1981.
- Farberow N: The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. *Crisis*. 13 (1); 23-34, 1992.
- Farberow N: Suicide survivor programs in IASP member countries; a survey. R.J. Kosky. H.S. Eshkevari. R.D. Goldney and R. Hassan (Eds). *Suicide Prevention: The Global Context*. New York: Plenum, 1998.
- Farberow N, Gallagher DE, Gilewski M, Thompson L: An examination of the early impact of psychological distress in survivors of suicide. *The Gerontologist*. 27 (5); 592-598, 1987.
- Farberow N, Gallagher-Thompson DE, Gilewski M, Thompson L: Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*. 47 (6): 357-366, 1992a.
- Farberow N, Gallagher-Thompson DE, Gilewski M, Thompson L: The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural death. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 22 (I); 107-124, 1992b.
- Fine C: *No time to say goodbye. Surviving the suicide of a loved one*. Main street books Ed, New York, 1997.
- Fizzotti E, Gismondi A: *Il suicidio. Vuoto esistenziale e ricerca di senso*, SEI, Torino, 1991.
- Gabbard G: *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Gitlin MJ: A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry*, 156: 1630-1634, 1999.
- Gould MS, Petrie K, Kleinman M, Wallenstein S: Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *International Journal of Epidemiology*, 23: 1185-1189, 1994.
- Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH, O'Carroll P, Mercy J: Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80: 211-212, 1990a.
- Grad OT, Zavasnik A: Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and after traffic fatalities in Slovenia. *Omega*. 33(3); 245-251, 1996.
- Grinberg L: *Colpa e depressione*. Casa Editrice Astrolabio, 1971.
- Hall BL, Epp HL: Can professionals and non-professional work together following a suicide? *Crisis* 22(2):74-8, 2001.
- Hawton K, Simkin S: Helping people bereaved by suicide. *BMJ*; 327:177-178, 2003.
- Hazell P: Adolescent-suicide clusters: evidence, mechanisms, and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27: 653-665, 1993.
- Hendin H, Lipschitz A, Maltsberger JT, Pollinger Haas A, Wynecoop S: Therapists' reaction to patients' suicides. *Am J Psychiatry*, 157: 2022-2027, 2000.
- Jordan JR: Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 31: 91-102, 2001.
- Kaplan H, Sadock B: *Synopsis of Psychiatry*. 8<sup>th</sup> Edition. Baltimore: Williams & Wilkens, 1998.
- Krysinska KE: Loss by suicide. *J Psych Nurs* July 41,7: 34-40, 2003.
- Lazare A: Unresolved grief In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (pp. 498-512). Baltimore: Williams & Wilkens, 1979.
- McIntosh JL: Survivor family relationships: literature review. In EJ. Dunne, JL. McIntosh and K. Dunne-Maxim (Eds). *Suicide and Its Aftermath. Understanding and Counselling the Survivors*. New York: W.W. Norton, 1987.

- McIntosh JL: Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide and Life Threatening Behavior* 23:146-161, 1993.
- Parkes CM: The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33, 444-467, 1970.
- Parkes CM, Weiss RS: Recovery from bereavement. New York: Basi, 1983.
- Pavan L, Banon D: Trauma, Vulnerabilità, Crisi. Il Trattamento della Crisi Emozionale. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Pavan L: Psicoterapia della crisi emozionale. Franco Angeli Editore, 2003.
- Rubey CT, McIntosh JL: Suicide survivors groups: results of a survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 26 (4): 351-358, 1996.
- Scocco P, Frank E: Psicoterapia Interpersonale di gruppo. In: Scocco P, De Leo D, Pavan L (Eds). *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*. Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- Scocco P, De Girolamo G, Frank E: Psicoterapia Interpersonale. In: Scocco P, De Leo D, Pavan L (Eds). *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*. Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- Scocco P, De Leo D, Frank E: Is Interpersonal Psychotherapy in group format a therapeutic option in late-life depression? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 9: 68-75, 2002
- Seguin M, Lesage A, Kiely MC: Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 25 (4): 489-498, 1995a.
- Shneidman ES: Prologue, In E.S. Schneidman (Ed.), *On the Nature of Suicide*. San Francisco. CA: Jossey-Bass, 1969.
- Silverman PR: Widow to widow, New York: Springer Publishing Company, 1986.
- Underwood MM, Dunne-Maxim K: Managing sudden traumatic loss in the schools. In University of Medicine and Dentistry of New Jersey: New Jersey Adolescent Suicide Prevention Project, pp. 1-134, 1997.
- Van der Wal J: The aftermath of suicide: a review of empirical evidence. *Omega*, 20(2):149-171, 1989.
- Volkan V: The linking objects of pathological mourners. *Archive of General Psychiatry*, 27, 215-221, 1972.
- Volkan VD: Complicated mourning. *Annual of Psychoanalysis*, 12, 323-348, 1985.
- Worden JW: *Grief Counseling & Grief Therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 1991.
- Zisook S, DeVaul RA: Grief related facsimile illness. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 7, 329-336, 1976.
- Zisook S, Shuchter SR: The first four years of widowhood. *Psychiatric Annals*, 16: 288-294, 1986.

1.

**Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample.**

GOODWIN RD, BEAUTRAIS AL, FERGUSSON DM.

Psychiatry Res. 2004 Apr 30;126(2):159-65

*Trasmissione familiare dell'ideazione suicidaria e dei tentativi di suicidio: evidenza da un campione della popolazione generale.*

Gli obiettivi dello studio erano quelli di determinare l'associazione tra l'ideazione suicidaria parentale ed esordio e tentativi di suicidio con esordio in età adulta in un campione della popolazione generale, e di esaminare quanto questa associazione possa essere spiegata con una mediazione dei processi dei disturbi mentali.

I dati sono stati raccolti dal National Comorbidity Survey (N= 8098), un campione rappresentativo di adulti con famiglia di età compresa tra 15 e i 54 anni negli Stati Uniti.

Le relazioni tra ideazione suicidaria e tentativi di suicidio con esordio in età adulta e l'ideazione suicidaria e il tentativo di suicidio nei loro familiari, comparate con quelle dei familiari non caratterizzate da ideazione suicidaria o tentativi di suicidio, sono state calcolate utilizzando analisi logistiche di regressione multipla.

Le analisi sono state calibrate per le differenze nelle caratteristiche socio-demografiche e per i disturbi mentali.

I risultati hanno dimostrato che l'ideazione suicidaria familiare era associata con una probabilità significativamente aumentata di ideazione suicidaria [OR=1.7 (1.2-2.5)] e di tentativo di suicidio [OR=1.4 (0.9-2.1)] all'esordio.

Il tentativo di suicidio parentale era associato con un' aumentata quota di ideazione suicidaria [OR=2.0 (1.4-2.9)] e tentativo di suicidio [OR=2.2 (1.4-3.4)] all'esordio.

I disturbi mentali in comorbidità contribuivano alla forza di queste associazioni, ma con l'eccezione del legame esistente tra ideazione suicidaria familiare e tentativo di suicidio all'esordio, tutto quanto rimaneva statisticamente significativo anche dopo l'adeguamento.

Questi dati hanno procurato l'evidenza iniziale di correlazioni familiari (parente-esordio) dell'ideazione suicidaria e del comportamento in un campione di adulti rappresentativo della popolazione degli Stati Uniti.

I dati suggeriscono che i disturbi mentali in comorbidità contribuiscono a tali associazioni ma non le spiegano del tutto.

I risultati sono coerenti e allargano i risultati degli studi sulla famiglia, clinici e su popolazioni ad alto rischio, suggerendo che un rischio familiare di ideazione suicidaria e comportamento suicidario avvenga nella popolazione generale.

Sono discusse inoltre le implicazioni per la prevenzione e la ricerca futura.

2.

**Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review.**

LALOE V.

Burns. 2004 May;30(3):207-15.

*Pattern di ustioni auto-provocate deliberatamente in varie parti del mondo. Una review.*

Questo articolo riesamina la letteratura sulle ustioni auto-provocate deliberatamente (DSB) e confronta i patterns in diversi paesi. Sono stati esaminati 55 studi di autolesionismo intenzionale o di suicidio con il fuoco negli ultimi 20 anni.

Questi hanno registrato 3351 casi di DSB, incluso 2296 morti. L'India ha il più elevato numero assoluto di casi, il più alto tasso di mortalità, ed il più elevato contributo ai ricoveri per tentativi di suicidio per ustioni.

L'incidenza più alta riportata era quella dello Sri Lanka. Generalmente le vittime di sesso maschile erano predominanti nei paesi occidentali, mentre le donne in Medio Oriente e nel sub-continente indiano.

I pazienti erano approssimativamente 10 anni più vecchi in Europa che in Asia.

Vengono inoltre discussi l'uso e la composizione di agenti facilitanti la combustione, i ruoli possibili delle etnie, l'appartenenza ad un credo/religione e l'imitazione.



Sono stati identificati 3 ampi gruppi di vittime: pazienti psichiatrici (Stati occidentali e medio orientali); quelli che hanno commesso DSB per motivi personali (India, Sri Lanka, Papua Nuova Guinea, Zimbabwe); e quelli che sono motivati politicamente (India e Corea del Sud). Mutilazioni auto-inflitte e auto-immolazione sembrano rappresentare un gruppo di persone abbastanza distinto.

### 3.

#### **“Near-fatal” deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide.**

DOUGLAS J, COOPER J, AMOS T, WEBB R, GUTHRIE E, APPLEBY L.

J Affect Disord. 2004 Apr;79(1-3):263-8.

*Autolesionismo quasi fatale: caratteristiche, prevenzione e implicazioni per la prevenzione del suicidio*

**BACKGROUND:** Pochi sono stati gli studi sui casi più gravi di autolesionismo (DSH). Questi casi rappresentano un importante problema clinico. Potrebbero anche essere adatti come riferimento per il suicidio in studi di ricerca. **METODI:** Abbiamo elaborato una definizione di autolesionismo quasi fatale (NFDSH) e identificato tutti i casi afferenti ai dipartimenti di traumatologia e di emergenza in un'area urbana in un periodo di 18 mesi. Li abbiamo confrontati con i DSH meno gravi sulle caratteristiche sociali e cliniche, e valutato il loro iniziale approccio clinico.

Abbiamo confrontato il loro profilo anagrafico e il sesso con quelli dei suicidi ad esito fatale. Ai casi NFDSH che hanno accettato di essere intervistati sono state fatte domande riguardo alle loro esperienze di domanda d'aiuto e i loro punti di vista sulla prevenzione del suicidio.

**RISULTATI:** 158 casi sono stati identificati, l'8% di tutti i DSH.

Il metodo più comune di autolesionismo era per auto-avvelenamento. La diagnosi psichiatrica più comune era la depressione. In rapporto ai DSH meno gravi, i casi quasi fatali riportavano valori più alti di molti dei fattori di rischio nell'ambito clinico e sociale e mostravano una più grande intenzionalità suicidaria. Al 41% è stata permessa la valutazione seguente a casa. La maggior parte dei ricoveri è durata 2 giorni o meno. Il profilo dell'età e del sesso era più vicino a quello relativo al suicidio che nel DSH genericamente.

Pochi soggetti hanno accettato ad essere intervistati; quelli che avevano avuto poche esperienze precedenti con i servizi.

**LIMITAZIONI:** Non abbiamo valutato ogni caso di DSH individualmente ma abbiamo piuttosto applicato una definizione di NFDSH adatta allo studio.

Conclusioni certe non si possono trarre a partire dalla parte qualitativa dello studio a causa del basso valore di adesione all'intervista.

**CONCLUSIONI:** L'NFDSH è un importante fenomeno clinico associato con indicatori di alto rischio suicidario. Questo rischio elevato non si riflette spesso nell'approccio clinico.

Ulteriori studi dell'NFDSH potrebbero contribuire a quanto noto sulla prevenzione del suicidio anche se l'oppositività ad essere intervistati dei soggetti NFDSH potrebbe rappresentare una difficoltà per le ricerche future.

### 4.

#### **The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior.**

BLAIR RJ.

Brain Cogn. 2004 Jun; 55(1):198-208.

*I ruoli della corteccia orbito-frontale nella modulazione dei comportamenti antisociali.*

Questo articolo considera i ruoli potenziali della corteccia orbito frontale nella modulazione del comportamento antisociale. Vengono distinte due forme di aggressività: una reattiva manifestata in risposta alla frustrazione/attacco ed una finalistica, l'aggressività strumentale.

Si pensa che la corteccia orbito frontale sia direttamente coinvolta nella modulazione dell'aggressività reattiva. Si deduce che la corteccia orbitale frontale non “inibisca” l'aggressività reattiva ma possa piuttosto aumentare o diminuire la sua probabilità in funzione dei segnali sociali presenti nell'ambiente.

Una disfunzione precoce di questa funzione della corteccia orbito frontale potrebbe essere correlata allo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità.

L'aggressività strumentale è collegata ad un importante fallimento nella socializzazione.

Tuttavia, i dati disponibili suggeriscono che l'amigdala, e non la corteccia orbito frontale, viene richiesta per funzioni quali il condizionamento avverso e l'apprendimento dell'evitamento pas-

sivo, che sono necessari per la socializzazione morale.

Individui psicopatici che si presentano con una significativa aggressività strumentale sono incapaci al condizionamento avverso e all' evitamento passivo dimostrando così l'evidenza di una disfunzione a livello dell'amigdala.

La corteccia orbito frontale e l'amigdala sono coinvolte nella risposta reversibile mentre la risposta strumentale deve essere invertita seguendo i cambiamenti contingenti.

Differenze nella risposta reversibile si possono osservare anche in individui psicopatici. Tuttavia rimane poco chiaro se la differenza nella risposta reversibile sia di per sé associata al comportamento antisociale.

### 5.

#### **Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality—a 13-year community-based study.**

KUO WH, GALLO JJ, EATON WW.

Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Jun;39(6):497-501.

*Hopelessness, depression, disturbo da uso di sostanze e suicidalità—uno studio di 13 anni basato sulla popolazione generale.*

**BACKGROUND:** la maggior parte dei pregressi studi sull'hopelessness intesa come fattore di rischio per il comportamento suicidario erano basati su campioni o clinici o ristretti. Applicando un modello di studio longitudinale con un campione di oltre 3000 partecipanti appartenenti alla popolazione generale, il nostro obiettivo era quello di esaminare se l'hopelessness rappresentava un predittore a lungo termine per i comportamenti suicidari. **METODI:** Utilizzando i dati longitudinali del Baltimore Epidemiologic Catchment Area Program (ECA), abbiamo valutato l'associazione tra l'hopelessness iniziale e l'incidenza di comportamenti suicidari in un periodo di follow up di 13 anni, aggiustando i risultati per la presenza di depressione e uso di sostanze. I comportamenti suicidari studiati includevano il suicidio, il tentativo di suicidio auto riferito, e l'ideazione suicidaria. **RISULTATI:** l'hopelessness risultava essere un fattore di rischio indipendente per tutti e tre i tipi di comportamento suicidario nel periodo di follow up, anche dopo l'aggiustamento. Le persone che avevano espresso hopelessness nel 1981 avevano una probabilità 11.2 volte superio-

re di commettere suicidio nei 13 anni di intervallo di follow up (95% CI [1.8, 69.1]). L'associazione tra suicidalità e hopelessness era più forte e più stabile dell'associazione tra suicidalità e presenza di depressione e disturbo da uso di sostanze. **CONCLUSIONI:** l'hopelessness era un fattore di rischio indipendente per suicidio, tentativi di suicidio e ideazione suicidaria. Strategie di intervento volte alla diminuzione dell'hopelessness potrebbero rivelarsi efficaci per la prevenzione del suicidio.

### 6.

#### **Acute oxcarbazepine and atomoxetine overdose with quetiapine.**

BARKER MJ, BENITEZ JG, TERNULLO S, JUHL GA.

Vet Hum Toxicol. 2004 Jun;46(3):130-2.

*Overdose acuta di oxcarbazepina e atomoxetina con quetiapina*

Presentiamo un caso di overdose acuta di oxcarbazepina e atomoxetina combinata con un eccesso di quetiapina in un maschio di 19 anni. Il paziente ha ingerito approssimativamente 36g di oxcarbazepina (514 mg/kg), 1.2g di atomoxetina (17mg/kg) e 9mg di quetiapina (128mg/kg). Dopo 1 ora dall'ingestione si è sviluppata una depressione del sistema nervoso centrale con iniziale incoscienza che ha reso necessaria l'intubazione per consentire la respirazione. Nonostante una terapia aggressiva con irrigazione dell'intero intestino e somministrazione di carbone attivo, la sonnolenza del paziente è perdurata per 4 giorni, interrotta da occasionali e violenti risvegli. Inizialmente è stato notato un prolungamento del tratto QT, che si è normalizzato in 4 giorni. Questo caso suggerisce che l'overdose acuta di oxcarbazepina e atomoxetina combinata con quetiapina è associata con una rapida e prolungata depressione del sistema nervoso centrale.

### 7.

#### **A history of major depressive disorder influences intent to die in violent suicide attempters.**

ASTRUC B, TORRES S, JOLLANT F, JEAN-BAPTISTE S, CASTELNAU D, MALAFOSSE A, COURTET P.

J Clin Psychiatry. 2004 May;65(5):690-5.

*Una storia di disturbo depressivo maggiore influenza l'intenzionalità suicidaria nei tentatori di suicidio violento.*

**BACKGROUND:** l'incoerenza dei risultati ottenuti in studi di biologia del comportamento suicidario potrebbe essere dovuta all'uso di categorie generali senza validità. In precedenti studi di genetica, in cui abbiamo identificato un'associazione tra un gene collegato alla serotonina e tentativi di suicidio violenti, abbiamo suggerito che una storia di disturbo depressivo maggiore (DDM) potrebbe influire su tale associazione. In questo studio il nostro scopo era chiarire le relazioni tra la violenza dei tentativi di suicidio, intenzionalità suicidaria, e depressione in un ampio campione di tentatori di suicidio. **METODI:** abbiamo indagato l'intenzionalità suicidaria, in presenza di tentativi di suicidio violenti e DDM, in 502 tentatori di suicidio consecutivamente ricoverati. Abbiamo caratterizzato i pazienti in termini di diagnosi lifetime di Asse I secondo il DSM-IV, intenzionalità suicidaria (Beck Suicide Intent Scale), e storia di violenti tentativi di suicidio. **RISULTATI:** l'intenzionalità suicidaria, sia per l'ultimo tentativo di suicidio prima del ricovero sia per il più letale tentativo di suicidio, era più elevata in coloro che presentavano una storia di DDM ( $p = .03$  e  $p = .04$ , rispettivamente), ma non era influenzata da una storia di violenti tentativi di suicidio. Nei tentatori di suicidio violento, l'intenzionalità suicidaria era più alta in pazienti con una storia di DDM che in pazienti che non presentavano tale storia ( $p = .04$  per l'ultimo tentativo di suicidio e  $p = .02$  per il tentativo più letale), mentre una diagnosi di DDM non aveva alcun effetto sull'ideazione suicidaria nei tentatori di suicidio non violento. **CONCLUSIONI:** i tentatori di suicidio violento costituiscono un gruppo eterogeneo in termini di intenzionalità suicidaria. I nostri risultati suggeriscono che studi di biologia e di genetica dovrebbero tener conto del metodo usato nel tentativo di suicidio, l'intenzionalità suicidaria e la storia di DDM.

### 8.

**Defense styles in depressed suicide attempters.**  
CORRUBLE E, BRONNEC M, FALISSARD B, HARDY P.

Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Jun;58(3):285-8.

*Stili difensivi nei tentatori di suicidio depressi.*

Gli stili difensivi potrebbero operare una distinzione tra pazienti depressi con o senza recenti tentativi di suicidio. Lo scopo del presente studio è quello di identificare quali meccanismi di difesa

sono associati con recenti tentativi di suicidio nella depressione. Il Defense Style Questionnaire (DSQ) è stato compilato, al momento del ricovero, da 156 pazienti depressi con ( $n=60$ ) o senza ( $n=96$ ) un recente tentativo di suicidio. L'intensità della depressione era negativamente correlata con uno stile difensivo maturo, humor e sublimazione e positivamente con la proiezione. Sebbene non vi fosse una differenza significativa in termini di variabili sociodemografiche e depressione, coloro che avevano tentato recentemente il suicidio presentavano punteggi più alti negli stili difensivi immaturi, in particolare modo acting out, comportamenti passivo-aggressivi, fantasia artistica e proiezione. Valutazioni prospettiche sugli stili difensivi e i tentativi di suicidio dovrebbero essere condotte per determinare se queste differenze sono una causa di imminenti tentativi di suicidio in pazienti depressi. Se così fosse, il DSQ potrebbe venire utilizzato nella pratica clinica per aiutare a discriminare i pazienti depressi ad alto rischio di imminente tentativo di suicidio.

### 9.

**Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder.**

FAGIOLINI A, KUPFER DJ, RUCCI P, SCOTT JA, NOVICK DM, FRANK E.

J Clin Psychiatry. 2004 Apr;65(4):509-14.

*Tentativi di suicidio e ideazione suicidaria in pazienti con disturbo bipolare I*

**BACKGROUND:** Pensieri e comportamenti suicidari sono comuni in individui con disturbo bipolare I. **METODO:** sono stati esaminati ideazione suicidaria e tentativi di suicidio in 175 pazienti con disturbo bipolare I (diagnosi confermata con la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia o con la Structured Clinical Interview for DSM-IV) partecipanti al Pittsburgh Study of Maintenance Therapies in Bipolar Disorder. I pazienti che avevano tentato il suicidio prima di entrare nello studio sono stati confrontati con quelli che non avevano tentato il suicidio, con riferimento a caratteristiche cliniche e sociodemografiche. **RISULTATI:** il 29% dei pazienti avevano tentato il suicidio prima di entrare nello studio. I tentativi di suicidio avvenivano ad un'età relativamente giovane e nel periodo iniziale di malattia. Una maggiore severità del disturbo bipolare, come indicato da un numero più eleva-

to di precedenti episodi depressivi ( $p = .0009$ ), punteggi più alti alla HAM-D-25 ( $p = .04$ ) e un alto indice di massa corporea ( $p = .03$ ) erano correlati significativamente con una storia di tentativi di suicidio. Nessuno dei pazienti con una storia di tentativi di suicidio ha reiterato il gesto. 5 pazienti senza storia di tentativi di suicidio, comunque, ha tentato il suicidio. 4 di questi pazienti non avevano manifestato una severa ideazione suicidaria alla valutazione che ha preceduto il tentativo di suicidio. Nessuno dei soggetti ha portato a termine il suicidio durante gli 11 anni dello studio. **CONCLUSIONE:** una maggiore severità di disturbo bipolare e un elevato indice di massa corporea sono significativamente correlati con una storia di tentativi di suicidio. Tuttavia un programma di trattamento in un ambiente clinico massimamente supportivo può ridurre il comportamento suicidario in pazienti ad alto rischio. In qualche caso il rischio di suicidio è transitorio e potrebbe essere preceduto da un periodo di severa ideazione suicidaria che dura solo qualche minuto o qualche ora. In tal caso i professionisti di salute mentale non sono in grado di predire i tentativi di suicidio.

#### 10.

##### **Total serum cholesterol and suicidality in anorexia nervosa.**

FAVARO A, CAREGARO L, DI PASCOLI L, BRAMBILLA F, SANTONASTASO P.

Psychosom Med. 2004 Jul-Aug;66(4):548-52.

*Colesterolo sierico totale e suicidalità nell'anoressia nervosa*

**OGGETTO:** nessuno studio pubblicato ha preso in considerazione la relazione tra il livello di colesterolo sierico e suicidalità nell'anoressia nervosa (AN). **SCOPO:** valutare le correlazioni psichiatriche e nutrizionali del colesterolo sierico in un campione di pazienti affette da anoressia nervosa. **METODO:** colesterolo sierico e stato nutrizionale sono stati valutati in un campione di 74 pazienti anoressiche, prima di iniziare ogni tipo di ricerca. Tutti i soggetti hanno sostenuto un'intervista clinica strutturata e completato l'Hopkins Symptom Checklist.

**RISULTATI:** i soggetti che hanno riportato precedenti tentativi di suicidio, comportamenti impulsivi autolesivi o ideazione suicidaria hanno mostrato livelli di colesterolo significativamente più bassi rispetto ai soggetti senza suicidalità. I livelli di colesterolo sono risultati correlati nega-

tivamente con la severità dei sintomi depressivi in tutti i pazienti ad eccezione di quelli con ricorrenti abbuffate. Un'analisi multivariata ha mostrato che la relazione tra livelli di colesterolo e comportamento ed ideazione suicidaria non sembra essere influenzata dai fattori metabolici e nutrizionali considerati nello studio.

**CONCLUSIONI:** nonostante l'influenza di importanti fattori metabolici legati alla colesterolemia nell'AN, la nostra ricerca tende a confermare studi precedenti che hanno trovato un'associazione tra bassi livelli di colesterolo e suicidalità.

#### 11.

##### **Antidepressants and the risk of suicidal behaviors.**

JICK H, KAYE JA, JICK SS.

JAMA. 2004 Jul 21;292(3):338-43.

*Antidepressivi e rischio di comportamenti suicidari*

**CONTENUTO:** la relazione tra l'uso di antidepressivi, specialmente inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRIs) e l'ideazione e i comportamenti suicidari ha ricevuto recentemente una considerevole attenzione pubblica. L'uso di queste sostanze nei giovani è stata particolarmente considerata. **SCOPO:** stimare il rischio relativo (RRs) dei comportamenti suicidari non fatali in pazienti che hanno iniziato un trattamento con uno di 3 antidepressivi rispetto a quello dei pazienti che hanno iniziato un trattamento con dotiepina. **PROGETTO E SETTING:** viene esaminato uno studio caso-controllo di pazienti trattati dai medici di base utilizzando l'UK General Practice Research Database per l'intervallo 1993-1999. **PARTECIPANTI:** la popolazione di base includeva 159,810 soggetti che hanno utilizzato i 4 antidepressivi. I partecipanti potevano aver usato solo uno di questi antidepressivi e dovevano aver ricevuto almeno una prescrizione per gli antidepressivi dello studio entro 90 giorni dalla loro data indice (la data del comportamento o ideazione suicidaria per i casi e la medesima data per i controlli). **PRINCIPALI RISULTATI MISURATI:** la frequenza della prima esposizione a amitriptilina, fluoxetina, paroxetina e dotiepina di pazienti con una diagnosi registrata di primo comportamento suicidario non fatale o suicidio è stata confrontata con quella di pazienti che non hanno mostrato comportamenti suicidari. **RISULTATI:** dopo aver controllato età, sesso, stagionalità e il tempo trascorso dalla prima prescrizione di



antidepressivi all'inizio del comportamento suicidario, i rischi relativi di recenti diagnosi di comportamento suicidario non fatale in 555 casi e 2062 controlli sono stati 0.83 (95% intervallo di confidenza, [CI] 0.61-1.13) per amitriptilina, 1.16 (95% CI, 0.90-1.50) per fluoxetina e 1.29 (95% CI, 0.97-1.70) per paroxetina, confrontati con quelli che dell'uso di dotiepine. Il RR per comportamento suicidario in pazienti con una prima prescrizione di antidepressivo da 1 a 9 giorni prima della loro data indice è stato 4.07 (95% CI, 2.89-5.74) confrontato con quello di pazienti con una prima prescrizione di antidepressivo 90 giorni o più dalla loro data indice. Il tempo trascorso dalla prima prescrizione dell'antidepressivo, tuttavia, è risultato non influire negativamente sulla relazione tra specifici antidepressivi e comportamento suicidario poiché la sua relazione col comportamento suicidario non è stata materialmente differente sugli utenti dei 4 studi farmacologici. Similmente per i suicidi fatali il RR nei pazienti con una prima prescrizione di un antidepressivo da 1 a 9 giorni prima della loro data indice è stato 38.0 (95% CI, 6.2-231) confrontato con quello di coloro cui era stato prescritto 90 giorni o più prima della data indice. Non ci sono state significative associazioni tra l'uso di un particolare antidepressivo studiato e il rischio suicidario. CONCLUSIONI: il rischio di comportamento suicidario dopo aver iniziato un trattamento con antidepressivi è simile in chi usa amitriptilina, fluoxetina e paroxetina se confrontato col rischio di chi usa la dotiepine. Il rischio di comportamento suicidario è incrementato nel primo mese dopo iniziale assunzione di antidepressivi, specialmente nei primi 9 giorni. Un possibile piccolo incremento nel rischio (significatività statistica al limite) in chi ha iniziato il più recente antidepressivo, paroxetina, è di un ordine di grandezza tale da poter essere facilmente riconducibile ad un bias determinato dalla severità della depressione. Basandoci su informazioni limitate stabiliamo inoltre che non esiste una sostanziale differenza nell'efficacia dei 4 farmaci in una popolazione tra i 10 e i 19 anni.

## 12.

### **Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt.**

BACA-GARCIA E, DIAZ-SASTRE C, RESA EG, BLASCO H, CONESA DB, SAIZ-RUIZ J, DE LEON J.

Psychiatr Serv. 2004 Jul;55(7):792-7.

*Variabili associate alle decisioni di ospedalizzazione nelle emergenze psichiatriche dopo un tentativo di suicidio*

SCOPO: il presente studio esplora i fattori psichiatrici considerati nella decisione di ospedalizzazione per un largo campione di tentatori di suicidio in un Pronto Soccorso di un Ospedale Generale di Madrid, Spagna, tra il 1996 e il 1998. METODI: valutazione psichiatrica di 509 pazienti che avevano tentato il suicidio; 196 di questi (39%) è stato ospedalizzato in un'unità psichiatrica e 313 (61%) è stato dimesso dal dipartimento di emergenza. La valutazione includeva la Beck's Suicidal Intent Scale (SIS) e una checklist di 47 variabili cliniche. RISULTATI: delle 32 variabili cliniche significativamente associate con l'ospedalizzazione che sono state inserite nel modello di regressione logistica, 11 sono risultate significative. Sei variabili sono state associate ad una incrementata quota di ospedalizzazione: intenzione di ripetere il gesto, progettazione di usare metodi letali, basso funzionamento psicosociale prima del tentativo di suicidio, precedente ospedalizzazione psichiatrica, un tentativo di suicidio nell'anno precedente e la convinzione che nessuno vorrà cercare di salvare la loro vita dopo il tentativo di suicidio. Cinque variabili sono state associate ad una minore quota di ospedalizzazione: una realistica prospettiva sul futuro dopo il tentativo, il sollievo che il tentativo non sia stato efficace, disponibilità di un metodo per uccidere se stessi (che non sia ancora stato usato), credenza che il tentativo dovrebbe influenzare gli altri e il supporto familiare. I modelli basati sul punteggio totale SIS e gli items SIS individuali hanno una più bassa specificità e sensibilità. CONCLUSIONI: gli psichiatri sembrano contare su quanto riportato dal paziente nella decisione di ospedalizzare piuttosto che focalizzarsi sullo stato demografico, diagnostico o psicosociale. Se quanto trovato in questo studio fosse confermato in altri setting ospedalieri, l'implicazione sarebbe che le linee guida per valutare i tentativi di suicidio dovrebbero incoraggiare una valutazione completa e dettagliata del tentativo e dei piani futuri.



**RAPIDA SCENDE LA NOTTE  
CAPIRE IL SUICIDIO**  
di Kay Redfield Jamison

Edizioni TEA, Settembre 2003  
Pagine 279, € 8,50

L'autrice di questo libro, nota ormai al grande pubblico dall'edizione de "Una mente inquieta", affronta il tema del suicidio nella sua disarmante complessità, raccogliendo in un unico testo tutto il bagaglio di conoscenze, ricerche ed esperienze cliniche maturate intorno a questa dolorosa realtà.

Il taglio editoriale e la abilità narrativa dell'autrice garantiscono la comprensione delle problematiche sottese al comportamento suicidario, senza mai perdere di vista la terribile realtà dell'individuo che soffre.

Il libro si suddivide in quattro sezioni, che esplorano il fenomeno del continuum suicidario in tutti i suoi aspetti; in principio, un'introduzione storica suggerisce l'idea di un evento ubiquitario e costante, attraverso tutte le epoche, pur conservando al suo interno una peculiarità di ideologie e di manifestazioni coeve al periodo storico preso in esame.

La seconda parte si dedica precipuamente alla collocazione nosografica del fenomeno, soffermandosi sulla descrizione psicopatologica ed indagando la distribuzione statistica delle metodologie più frequentemente adottate dai soggetti con intenzionalità e progettualità suicidaria.

Nella terza sezione, quasi come in un viaggio nelle profondità di un mare oscuro, la Jamison si sofferma a considerare le dimensioni biologiche e genetiche del suicidio, supportata in questo da una vasta conoscenza della letteratura scientifica, che da anni produce dati e riflessioni sul suicidio.

Per ultimo, l'autore esamina il delicato rapporto esistente tra l'intensa sofferenza che sottende al comportamento suicidario e l'opinione pubblica, ed auspica una collaborazione intensa e proficua con i mass media ed una comprensione collettiva del fenomeno

del continuum suicidario, che troppo spesso lascia i sopravvissuti soli di fronte al proprio dolore.

Pur rispettando il rigore di un testo scientifico, traspare tuttavia la partecipazione della Jamison che, all'età di ventotto anni, dopo un lungo periodo di sofferenze causate dalla depressione, tentò di togliersi la vita.

È un libro per gli addetti ai lavori, adatto anche per un più ampio pubblico, che voglia addentrarsi in una realtà troppo spesso ritenuta imbarazzante, sotterranea, stigmatizzata.

*Andrea Costacurta*

**NO TIME TO SAY GOODBYE**

**Surviving the suicide of a Loved One**  
di Carla Fine

A Main Street Book, Doubleday, 1997;  
New York; pagine 252. US\$ 12,95.

La recensione di un libro datato e in lingua inglese si è resa necessaria per il vuoto editoriale sui "sopravvissuti" e sulla prevenzione terziaria, riscontrato nella bibliografia in lingua italiana. La prevenzione terziaria o *postvention* (post intervento) è indirizzata alle persone che sopravvivono al suicidio di un loro caro; coloro che sono appunto indicati come "sopravvissuti".

Lo straordinario contributo di Carla Fine, scrittrice di New York, nasce dalla sua personale esperienza di sopravvissuta dal suicidio del marito.

Il libro descrive il percorso di dolore e di crescita, nel superamento del lutto per il suicidio del marito. L'autrice propone una lucida descrizione dei fatti, delle emozioni, dei pensieri e delle iniziative che hanno contraddistinto la sua esperienza insieme a quella di altri sopravvissuti che negli anni ha avuto modo di conoscere, di ascoltare ed intervistare.

Questo libro rappresenta anche il frutto di una ricerca bibliografica, e la descrizione della sua esperienza di sopravvissuta all'interno di

un gruppo di *autoaiuto*, che ha introdotto l'autrice in un mondo a cui successivamente ha dato un importante contributo. Ciò, non solo con la stesura di quest'opera, ma anche e soprattutto per la sua attività di portavoce di una popolazione, i sopravvissuti, troppo spesso isolata nel dolore e nella propria esperienza di perdita.

Il libro si sviluppa in sei parti. Il primo capitolo si chiude con un auspicio: "...questo libro aiuti a penetrare l'isolamento che circonda il processo di lutto di quelli che hanno perduto per suicidio una persona amata".

La seconda parte descrive il suicidio del marito e il periodo immediatamente successivo, toccando un tema cruciale dello stigma. Nelle sezioni successive l'autrice affronta le fasi del lutto, la condizione di sopravvissuto nella famiglia e nella società, gli effetti a lungo termine. Nella quinta parte l'autrice descrive il percorso di ricerca di senso, nel caos che accompagna l'esperienza di perdita "*...I have surrendered the secrecy that so defined my life after Harry's suicide, I have been able to reclaim my own sense of self, apart and distinct from my husband's decision to die*".

Questo libro è un importante contributo, testimonianza e strumento di conoscenza, per tutti coloro che, direttamente o indirettamente, hanno dovuto affrontare l'esperienza di sofferenza per il suicidio di una persona.

Paolo Scocco

## L'ARMA NELLA MENTE

di Vittorino Andreoli

Edizione Laurus Robuffo, Aprile 2004

Pagine 128, € 26,00

L'opera raccoglie, sotto forma d'interventi del noto psichiatra veronese, una serie di riflessioni che si articolano e prendono corpo dal complesso legame che si stabilisce tra l'individuo e le regole morali e giuridiche che sanciscono il suo rapporto con la società.

Il libro passa in rassegna alcuni dei problemi che, soprattutto recentemente, hanno attirato, a volte anche in maniera drammatica, l'attenzione dell'opinione pubblica: le sette religiose, la violenza negli stadi, i delitti giovanili, etc.

Tuttavia una riflessione di fondo sembra percorrere l'intero lavoro: la consapevolezza che l'atteggiamento psicologico e la percezione dei limiti negli individui stiano cambiando, e con essi anche le forme di criminalità, imponendo alle Forze dell'Ordine una continua revisione degli obiettivi e delle strategie di intervento.

Quest'opera didattica, curata diligentemente dal Dr. Giuseppe Cusumano, ha lo scopo di suggerire strade alternative nella gestione del delicato equilibrio stabilitosi tra il singolo e la Società.

Andrea Costacurta

## CALENDARIO EVENTI 2004-2005

- **Il tentativo di suicidio: strategie di intervento** – 22,23 Ottobre 2004 – Auditorium Ospedale Versilia – Via Aurelia 335, Lido di Camaiore
- **“Treatments in Psychiatry: An Update”** – Wpa Sponsored International Congress – November 10-13/2004, Florence, Italy
- **Fronteggiare il problema suicidi** – Gemona del Friuli, 16-23 novembre 2004
- **La depressione, il tentato suicidio, i disturbi psichiatrici nell’ambulatorio del MMG** – Corso di aggiornamento – Sabato 4 Dicembre 2004 dalle ore 9,00 – Biella, Centro Congressi della Biverbanca – Dipartimento Salute Mentale- Asl 12
- **“Mal-etre, bien etre: Quelles Ressources Pour Agir?”** – Wpa Sponsored Conference – December 13-17/2004, Poitiers, France
- **La psichiatria che cambia in un mondo in trasformazione** – X Congresso della Società Italiana di Psicopatologia – Roma, 22-26 febbraio 2005 – Hotel Hilton Cavalieri
- **APA - 158<sup>th</sup> Meeting of the American Psychiatric Association**, 21-26/05/2005, Atlanta, GA
- **XXIII World Congress - IASP Suicide Prevention** – 12-16/09/05, Durban, South Africa
- **XIII World Congress of Psychiatry**, Cairo, 10-15 september 2005